GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS,

DIRIGÉE

Par Jules GUÉRIN, D.-M.-P.

Deuxième Série.

TOME NEUVIÈME. — ANNÉE 1841.

PARIS,

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE,

RUE RACINE, 16.

Imprimerie et Lithographie de FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18,
près le passage du Grand-Cerf.

N° 1 (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 2 JANVIER 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS ET LES PROPRIÉTÉS DES RACINES RACHIDIENNES ET DES DIVERS FAISCEAUX DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; extrait d'une note communiquée à l'Académie des sciences, dans la séance du 28 décembre 1840; par F.-A. Longet, professeur d'anatomie et de physiologie, D.-M., chirurgien de la première succursale de la maison Royale de St-Denis.

A M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES PHYSIQUES.

Dans une lettre, récente encore, j'ai eu l'honneur d'annoncer à l'Académie que, contradictoirement aux assertions émises devant elle, en 1839, par M. Magendie, j'avais constamment trouvé, sur dix-sept chiens de moyenne taille, la plupart adultes (les moins âgés ayant de six mois à un an) *les racines spinales antérieures et les faisceaux correspondans de la moelle complètement insensibles aux irritations mécaniques de toutes sortes, et, au contraire, les racines postérieures et les faisceaux médullaires postérieurs extrêmement sensibles.* J'ajoutais qu'au lieu d'avoir obtenu, comme ce physiologiste, par l'action du galvanisme, des contractions musculaires avec les deux sortes de racines, préalablement coupées (pag. 369 du 3e vol. du Journ. de physiologie), je n'en avais déterminé qu'en agissant sur *les seules racines antérieures.*

Depuis cette communication, neuf autres chiens adultes ont été mis en expérience, et de nouveau, dans diverses séances, j'ai constaté l'exactitude de ces résultats, en présence de M. Flonrens (secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences), de MM. les professeurs Cruveilhier et Gerdy, de M. Isid. Bourdon, membre de l'Académie de médecine, de Gerdy jeune et Capitaine, agrégés de la Faculté, et des professeurs Rincher (de Wurzbourg), Doubowitski (de St-Pétersbourg).

Mais je me suis surtout proposé de démontrer, par ces dernières expériences, *que l'agent galvanique peut être employé d'une manière utile pour découvrir les différences fonctionnelles,* d'une part, dans les racines antérieures et les faisceaux médullaires correspondans; d'autre part, dans les racines postérieures et les faisceaux postérieurs de la moelle.

Avant de mentionner les résultats que j'ai obtenus devant ces honorables témoins sur les divers faisceaux médullaires, je dois exposer les raisons qui m'ont porté à faire usage du galvanisme dans le but indiqué. Tous les expérimentateurs qui ont eu occasion d'ouvrir le rachis, sur les animaux adultes des classes supérieures, savent qu'aussitôt que la moelle épinière lombaire, par exemple, revêtue pourtant encore de la dure-mère intacte, a subi le contact de l'air, il survient un affaissement de l'action nerveuse tel que beaucoup d'animaux *ne se soutiennent que très imparfaitement sur le train postérieur et que la sensibilité y devient à*

Feuilleton.

M. ESQUIROL.

Jean-Etienne-Dominique Esquirol naquit à Toulouse en 1772, de parens qui avaient acquis, dans cette ville, une très haute considération, tant par leurs vertus privées, que par les services qu'ils avaient rendus à leurs concitoyens. Son père, ancien commerçant, devenu *capitoul*, et plus tard officier municipal, subit au commencement de la révolution une de ces épreuves qui suffit pour honorer la vie d'un homme. C'était à l'époque de cette affreuse disette qui pesa sur la France au commencement de la révolution; les vivres manquaient à Toulouse, la caisse municipale était vide, l'émeute affamée et sanguinaire s'apprêtait à demander la tête des accapareurs, et les magistrats effrayés ne savaient comment y prendre pour calmer la fureur populaire, lorsque le père de M. Esquirol, informé qu'à quelque distance de la ville se trouvaient des magasins de blé, ordonna qu'en toute hâte on fit venir ce blé et engagea sa fortune pour en assurer le paiement. Quoique riche, sa fortune suffisait à peine à une si énorme dépense, et il se ruinait pour sauver la vie de ses concitoyens, si la ville n'eût fait honneur à la dette si noblement contractée par un de ses représentans. De pareils exemples ne pouvaient manquer de faire une vive impression dans l'ame de M. Esquirol, qui, bien jeune alors, possédait déjà ces hautes qualités morales dont sa vie a été le continuel développement.

M. Esquirol fit ses premières études au collége de l'Esquille, à Toulouse; de là, il vint au séminaire de Saint-Sulpice pour y faire un cours de philosophie; mais le gouvernement ayant ordonné la fermeture de cet établissement, le jeune Esquirol rentra à Toulouse où il commença ses études médicales, moins, peut-être par suite d'une vocation bien décidée pour l'art de guérir, qu'afin d'obtenir un emploi d'officier de santé dans les armées, emploi d'ailleurs tout à fait en harmonie avec la douceur de son caractère et les habitudes de son esprit. Après avoir servi en qualité de chirurgien, dans l'armée des Pyrénées, il revint à Paris avec l'intention d'y continuer ses études en médecine.

Deux hommes également célèbres, et également dignes de leur célébrité, remplis d'ardeur pour la science et moins rivaux qu'émules, professaient alors la clinique médicale et se partageaient les élèves de l'école de Paris; c'étaient Corvisart et Pinel.

Corvisart, observateur subtil, professeur éloquent, hardi, enthousiaste, attirait à l'hôpital de la Charité un immense concours d'auditeurs. Pinel, embarrassé, timide, ne sachant pas professer mais causer avec bonhomie seulement était suivi dans ses visites de la Salpêtrière par un nombre d'élèves qui, par le zèle et le savoir ne le cédaient en rien à ceux qui fréquentaient les salles de la Charité. Ce qui faisait rechercher Pinel, c'étaient deux qualités extrêmement précieuses, une grande pénétration comme clinicien, une grande clarté comme professeur. En l'entendant disserter sur une maladie, on aurait cru qu'il lisait dans le livre de la nature. Des propositions nettes, simples et en petit nombre, faisaient la matière de ses leçons; elles y étaient développées de telle façon que chaque auditeur les comprenait sans peine et les retenait facilement. Chez Corvisart, on savait vite, chez Pinel, on savait bien. M. Esquirol s'attacha à Pinel; il y avait tant de conformité de caractère et de goûts entre le maître et l'élève que la connaissance une

peine appréciable. Toutefois je dois dire que, sous ce rapport, il y a de la chance dans le choix des animaux (chiens), et que j'ai vu quelques chiens, que j'avais laissé reposer après cette cruelle opération, se soutenir encore sur leur train de derrière et y offrir une sensibilité assez vive. (Le dernier, sur lequel j'expérimentai devant MM. Cruveilhier et Gerdy, était dans ces heureuses conditions.) Mais comme ce sont là des cas exceptionnels, il en résulte que le procédé expérimental, qui consiste : 1° à couper, d'un côté, les racines postérieures d'un membre, pour y faire disparaître actuellement un reste de sensibilité, déjà à peine appréciable avant l'expérience ;

2° A diviser, de l'autre, ses racines antérieures, pour y abolir à l'instant des mouvemens à peine visibles d'abord ; il en résulte, dis-je, que ce procédé, s'il n'est pas défectueux, est au moins insuffisant, puisqu'il ne donne pas toujours des effets parfaitement nets et tranchés. Ces remarques s'appliquent, à bien plus forte raison, à la section isolée des faisceaux de la moelle, dans le but de prouver leur influence distincte sur la sensibilité et sur le mouvement. Aussi, quand on examine les résultats annoncés par ceux qui ont expérimenté sur les faisceaux de la moelle, à l'aide de ce procédé *par section*, comme Fodera, Bellingeri, Shœpf, Rolando, Calmeil, Backer, Vandeen et Seubert, on ne doit plus s'étonner de ne trouver que divergence et contradiction dans les assertions de nos auteurs, et de voir M. Muller (pag. 68, tom. I, de sa PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX, traduction de Jourdan), s'énoncer en ces termes : « Quelque définitivement démontrée que soit la différence entre les racines antérieures et les racines postérieures, sous le point de vue de leurs propriétés sensitives et motrices, il s'en faut de beaucoup qu'elle le soit de même en ce qui concerne les cordons antérieurs et postérieurs de la moelle épinière. »

Dans cet état de choses, il m'a semblé utile, sinon de rejeter complètement le procédé expérimental que je viens de mentionner, au moins de lui donner un puissant auxiliaire, à l'aide duquel on obtînt des phénomènes non équivoques et constans. Or, le galvanisme m'a paru pouvoir devenir cet auxiliaire sûr pour déterminer d'une manière, enfin incontestable, les aptitudes fonctionnelles différentes dans les racines et les divers faisceaux de la moelle. Si déjà, dans le même but, M. Muller a employé cet agent sur les racines rachidiennes, il faut convenir que les résultats de ses expériences, comme applicables à l'homme et aux animaux supérieurs, ont entraîné d'autant moins de conviction que d'abord il fit choix d'animaux inférieurs (grenouilles), et qu'ensuite il ajouta n'avoir obtenu que des effets incertains et douteux sur les animaux des classes élevées (pag. 86 et suiv. de l'ouvr. cité).

Avant d'appliquer le galvanisme aux racines spinales et aux faisceaux de la moelle pour déterminer leurs attributions distinctes, mon raisonnement fut le suivant : personne ne peut douter aujourd'hui que l'hypoglosse ne soit le nerf moteur de la langue et le lingual le nerf de sensibilité pour une partie de la muqueuse qui la revêt et pour son tissu charnu ; or, si, *d'un côté*, ayant préalablement fait la section de ces deux nerfs sur un chien vivant, ou récemment tué, je détermine des convulsions violentes dans l'organe en galvanisant le premier, tandis que, en agissant sur le second, il ne s'en manifeste aucune trace, et si, *d'un autre côté*, en appliquant le galvanisme aux racines antérieures divisées, je provoque des contractions musculaires, tandis que celles-ci n'ont point lieu avec les racines postérieures mises dans les mêmes conditions, il paraîtra rationnel d'admettre : 1° que les racines antérieures ont la même influence que l'hypoglosse sur les mouvemens ; 2° que les racines postérieures, étrangères à ceux-ci, comme le lingual, sont, comme lui, exclusivement en rapport avec la sensibilité. Cette supposition a été confirmée par les nombreuses expériences dont j'ai eu l'honneur de communiquer déjà les résultats à l'Académie.

Dès lors, il devenait important d'expérimenter, à l'aide du même agent, sur les divers faisceaux de la moelle ; mais ici son application était infiniment plus délicate et plus difficile, car je ne pouvais plus les isoler sans mutilation, comme les racines rachidiennes, et il y avait lieu de craindre que le galvanisme ne passât du faisceau postérieur au faisceau antéro-latéral, ou que *l'état réflectif* de la moelle, si bien étudié par MM. Marshall-Hall et Muller, ne fît que la seule excitation du faisceau postérieur ne se réfléchît sur les nerfs moteurs. On verra plus loin que heureusement mes craintes étaient mal fondées ; mes expériences m'ont d'ailleurs appris que *l'action réflexe* de la moelle est infiniment moindre dans les animaux adultes des classes supérieures que dans ceux qui sont plus jeunes ou plus abaissés dans l'échelle zoologique.

Je choisis des chiens de taille assez élevée pour qu'il me fût facile de bien distinguer les faisceaux les uns des autres ; ce choix est de la plus haute importance, car je ne comprends pas la possibilité de pareilles expériences sur la moelle épinière d'animaux d'un petit volume. Neuf chiens furent consacrés à ces recherches. Voici le procédé dont je fis usage sur chacun d'eux : après avoir ouvert la portion lombaire du rachis, je dus fendre la dure-mère qui revêt la portion de moelle correspondante, et je m'assurai encore (en présence des témoins que j'ai nommés) *de l'insensibilité complète du faisceau antéro-latéral et de la vive sensibilité du faisceau postérieur*, Alors je coupai transversalement la moelle épinière, de manière à lui former une portion encéphalique ou centrale et une autre périphérique.

1° PORTION PÉRIPHÉRIQUE DE LA MOELLE. — A. *Faisceaux postérieurs.* J'appliquai les deux pôles d'une pile de vingt couples d'abord à un seul faisceau postérieur, puis je plaçai un pôle sur un faisceau et l'autre pôle sur l'autre faisceau postérieur, et jamais, dans ces deux cas, je ne suscitai la moindre trace de convulsions dans le train postérieur.

B. *Faisceaux antérieurs.* Au contraire, en expérimentant, d'après le même procédé, sur un seul faisceau antérieur, ou sur les deux à la fois, j'excitai des contractions musculaires violentes dans un seul côté, ou dans les deux côtés en même temps. Néanmoins, plusieurs fois, en galvanisant un seul faisceau antérieur, j'obtins des contractions dans les deux membres abdominaux, ce que j'explique par la transmission du fluide galvanique d'un faisceau à l'autre, par la commissure blanche antérieure de la moelle.

C. *Faisceaux latéraux.* Quant aux faisceaux latéraux, ils m'ont donné, par le galvanisme, des contractions moindres que les faisceaux antérieurs, ce qui me fait supposer qu'ils pourraient bien avoir des fonctions autres que ces derniers. Je m'occupe en ce moment de recherches tendant à les déterminer.

2° PORTION ENCÉPHALIQUE DE LA MOELLE. — A. *Faisceaux postérieurs.* En appliquant les deux pôles de la pile aux faisceaux postérieurs, je développai de violentes douleurs, que l'animal manifesta par des cris aigus et des mouvemens généraux de réaction.

B. *Faisceaux antérieurs et latéraux.* En galvanisant le faisceau an-

---

fois faite, se changea bientôt, de la part de Pinel, en attachement paternel ; de la part de M. Esquirol, en amour vraiment filial.

Pinel avait fait tomber les fers des aliénés de Bicêtre, il avait publié son immortel TRAITÉ DE LA MANIE, et avec l'aide de Pussin, surveillant placé sous ses ordres, il avait opéré des guérisons d'autant plus surprenantes qu'il n'avait eu à traiter que des aliénés réputés incurables, ceux qui avaient subi sans résultat le traitement de l'Hôtel-Dieu, traitement purement physique et tel, à peu de modifications près, qu'il est encore usité dans quelques uns de nos hospices. La NOSOGRAPHIE PHILOSOPHIQUE avait également paru, et ce livre, qui a eu jusqu'à quinze éditions, était devenu tout d'abord le livre classique des étudians et même des médecins. Soit que M. Esquirol fît moins de cas de la NOSOGRAPHIE PHILOSOPHIQUE que du TRAITÉ DE LA MANIE, et dans ce cas, il aurait devancé le jugement qui a été porté depuis sur ces deux ouvrages ; soit qu'un secret penchant le conduisît de préférence vers l'étude des maladies mentales, il choisit ce dernier parti et y consacra sa vie tout entière.

Avant Pinel, la science des maladies mentales, je veux dire la science qui existait alors sur ces maladies, restait cachée dans les livres et ne recevait presque jamais d'application, si ce n'est, dans quelques circonstances exceptionnelles, comme lorsqu'il s'agissait de guérir un roi devenu fou. Les fous ordinaires, après avoir été saignés, baignés, purgés, étaient conduits dans des casemates, dans des cachots, où on les retenait chargés de chaînes, manquant souvent du nécessaire et livrés en spectacle aux oisifs qui les harcelaient et se moquaient d'eux, moyennant un salaire donné aux gardiens. D'autres fous, dirai-je plus malheureux que les premiers ? étaient, suivant le genre de leur délire, la nature des actions auxquelles ils s'étaient livrés et le pays qu'ils habitaient, envoyés aux galères, pendus ou brûlés par leurs contemporains, qui les supposaient liés par des rapports criminels avec les esprits infernaux. Pour guérir les fous, Pinel entreprit d'éclairer les gens raisonnables, il écrivit le TRAITÉ DE LA MANIE. La voie était ouverte, M. Esquirol y entra ; il s'attacha à Pinel, le suivit partout dans sa clinique des aliénés de la Salpêtrière, où il recueillit ses premières observations. Il admira la science de son maître, mais il n'en fut pas ébloui. Doué d'une grande pénétration, d'un jugement droit et d'une prodigieuse activité d'esprit, M. Esquirol crut que l'on pouvait perfectionner l'œuvre de Pinel, et il entreprit de le faire. Oser faire plus et mieux que Pinel ! c'était de la part de M. Esquirol une grande hardiesse ; il eut cette hardiesse, et Pinel lui-même l'en applaudit. Qui s'en étonnerait ? Pinel croyait-il donc avoir posé des bornes à la science des maladies mentales ? Cette prétention ne siérait à personne ; elle ne pouvait naître dans un esprit aussi élevé que celui de Pinel ; Pinel fut donc le premier à jouir des succès de son disciple.

M. Esquirol débuta par une thèse publiée en 1810, sur les *passions considérées comme causes, symptômes, et moyens curatifs de l'aliénation mentale.* Cette thèse n'est pas moins remarquable par la justesse des pensées que par la convenance et l'élévation du style. M. Esquirol avait été frappé, non pas comme l'a dit un auteur moderne, des *analogies de la folie et de la raison*, car folie et raison sont deux choses opposées, mais de ces points de similitude qui existent entre l'état de certains aliénés et celui des hommes agités par de fortes passions, et des observations qu'il avait recueillies à ce sujet, il avait conclu que la folie est souvent une maladie purement morale, et curable principalement par des moyens moraux.

« Voyez-vous, disait-il, cet homme, le visage enflammé, la physionomie con-

térieur ou le latéral, je ne déterminai aucune douleur, et, chose remarquable, je n'observai ni dans le tronc, ni dans le train antérieur de l'animal, aucune contraction, ce qui démontre que le principe nerveux, mis en action par l'irritant galvanique, se propage dans les faisceaux antérieurs du centre à la périphérie, comme dans les nerfs moteurs, où ce principe agit seulement dans la direction des branches que ceux-ci fournissent, et jamais en sens inverse ou rétrograde.

CONCLUSIONS.

1° Le galvanisme, d'une part, les irritations mécaniques, de l'autre, servent à démontrer, de la manière la plus absolue, les différences tranchées de fonctions et de propriétés dans les deux sortes de racines spinales et dans les faisceaux correspondans de la moelle épinière.

2° Les racines antérieures et les faisceaux médullaires antérieurs, qui *sont insensibles aux irritans mécaniques*, suscitent des contractions violentes par l'action du galvanisme appliqué à *leur extrémité périphérique*. Ces parties insensibles du système nerveux sont exclusivement en rapport avec le mouvement.

3° Les racines postérieures et les faisceaux correspondans de la moelle, qui, mécaniquement excités, sont très sensibles, ne déterminent aucune contraction musculaire si l'on fait agir le galvanisme sur *leur extrémité périphérique*. Les fonctions de ces racines et de ces faisceaux sont relatives exclusivement à la sensibilité, et non au mouvement.

4° Le galvanisme peut passer du faisceau antérieur, d'un côté, à celui du côté opposé, par l'intermédiaire de la commissure blanche antérieure de la moelle; mais, chose digne de remarque, il ne se transmet jamais du faisceau postérieur au faisceau antéro-latéral à l'aide de la corne postérieure de substance grise, qui sépare complètement ces faisceaux, à fonctions si distinctes. La substance grise me paraît être un mauvais conducteur du galvanisme, une sorte de corps isolant; elle *produirait* plutôt, comme on l'a dit, le principe nerveux, que la substance blanche serait chargée de *conduire*.

5° Les faisceaux latéraux de la moelle exercent sur les mouvemens du membre une influence moindre que les faisceaux antérieurs.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR L'EMPLOI DU SULFATE DE QUININE, ET DE QUELQUES AUTRES PRÉPARATIONS DE QUINQUINA DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par M. E. BOUYER, D. M.

Voulant me renfermer d'une manière absolue dans les limites du titre que je donne à ce travail, je me dispenserai de donner l'histoire de la découverte du quinquina, sa description, l'indication de ses diverses espèces, les préparations multipliées que la chimie moderne est parvenue à nous prodiguer, depuis la découverte de MM. Pelletier et Caventou, etc.

Je dois déclarer toutefois que les assertions que j'émets ici avec quelque confiance sont étayées sur de nombreuses observations recueillies pendant une vingtaine d'années d'étude et de pratique, soit à Rochefort, où j'ai été longtemps employé comme officier de santé de la marine, soit à Marennes, où je pratique depuis huit ans, et où les fièvres intermittentes sont endémiques.

Toute affection intermittente ou rémittente, quelle que soit sa nature, commande impérieusement l'usage du quinquina ou de ses préparations, sauf quelques exceptions très rares et qui ont été beaucoup trop multipliées lorsque la pratique de la médecine en France a été si fortement modifiée par le système du professeur Broussais. Aujourd'hui, les idées des médecins français ne sont plus aussi conformes aux premiers écrits de l'illustre auteur de la médecine physiologique, et dans une foule de cas où, il y a vingt ans, on aurait reculé devant l'administration des toniques, et notamment du quinquina, on les prescrit avec un plein succès, sans voir survenir ensuite ces redoutables inflammations que l'on craignait tant, et qui le plus souvent ne sont que des chimères.

Déjà l'auteur de la pyrétologie physiologique, M. Boisseau, écrivait, en 1824, les lignes suivantes: « La saignée, l'application des sangsues, suffisent, dans plusieurs cas, pour faire cesser les fièvres intermittentes *printannières*; mais toutes les fois qu'elles persévèrent après les émissions sanguines, on doit d'autant moins hésiter à prescrire le quinquina, et les mauvais effets qui peuvent suivre l'emploi intempestif de ce moyen sont d'autant moins à craindre, que l'apyrexie est devenue plus complète, que l'estomac n'est *nullement irrité hors le temps de l'accès*, et que la disposition à l'irritation est diminuée par la perte d'une certaine quantité de sang. Cette méthode est surtout efficace quand une irritation céphalique ou thoracique est la source unique ou principale des symptômes fébriles périodiques. » (Ouv. cit., édit. 1824, p. 520.)

Ces lignes remarquables, écrites il y a seize ans par un adepte du professeur du Val-de-Grâce, ne concernent, remarquons-le bien, que les fièvres intermittentes *printannières*, c'est-à-dire celles qui sont le plus fréquemment accompagnées de symptômes inflammatoires. Que l'on examine avec attention, après cela, les symptômes qui se manifestent pendant la saison caniculaire, surtout dans les pays où la fièvre intermittente est endémique; que l'on recherche quelle est la partie de la population sur laquelle sévit plus particulièrement la maladie; que l'on s'assure des conditions hygiéniques au milieu desquelles se trouvent ceux qui sont le plus fréquemment en proie aux fièvres intermittentes, et l'on verra que les cas dans lesquels les émissions sanguines doivent précéder l'emploi du fébrifuge ne sont plus que de rares exceptions.

Pendant l'été de 1822 ou 1823, les fièvres intermittentes étaient excessivement multipliées à Rochefort. La médecine physiologique avait apporté alors une importante modification au mode de traitement adopté dès longtemps à l'hôpital de la marine: un vieux praticien se trouvait parmi les médecins chargés du service, qui, suivant son ancienne habitude, émétisait tous les entrans et leur administrait ensuite le quinquina. D'un autre côté, quelques médecins, voyant une irritation gastrique à combattre, faisaient précéder l'emploi du quinquina d'émissions sanguines locales ou plus rarement générales.... Les résultats comparés de ces méthodes opposées ne furent pas à l'avantage de ceux qui saignaient avant d'employer le fébrifuge. Les hommes qui avaient été soumis aux évacuations sanguines avaient toujours une convalescence plus tardive et plus longue, et séjournaient plus longtemps à l'hôpital.

Plus tard, en 1827, je crois, un autre expérimentateur partagea sa salle en deux fractions. Chez la moitié des malades, il donnait l'antipériodique de suite; chez l'autre moitié (en choisissant, bien entendu, des conditions égales, autant que possible), il débutait par des vomitifs ou des purgatifs. A part un très petit nombre d'hommes, chez lesquels la médica-

---

vulsive, les yeux rouges, étincelans? Il prélude à quelque acte de vengeance. Les propos les plus vifs et les plus insultans sortent de sa bouche; il a la voix dure et menaçante; ses phrases sont courtes, rapides, entrecoupées; il semble que l'organe de la parole n'ait pas assez de mobilité pour suffire à l'expression des idées qui se présentent en foule et sans ordre à son imagination exaltée par la colère. » Et ailleurs:

« Voyez-vous ce jeune homme auprès de celle qu'il adore? Ses yeux sont tendus, son visage alternativement pâle et coloré, sa respiration fréquente, ses paroles entrecoupées, ses soupirs profonds, les battemens irréguliers et tumultueux qui agitent son cœur ne trahissent-ils pas son amour? Partout l'image de celle qu'il adore le poursuit; il ne dort plus, il oublie de manger, il maigrit. Ne heurtez pas de front sa passion, il est capable de tout tenter pour obtenir la main de celle qu'on essaierait en vain de lui refuser. L'opposition qu'il rencontre rend ses désirs plus énergiques, il méconnaît la voix de ses parens, les conseils de ses amis: attendez et espérez, l'éloignement, l'absence, le temps, feront ce que ni les conseils, ni l'autorité, ni la raison n'auraient pu faire. »

Contre ces maladies morales, quels moyens propose M. Esquirol? Ceux qui avaient déjà réussi à Pinel, ceux que le bon sens et la raison indiquent, et contre lesquels s'élèvent vainement la science toute matérielle de nos localisateurs modernes.

« En excitant l'amour-propre de certains aliénés, dit M. Esquirol, on peut les ramener à la raison. On réussit quelquefois avec les mélancoliques, en leur donnant quelque nouvelle qui les flatte, en se rendant à des désirs ou à des espérances que l'on a fait naître. La musique agit sur eux, non pas d'une manière physique, mais comme un modificateur intellectuel. Elle suspend les idées délirantes, elle fixe l'imagination sur les sons mélodieux, sur l'harmonie de la composition; elle rappelle des souvenirs agréables, et, de cette manière, elle contribue à ramener la raison. Une jeune femme italienne était devenue folle à la suite de chagrins violens. Une de ses amies chante devant elle des airs italiens; la malade, qui était agitée et en proie à des convulsions, se tait, se calme et paraît écouter. Le médecin saisit cette indication, il fait faire de la musique dans une chambre voisine de celle qu'habite la malade, et celle-ci recouvre la santé. »

Cette efficacité des agens moraux, M. Esquirol l'a toujours reconnue et proclamée, et, dans tout le cours de sa longue pratique, il n'a employé de remèdes tirés de la pharmacie que dans les cas où, à l'aberration de la pensée se joignait une lésion matérielle caractérisée par quelque symptôme somatique.

Quelque temps après avoir publié sa thèse, M. Esquirol devint l'adjoint de Pinel, dans le service de la Salpêtrière; puis à la mort de son maître, il lui succéda et resta dans cet hospice jusqu'en 1825, époque à laquelle il fut nommé médecin en chef de Charenton.

Pendant son séjour à la Salpêtrière, je dis son séjour parce qu'il demeurait véritablement au milieu de ses malades, M. Esquirol devint collaborateur du grand DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES où il inséra des articles étendus et vraiment originaux sur l'*idiotie*, la *manie*, la *mélancolie*, la *monomanie*, la *démence*, le *délire*, les *hallucinations* et la *démonomanie*. Les mots *idiotie* et *monomanie* lui appartiennent et sont devenus classiques. Il a créé le mot *idiotie* pour laisser le mot *idiotisme* aux grammairiens qui l'emploient, comme on sait, dans un sens tout à fait différent de celui que les médecins lui avaient attribué. Les auteurs anciens, et avec eux Pinel lui-même, confondaient sous le nom d'*idiotisme* l'état des individus qui n'ont jamais eu d'intelligence, et l'état de ceux qui, après avoir été doués du don de penser et d'agir raisonnablement, sont devenus

tion perturbatrice amenait une guérison prompte sans l'emploi du quinquina, le résultat clinique fut qu'il y avait du temps de perdu, et que la fièvre intermittente était coupée un ou deux jours plus tard chez ceux que l'on avait fait vomir ou que l'on avait purgés. Cette expérimentation a produit ses fruits, et depuis bon nombre d'années, à l'hôpital de la marine de Rochefort, des médecins d'un mérite incontestable administrent les préparations de quinquina, le sulfate de quinine particulièrement, de prime-abord, en tenant compte toutefois de l'état particulier de certains malades, chez lesquels un traitement préparatoire par les émissions sanguines ou par la médication évacuante paraît nécessaire. Mais, il faut le dire, ces dernières méthodes ne constituent que des exceptions à la règle générale.

Il a été beaucoup écrit et beaucoup dit sur la fièvre intermittente et sur ses causes. On est bien arrivé à indiquer le rapport éloigné qui existe entre certaines conditions atmosphériques et l'apparition de cette maladie: on a bien pu, à l'aide de l'observation, remarquer la coïncidence de certaines dispositions topographiques avec l'existence endémique ou épidémique de la fièvre intermittente; mais la liaison immédiate de cause à effet, mais l'action spéciale des effluves marécageux, par exemple, sur tel ou tel point de l'économie, pour produire cette singulière affection, reste encore totalement inconnue, malgré les théories nombreuses qui ont été émises, et qu'il me serait facile de rappeler ici. Un fait seulement reste acquis à la science, c'est l'existence de la fièvre intermittente, et un autre fait éminemment consolant surgit à côté du premier, c'est l'efficacité d'un médicament dont les admirables effets thérapeutiques ne peuvent être révoqués en doute, quoiqu'ils restent sans explication satisfaisante.

S'il n'y a pas de dissidence entre les médecins sur l'opportunité de l'administration du quinquina et de ses préparations, il n'en est pas de même quand, au lit du malade, il s'agit de prescrire et de doser le médicament, surtout le sulfate de quinine, ce sel précieux qui est admis par l'universalité des praticiens comme le plus actif, le plus énergique et surtout le plus facile à administrer.

Quatre points sont à examiner pour arriver à la solution de ce problème de thérapeutique : 1° la dose du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre intermittente; 2° le mode d'administration de ce sel et le moment favorable pour l'administrer; 3° l'indication des circonstances dans lesquelles le sulfate de quinine doit être remplacé par d'autres préparations de quinine ou de quinquina, et de celles où l'on doit lui associer quelques autres substances; 4° enfin, les cas dans lesquels l'administration du fébrifuge doit être précédée ou accompagnée d'une médication que je pourrais appeler *préparatoire* dans certains cas, et *accessoire* dans d'autres.

§ I. — DE LA DOSE DU SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

A. Un malade se présente, sa santé était bonne, sa constitution forte, et offrant des conditions physiologiques favorables. Déjà deux accès de fièvre l'ont frappé à des intervalles égaux; l'intermittence est franche et complète; point de symptômes d'embarras gastrique; nul dérangement annonçant une inflammation ou même une irritation gastro-intestinale. Les cavités splanchiques et les organes qu'elles contiennent n'offrent rien à noter pendant l'intermittence. Les accès se présentent avec la succession régulière des trois stades de la fièvre intermittente; aucun des accidens connus sous le nom de *pernicieux* ne s'est manifesté pendant les accès. Le malade est un homme de 20 à 50 ans : quelle dose de sulfate de quinine devra être prescrite?

A cette question nettement posée, je répondrai 60 à 80 centigrammes. Si, après cette première administration, l'accès a diminué d'intensité et de durée, je réduirai le lendemain la dose à moitié; sinon, je prescrirai une deuxième fois la même dose. Une troisième fois encore, je donnerai la même quantité du sel fébrifuge si l'accès s'est montré; et si la maladie est tout à fait simple et sans complication, comme je l'ai supposé, elle disparaîtra entièrement. Des doses décroissantes seront administrées pendant les cinq ou six jours qui suivront le dernier accès. Je crois pouvoir affirmer que dans les cas de fièvre intermittente simple chez des adultes, on obtiendra constamment des succès en donnant le sulfate de quinine à la dose ci-dessus énoncée.

B. La fièvre intermittente simple et sans complication se montre-t-elle chez des jeunes gens des deux sexes de 12 à 20 ans (et je suppose toujours les malades récemment atteints et dans des conditions physiologiques normales avant la maladie); la dose du sulfate de quinine sera variable seulement de 30 à 60 centigrammes, qui devront être administrés jusqu'à ce qu'un accès ait complètement manqué. Le sulfate sera ensuite continué à doses décroissantes pendant cinq ou six jours.

C. Chez des enfans au-dessous de 12 ans, les nuances sont plus multipliées, et il est plus difficile de préciser les quantités de sulfate de quinine à administrer, suivant les âges; cependant, en fixant 5 à 15 centigrammes pendant les deux premières années de la vie; 15 à 30 centigrammes de 2 à 6 ans; 20 à 40 centigrammes de 6 à 12 ans, je crois déterminer aussi approximativement que possible les doses auxquelles j'ai eu l'occasion de le donner dans les cas de fièvre intermittente simple.

D. Chez les vieillards dont la digestion est un peu plus lente et l'absorption moins active, la dose doit être plus forte que chez les adultes. Les termes seront de 60 centigrammes à 1 gramme 40 centigrammes: mais ici je suis convaincu qu'il y a nécessité à persister pendant plus longtemps dans l'emploi du fébrifuge. Je dirai même que je me suis toujours bien trouvé après la fièvre passée et quand j'ai cessé l'usage du sulfate de quinine, de la prescription d'une infusion de quinquina ou du vin de quina pendant huit ou dix jours. L'écorce du Pérou est alors indiquée autant comme tonique que comme fébrifuge.

Les doses que je viens de signaler dans le cours de ce paragraphe doivent être augmentées et peuvent être doublées et même triplées quand on a affaire à des fièvres pernicieuses.

§ II. — DES DIVERS MODES D'ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE ET DU MOMENT CONVENABLE POUR L'ADMINISTRER.

A. Le plus souvent on administre le sulfate de quinine en pilules de 5 à 15 centigrammes. Ces pilules sont tout simplement faites avec le sel fébrifuge et un peu de sirop de gomme ou de sirop simple. On peut en conserver ainsi pendant longtemps et ne les employer que cinq ou six mois, un an même après le jour où elles ont été préparées. Elles ne s'altèrent point et jouissent sans contredit de la même efficacité. Il m'arrive de faire préparer à la fois deux cents pilules de 10 centigrammes, pour en distribuer aux malades que je vois dans les campagnes qui entourent ma résidence; les dernières ont toujours aussi bien rempli mon attente que celles que j'employais les premiers jours. J'ai remarqué cependant

---

stupides ou presque stupides. Ces deux états si différens l'un de l'autre ont été parfaitement distingués par M. Esquirol qui, après avoir tracé le caractère propre à chacun d'eux, a appelé le premier idiotie, et le second démence. Quant au mot *monomanie*, qui signifie délire sur un seul objet, il a été créé par M. Esquirol pour désigner une maladie auparavant appelée *mélancolie*, maladie qui ayant souvent pour caractère de l'agitation, des idées ambitieuses et même de la gaîté, devait recevoir un nom particulier. Quelques auteurs, deux ou trois, ont prétendu que le mot *monomanie* était une superfétation et que d'ailleurs il n'existe pas de monomanie, attendu, prétendent-ils, que la raison n'est jamais altérée sur un point unique, que jamais une seule idée n'est malade à l'exclusion de toute autre. J'engage ces deux ou trois auteurs à lire et à s'efforcer de comprendre l'article monomanie de M. Esquirol, et pour le reste, à se conformer à l'assentiment général qui a consacré, avec raison, et le mot et la chose.

Entreprendre l'analyse des travaux de M. Esquirol sur la folie, ce serait entreprendre l'histoire entière de cette maladie : il n'est en effet aucune des formes qu'elle peut revêtir, que M. Esquirol n'ait observées et décrites. M. Esquirol a examiné la folie dans ses causes, dans ses symptômes, sa marche et ses terminaisons; il l'a considérée dans ses rapports avec la civilisation, l'âge, les professions et les climats. Il a signalé aux médecins d'abord, et ensuite aux magistrats, l'existence de la *monomanie homicide*, et, par là, il a arraché à la mort et à l'infamie de l'échafaud des malheureux qu'une maladie porte à commettre des actes que, dans d'autres circonstance, la société considère comme criminels, et punit comme tels. Les mémoires que M. Esquirol a écrits sur la médecine légale sont très nombreux; ils ont eu principalement pour objet la monomanie homicide et la liberté morale, et se trouvent insérés dans les ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, dont il était l'un des fondateurs et des rédacteurs les plus éminens.

Pendant qu'il était chargé en chef du service des aliénés et des épileptiques de la Salpêtrière, M. Esquirol a fait des leçons cliniques sur la folie, leçons qui attiraient chaque année un grand concours d'auditeurs nationaux et étrangers. C'est à cet enseignement, où l'esprit et la délicatesse de tact du professeur se trouvaient toujours mêlés à sa grande science, que se sont formés les médecins qui depuis, et après s'être distingués par leurs travaux dans cette branche de l'art de guérir, ont été placés, grâce au juste crédit dont M. Esquirol jouissait, à la tête des grands établissemens d'aliénés. En Allemagne, en Italie, et même en Angleterre, la plupart des médecins spéciaux, ceux qui ont fait de la folie l'objet essentiel de leurs études, s'estiment heureux d'avoir assisté aux leçons de la Salpêtrière, et de se dire les élèves de M. Esquirol. Ils le sont en effet, car ils ont lu et médité ses ouvrages, qu'ils ont traduits dans leur langue, et dont ils ont fait le code de leur pratique.

M. Esquirol a plusieurs fois visité à ses frais tous les établissemens d'aliénés de France; il a décrit ces établissemens, en a fait graver les plans et se proposait de les publier un jour, en même temps qu'il aurait développé ce qu'il a seulement indiqué relativement au meilleur mode de construction et d'aménagement d'une maison destinée au traitement de la folie. Cet ouvrage nous manquera toujours, parce que M. Esquirol n'a pas laissé de matériaux suffisamment élaborés pour qu'on puisse être certain, en les rassemblant, d'avoir sa pensée tout entière. Cependant, la maison qu'il a fait construire à Ivry-sur-Seine peut, jusqu'à un certain point, suppléer à son silence, parce qu'il y a réuni autant qu'il a pu le faire, tout ce qu'il a jugé capable de contribuer au rétablissement des aliénés. C'est en partie d'après les conseils de M. Esquirol et sur ses plans, qu'on

que quand elles sont anciennes et surtout préparées avec du sirop de gomme, elles se dissolvent dans l'estomac avec plus de lenteur; d'où résulte un peu de gêne et même parfois un sentiment de douleur pendant quelques heures. Si donc l'on a à traiter une fièvre intermittente qui ne laisse qu'un court intervalle apyrétique, on doit employer des pilules récemment préparées ou bien donner le sulfate de quinine en poudre ou en solution dans un liquide.

Ces deux dernières formes ont l'inconvénient de laisser à la bouche une amertume excessive qui, chez quelques sujets, provoque des contractions de l'estomac, et alors le médicament est rejeté. Quand on emploie le sulfate de quinine en potion, on ne doit pas perdre de vue qu'il n'est que très difficilement soluble dans l'eau froide; de telle sorte qu'une grande partie du sel se précipiterait au fond du vase si l'on ne prenait soin de favoriser la solution par l'addition de deux ou trois gouttes d'acide sulfurique étendu d'eau.

Dans beaucoup de circonstances on ne peut employer le sulfate de quinine en pilules, en poudre ou en potion, soit à cause de la répugnance qu'éprouvent certains malades, soit à cause d'une certaine irritation du ventricule, soit enfin, chez les enfans surtout, à cause de l'impossibilité de faire avaler quoique ce soit. Alors l'intestin rectum est là qui jouit d'une activité d'absorption beaucoup plus énergique et beaucoup plus rapide qu'on ne l'a cru pendant longtemps, et dans lequel il est aisé d'injecter et de faire séjourner 120 ou 150 grammes de solution, après avoir pris la précaution, s'il y a lieu, d'administrer un lavement préparatoire. Il est bon alors d'ajouter à la solution de sulfate de quinine quelques gouttes de laudanum, ou bien de faire dissoudre le sel dans une décoction de têtes de pavot. L'action narcotique de ces préparations empêche les contractions expulsives de l'intestin. L'expérience m'a prouvé que le sulfate de quinine administré en lavement doit l'être à dose à peu près double de ce qu'elle serait si on l'ingérait dans l'estomac.

Depuis une couple d'années, grâce à l'indication qui m'en a été donnée par un confrère de Rochefort, j'ai fréquemment employé chez les enfans l'introduction dans le rectum d'un suppositoire de beurre de cacao, dans lequel je fais incorporer le sulfate de quinine en poudre. Le beurre de cacao étant préalablement fondu, on y mêle le médicament, et on jette le tout dans un petit cornet de papier fort; on laisse refroidir dans le moule, et au moment convenable on introduit ce suppositoire dans le rectum. Le beurre fond aussitôt et le sulfate de quinine se trouve en contact immédiat avec la surface absorbante. Cette introduction d'un suppositoire fébrifuge a lieu sans difficulté chez les enfans les plus indociles, et l'on n'a à pas craindre que les cris, l'agitation, la volonté même du petit malade, repoussent le médicament comme cela a quelquefois lieu pour un clystère. Dans bien des cas chez les adultes même qui ne peuvent pas retenir un clystère quelque peu abondant que soit le liquide injecté, on peut recourir à ces suppositoires dont l'application est extrêmement facile et peut être faite par les personnes les plus étrangères à l'art.

L'absorption cutanée du sulfate de quinine soit par des frictions à la partie interne des cuisses, soit par des applications dans les aines et sous les aisselles, est conseillée dans tous les livres. Je n'accorde que très peu de confiance à ces moyens; l'absorption a lieu, sans contredit; mais, quelque rapide qu'elle soit, elle n'est pas assez générale pour que l'économie entière ait, en quelque sorte, le temps de *s'imprégner* du médicament pendant l'intervalle apyrétique. Je sais fort bien que certaines substances appliquées sur la peau sont absorbées presque instantanément et manifestent leur action de suite; certains poisons subtils ont cette remarquable propriété; mais il est aussi bien des substances qui ayant été absorbées avec plus ou moins de rapidité, ne donnent cependant signe de leur action qu'après un temps plus ou moins long d'incubation. Les virus qui sont si éminemment *absorbables*, si je puis m'exprimer ainsi, sont dans ce cas, du moins pour la plupart.

L'application du sulfate de quinine en poudre sur l'épiderme préalablement mis à nu par un vésicatoire, est, à mon avis, un mauvais moyen. Cette application est excessivement douloureuse; elle produit la plupart du temps une fièvre indépendante de la fièvre d'accès qu'on veut détruire, et elle amène la formation d'escarres auxquelles succède une ulcération souvent fort longue à guérir. J'ai vu, une fois, survenir un érysipèle qui a occupé tout le membre supérieur.

Depuis longtemps j'ai renoncé à l'emploi du sulfate de quinine à l'extérieur; cependant, tout en repoussant ce mode d'administration dans le traitement des fièvres intermittentes ordinaires, je l'ai adopté et j'en ai obtenu des services signalés dans une circonstance toute spéciale, c'est celle où la fièvre intermittente chronique a laissé après elle ces tuméfactions considérables de la rate avec œdème de la face, amaigrissement des membres et parfois avec un commencement d'hydropisie, sans que pour cela les accès fébriles soient toujours bien marqués.

Il y a, dans ces cas, qui méritent dans nos contrées une attention toute particulière en raison de leur multiplicité chez les enfans des classes pauvres, un *levain pyrétique* qui ne signale pas toujours sa présence par une fièvre réglée, et qui pourtant est là, et doit être combattu à outrance par les préparations de quinquina. A l'intérieur alors, j'administre avec opiniâtreté la décoction de quina, le vin de quina, le sulfate de quinine lui-même, et j'emploie à titre d'auxiliaire puissant un large emplâtre de vigo cum mercurio dans lequel j'incorpore 2, 4, 6 grammes de sulfate de quinine et que je laisse appliqué sur la rate tuméfiée, pendant plusieurs semaines, en ayant soin, tous les quatre ou cinq jours de le faire enlever pendant quelques heures pour nétoyer la peau et la rendre plus apte à absorber le médicament. Cet emplâtre agit comme sudorifique local, en même temps qu'il livre à l'absorption cutanée une notable quantité du fébrifuge. Ce traitement dont j'ai retiré assez souvent de très bons effets est loin d'être nouveau comme semble le croire un médecin de Limoges qui a affirmé récemment en avoir obtenu de très avantageux résultats. Avant la découverte du sulfate de quinine, on employait des épithêmes de quinquina et des bains de décoction de cette précieuse écorce.

B. La dose et le mode d'administration du sulfate de quinine étant fixés, il reste à déterminer encore le moment où il est convenable de faire prendre le médicament.

Je m'abstiens de discuter l'opinion de certains médecins allemands qui ont prescrit de donner les médicamens fébrifuges pendant l'accès; et j'admets comme seule bonne et valable la règle généralement adoptée que le praticien doit autant que possible profiter de l'apyrexie pour faire prendre le quinquina ou ses préparations. Il est cependant quelques circonstances exceptionnelles que je signalerai et sur lesquelles j'insisterai au besoin.

L'intervalle apyrétique est plus ou moins long, suivant que la fièvre est quotidienne, tierce, quarte, etc., etc. L'action du fébrifuge doit être cal-

---

été construits les grands établissemens destinés, en France, au traitement de la folie; et à l'étranger où ses conseils et son nom n'étaient pas moins respectés et vénérés que dans sa patrie, on vit un prince, le roi de Sardaigne, ordonner qu'un vaste local, primitivement construit pour servir d'asile aux insensés, serait converti en caserne, et que, pour le remplacer, un nouvel édifice serait bâti d'après les indications du médecin français.

M. Esquirol a formé la plus riche collection qui existe d'ouvrages anciens et modernes, français ou étrangers, écrits sur l'aliénation mentale; il a également réuni plusieurs centaines de crânes et de têtes moulées pour servir à l'étude de cette maladie.

Ce n'était pas pour lui, mais bien plutôt pour l'avancement de la science, qu'il avait recueilli ces précieux matériaux, car il les mettait généreusement à la disposition de tous ceux qui voulaient en profiter. Pour obtenir de lui cette faveur, pour avoir communication de ses notes et fouiller dans dans ses manuscrits, il n'était aucunement besoin de partager sa manière de voir ou d'adopter ses doctrines. Avec lui chacun jouissait d'une entière liberté, et, s'il estimait votre caractère, que vous fussiez ou non son élève ou son obligé, vous pouviez, sans crainte de lui déplaire, discuter avec lui, opposer vos idées aux siennes, et, si vous aviez raison, il se rendait de bonne grâce, car son amour-propre n'en souffrait nullement.

Religieux par nature, et partisan dévoué des anciennes croyances monarchiques, il était loin d'exiger, de qui que ce fût, l'approbation de ses principes, et encore moins une conformité à ses opinions. Tout ce qu'il demandait aux autres c'était de la tolérance, et il donnait chaque jour l'exemple de cette vertu. Quelques-uns de ses anciens amis parlaient et pensaient comme lui; les plus jeunes appartenaient tous à un parti contraire au sien, et cependant il les aimait avec la tendresse d'un père. Il avait lui-même fait la remarque que ceux auxquels il avait porté le plus d'intérêt, qu'il avait reçus chez lui et admis dans son intimité, loin de partager ses croyances, les avaient presque toujours combattues. Aussi n'a-t-il jamais été entouré de flatteurs, circonstance bien rare dans la haute position qu'il occupait, et qui seule suffirait à son éloge.

Trop timide pour faire, comme on dit, son chemin dans le monde, il n'a dû ses succès qu'à son mérite. De sa part, jamais d'intrigue, ni de cabale, jamais de rivalité jalouse, jamais de souffrances ou de déchiremens interieurs quand un compétiteur s'emportait sur lui. Il a vu quelquefois des ennemis l'attaquer avec acharnement, il leur a pardonné; il a vu des élèves, qu'il avait aimés, se tourner contre lui, il ne les en a pas moins aimés. Un jour que je me plaignais à lui des attaques dont j'étais l'objet, que je lui laissais voir combien je souffrais des calomnies dites à l'oreille ou imprimées auxquelles j'étais en butte, il sourit et me consola en me rappelant sa propre histoire. Lors de la publication de ses premiers travaux, on l'avait violemment attaqué; des appellations inconvenantes et injurieuses lui avaient été adressées, il les avait supportées sans rien dire, et s'il s'en souvenait, ce n'était pas pour en accuser les auteurs, mais pour me donner un exemple utile à mon repos.

La timidité de M. Esquirol ne dégénéra jamais en faiblesse, et il savait montrer du courage quand ses devoirs ou l'honneur l'exigeaient. Jeune, il se trouvait à Narbonne, lorsqu'un homme suspect d'aristocratie et traduit devant le tribunal révolutionnaire de cette ville attendait son jugement, ou plutôt sa condamnation. Qui défendra cet homme? Défendre un suspect, n'est-ce pas encourir soi-même la suspicion? M. Esquirol ne connaît pas l'accusé, mais l'accusé lui paraît in-

culée de manière à ce que, pendant qu'elle dure, l'organisme soit autant que possible dans son état normal; car, en principe, chaque accès de fièvre est une maladie, et chaque intervalle, un retour plus ou moins complet à la santé. Si donc la fièvre est quotidienne et laisse un intervalle apyrétique de cinq à six heures seulement, la dose de sulfate de quinine sera administrée en deux ou trois fois, en commençant aussitôt l'accès terminé, de manière à ce que la dernière pilule ou la dernière cuillerée de potion soit prise deux heures avant le retour présumé de l'accès. Dans le cas où l'intervalle serait plus court, on ne doit pas craindre d'administrer la dose en une seule fois, et c'est ce que l'on fait toujours quand on donne le sulfate de quinine par le rectum.

Souvent il arrive que les accès de fièvre intermittente quotidienne chevauchent l'un sur l'autre et sont *subintrans*, selon l'expression de l'école. Le premier stade d'un nouvel accès, le frisson se montre lorsque le malade est encore sous l'influence de l'accès précédent. Dans ces cas là, on ne doit pas hésiter à donner le sulfate de quinine pendant le déclin de la fièvre; je dis plus, on devra s'empresser de le faire, on devra même forcer la dose; parce que ce chevauchement des accès doit faire redouter les accidens graves connus sous le nom de *pernicieux* qui sont si souvent mortels.

La fièvre est-elle tierce ou quarte, le médicament sera donné à doses fractionnées, et à des intervalles de deux heures au moins de manière à ce que la dernière potion en soit prise trois ou quatre heures avant le moment présumé du retour de l'accès.

On ne doit pas perdre de vue que dans les fièvres intermittentes, surtout quand elles revêtent le caractère tierce, l'heure de l'accès *avance* pendant la période d'accroissement de la maladie, et *retarde* pendant la période de décroissement.

Après la fièvre *coupée*, l'on devra, comme je l'ai déjà dit, continuer pendant quelque temps l'usage du sulfate de quinine ou lui substituer quelque préparation de quinquina; mais à moindre dose; et cela, pendant trois ou quatre jours au moins si la fièvre a été quotidienne; pendant six à huit jours si elle a été tierce; pendant douze ou quinze si elle a été quarte.

Beaucoup de praticiens, et je suis de ce nombre, prescrivent ensuite le sulfate de quinine tous les septenaires pendant une couple de mois pour éviter les rechutes; surtout quand les malades ont été atteints dès le commencement de la saison caniculaire, qu'ils sont faibles, chétifs et facilement accessibles à l'influence de la cause morbifique répandue dans l'atmosphère des lieux où ils sont obligés de séjourner.

J'évite à dessein de parler avec quelque détail des fièvres pernicieuses et du traitement spécial qui leur convient: cette importante question est en dehors de mon sujet.

§ III. — CAS OU LE SULFATE DE QUININE DOIT ÊTRE REMPLACÉ PAR D'AUTRES PRÉPARATIONS DE QUINQUINA ET OU ON DOIT LUI ASSOCIER QUELQUES AUTRES SUBSTANCES.

A. Il ne manque pas de circonstances dans lesquelles le sulfate de quinine semble se dépouiller de son efficacité, et où il est de toute évidence qu'il y a de l'avantage à le remplacer par une autre préparation de quinquina.

Madame R... en proie à une fièvre intermittente quotidienne depuis plusieurs mois, souffrait de l'estomac, digérait avec peine et maigrissait à vue d'œil. D'intermittente qu'elle était, la fièvre était devenue rémittente. La menstruation avait lieu régulièrement (la malade a 35 ans). Le sulfate de quinine employé à diverses reprises et avec tout le soin possible avait échoué: un de mes confrères qui lui donnait ses soins voulut bien m'adjoindre à lui. Nous changeâmes le mode de traitement; nous prescrivîmes l'infusion de quinquina gommée faite à froid et en commençant à en administrer seulement quelques cuillerées pendant la rémittence; nous ne tardâmes pas à pouvoir augmenter la dose et à voir disparaître entièrement la fièvre. Dans le but de prévenir des rechutes nouvelles, nous fîmes ensuite prendre du vin de Séguin pendant une quinzaine de jours: le rétablissement complet de la malade a eu lieu, et l'estomac a été parfaitement guéri sans qu'aucune autre médication ait été employée.

Cette observation, que je cite comme type, me semble prouver: d'abord, que le sulfate de quinine n'a pas toujours et partout son efficacité; en second lieu, que la douleur de l'estomac et la difficulté de la digestion ne sont pas toujours le produit d'une irritation gastrique qu'il faille incessamment combattre par une médication antiphlogistique, comme l'ont si longtemps cru les enthousiastes outrés de la doctrine physiologique; troisièmement enfin qu'un médicament agit victorieusement quelquefois, alors qu'un de ses analogues ou que lui-même sous une autre forme a été inactif et même nuisible. Cette dernière réflexion est applicable (et il n'est pas un praticien qui ne le sache) à presque tous les agens pharmacologiques.

Avant que l'on connût le sulfate de quinine, nos devanciers employaient le quinquina en poudre, la décoction de quina, le vin de quina, etc., etc., et ils guérissaient eux aussi des fièvres intermittentes. Ces préparations avaient l'inconvénient d'être d'une administration plus difficile et de répugner davantage aux malades. La belle découverte de MM. Pelletier et Caventou a rendu leur usage plus rare. Quelques praticiens les ont même oubliées et n'en font plus de cas. C'est, à mon avis, un très grand tort, et je maintiens qu'il est bien des fois utile d'y recourir, non seulement à cause de la propriété tonique qu'elles possèdent et qui n'est pas développée au même dégré dans le sulfate de quinine: mais encore parce que souvent il arrive que ce sel finit par ne plus produire d'effet sur l'économie quand elle y a été habituée.

Qu'un malade, par exemple, ait été atteint d'une fièvre quarte; que cette fièvre ait été coupée par du sulfate de quinine en pilules, en potion ou en poudre; que néanmoins une, deux, trois rechûtes soient survenues. Cinq, six, huit mois se seront écoulés; vous aurez une fièvre intermittente chronique, la plupart du temps pour ne pas dire toujours accompagnée d'une tuméfaction plus ou moins considérable de la rate, d'amaigrissement général, d'inappétence, de dégoût, d'amenhorrée chez les femmes, etc., etc. Eh bien! dans ces cas si désespérans pour le malade et pour le médecin, vous retirerez de l'avantage à abandonner le sulfate de quinine pour recourir au quinine lui-même. La décoction, ou même l'infusion pourront être administrées chaque jour et pendant plusieurs semaines de suite. Quelquefois on reviendra au sulfate de quinine pour reprendre ensuite la décoction de quinine, le vin de quina, etc..... Ce conseil n'est pas nouveau: tous les thérapeutistes le donnent à l'occasion des médications longues et employées avec obstination pour combattre des affections chroniques.

Nous devons donc accepter comme règle, le précepte de varier les formes sous lesquelles il faut administrer les médicamens quand on doit en prolonger l'emploi. Cette règle trouve son application dans le traitement de ces fièvres intermittentes qui durent depuis des mois, et même

---

nocent; il prend sa défense, il expose les faits, les explique d'une manière favorable, s'élève contre ces accusations dont l'abus porte la défiance et la crainte dans toutes les familles. Il parle du cœur, sa voix est chaleureuse, son regard animé, il étonne par sa hardiesse. L'auditoire s'émeut, et les juges attendris consentent à être justes, au moins pour cette fois.

Plus tard, quand lui-même il devint une puissance, quand il eut acquis une fortune, où tant de natures, vigoureuses d'abord, deviennent molles et peureuses, il resta ferme, comme l'avait été le défenseur de Narbonne. Il était inspecteur-général des études, lorsqu'on s'occupa, sous je ne sais plus quel ministère de la restauration, de supprimer le collége de Sorèze, entaché de libéralisme. M. Esquirol s'opposa à cette suppression, et parvint à l'empêcher. Notez que M. Esquirol était tout à fait monarchique, qu'il aimait la légitimité; mais, par-dessus tout, il était tolérant, et s'il voulait amener les autres à ses opinions, c'était par le raisonnement, par l'exemple, et jamais par la force ou l'arbitraire.

Vers le même temps, il s'agit de destituer un professeur de Montpellier, patriote ardent, et que l'on accusait de donner des principes révolutionnaires aux élèves de cette faculté. M. Esquirol s'y opposa encore, voulant qu'on respectât le professeur, et laissant aux tribunaux le soin de poursuivre, s'il y avait lieu, celui que l'on accusait de menacer le repos de l'école. Dans ces deux circonstances, c'étaient des libéraux, des patriotes qu'il défendait; plus tard, il donnait asile à un légitimiste, lorsqu'il y avait pour lui du péril à le faire. Il était lié à la famille de Montbel. A la révolution de juillet, M. de Montbel, alors ministre, s'enfuit comme ses collègues, et s'en alla cherchant un asile chez ses anciens amis. Bien des portes restèrent fermées devant lui; bien des gens qui avaient brigué ses faveurs, qui avaient obtenu de lui places et rubans, ne se souvinrent plus de l'avoir connu. Sa famille s'était réfugiée dans la maison de M. Esquirol; il vint également s'y cacher. Cette maison est ouverte à tout le monde, cent voix délatrices peuvent à chaque instant y appeler l'émeute, alors si puissante et si justement redoutée. M. Esquirol n'en est pas troublé; il prend les précautions que la prudence exige en pareil cas, et tranquille, parce qu'il a fait son devoir, il s'en remet, pour le reste, aux soins de la Providence.

Lorsque M. Esquirol est venu à Paris, il était sans fortune et sans protection: il a vécu pendant les premières années du long séjour qu'il y a fait dans une gêne voisine de la misère. Il aimait à rappeler cette époque de sa vie à ceux de ses élèves qui se trouvaient dans un cas analogue au sien, afin de leur donner du courage et l'espoir d'un avenir meilleur. Il est devenu successivement médecin de la Salpêtriere, membre de l'Académie royale de médecine, inspecteur général de l'Université, médecin en chef de Charenton, correspondant de l'Académie royale des sciences morales et politiques, membre du conseil de salubrité de Paris, et associé de presque toutes les sociétés savantes de l'Italie et de l'Allemagne.

Huit jours avant sa mort, et déjà très souffrant d'une escharre pulmonaire qui l'avait empêché ce jour là de faire son service à Charenton, il voulut assister à une séance du conseil de salubrité dont il était alors vice-président; il en revint très malade, ayant la fièvre et crachant le sang; il se mit au lit, l'affection pulmonaire était par elle-même peu grave; mais M. Esquirol se trouvait tellement affaibli que, dès ce moment, MM. Louis et Cayol, appelés près de lui, crurent sa vie compromise; il le crut lui-même, et, quelque soin que l'on prît pour le tromper à ce sujet, il se prépara à mourir. Sans avoir éprouvé d'autres maux que des souffrances physiques, aussi calme d'esprit que dans sa meilleure santé, il a prévu le jour et l'heure de sa mort, s'y est préparé avec la foi d'un chrétien, et s'est éteint tranquillement et sans agonie, le 12 décembre 1840, à sept heures du matin, dans la soixante-huitième année de son âge.

M. Esquirol a été l'un des médecins les plus éminens de notre époque. Son nom appartient désormais à l'histoire; il ne périra pas.

LEURET.

des années, chez des sujets qui tiennent au sol, auxquels on ne peut conseiller de s'expatrier, et que l'on ne peut guérir que par le quinquina, quoiqu'en aient dit jusqu'à ce jour quelques prôneurs de certains autres médicamens dont l'efficacité est à mes yeux ou très douteuse, ou très inférieure à celle de l'écorce péruvienne.

Il est un sel de quinquina peu employé, et qui cependant peut être utile quand le sulfate a échoué. Ce sel est l'hydro-ferro-cyanate de quinine. Voici, entre un petit nombre d'autres, un cas assez singulier dans lequel j'en ai fait usage.

Une sœur de la Charité, âgée de 38 à 40 ans, était atteinte depuis plusieurs semaines d'une fièvre intermittente opiniâtre. Les accès étaient quotidiens, et l'état de la malade présentait ce phénomène particulier que pendant les intermittences, qui étaient de 8 ou 10 heures, elle était en proie à une sueur incessante qui persistait, quoiqu'elle fît pour l'en empêcher, jusqu'à ce que la période de frisson de l'accès suivant se manifestât. Le sulfate de quinine, le quinquina en poudre, la décoction de quina avaient échoué tour à tour, lorsqu'on me consulta. Je prescrivis 60 centigrammes d'hydro-ferro-cyanate de quinine, à prendre en trois doses pendant la première intermittente qui aurait lieu. Le lendemain, l'accès fut moins fort, la sueur ne se prolongea pas aussi longtemps, elle disparut complétement pendant quatre ou cinq heures. La même médication continuée pendant quelques jours triompha de cette fièvre opiniâtre et du singulier phénomène qui l'accompagnait..... Est-ce que le sel de quinine dont il est ici question aurait la propriété particulière d'arrêter cette transpiration pathologique qui, quelquefois, est un si fâcheux symptôme dans les fièvres hectiques, et contre laquelle déjà on conseille les autres préparations de quinquina et le sulfate de quinine lui-même, sans en avoir guère obtenu qu'un succès douteux ou passager? Je livre cette idée aux praticiens qui me liront.

M. Foy, dans son cours de pharmacologie dit, en parlant de la quinine à l'état alcalin, et de la cinchonine, que l'on devrait en faire un plus fréquent usage, parce que ces substances était à peu près insolubles, le malade les prendrait sans être incommodé par l'excessive amertume que développent les sels de quinine qui sont solubles. Le JOURNAL DES SCIENCES MÉDICO-CHIRURGICALES a publié, il y a quelques années, une note sur l'emploi de la quinine pure, et a signalé sa propriété fébrifuge, malgré son insolubilité. J'avoue que l'insolubilité presque complète de ces alkaloïdes m'a empêché de leur accorder la moindre confiance : je n'en ai jamais fait usage, et je m'abstiens, par conséquent, de me prononcer formellement à ce sujet.

B. On a reproché au sulfate de quinine d'irriter considérablement l'estomac et les intestins, de déterminer l'afflux du sang vers la poitrine, et quelquefois d'être la cause, quand il ne coupe pas de suite la fièvre intermittente simple, des accidens cérébraux qui se manifestent dans les accès suivans.

Ces inconvéniens, qui ont été énumérés avec détails et regardés presque comme nécessaires par certains partisans exclusifs de l'école physiologique à l'époque de son origine, sont bien loin d'avoir aujourd'hui la valeur qu'on leur a donnée il y a une vingtaine d'années. Le temps et l'expérience, la discussion éclairée et l'examen clinique ont réduit à leur juste valeur les anathèmes lancés par les physiologistes purs contre la plupart des agens thérapeutiques les plus précieux, et contre les toniques en particulier, le quinquina en tête. Loin de moi la pensée de refuser au sulfate de quinine la propriété de produire un certain degré d'irritation à l'estomac au moment de son ingestion; loin de moi l'idée de vouloir proclamer son innocuité dans tous les cas. Ma pratique est là pour me donner un démenti formel, et il y aurait absurdité à se prononcer ainsi contre l'évidence des faits; mais qu'il y a loin de ce qui constitue ma croyance à cet égard aux exagérations des premiers médecins physiologistes qui, du reste, se sont tant amendés, comme l'avait fait d'ailleurs, et un des premiers, l'illustre novateur du Val-de-Grâce!

Ce serait sortir des limites que je me suis tracées que de discuter longuement les opinions émises sur cette matière pour arriver à l'expression de ma manière de voir. Je me bornerai aux propositions suivantes, qui sont les conclusions de la discussion à laquelle je pourrai me livrer; et je partirai de là pour traiter exclusivement la question thérapeutique.

1° Le sulfate de quinine occasionne une irritation de l'estomac, instantanée et sans conséquence, chez la plupart des sujets.

2° Quand la fièvre intermittente s'accompagne de symptômes inflammatoires pendant l'accès, la muqueuse gastrique et plus rarement la muqueuse intestinale conserve une disposition à s'irriter et même quelquefois à s'enflammer à l'occasion de l'ingestion du sel fébrifuge.

3° Les personnes chez lesquelles prédomine le système nerveux, les femmes surtout, éprouvent particulièrement un sentiment de gêne et d'irritation à l'estomac quand on leur administre du sulfate de quinine pur.

Dans la plupart des cas, donc, je n'hésite pas à prescrire le sulfate de quinine seul et sans correctif; dans ceux de la seconde catégorie, l'on doit chercher, pendant la durée de l'accès, à combattre les accidens inflammatoires qui se manifestent, comme j'aurai occasion de le dire plus bas, et administrer sans crainte le sel fébrifuge seul ou légèrement corrigé par l'addition d'une petite quantité d'opium; mais alors on recourra aux clystères plutôt qu'aux ingestions par l'estomac. Dans ceux de la troisième espèce, il est utile d'associer le sulfate de quinine à des substances narcotiques et même antispasmodiques ou même encore de le remplacer par quelque autre préparation de quinquina.

OBS. — Mademoiselle P....., âgée de 22 ans, d'une constitution éminemment nerveuse, est prise de fièvre intermittente quotidienne. Je la vois à la fin du second accès, qui a débuté par des frissons, des hoquets et des vomissemens, auxquels ont succédé de l'agitation, du délire, et puis de la sueur et du calme. (Sulfate de quinine, 12 décigrammes; extrait gommeux d'opium, 5 centigrammes pour 12 pilules, à prendre en trois fois pendant l'intervalle apyrétique.) L'accès qui suivit fut simple et moins long. (Cette fois, six pilules seulement.) Le lendemain, apyrexie. (Pilules.) Le jour suivant, apyrexie. (4 pilules encore, ensuite 2 pilules chaque matin, pendant trois jours.)

Ici, avec le tempérament connu de la malade, les accidens quasi pernicieux ne me parurent nécessiter aucuns moyens antiphlogistiques, et avec d'autant plus de raison que j'arrivai auprès de mademoiselle P. pendant le dernier stade de l'accès et après la cessation du délire. Je crus satisfaire à l'indication en associant 5 centigr. d'extrait d'opium à la forte dose de sulfate de quinine que j'administrai la première fois. Après l'accès simple qui suivit, la médication fut moins énergique, mais toujours mixte.

Certes il est rationnel d'associer ainsi l'opium au sulfate de quinine. Dans les cas où la prédisposition nerveuse donne lieu à des accidens plus légers, on peut se borner à faire préparer les pilules avec du sirop de morphine ou du sirop diacode, ou bien à associer la thridace, ou même à faire suivre l'ingestion des pilules de sulfate de quinine par de deux ou trois gorgées d'infusion de tilleul aromatisée avec l'eau de fleur d'oranger, etc. Je n'ai pas besoin de dire que la même condition est facilement praticable quand on donne le sulfate en potion.

On conçoit aisément encore que chez certains sujets des accidens particuliers peuvent porter le praticien à unir au sulfate de quinine ou aux autres préparations de quinquina, le musc, la valériane, la digitale, etc. Ainsi, les épileptiques, les femmes hystériques, les phthisiques, les dysentériques, les asthmatiques peuvent être atteints de fièvres intermittentes et offrir une série de symptômes spéciaux qui demandent à être combattus et qui pourraient fort bien être aggravés si on ingérait sans dicernement le sulfate de quinine pur dans l'estomac et quelquefois même dans le rectum. Le raisonnement le plus simple et un peu de tact indiquent aisément les cas exceptionnels dans lesquels on doit recourir aux adjuvans indiqués par le tempérament du malade, par l'existence antécédente de certaines affections chroniques, par l'ensemble des phénomènes qui se sont présentés pendant l'accès, et dont quelques-uns persistent pendant l'intermittence quelquefois.

Ces adjonctions de substances diverses au quinquina et au sulfate de quinine doivent être faites suivant les règles générales de l'art de formuler, à la tête desquelles se trouve le précepte formel d'éviter le mélange de certaines substances incompatibles qui se décomposent ou s'altèrent par leur union et perdent les propriétés dont elles sont ordinairement douées. L'émétique, les sels de fer, le sulfate de zinc, les carbonates alcalins, par exemple, sont incompatibles avec le quinquina et ne doivent jamais lui être unis.

Je ne veux point omettre, en terminant ce paragraphe, de signaler un phénomène assez remarquable, et que j'ai toujours vu fort innocent. C'est l'affaiblissement de l'ouïe, un certain degré de surdité après l'administration du sulfate de quinine à forte dose surtout.

Voici ce que m'écrivait, le 21 août 1839, de la Martinique, mon ami M. Sonty, chirurgien distingué de la marine, convalescent alors d'une fièvre pernicieuse rémittente, à laquelle il a failli succomber : « J'ai expérimenté sur moi-même, dit-il, l'action du sulfate de quinine à haute dose, et j'ai pu m'assurer d'un fait que j'ai observé souvent, c'est qu'il a une action forte et durable sur l'appareil nerveux qui préside à l'ouïe. »

Ce phénomène, je le répète, est peu important, et ne doit point empêcher d'user du médicament fébrifuge *largâ manu*, surtout si l'on songe que dans les cas de fièvre pernicieuse les malades sont voués à une mort presque certaine dès le troisième accès. Et d'ailleurs, la surdité qui se manifeste alors disparaît spontanément après quelques jours (1).

(1) Le docteur anglais Williams signale (V. GAZ. MÉD., 1840, p. 772) deux cas de surdité survenue à la suite de l'administration du sulfate de quinine. Il me paraît attacher à ce phénomène beaucoup plus d'importance qu'il n'en mérite.

§ IV. — MÉDICATION PRÉPARATOIRE ET ACCESSOIRE.

Les anciens médecins avaient coutume de faire vomir ou de purger les fébricitans, et quelquefois de faire l'un et l'autre, avant de donner le quinquina. A une époque plus rapprochée l'école moderne avait proscrit entièrement les purgatifs et les vomitifs, pour y substituer les émissions sanguines, et la médication antiphlogistique. Ce n'était qu'après cette préparation, si je puis m'exprimer ainsi, que l'on recourait au quinquina ou au sulfate de quinine. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit plus haut à ce sujet; je veux seulement signaler dans ce paragraphe les circonstances exceptionnelles qui s'opposent à ce que les fébrifuges soient administrés de prime-abord.

C'est ici que l'on trouve l'application de la belle doctrine des constitutions médicales enfantée par le père de la médecine, et si admirablement enseignée dans les écrits de Sydenham, cet autre Hippocrate. Quel est en effet le praticien qui ne remarque pas à chaque saison, chaque année, dans chaque localité, la puissante influence des phénomènes météorologiques et de la position topographique, non seulement sur la nature des maladies régnantes, mais encore sur la physionomie particulière qu'elles affectent? En appliquant ces données aux fièvres intermittentes, nous serons toujours à même de fixer d'une manière précise les cas dans lesquels il faudra user d'une médication préparatoire antiphlogistique ou évacuante.

A. Après un hiver sec et rigoureux, par exemple, les fièvres intermittentes printanières sont presque toujours accompagnées ou précédées de symptômes qui dénotent, sinon une inflammation, au moins une irritation vive des organes respiratoires. C'est alors que s'observent les pleurésies, les pneumonies, les bronchites intermittentes, dans les contrées marécageuses.

Lorsqu'en 1837 l'épidémie de grippe, qui régnait alors sur presque toute la France, fit son apparition à Marennes, nous y observâmes assez souvent cette maladie sous la forme intermittente. Dans la plupart des cas, le régime, la transpiration, quelques boissons émollientes, suffirent pour enrayer les phénomènes inflammatoires et pour placer les malades dans des conditions favorables à l'administration du sulfate de quinine; quelquefois il fallut recourir aux émissions sanguines générales ou locales pour atteindre le même but. Le malade une fois préparé ainsi était promptement débarrassé par l'emploi du sel fébrifuge.

Obs. — Le nommé Grimard, paysan de 42 ans fut un de ceux chez lesquels la grippe revêtit la forme intermittente. A ma première visite, fièvre forte; douleur thoracique; toux; crachats spumeux abondans; agitation générale; céphalalgie; sueur. Comptant sur une transpiration critique, je me contentai de prescrire une potion laudanisée pour la nuit, et je remis au lendemain à pratiquer une saignée, si la sueur n'amenait pas quelque amendement. Le lendemain matin, tous les symptômes de la veille avaient disparu. Le malade avait beaucoup transpiré, il était sans fièvre; la douleur de poitrine n'existait plus. Je me retirai satisfait, après avoir prescrit quelques précautions hygiéniques. Le soir, à la même heure que la veille, les symptômes de la grippe reparaissent avec la même intensité. Eclairé dès-lors sur la nature intermittente de l'affection, j'administrai le sulfate de quinine, et le rétablissement ne se fit pas longtemps attendre.

Voici un cas où la médication antiphlogistique devait être employée avant d'administrer le sulfate de quinine. Si le malade n'eût pas été en sueur au moment de ma première visite, je l'aurais très certainement saigné. Je croyais tout d'abord avoir affaire à une affection continue, et je ne fus désabusé que le lendemain soir, quand apparut le second accès. Je pus dès-lors prescrire la seule médication rationnelle en pareil cas, sans tenir compte de la toux légère qui persistait pendant l'apyrexie, et sans craindre surtout que la propriété tonique et irritante du sulfate de quinine pût aggraver les symptômes phlegmasiques qui se montraient pendant l'accès.

Quand donc il arrive que les fièvres intermittentes se montrent sous l'influence de cette constitution atmosphérique particulière qui amène à sa suite l'apparition des maladies inflammatoires de la poitrine, la médication préparatoire doit être antiphlogistique; les émissions sanguines générales le plus souvent, quelquefois locales, seront employées pendant le premier accès. Les boissons adoucissantes, la chaleur du lit, les applications émollientes seront conseillées dans l'intervalle apyrétique et pendant l'administration du sulfate de quinine, dont l'action irritante sera modérée par l'association de l'opium ou des sels de morphine, et que même on ingérera de préférence par le rectum.

B. Pendant la saison caniculaire, il arrive ou que l'atmosphère est chaude et sèche ou qu'elle est chaude et humide; dans le premier cas des symptômes inflammatoires apparaissent vers la muqueuse gastro-intestinale, et se décèlent par la douleur épigastrique, par des vomissemens ou des nausées, par la diarrhée, par la rougeur et la sécheresse de la langue, par la soif vive, par l'appétence des boissons froides; quelquefois enfin par une réaction vers les centres encéphaliques. Cet ensemble de phénomènes est plus ou moins complet, et offre quelques modifications résultant des idiosyncrasies diverses, de l'âge, du sexe, même de la position sociale et de la nature des occupations habituelles.

Quand au contraire les chaleurs de l'été sont accompagnées de pluies fréquentes, un autre ordre de phénomènes vient enlever à la fièvre intermittente son caractère de simplicité et l'on voit alors survenir cette complication particulière que je désignerai par les mots *d'embarras gastrique* ou *embarras gastro-intestinal*, faute d'autres expressions qui puissent rendre aussi complètement ma pensée, et qui me dispenseront d'exposer trop longuement les symptômes qui s'observent alors.

La langue est blanche et large, une couche saburrale, colorée quelquefois en jaune ou en vert la recouvre; le malade a de fréquentes envies de vomir, sans que pour cela il y ait sensibilité de l'épigastre; la bouche est amère et pâteuse; il y a de l'inappétence, des rapports nauséeux, acides, amers, etc., etc.

N'est-il pas facile d'apprécier, après l'examen attentif de cette double série de phénomènes, que dans la première supposition que j'ai faite on aura à traiter une gastrite ou une gastro-entérite intermittente comme le disent MM. Roche et Sanson; et dans la seconde supposition des fièvres intermittentes saburrales, bilieuses des auteurs du siècle dernier? Ici la médication évacuante devra être employée; là on devra recourir à la médication antiphlogistique. Dans les deux cas, les moyens préparatoires employés amèneront une modification qui rendra la fièvre intermittente à son état de simplicité normal, si je puis ainsi dire, et prépareront l'économie à subir l'influence anti-périodique du sulfate de quinine ou du quinquina.

Pendant les étés de 1838 et 1839 la physionomie des fièvres intermittentes m'a fait faire bien de la médecine humorale, et je n'ai pas eu à me repentir une seule fois d'avoir émétisé et purgé un grand nombre de mes malades.

Obs. — M. V..., âgé de 35 ans, d'une vigoureuse constitution quoique blond, est atteint d'une fièvre intermittente tierce (septembre 1839). Le premier accès est accompagné de vomissements multipliés; le jour suivant, le malade semble revenu à la santé: il a seulement du dégoût pour les alimens, la bouche est mauvaise, la langue épaisse et recouverte d'un enduit gras et consistant. Appelé pendant le deuxième accès, je trouve le malade en proie à une agitation extrême; il y a des vomissemens de matières glaireuses et de bile vert foncé. Après les efforts de vomissemens, il reste plongé pendant quelques instans dans un abattement profond, d'où il est retiré bientôt par de nouvelles contractions du ventricule. La face est injectée, une sueur générale existe; l'épigastre est indolent pendant les intervalles des vomissemens; la langue est large, d'un blanc sale, colorée par places en jaune verdâtre; le pouls est fort et fréquent. Prescription pour le lendemain matin après l'accès terminé: potion émétisée; et pour la nuit qui doit précéder l'accès suivant: 75 centigrammes de sulfate de quinine à prendre en trois doses.

Une abondante évacuation de bile a eu lieu par haut et par bas. Le sulfate de quinine a été très bien supporté quoique donné pur: le troisième accès a complètement manqué. Quelques decigrammes du précieux sel ont été administrés aux jours et heures convenables pendant une semaine et le malade a parfaitement guéri.

C. Si, abandonnant les considérations qui se rattachent aux constitutions médicales, nous descendons à l'examen des tempéramens, des idiosyncrasies, nous trouverons encore là une source d'indications précieuses, qui nous guideront dans la pratique et qui nous feront donner des préceptes analogues à ceux qui précèdent; et au lieu de prescrire un traitement général *à priori*, nous serons conduits à chercher des indications à remplir selon les circonstances individuelles qui se présenteront à notre observation.

La conclusion qui ressort de ce paragraphe me semble facile à tirer; c'est que la fièvre intermittente se guérit encore par le sulfate de quinine ou le quinquina, lors même qu'on est obligé d'employer une médication préparatoire ou accessoire pour combattre les phénomènes qui la compliquent, et cette médication, à son tour, est variable et subordonnée aux circonstances énumérées ci-dessus.

Je termine termine ici ce travail déjà trop long peut-être. Si l'on veut envisager de haut et sous tous leurs points de vue les questions nombreuses qui y sont signalées, il paraîtra bien incomplet sans doute; mais, en l'entreprenant, je n'ai point eu en vue de traiter le vaste sujet des fièvres intermittentes. Mon but a été de fixer un point de thérapeutique qui n'est, à mon avis, nulle part traité avec assez de précision pour que les médecins qui ne pratiquent pas dans les lieux où les fièvres intermittentes sont endémiques, puissent, quand ils en rencontrent, apprécier et appliquer convenablement l'héroïque médicament qu'ils ont à leur disposition.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG; choix d'observations avec réflexions, recueillies par Louis Hirtz, aide de clinique dans le service de M. J. Bach, agrégé, médecin en chef-adjoint à l'hôpital civil de Strasbourg, chef des travaux anatomiques.

Parmi les nombreuses observations que nous avons eu occasion de recueillir au service de M. Bach, il en est plusieurs qui nous ont semblé offrir assez d'intérêt pour mériter d'être connues; nous allons en rapporter quelques-unes, en les faisant suivre chaque fois des réflexions et des considérations pratiques auxquelles ce professeur s'est livré, soit dans ses conférences cliniques, soit au lit des malades.

GOITRE VOLUMINEUX; LIGATURE; GUÉRISON.

Obs. I. — Henri Klein, d'Alteviller (Bas-Rhin), âgé de 30 ans, bien constitué, sanguin, entre à la clinique externe, le 15 juillet 1840, pour y être traité d'un goître datant de 20 ans, développé sans cause connue. Au début, la tumeur était du volume d'un pois, indolente et très mobile, placée à la partie latérale droite et moyenne du cou. Depuis, son volume augmenta continuellement, et, en l'examinant, le jour de son entrée, nous trouvons que la tumeur a environ dix centimètres dans tous les sens; qu'elle est mobile, quoique adhérant profondément par un pédicule assez large; que, dans certains points, elle est dure, comme cartilagineuse, et même osseuse, et que, dans d'autres elle est molle et fluctuante; qu'elle suit les mouvemens d'élévation et d'abaissement du larynx, s'étend supérieurement jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du rebord de la mâchoire inférieure, et s'arrêtant à une distance égale de la clavicule (à droite), refoulant en debors le sterno-mastoïdien et l'artère carotide, et déjetant l'appareil laryngé en dedans et à gauche. Du reste, respiration et déglutition à peine gênées; seulement voix un peu rauque, décubitus latéral gauche un peu pénible, et difformité assez grande pour que ce ce jeune homme veuille à toute force en être débarrassé.

Le 25 juillet, à 9 heures du matin, M. Bach, assisté par M. le professeur Ehrmann, et en présence d'un grand nombre d'élèves, pratiqua l'opération suivante :

Tout ayant été convenablement disposé, une incision cruciale fut faite sur la tumeur; les lambeaux de peau qui en résultaient furent disséqués et renversés, de manière à ne laisser que le moins possible de tissu cellulaire adhérent à la tumeur; puis, passant avec les doigts entre celle-ci et la peau, détruisant les adhérences, le goître fut ainsi isolé et arraché jusqu'à son vrai pédicule; celui-ci fut embrassé par une forte ligature, dont les deux bouts, passés à travers quelques grains de chapelet et une canule en argent, vinrent se fixer à la petite barre transversale d'une espèce de barillet à engrenures (voy. serre-nœud de M. Mayor), de manière à pouvoir être ainsi resserrés à volonté. On commença alors à resserrer le pédicule, mais médiocrement. Les choses furent laissées en place et le malade fut reporté dans son lit. Il ne perdit guère qu'une cuillerée de sang, et l'opération se trouva terminée au bout de dix minutes. Une compresse, imbibée d'eau froide et fréquemment renouvelée, fut appliquée sur la tumeur.

Dans le courant de la journée, on revint deux fois encore à la constriction, mais avec l'attention chaque fois de ne serrer que légèrement. Chacune de ces manœuvres fut suivie d'une augmentation de gêne dans la déglutition et la respiration, et surtout d'une douleur irradiant vers la nuque.

Le 26, réaction assez intense. (Saignée.) La tumeur commence à prendre un aspect noirâtre. On y fait une ponction avec une aiguille à acupuncture, et on s'assure qu'il n'y a déjà plus de sensibilité; on serre encore deux fois, ainsi que les jours suivans; on prescrit la diète et le même pansement.

Le 31. État général très satisfaisant. La tumeur, devenue mobile, répand une odeur de gangrène, qui incommode singulièrement le malade; elle est comme *charbonnée*. M. Bach la récise au-devant de la ligature, laissant celle-ci en place et la resserrant davantage.

L'examen de la tumeur y démontre des loges nombreuses, à parois plus ou moins dégénérées, présentant même des points d'ossification, et renfermant un liquide de couleur sale, brunâtre.

Le 5 août, le pédicule a complètement disparu par fonte purulente; la ligature est enlevée, et l'on commence à rapprocher, à l'aide de bandelettes agglutinatives, les lèvres de la plaie, qui, du reste, ont un très bon aspect.

A partir de ce moment, cicatrisation rapide. Sortie du malade vers la fin du mois d'août; guérison parfaite.

GOITRE; LIGATURE; GUÉRISON.

Obs. II. — F. Louis, âgé de 27 ans, lymphatique, entre à la clinique externe le 8 septembre 1840. Ayant entendu parler du beau succès que venait d'obtenir M. Bach chez le sujet de notre première observation, il résolut de se faire enlever, lui aussi, un goître, datant de trois ans, du volume d'une petite orange, situé sur la ligne médiane, à 2 centimètres au-dessous de la fossette sus-sternale, goître qui, sans le gêner beaucoup, rendait la voix rauque et la respiration pénible.

La tumeur adhérait profondément à une base large. On y reconnut de la fluctuation, et en même temps les lobes latéraux du corps thyroïde étaient légèrement hypertrophiés. Le malade réclamant l'opération, malgré qu'on lui en eût représenté tous les dangers, M. Bach, fort de son premier succès, se décida à entreprendre cette nouvelle opération, et voici comment elle fut exécutée :

Faisant un pli transversal à la partie moyenne de la peau qui recouvrait la tumeur (comme pour l'opération de la hernie), il y pratiqua une incision, qui mit l'aponévrose superficielle à nu; celle-ci fut divisée sur la sonde cannelée, puis, arrivant franchement sur la tumeur, il l'isola, à l'aide des doigts, des parties environnantes. On ménagea l'enveloppe propre du corps thyroïde, qui, par son côté gauche, était en rapport intime avec les vaisseaux thyroïdiens, fortement dilatés, et avec les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien; puis une ligature unique fut passée autour du pédicule, qui était cependant très épais; le serre-nœud fut appliqué, et on ne serra que médiocrement le premier et le deuxième jour.

La fièvre consécutive fut très médiocre. (Saignée, applications froides.) Le troisième jour, constriction très forte; la tumeur se charbonne et se sèche comme du parchemin; plus de fièvre.

Quatrième jour, constriction plus énergique; douleurs irradiant vers la nuque; excision au-devant de la ligature; kyste de 50 millimètres d'épaisseur, renfermant un liquide brunâtre.

Cinquième jour, nouvelle constriction; plus de douleurs, plus de fièvre.

Sixième jour, enlèvement de la ligature.

La plaie a un bon aspect; on en rapproche les lèvres; la suppuration, qui se prolonge jusqu'au vingtième jour, entraîne des débris de membrane et des fragmens du pédicule.

Le trentième jour, cicatrice parfaite, linéaire, de quatre centimètres de long.

Le malade sort, content d'être entièrement débarrassé de son mal.

Malgré les progrès immenses que, depuis quelques années, plusieurs de nos grands maîtres ont fait faire à l'art chirurgical, malgré la hardiesse, je dirai presque la témérité, développée, comme à l'envi, par plusieurs de nos contemporains, dans l'exécution de certaines opérations, jusque-là regardées comme impraticables, il n'en est pas moins vrai cependant que la pratique, et surtout celle des hôpitaux, nous place assez souvent encore en face de ces affections, devant lesquelles l'opérateur le plus hardi recule, parce que l'expérience est là pour lui défendre d'y toucher. Eh bien ! parmi ces affections, nous plaçons le goître, ou les diverses altérations de volume et de structure du corps thyroïde. De nos jours, en effet, l'extirpation du goître est généralement condamnée, vu que c'est une opération le plus souvent *de complaisance*; qu'elle est difficile dans son application, mais surtout comme exposant aux dangers les plus imminens, tels qu'une hémorragie incoercible, des accès de suffocation, l'introduction de l'air dans les veines, l'apoplexie du corps thyroïde, etc., etc. Aussi ce n'est qu'après avoir fait quelques recherches sur les diverses altérations du corps thyroïde, et surtout après avoir réfléchi aux travaux de M. Mayor, que M. Bach a osé entreprendre ces opérations, et il a pu joindre deux nouveaux cas de succès aux trois obtenus par le chirurgien de Lausanne. Ses recherches l'ont conduit aux conclusions suivantes, et qui, selon nous, sont d'un intérêt pratique majeur; les voici :

I. Tout goître n'est pas également opérable, et ne présente pas les mêmes chances de succès.

II. Parmi eux, il faut choisir : 1° *le goître enkysté*, formé par une accumulation d'un liquide d'un brun sale dans l'intérieur d'une ou de plusieurs loges ou cellules, plus ou moins dilatées, et à parois plus ou moins dégénérées. (C'est un goître de ce genre qu'opéra dernièrement M. Bégin à la clinique de notre faculté, et qui guérit par la simple incision du kyste, et son inflammation consécutive.) 2° *Le goître lymphatique*, qui consiste en une tuméfaction indolente et un accroissement lent et presque insensible du corps thyroïde. Encore, dans ce cas, l'opération présente-t-elle d'autant plus de chances de succès que le pédicule de la tumeur est plus étroit et mieux limité. (Voy. ce que dit M. Valther de la formation du goître lymphatique, Gaz. Méd., 1836.) 3° Enfin, *le goître squirrheux*, mais que l'on ne rencontre que très rarement.

III. Il ne faut jamais toucher ni au *goître anévrismatique*, ni au *goître parenchymateux*; l'un est au-dessus des ressources de l'art, et pour l'autre il faut recourir aux moyens si efficaces que nous fournit la médecine.

IV. La ligature, d'après les procédés de M. Mayor, doit toujours être préférée à l'instrument tranchant pour l'extirpation du goître.

V. Contrairement à l'avis de M. Mayor et de la plupart des auteurs, nous pensons que la constriction doit être faible, légère, les deux ou trois premiers jours, et très énergique les jours suivans. De cette manière, on évite des douleurs au malade, et on ne l'expose ni à la suffocation, ni à une hémorragie par section d'un vaisseau, ni à la phlébite. C'est surtout en réfléchissant aux travaux de Scarpa sur la ligature des artères que M. Bach est arrivé à cette conclusion.

VI. L'excision de la tumeur au-devant du pédicule ne doit se faire que lorsque celle-ci a perdu sa sensibilité; que l'on n'y perçoit plus d'impulsion artérielle, et surtout lorsqu'elle se carbonise et dégage une odeur infecte.

VII. L'excision de la tumeur une fois faite, la constriction exercée sur le pédicule restant, doit chaque jour devenir plus énergique, afin de hâter la chute de ce dernier.

VIII. Si le pédicule tardait par trop de tomber, malgré l'énergie de la

constriction, alors il faut enlever le serre-nœud, resciser le superflu du pédicule, et livrer le reste à la suppuration, en même temps que l'on commence à rapprocher les lèvres de la plaie à l'aide des bandelettes agglutinatives; de cette manière, on abrège de beaucoup la durée de la guérison, vu qu'on a débarrassé la plaie d'un corps étranger qui l'irritait.

IX. S'agit-il d'une tumeur érectile, l'excision prématurée n'est plus permise, et la ligature doit rester en place jusqu'à la fin.

X. Enfin, si la tumeur à étreindre se trouvait recouverte de la peau, il faudrait, contrairement à ce que nous avons dit plus haut, exercer dès le début une constriction très énergique, afin d'amortir rapidement la sensibilité si grande des tégumens, et afin de vaincre par là la résistance de la peau, et de serrer suffisamment les parties sous-jacentes. Dans ces cas, les applications froides contribuent singulièrement à amortir la douleur.

TUMEUR ÉRECTILE SUR LA BASE DE LA LANGUE; LIGATURE; GUÉRISON.

OBS. III. — Marie Mayer, de Gamlsheim (Bas-Rhin), âgée de 30 ans, d'une belle santé, vint consulter M. Bach pour une tumeur située à la base de la langue, en disant que, treize ans auparavant, elle fut opérée pour une tumeur analogue, mais qui était beaucoup plus petite et avait son siége sur la partie antérieure de cet organe; on engagea la femme à entrer à la clinique, où elle fut examinée en présence de tout le monde. La bouche étant largement ouverte, on voyait une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, à surface lisse, quoique légèrement inégale, d'une couleur noire rougeâtre, avec un pointillé framboisé, partant sans pédicule de la partie moyenne et latérale gauche de la langue, et se dirigeant sur le pharynx. L'isthme du gosier en était en partie obstrué, la moitié gauche du voile du palais fortement soulevée, et la malade éprouvait une gêne considérable dans la parole et la déglutition. De plus, en y portant le doigt, on y sentait des pulsations, et elle se laissait déprimer.

Pendant les premiers jours, on s'attacha à diminuer la sensibilité des parties, en répétant souvent l'introduction des doigts d'abord, puis des porte-nœuds chargés de fils, afin de savoir si la tumeur ne serait pas pédiculée par sa partie postérieure; mais jamais on ne put parvenir à passer un fil autour, à cause des mouvemens de la langue et des efforts de vomissement occasionnés par ces manœuvres, jusqu'au jour, M. Bach eut l'idée de profiter précisément de ces mêmes efforts, qui avaient pour effet la projection de la langue en avant, d'en profiter, dis-je, pour la contourner à l'aide du doigt, et il eut la satisfaction de reconnaître qu'effectivement le pédicule existait à la partie postérieure. Aussitôt l'opération fut proposée et exécutée de la manière suivante, le 20 août 1840, en présence des docteurs Aronsohn et Stuess.

Entortillant autour du pouce de la main droite un fil ciré, composé de 6 brins, et le faisant passer entre la rainure de l'ongle du doigt index, pour venir de là le fixer dans la paume de la main, à l'aide du doigt auriculaire entièrement fléchi, M. Bach, armé de ce nouveau porte-fil, fit ouvrir largement la bouche à la malade, passa son indicateur armé du fil le long du rebord gauche de la langue, jusque dans le pharynx et derrière la tumeur; puis l'index de la main gauche étant venu occuper la même place du côté opposé, aussitôt des efforts de vomissemens eurent lieu, la tumeur s'abaissa et se porta en avant, et c'est de ce moment que profita M. Bach pour engager l'index gauche dans l'anse du fil étendue entre le pouce et l'index du côté droit, pour l'attirer en arrière sur le pédicule, et puis retirer les deux doigts entraînant les deux extrémités du fil. Deux secondes suffirent pour exécuter cette manœuvre que M. Bach recommença à deux reprises, pour nous démontrer que le hasard n'était pour rien dans cette réussite.

La ligature une fois placée, on la serra à l'aide du serre-nœud de M. Mayor (Voy. obs. 1), et le tout fut fixé sur la tempe, au moyen d'un ruban. Tout le monde put alors s'assurer que la tumeur était parfaitement saisie dans tout son contour.

Le premier jour, beaucoup de douleur. On ne serre pas davantage.

Le soir, douleurs moindres, mais déglutition presque impossible; tumeur tendue, pulsative et plus volumineuse.

Le 21 et le 22, on ne serre que de deux tours; la tumeur est devenue bleue, on y sent les pulsations. Vers le soir, hémorragie veineuse assez considérable, arrêtée par un gargarisme fortement astringent. Point de fièvre, mais beaucoup d'abattement et grande inquiétude.

Le 23, constriction très forte; tumeur très tendue, mais plus de pulsations, plus d'hémorragie, plus de douleurs; seulement grande difficulté dans la déglutition. Vers le soir, nouvelle constriction exercée avec toute l'énergie possible; la tumeur commence à devenir flasque et à répandre de l'odeur. (Gargarisme aluminé et chloruré.)

Les 24, 25 et 26, nouvelles constrictions. La tumeur devient de plus en plus mobile et flasque, la langue est profondément ulcérée dans le point où a passé la ligature.

Le 27, l'odeur de gangrène de la tumeur incommoda beaucoup la malade, ainsi que sa tendance continuelle à tomber dans le pharynx; dyspnée. Le moment était venu où la ligature avait à peu près coupé les 4,5 de la base de la tumeur, et la chute de celle-ci sur la glotte pouvait devenir funeste; on essaya d'y passer un fil à l'aide d'une aiguille courbe, mais la tumeur, molle et mobile, fuyait devant l'aiguille; c'est alors que M. Bach eut recours à son instrument, qu'il a inventé pour la staphyloraphie, et à l'aide duquel il parvint, avec la plus grande facilité, à traverser la tumeur de trois fils, lesquels, réunis en un seul faisceau, furent confiés à la malade, en lui indiquant l'usage qu'elle devait en faire en cas de suffocation; mais elle usa si largement de cette recommandation, que le soir, en arrivant auprès d'elle, M. Bach trouva la tumeur entièrement attirée en avant par les tractions continuelles qu'on avait exercées; la tordre deux fois sur elle-même fut l'affaire d'un instant; elle lui tomba entre les mains, à la grande satisfaction de la malade, qui, depuis près de huit jours, n'avait pu avaler que quelques cuillerées de bouillon.

La tumeur n'était qu'une masse de tissu érectile, du volume d'un œuf de poule; elle est déposée au musée de la Faculté.

Faisant ensuite ouvrir la bouche à cette femme, on put voir avec plaisir, il faut le dire, que la totalité de la tumeur était enlevée, et qu'à sa place restait un enfoncement, véritable ulcère à bords taillés à pic, et à fond grisâtre. (Gargarisme aluminé.)

Le lendemain et les jours suivans, l'ulcère fut cautérisé avec le nitrate d'argent, et quinze jours après son entrée, cette femme, mère d'une nombreuse famille, nous quitta heureuse, parfaitement guérie.

Cette observation nous prouve de nouveau les immenses avantages qu'on peut retirer de la ligature en masse, méthodiquement appliquée à certaines tumeurs; car il est certain que dans le cas dont il s'agit, ni la cautérisation, ni l'extirpation par l'instrument tranchant, ni enfin la ligature des artères linguales, n'eussent mieux réussi en exposant à moins de dangers, tant s'en faut. Ce dernier moyen, du reste, n'est pas toujours efficace, comme Dupuytren nous en a cité un exemple.

Quant à l'hémorragie qui a eu lieu, elle a été fort légère, et les astringens en ont fait justice; néanmoins, elle nous a vivement inquiétés, et M. Bach, à ce sujet, nous a cité l'observation suivante :

« Un très habile opérateur enlève une tumeur dans le voisinage du pharynx. L'hémorragie est très peu abondante et même nulle. Il quitte son malade en le confiant à la surveillance d'un aide. L'opéré s'endort; pendant ce temps, une hémorragie lente et non apparente s'établit; le malade meurt asphyxié, et à l'autopsie on trouve la glotte obstruée par un caillot de sang. »

Un autre point important qui ressort de cette observation, c'est qu'il n'est pas besoin, pour appliquer une ligature sur une tumeur (d'après le procédé ci-dessus) que celle-ci ait un pédicule bien limité, attendu qu'une tumeur étant médiocrement serrée, se distend, devient dure et tendue par l'afflux du sang qui peut encore se faire, et par la gêne de la circulation de retour, ce qui fait que la ligature trouve bien moins de résistance à descendre sur les parties saines non étreintes, qu'à remonter sur la masse morbide, d'où résulte le double avantage de la formation d'*un pédicule consécutif*, et la certitude plus grande d'une guérison radicale. Cet ulcère, en effet, que la tumeur a laissé à sa place, nous démontre que le *sol d'implantation* de la tumeur a lui-même été enlevé, et M. Bach a déjà plusieurs fois, et tout récemment encore, pu se convaincre de cette disposition et de ses avantages.

C'est ainsi que dernièrement encore, il eut occasion, avec M. Gerhard, médecin praticien de cette ville, d'enlever par la ligature en masse une tumeur lipomateuse pédiculée implantée sur la grande lèvre gauche, et après la chute du lipôme, la même surface creuse, en forme d'ulcère, se présenta à son observation.

De cette simple remarque, il résulte que la ligature en masse a encore un avantage de plus, outre ceux déjà indiqués, à savoir, celui d'agir en arrière de son point d'application, et cela par inflammation ulcérative. Il en résulte encore que toutes les fois que le pédicule n'est point par trop large, il vaut mieux n'appliquer qu'une seule ligature que de suivre le procédé de M. Mayor, en traversant le pédicule par une aiguille chargée d'un double fil propre à serrer séparément les deux moitiés; cette dernière manière expose plutôt à la repullulation.

Quant au procédé d'application de la ligature qui a été employé dans le cas actuel, il est incomparablement plus simple et plus facile que l'usage de ces instrumens plus ou moins compliqués que l'on emploie d'ordinaire. Les doigts, en effet, peuvent atteindre tous les recoins de la cavité pharygo-buccale; ils sont à la fois très sensibles et très mobiles, nous faisant voir pour ainsi dire tout ce qu'ils touchent, et étant, après tout, bien moins irritans pour les parties que l'instrument le plus délié.

RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR POUR UNE TUMEUR ENCÉPHALOÏDE; GUÉRISON TEMPORAIRE; REPRODUCTION.

OBS. IV. — Marguerite Hagelberger, de Ruth (Bas-Rhin), âgée de 40 ans, entrée à la clinique le 26 octobre 1839.

Cette femme d'une bonne constitution, encore réglée, éprouve, sans cause connue, il y a environ quinze mois, des douleurs dans la joue gauche. Bientôt après, tuméfaction de la région sus-maxillaire; chute de plusieurs dents qui s'ébranlèrent et tombèrent sans douleur; issue par les alvéoles de masses fongueuses; destruction lente et successive de toute la voûte palatine; tumeur proéminant dans la cavité buccale, et se dirigeant vers le pharynx. Quinze jours avant l'entrée de la femme à l'hôpital; excision de la portion de tumeur qui proémine dans la bouche, reproduction rapide.

ÉTAT ACTUEL. — Tumeur du volume de la tête d'un enfant d'un an, distendant énormément la joue, comprimant le nez en avant, se portant en arrière jusque vers la base de l'oreille, envahissant toute la bouche et le pharynx de manière à gêner les mouvemens de la langue, et à rendre la déglutition et la respiration très difficiles. L'œil est en partie effacé par l'œdème de la paupière inférieure. En touchant par la gauche, on reconnaît que la moitié de la voûte palatine est détruite; la tumeur est saignante, molle et secrète du pus.

Après quelques jours de repos, cette femme fut soumise à l'opération suivante:

M. Bach, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves, et assisté de M. le professeur Ehrmann, commence par pratiquer une première incision verticale partant du grand angle de l'œil, et divisant la lèvre supérieure au niveau de la canine: à la hauteur de l'aile du nez, une seconde incision fut pratiquée, se dirigeant horizontalement jusqu'au lobule de l'oreille; elle fut rejointe par une troisième incision verticale commencée à un travers de doigt en dehors de l'angle externe de l'œil. Ces lambeaux furent disséqués, et l'on pénétra dans la cavité orbitaire par sa partie inférieure. Point de ligature à appliquer dans ce premier temps de l'opération, puis, section de l'os molaire et de l'apophyse orbitaire externe, au moyen d'une scie à molette. Section à l'aide du ciseau, de l'apophyse montante de l'os maxillaire, de l'articulation de l'os propre du nez avec cette même apophyse, et disjonction des deux apophyses palatines. L'os ainsi ébranlé, le nerf maxillaire supérieur coupé, M. Bach enfonce les deux pouces dans l'orbite, saisit toute cette masse morbide, et la bascule en bas et en arrière. Les os étaient ramollis, la tumeur se déchira par son milieu; c'est alors qu'en portant la main vers le pharynx, on put saisir la partie postérieure de la tumeur qui restait au fond de la cavité buccale, et un léger effort de traction de bas en haut suffit pour la détacher.

L'opération était terminée et n'avait duré que dix minutes environ, la femme ne perdit point connaissance, il n'y eut point d'hémorragie. Toutes les parties restantes étaient saines, le voile du palais et l'os palatin bien conservés.

Une heure après l'opération, il fut procédé à la réunion des parties au moyen de la suture entortillée; un pansement léger, quelques compresses imbibées d'eau froide formèrent tout l'appareil.

Chose étonnante! la malade n'eut aucun accident, soit inflammatoire, soit nerveux, elle s'endormit peu de temps après l'opération.

Le quatrième jour, on retira presque toutes les épingles. Le cinquième, la réunion était complète, sauf un léger point de suppuration à l'angle externe de l'orbite. La femme se trouva tellement bien qu'on lui permit de se lever. La vaste cavité, jadis occupée par la tumeur, se rétrécit presque à vue d'œil; quinze jours après l'opération, il n'existait presque plus de difformité, les cicatrices étaient entièrement consolidées, et vingt-cinq jours après son entrée, cette femme sortit de l'hôpital pour retourner dans son pays.

Quatre mois après, cette femme revint à Strasbourg; son mal avait repullulé, non dans les points où il avait été enlevé, mais sur le frontal gauche; mais de plus, elle déclara être enceinte de sept mois, et l'exploration obstétricale démontra qu'en effet son assertion, ainsi que son calcul, étaient justes, et qu'elle était enceinte de trois mois à l'époque où on lui pratiqua cette terrible opération!

M. Bach crut devoir l'engager à retourner dans son pays; on apprit depuis qu'elle est accouchée heureusement, qu'elle vit encore, mais que sa maladie a fait des progrès effrayans.

Les points les plus intéressans qui ressortent de cette observation sont les suivans:

1° Exécution assez facile de la résection et de l'ablation totale de l'os maxillaire supérieur.

2° Absence de toute hémorragie nécessitant une ligature.

3° Cicatrisation complète au bout de quinze jours, sans aucune difformité, et sans aucun désordre fonctionnel appréciable dans les organes de cette région.

4° Continuation de la grossesse jusqu'au terme naturel, malgré une opération aussi grave.

5° Enfin reproduction du mal. C'est au sujet de cette dernière et triste considération que M. Bach, dans une de ses leçons orales, nous cita un grand nombre de faits qui ne prouvent malheureusement que trop combien est fréquente la reproduction des tumeurs encéphaloïdes qu'on a essayé d'extirper, et combien il faut rabattre de ces prétendues guérisons publiées quinze jours après l'opération et dont les malades ont succombé quelques mois après, dans l'état le plus misérable, suite de la reproduction de leur mal.

Je vais citer quelques uns de ces faits:

TUMEUR ENCÉPHALOÏDE ENVAHISSANT L'ORBITE ET LA JOUE; EXTIRPATION; GUÉRISON TEMPORAIRE; REPRODUCTION.

Obs. V. — En novembre 1838, M. Bach enlève à une femme âgée de 37 ans une tumeur encéphaloïde du volume de la tête d'un enfant d'un an, laquelle, après avoir pris naissance sur la caroncule lacrymale, avait, dans l'espace de sept mois, envahi tout l'orbite et toute la joue, saignant au moindre attouchement. La tumeur extirpée, on reconnut que l'os onguis, une partie de l'ethmoïde, et le plancher inférieur de l'orbite étaient détruits. Toutes les parties malades furent coupées avec des cisailles, et ruginées, plusieurs cautères éteints dans la cavité du sinus maxillaire largement ouvert. La cicatrisation fut rapide, tout promettait la guérison; deux mois après, les ganglions du cou, du côté opposé à la maladie, furent envahis par la matière encéphaloïde, quoiqu'à l'époque de l'opération on les eût trouvés parfaitement sains, en apparence du moins. On renvoya la femme sans l'opérer de nouveau.

EXTIRPATION DU CLITORIS ET DES GRANDES LÈVRES CONVERTIS EN SUBSTANCE ENCÉPHALOÏDE; GUÉRISON TEMPORAIRE; REPRODUCTION.

Obs. VI. — En septembre 1840, M. Bach enlève à une femme, âgée de 40 ans, le clitoris et une partie des grandes lèvres convertis en tissu encéphaloïde. *Le clitoris avait le volume du poing d'un adulte*; la maladie n'avait point attaqué l'urètre. Une dissection minutieuse parvint à le ménager. Après l'extirpation, toutes les parties qui avaient été en rapport avec la maladie furent largement cautérisées; la femme guérit rapidement; elle sort, et deux mois après elle rentre à l'hôpital, présentant les glandes de l'aine engorgées et douloureuses (elles n'étaient nullement malades). Dès lors l'infection générale n'était plus douteuse, elle ne se fit pas longtemps attendre; au mois de novembre, la femme succomba à la cachexie cancéreuse.

Ces deux faits, et nous pourrions en citer un bien plus grand nombre, nous prouvent combien la repullulation du tissu encéphaloïde est chose fréquente, je dirai presque constante. Ils nous prouvent aussi avec quelle étonnante rapidité s'opère la cicatrisation, à la suite des opérations de ce genre. Quelquefois, chose remarquable, les opérations pratiquées sur les tumeurs encéphaloïdes sont un véritable coup de fouet donné à l'organisme dont le résultat est l'élimination d'une partie de la substance de nouvelle formation. En voici un exemple très intéressant qui se trouve actuellement dans nos salles.

EXTIRPATION D'UNE TUMEUR ENCÉPHALOÏDE ÉNORME DE LA FACE; FONTE CONSÉCUTIVE DU TISSU MORBIDE RESTANT.

Obs. VII. — Un homme d'une cinquantaine d'années se présente à la clinique portant sur la joue gauche une tumeur encéphaloïde énorme. Son point de départ était à l'aile du nez, d'où elle se prolongeait en arrière jusque vers le lobule de l'oreille et l'apophyse mastoïde recouvrant l'angle de la mâchoire et envahissant plusieurs ganglions de la région sus hyoïdienne. Les mouvemens de la mâchoire inférieure étaient encore libres, la voûte palatine n'était point affectée, et croyant qu'il en serait de même pour le sinus maxillaire, M. Bégin, alors parmi nous, se décida à une opération qui était placée sur les limites du possible.

La peau étant malade, on ne songea pas à la conserver. La tumeur fut pour ainsi dire circonscrite, mais elle était ramollie; elle se déchira à la moindre traction, il fallut l'enlever avec les doigts et par fragment séparés; c'est alors qu'on put reconnaître que les désordres étaient beaucoup plus grands qu'on ne l'avait pensé. Le tissu maxillaire était détruit à sa partie antérieure, l'apophyse coronoïde et le condyle de la mâchoire n'existaient plus; à leur place se trouvaient de petits fragmens d'os ramollis. On n'en continua pas moins l'opération; mais au moment où l'on voulait enlever une partie de tumeur qui s'était glissée derrière l'angle de la mâchoire, un flot de sang artériel s'échappa, un tampon de charpie immédiatement enfoncé dans la plaie arrêta l'hémorragie; mais pour continuer l'opération, il aurait fallu épuiser le malade et s'exposer à de nouvelles pertes de sang qu'il aurait peut-être été impossible d'arrêter; un grand nombre de cautères furent donc éteints sur cette large surface occupée encore dans plusieurs points par la substance encéphaloïde. On chercha surtout à attaquer par le feu toutes les parties sur lesquelles n'avait pu porter l'instrument tranchant, mais on ne put se dissimuler qu'il ne restât encore là beaucoup de tissus encéphaloïdes qu'on n'avait pu atteindre. Eh bien! au bout de dix jours, la plaie avait pris un bon aspect, toutes les portions de tissu morbide avaient disparu comme par enchantement, et s'il y avait eu assez de peau pour recouvrir les parties dénudées, cet individu aurait été guéri au bout d'un mois!

Mais ne nous trompons point; cette fonte du tissu morbide n'est que de courte durée, qu'il ait été détruit par la nature ou par le chirurgien. Il y a deux mois que la maladie a reparu, et cet homme qui avait quitté la clinique y est rentré le 14 septembre 1840, destiné à éprouver sous peu un sort semblable à celui des opérés dont nous avons rapporté l'histoire.

Il arrive parfois aussi que la nature travaille d'elle-même à l'élimination des tissus encéphaloïdes (Lobstein); mais elle est rarement assez puissante pour en triompher entièrement. En voici un exemple:

TUMEUR ENCÉPHALOÏDE ÉNORME DU COU; GANGRÈNE D'UNE PARTIE DE LA TUMEUR; MORT.

Obs. VIII. — Laurent Michel, âgé de 38 ans, de forte constitution, vit se développer, il y a quatre ans, sur la partie latérale droite du cou une tumeur dure, mais qui ne gênait pas le malade dans la déglutition et la respiration. La tumeur s'accroissant sans cesse, il vint à l'hôpital (18 février 1840). En examinant cette tumeur nous la trouvons du volume d'une tête d'enfant de dix ans, s'étendant depuis le lobule de l'oreille droite jusqu'à la clavicule, et se propageant en arrière jusque vers la colonne vertébrale, en avant jusqu'à la trachée artère. Tumeur dure, bosselée, d'un œil bleuâtre, s'enfonçant profondément dans l'angle parotidien, refoulant le pharynx et proéminant dans la bouche. Déjà le malade est amaigri, cachectique, la respiration, la déglutition et la parole sont fortement entravées, la tête est douloureuse, et il n'y a pas à songer à l'opérer, d'autant moins que l'on ne peut point déterminer les limites du mal. Néanmoins on garda le malade pour l'observer, et voici ce qui arriva. Tout d'un coup le centre de la tumeur devient bleu, se ramollit, une ulcération s'y forme, un ichore sanieux et fétide s'en écoule, la gangrène s'en empare, et bientôt la fonte putride y a produit une excavation du volume du poing, excavation profonde en forme d'entonnoir; mais pendant que le centre se vidait ainsi, les portions périphériques prirent un accroissement effrayant, et la suppuration, l'infection générale, la compression des plexus nerveux et de la trachée, mirent cet homme dans l'état le plus affreux; il expira enfin dans le dernier degré de marasme et au milieu des douleurs les plus atroces.

A l'autopsie, on reconnut que la tumeur s'était considérablement affaissée, qu'elle s'insinuait entre les muscles de la nuque, refoulant les organes de la partie antérieure du cou. La carotide, la jugulaire et le pneumo-gastrique étaient compris dans son tissu et se trouvaient en avant de la partie détruite par la gangrène. La trachée artère et l'œsophage étaient dénudés, mais non envahis ni perforés. L'excavation, suite de la fonte gangreneuse s'arrêtait à la partie antérieure de la colonne vertébrale dont les os n'étaient pas compromis. L'examen des autres parties ne fit rien découvrir de particulier.

LUXATION ISCHIO-PUBIENNE, OU EN DEDANS ET EN BAS PAR CONTRACTION MUSCULAIRE; RÉDUCTION; ALLONGEMENT CONSÉCUTIF.

Obs. IX. — Jean-George Chatiner, âgé de 49 ans, gendarme, de belle taille

et de forte constitution, nous rapporte que le 30 juin 1840, montant à cheval, il perdit l'équilibre, son étrier gauche s'étant rompu; pour éviter une chute imminente, il fit un effort violent du membre droit pour ne pas être démonté. Au même instant il sentit une vive douleur dans la hanche droite, la cuisse s'écarta du corps, il n'eut plus de force pour se maintenir en selle et tomba. D'après le dire du malade, dont l'intelligence est assez cultivée, le pied aurait été fortement tourné dans l'abduction et le membre de 4 centimètres plus long que celui du côté opposé. Plusieurs tentatives de réduction furent faites par les médecins de la petite ville qu'habitait le malade; enfin, la veille de son entrée à l'hôpital de Strasbourg, l'une de ces tentatives fut couronnée de succès, car la tête du fémur rentra avec bruit dans la cavité cotyloïde. Aussitôt le malade recouvra les mouvemens du membre et les douleurs cessèrent entièrement.

Nous n'avons pu recueillir que des détails fort incertains sur le mode de réduction.

Mais la réduction faite, il se trouva que le membre était encore plus long que celui du côté opposé. On eut des doutes sur la réalité de la réduction, et le malade fut envoyé à notre clinique.

En l'examinant, on trouve qu'en effet il y a une différence de plus de 2 centimètres entre les deux membres; mais sauf un peu de gonflement à la cuisse, et une légère douleur dans l'articulation, rien n'indique l'existence d'une luxation. (Sangsues, fomentation, cataplasme à la hanche. On lie ensemble les deux jambes.) Le lendemain, gonflement moindre; il n'y a plus qu'un centimètre de différence dans la longueur des deux jambes; plus de douleur.

Le surlendemain de son entrée, il n'existe plus qu'un demi centimètre de différence; mais le malade étant pris de prodrômes de fièvre typhoïde, on se hâte de le renvoyer chez lui, l'assurant que quelques jours de repos au lit suffiraient pour son entier rétablissement.

Les points les plus intéressans de cette observation sont les suivans:

1° Luxation coxo-fémorale en bas et en dedans (variété rare) produite par les seules forces musculaires.

2° Allongement considérable du membre, persistant après la réduction et faisant douter de la réalité de celle-ci.

Ce dernier fait est d'une haute importance pratique, et malgré les observations de Dupuytren et de Malgaigne à cet égard, il est bien des praticiens encore, et nous venons d'en voir un exemple, qui ne l'ont point présent à leur esprit.

Quant à la cause de cette persistance de l'allongement, à la suite des luxations réduites, elle nous paraît très complexe; c'est ainsi que les *tractions* plus ou moins énergiques exercées sur les parties dans les tentatives de réduction, que la *déchirure* plus ou moins grande de *la capsule articulaire* et *le tiraillement des ligamens* au moment de la luxation, sont autant de causes qui, isolées ou réunies, ne peuvent concourir à produire l'allongement. Quant au boursoufflement de la synoviale, à l'interposition d'un lambeau de la capsule entre la tête et la cavité, ce sont là des causes pour le moins très hypothétique, attendu que dans le cas que nous venons de citer, l'allongement a été observé *immédiatement après* la réduction, et qu'au bout de deux jours, il avait presqu'entièrement disparu: si donc ces deux dernières causes peuvent être invoquées, ce ne sera que dans les cas de luxations plus ou moins anciennes; j'en dirai autant de l'adhérence contre nature, produit de l'inflammation. (Chez le malade dont nous venons de relater l'histoire, quatorze hommes vigoureux ont été *attelés* pour opérer l'extension).

LUXATION DE LA CLAVICULE; NOUVEL APPAREIL; GUÉRISON PARFAITE.

OBS. X. — P. Thiebault, âgé de 63 ans, de constitution athlétique, est renversé de voiture le 6 juillet 1840, et jeté dans un fossé de plus de quinze pieds de profondeur. Transporté immédiatement à la clinique, on songea au premier aspect à une fracture de l'acromion, en apercevant une saillie au niveau de cet os; mais, considérant que la saillie existait en dedans de l'acromion, que cette apophyse se sentait parfaitement un peu en bas et au dehors, qu'en y appliquant le pouce, on la faisait disparaître instantanément en percevant un petit frottement ou glissement rugueux bien différent de la crépitation; etc., etc., on acquiert bientôt la certitude qu'il a affaire à une *luxation en haut* de l'extrémité externe de la clavicule. Du reste, point de douleurs, et le bras un peu allongé et pendant put encore exécuter des mouvemens assez étendus.

M. Bach appliqua un appareil provisoire, propre à maintenir la réduction de cette luxation, et l'on fit immédiatement construire le bandage suivant, plus puissant, moins susceptible de se déranger, moins blessant pour les parties, et remplissant efficacement toutes les indications. En voici la description.

Ce bandage a une certaine analogie avec celui de Brayer pour la fracture de la clavicule. Il y a en moins le coin de Desault, et en plus deux épaulettes en tôle bien rembourrées, destinées à partager également, dans une certaine étendue, la pression exercée par l'appareil, tant sur l'épaule saine que sur l'épaule malade: seulement, sur cette dernière, l'épaulette est formée de manière à presser puissamment sur l'extrémité luxée. Deux arcs en forme de hausse-col, articulés en avant et en arrière avec des épaulettes, servent à maintenir celles-ci suffisamment écartées du cou. Un bracelet en futaine, espèce de fausse manche lacée entoure le coude et une partie du bras et de l'avant-bras malade, maintient le coude en équerre, et à l'endroit où il passe sur la saillie olécrânienne, il est rembourré par un crin doux mêlé de laine à sa face interne et renforcé à sa face externe par une calotte en cuir épais portant deux petits passans en cuir servant à maintenir deux fortes courroies qui les traversent et qui passent de là, l'une directement sur l'épaule malade, et l'autre obliquement sur l'épaule opposée, et dont l'action est de porter le coude *en haut* et en dedans. Enfin une large ceinture en sangle, garnie de boucles, sert à fixer les courroies ou bretelles passant par-dessus les épaules, à borner les mouvemens d'ampliation du thorax, et à fixer mieux encore le bras contre la poitrine à l'aide d'une espèce de brassard qui vient s'y attacher.

Il est évident que ce bandage remplit parfaitement les indications qui sont 1° celles de maintenir le coude remonté, sans blesser celui-ci et sans glisser par-dessus sa saillie. 2° Celles d'abaisser fortement l'extrémité luxée et de neutraliser sa grande tendance à se relever. Du reste, ce qui prouve encore que ce bandage est bon, c'est qu'au bout de cinq semaines on put l'enleve, et constater devant tous les élèves que la consolidation était parfaite et sans difformité appréciable du moins, et avec cela le malade a pu vaquer à ses occupations habituelles, et ni le coude, ni aucune autre partie ne devint le siége de la plus légère excoriation.

FRACTURE DE L'OS COXAL; LUXATION DE LA SYMPHYSE SACRO-ILIAQUE GAUCHE; GUÉRISON.

OBS. XI. — Léopold Neutinger, du Neuhoff, âgé de 24 ans, maçon, de forte constitution, fut transporté à la clinique le 18 juillet 1840. Il venait de tomber du haut du toit d'un second étage sur le pavé, le poids du corps portant en arrière sur l'os coxal gauche, et ne put plus se relever. En l'examinant, on découvre une forte contusion à la fesse gauche; en pressant sur l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, elle s'abaisse subitement en arrière en produisant un craquement tout particulier au niveau de la symphyse. Le malade sent lui-même cette crépitation toutes les fois qu'il fait le plus léger mouvement; de plus il y a crépitation vers l'éminence iléo-pectinée.

La jambe n'est point raccourcie, mais le pied est tourné légèrement en dedans, et l'on cause des douleurs, en voulant changer cette position.

L'émission des urines est impossible (cathétérisme); ventre légèrement douloureux, point de paralysie.

Dès que la réaction eut lieu, saignée générale abondante; 40 sangsues dans la fosse iliaque gauche; application de glace sur l'abdomen; bandage serré.

Dès le soir, l'épaule s'est relevée. (Saignée; 30 sangsues.) La nuit est calme; le malade a peu souffert; mais le moindre mouvement détermine du craquement dans les os du bassin.

Le lendemain, le malade est placé sur un lit en forme de hamac. Un drap largement plié sous le bassin et réuni par un nœud fut fixé à une corde jouant sur une poulie. Un bâton placé entre l'anse que forme le drap l'empêche de comprimer les parties latérales du bassin. On parvient à soulever le malade sans lui causer aucune douleur, et sans déterminer de déplacement dans les fragmens. (Saignée abondante; sangsues et vessies de glace sur le flanc.) Le malade est très affaibli et n'a plus de fièvre. Il urine spontanément et a des selles. Enfin, un bandage de corps en cuir mou bien rembourré est fixé solidement autour du bassin, à l'aide de courroies en cuir et de boucles, et le malade, à partir de ce moment, ne sent plus de craquemens.

Le quatrième jour, on supprime la glace; il n'y a plus de fièvre; tout va bien. Le malade fut laissé ainsi pendant un mois dans son hamac; au bout de ce temps, il fut replacé dans un lit ordinaire, où il resta pendant six semaines encore, époque à laquelle il se leva sans permission, et à la visite du matin, il nous dit qu'il peut marcher, qu'il n'éprouve plus ni douleur, ni crépitation. Une exploration attentive nous apprend en effet que les parties sont consolidées, et, depuis ce moment, il se leva tous les jours, marcha sans boiter, et ne conserva plus qu'une légère faiblesse du côté où a existé la fracture et la luxation.

Le cas que nous venons de rapporter se distingue par sa simplicité, par l'absence de toute complication, de tout accident consécutif. Il n'y a eu ni paralysie, ni autres phénomènes de commotion ou de contusion de la moelle ou des viscères abdominaux, et cet homme est parfaitement guéri de sa fracture en même temps que de sa déchirure de la symphyse sacro-iliaque, quoique ce dernier accident, qu'on observe parfois pendant l'accouchement, ne soit pas des plus légers. (M. Bach en a cité plusieurs exemples dans sa thèse inaugurale.)

Quant au traitement, il a été certes aussi énergique que possible, et c'est à l'ensemble de ces moyens (tels que saignées, sangsues répétées, froid excessif, bandage solide) appliqués dès le début et largement, que nous croyons pouvoir attribuer une guérison aussi prompte et aussi exempte de tout accident.

FRACTURE COMMINUTIVE DU CUBITUS; EXTRACTION D'UNE PORTION D'OS, ET D'UN GRAND NOMBRE DE MUSCLES DE L'AVANT-BRAS; EXTIRPATION DU CINQUIÈME MÉTACARPIEN, EN CONSERVANT LE PETIT DOIGT; PLAIES DE TÊTE; GUÉRISON.

OBS. XII. — Sébastien Klans, de Bouxviller (Bas-Rhin), âgé de 50 ans, est attaqué, dans la soirée du 11 mai dernier, par des brigands qui le dévalisent, lui donnent des coups de bâton sur la tête, et quelques-uns de ces coups tombent sur le bras, au moment où cet homme l'avait levé pour parer les coups et protéger sa tête. Jeté sans connaissance dans un fossé, on l'y trouve le lendemain matin, baigné dans son sang, et on le transporte à la clinique dans un état vraiment pitoyable. Six plaies, laissant voir le périoste du crâne à nu, sont placées à peu près parallèlement l'une à l'autre sur les parties antérieures et latérales de la tête. La plus petite d'entre elles a 4 centimètres de longueur; les bords en sont contus et souillés, mais aucune ne donne lieu à un écoulement de sang. Le bras est gonflé, bleuâtre; et la crépitation, ainsi que la mobilité qui existent vers la partie moyenne du cubitus indiquent que celui-ci doit être écrasé en plusieurs fragmens dans ce point. La main est contuse, paralysée, et le siége d'un gonflement considérable.

Le 1er jour, application à la tête du bandage de Gama, appareil à fracture ordinaire sur l'avant-bras, mais rendu inamovible.

La réaction a lieu dès que le malade a pu se réchauffer. (Saignée; potion anti-spasmodique.)

Le dixième jour, on enlève l'appareil de la tête, et l'on trouve les plaies presque toutes parfaitement réunies; mais, comme depuis deux jours le malade se plaignait beaucoup de son bras, qu'il éprouvait des frissons et qu'il était abattu, on se décide à lever l'appareil du bras, et l'on trouve au niveau de la fracture une plaque gangreneuse de 4 centimètres de long sur 2 de large, le bras très tuméfié, ainsi que la main. Un appareil plus lâche et imbibé d'eau-de-vie camphrée est appliqué et renouvelé tous les deux jours, et bientôt l'escarre se détache, laissant à nu les muscles qui faisaient hernie à travers l'aponévrose, en partie détruite. Quelques jours après, on sent à travers leur écartement une portion d'os dénudé et mobile, on fait l'extraction; et l'on trouve que c'est le calibre entier du cubitus, sur 2 centimètres de longueur. En même temps, on s'aperçut de la formation de deux énormes foyers purulens à la partie antérieure de l'avant-bras. On les incise largement, et un pus épais, sanguinolent, mêlé de bulles d'air, s'échappe en grande abondance par les incisions antérieures, en même temps que par la plaie de la face postérieure. Au bout de quelques jours, nouvel abcès sur le dos de la main, près du poignet; nouvelle incision. A partir de ce moment, les pansemens devinrent journaliers et même répétés deux fois dans les vingt-quatre heures, consistant en larges cataplasmes imprégnés d'eau-de-vie camphrée. Pendant douze jours, on retira chaque fois des débris de muscles, de tendons et d'aponévroses, au point que l'on crut bientôt avoir extrait *tous* les muscles du bras. La suppuration épuisait le malade, il fallait le soutenir à l'aide d'un régime fortifiant et des préparations amères; sous l'influence de ce traitement général et local, la suppuration diminua de jour en jour, et le bras fut sauvé, mais paralysé et ne conservant plus guère de muscles entiers.

Pendant que le bras allait de mieux en mieux, la main allait en sens inverse; elle était gonflée, pâteuse; un nouvel abcès s'y forma, qui donna issue à du pus fétide, ichoreux. Un stylet introduit par la plaie fit reconnaître que le cinquième métacarpien était dénudé dans toute son étendue, et que ce devait être là la cause qui entretenait le mal. On se décida à l'enlever, mais en conservant le petit doigt, et, par suite, la forme de la main; à cet effet, on pratique le long de la face dorsale du cinquième métacarpien une incision de 4 centimètres de long, on pénètre jusqu'à l'os, on l'isole complètement, et on le coupe par son milieu, au moyen d'une cisaille; puis, profitant du canal médullaire de cet os, M. Bach eut l'idée d'y enfoncer l'extrémité de la pince, et de le désarticuler à l'aide de ce levier. Il y eut une hémorragie qui s'arrêta spontanément.

Après avoir suppuré pendant deux mois, les parties se dégorgèrent; la cicatrisation se fit, et cet homme finit par guérir, après un traitement de quatre mois, conservant un avant-bras paralysé et les cinq doigts de la main.

Ceux qui jetteront un coup-d'œil sur cette observation seront peut-être tentés de blâmer la conduite de notre maître dans ce cas; il fallait réussir pour se disculper de n'avoir pas amputé le bras de cet homme. C'est qu'une amputation n'est pas chose rare à voir, tandis que fort rarement on offre aux yeux de la jeunesse de ces exemples qui prouvent ce que peut la nature chez certains sujets, qui inspirent aux élèves le goût de la chirurgie conservatrice, et qui leur donnent du courage et de l'espoir, dans des cas, par exemple, où un malade se refuserait à l'amputation, quoique celle-ci fût bien indiquée, et ces cas, en pratique civile, ne s'offrent malheureusement que trop souvent.

On trouvera peut être fort singulier aussi qu'on ait conservé le petit doigt d'une main paralysée; ici, il faut l'avouer, le motif peut en être puéril. On avait sauvé le bras, on voulait conserver la main tout entière. Le procédé mis en usage est d'une exécution très facile, permet d'extraire un métacarpien par une très petite ouverture, et il paraît être préférable à tous ceux employés jusqu'à ce jour; car je ne sache pas qu'il ait déjà été mis en usage par un autre chirurgien. Enfin, nous ne devons pas perdre de vue les bons effets obtenus dans ce cas par le bandage de M. Gama. Dix jours ont suffi pour réunir ces plaies de tête qui, par leur multiplicité, leur étendue et leur profondeur n'étaient pas exemptes de danger.

Voilà les faits que nous avons voulu rapporter pour le moment, nous réservant de fournir bientôt de nouvelles observations de ce genre, et, entre autres, un cas d'*épispadias* des plus intéressans, un cas de goître opéré par la ligature encore, un cas de section des tendons fléchisseurs de la jambe, etc., etc.

Nous désirons toutefois ajouter encore à ce qui précède une observation qui, sous beaucoup de rapports, offre un très grand intérêt.

FISTULE URINAIRE; MODIFICATION DES PROCÉDÉS DE DIEFFENBACH; SUCCÈS ENCOURAGEANT.

Obs. XIII. — Abraham Mayer, âgé de 8 ans, s'étreignit fortement la base de la verge à l'aide d'un fil de soie, souffrit tacitement, pendant quatre semaines, toutes les conséquences de son imprudente manœuvre, se soumit aux traitemens anti-syphilitiques et anti-cancéreux prescrits par deux médecins appelés successivement, lorsqu'enfin, le 26 mai 1840 (un mois après le placement de la ligature), un troisième médecin, plus habile, reconnut l'existence d'un fil au fond du sillon caché par l'engorgement des parties, le coupa, et envoya l'enfant à la clinique externe.

L'examen des parties nous apprit que le lien avait porté juste à la racine de la verge, que les trois quarts inférieurs du canal de l'urètre étaient compris dans la section, et qu'une sonde de moyen calibre, introduite par le méat, sortait librement par cette ouverture, devenue fistuleuse, et il était même difficile de l'introduire dans la vessie. La verge était le siége d'une tuméfaction, d'un engorgement très dur, comme squirrheux, la peau y adhérait fortement, et présentait une teinte bleuâtre, indice d'une gêne dans la circulation de retour. Du reste, le petit malade se portait très bien, n'accusait aucune douleur, mais ne voulait jamais répondre autrement que par des pleurs aux questions que nous lui adressâmes, relativement aux motifs qui l'ont porté à se lier la verge, et aux phénomènes qui se sont passés après la ligature.

Le 23 juillet, M. Bach, ne pouvant voir un enfant aussi jeune être voué pour toute sa vie à une aussi dégoûtante difformité, se décida à pratiquer sur lui l'opération suivante.

Le sujet étant disposé absolument comme pour l'opération de la taille périnéale, une sonde ayant préalablement été placée dans la vessie, un aide souleva légèrement la verge, tandis que M. Bach, à l'aide du couteau et des ciseaux à cataracte, rafraîchit les lèvres antérieure et postérieure de la peau avoisinant le sillon; puis, au niveau de la lèvre postérieure ou scrotale de la plaie, il fit deux incisions latérales sur le scrotum, disséqua sur cet organe un petit lambeau quadrilatère, et, le portant sous forme de tablier par-dessus la fistule, à l'encontre de la portion avivée de la peau de la verge, l'y fixa au moyen de la suture entortillée (cinq épingles à insectes). Puis, les bords latéraux de ce lambeau étant laissés libres, on passa par-dessous et en travers un fragment de bougie, comme devant servir de conducteur à l'urine, dans le cas où celle-ci, suintant entre la sonde et le canal, viendrait se présenter à l'ouverture fistuleuse, et détruire ou empêcher la formation de toute cicatrice.

L'opération était terminée, le petit malade fut reporté dans son lit; des topiques froids furent maintenus sur les parties, la sonde fut laissée à demeure, et la diète prescrite; on attendait le développement d'une inflammation adhésive assez énergique qui ne se manifesta point; il n'y eut ni rougeur, ni douleur, à peine une légère tuméfaction, et le 27 on enleva les points de suture, dont quelques-uns étaient déjà dérangés. L'on put s'assurer alors que la cicatrisation ne s'était point opérée, et que la fistule était absolument dans le même état qu'avant l'opération.

Le 11 août, M. Bach, sans se décourager de ce premier insuccès, et considérant du reste toute l'innocuité de la première tentative, se décida à en faire une seconde, mais cette fois non plus la transplantation, mais bien la suture en gousset, autre procédé tant vanté par M. Dieffenbach.

Les bords étant rafraîchis avec un couteau à cataracte, la suture en gousset fut passée par le procédé ordinaire, la sonde fut retirée, l'urine coula pendant trois jours par le canal; le quatrième elle commença à sourdre par la fistule; l'opération avait encore entièrement échoué.

Le 25 août, les parties étant de nouveau cicatrisées, M. Bach entrepend une nouvelle opération. Le malade ayant été fixé, comme dans les opérations précédentes, il commence par détacher soigneusement en arrière la cicatrice de la fistule, taille un lambeau quadrilatere sur la peau du scrotum, puis enlève sur la verge un lambeau de peau de même forme que le précédent, afin d'aviver toutes les parties qui environnent la fistule. Passant ensuite avec une aiguille courbe, armée d'un fil, entre les tissus des corps caverneux, évitant de perforer l'urètre, il revint au point de départ. De cette manière, les fils, après l'opération, ne paraissaient au-dehors que dans le point où ils devaient être liés, et l'on serra la suture. Le lambeau de peau scrotal fut ensuite appliqué par-dessus cette suture en gousset, et fixé au moyen d'une suture entortillée. La sonde fut laissée dans l'urètre; mais dès le deuxième jour, l'urine ne s'écoulait plus par la sonde, et filait entre la sonde et le canal. On la retira. Pendant cinq jours, il n'y eut aucun écoulement par la fistule. Le cinquième, quelques gouttes se présentèrent sur les deux parties latérales, et il s'établit là deux petites ouvertures, qui lancèrent de l'urine à grande distance par un jet étroit; mais la plus grande partie du liquide s'écoulait par le canal. Toutes les aiguilles étaient retirées. Un mois après l'opération, l'état du malade n'avait pas empiré.

M. Bach se proposait de revenir encore à une opération analogue à la précédente, et qui n'aurait plus offert les mêmes difficultés; mais le petit malade fut obligé de quitter Strasbourg pour retourner, avec ses parens à Amsterdam, sa patrie.

Cette observation nous prouve que désormais il ne faudra plus regarder les fistules urinaires comme absolument au-dessus des ressources de l'art; car il est à croire qu'en combinant, comme on l'a fait dans ce cas, avec plus ou moins de génie, les derniers procédés tentés par M. Dieffenbach, en les modifiant suivant les circonstances, on parviendra enfin à trouver la véritable manière d'arriver à la guérison de cette terrible maladie. Déjà ici, quoiqu'on ait eu affaire à une fistule très large, puisqu'elle contenait presque tout le calibre du canal, on est cependant parvenu à rendre aux urines leur cours naturel, ne laissant plus que deux petits pertuis latéraux, dont une nouvelle opération eût probablement fait justice. Ce premier succès est dû à l'application simultanée de deux des procédés de M. Dieffenbach (suture en gousset et transplantation), mais combinés et légèrement modifiés. Il y a plus, M. Bach prétend que, dans les cas de fistule urinaire, où il n'y aurait pas assez de muqueuse pour former la suture en gousset, il serait possible de remplacer la muqueuse en défaut par un lambeau de peau, dont la surface épidermique serait retournée vers le canal, lambeau de peau sur lequel on en appliquerait un second, mais plus grand que le premier, et dépassant celui-ci dans tous les sens. Il se fonde en cela sur l'analogie qui existe entre la muqueuse et la peau.

Quant au principe fondamental qui ressort de tout cela, c'est que, pour guérir une fistule urétrale, il faut la placer dans les mêmes con-

ditions que les fistules périnéales, en y accumulant plusieurs couches de tissus.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE.

EMPLOI DE CARACTÈRES OPTIQUES COMME DIAGNOSTIC IMMÉDIAT DU DIABÈTE SUCRÉ.

Tel est le titre d'un mémoire lu par M. Biot. Nous l'insérerons dans notre prochain numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 29 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHELEMY.

Après la lecture du procès-verbal, M. le secrétaire fait le dépouillement de la correspondance. M. Rayer fait hommage de la dernière livraison du TRAITÉ DES MALADIES DES REINS.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Landré-Beauvais, membre de l'Académie, ancien professeur et doyen de la Faculté de médecine.

M. le secrétaire perpétuel lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de ce médecin célèbre.

M. BOULLAY demande que l'Académie appuie auprès de M. le ministre du commerce les pétitions des pharmaciens de Paris contre les brevets d'invention pour les médicamens.

Sur les observations de M. Adelon, la proposition de M. Boullay est renvoyée au conseil d'administration qui s'en occupera en temps opportun.

Une lettre du ministre de l'intérieur annonce que la députation de l'Académie sera reçue par le roi le 1er janvier à midi.

Le nom des membres désignés par le sort pour faire partie de la députation sont : MM. Bussy, Petroz, Recamier, Cullerier, Renauld, Villeneuve, Villermay, Virey, Jobert (de Lamballe), Keraudren, Boullay.

Le reste de la séance est consacré à la formation des bureaux pour l'année 1841.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE L'ALIÉNATION MENTALE, OU DE LA NATURE, DES CAUSES ET DU TRAITEMENT DE LA FOLIE; comprenant des observations sur les établissemens d'aliénés; par W. ELLIS, médecin en chef de l'asile d'Hanwell; traduit de l'anglais, avec des notes et une introduction historique et statistique, par le docteur ARCHAMBAULT, médecin de l'hospice de Bicêtre; enrichi de notes, par M. ESQUIROL, avec planches. 500 pages in-8°. Paris, 1840. — Chez Just Rouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8.

L'étude de l'aliénation mentale a éprouvé, dans ces dernières années, les mêmes vicissitudes que les autres parties de la pathologie. Après les beaux travaux de Pinel et de M. Esquirol, qui avaient du moins appelé l'attention des médecins sur ce sujet, presque complètement négligé jusqu'à eux, et mis quelque ordre dans l'étude des phénomènes propres à la folie, l'enthousiasme pour l'anatomie pathologique gagna aussi les médecins qui avaient suivi les traces de ces deux savans, et bientôt non seulement on crut avoir trouvé la cause de l'aliénation mentale dans les altérations du cerveau, mais on allait jusqu'à spécifier quelles altérations correspondaient aux différentes espèces d'aliénation. On prétendit expliquer par ces lésions le trouble des fonctions intellectuelles, dont on ignorait, et dont on ignore encore l'agent, le siége, le mécanisme. Depuis quelques années, cet enthousiasme s'est considérablement refroidi, et si la plupart de ceux qui avaient pris part à ce mouvement prématuré n'ont pas encore reconnu publiquement leurs erreurs, le silence qu'ils gardent pendant que, de toutes parts, on démolit leurs travaux indique assez qu'ils avaient réellement dépassé les bornes de la vérité. Leurs erreurs, si elles reçoivent encore quelques échos parmi les médecins de leur âge et de leur temps, ne seront plus répétées à l'avenir par ceux qui leur succèdent, car l'aliénation mentale, moins qu'aucune autre classe du cadre nosologique, se prête aux explications purement mécaniques des anatomistes. Comment ces derniers pourraient-ils espérer d'avoir trouvé la cause des troubles des fonctions intellectuelles, quand jusqu'ici ils n'ont pu indiquer celles des névroses des nerfs, qui ne sont que des troubles de fonctions d'un ordre inférieur?

Ces vérités sont justement appréciées dans l'ouvrage dont nous venons de donner le titre, ou plutôt dans les notes que le traducteur a placées en regard du TRAITÉ du docteur Ellis, car nous devons distinguer avec soin l'auteur des notes de l'auteur de l'ouvrage. Ce dernier s'étant fort peu occupé de théories, en avait admis une néanmoins, mais toute faite, sans discussion, et comme à la condition de n'en pas tenir compte dans la pratique; et cette théorie, c'est précisément celle dont nous parlions tout à l'heure, qui attribue l'aliénation à la phlegmasie du cerveau. Mais, à la manière de la plupart des médecins anglais, il s'inquiète très peu de la théorie, qu'il paraît avoir adoptée comme de confiance, et qu'il mentionne au commencement de son ouvrage, pour n'en plus parler ensuite, bien que sa pratique, telle qu'il l'expose, soit souvent en opposition directe avec cette théorie. Le traducteur relève, au contraire, avec soin, et en s'appuyant d'un grand luxe de preuves, les erreurs théoriques que commet souvent M. Ellis et les contradictions fréquentes qui existent plus souvent encore entre sa théorie et sa pratique, et est encore aidé dans ce soin par M. Esquirol qui, dans des notes généralement courtes, mais pleines de raison, relève souvent avec vivacité les assertions du médecin anglais; aussi nous ne craignons pas de dire que si M. Ellis n'était pas mort il serait bien étonné qu'on ait pris tant de peine pour combattre des opinions auxquelles il tenait si peu, et que, si l'ouvrage anglais n'avait d'autre mérite que celui des théories, M. Archambault aurait eu tort de le traduire. Mais si les Anglais attachent peu d'importance à la théorie, nous devons le reconnaître, ils sont éminemment praticiens, et c'est à ce titre que le travail de M. Ellis pourra être reçu avec quelque faveur parmi nous, et que nous devons savoir gré au traducteur de sa translation, tout en le remerciant du soin qu'il a pris de combattre les théories peu contagieuses, nous pensons, de M. Ellis. Si la cause de l'aliénation mentale est inconnue, ce n'est pas un motif pour croire que son traitement ne puisse être rationnel et soit purement empirique. L'étude des circonstances dans lesquelles elle se développe et s'exagère ou perd de son intensité, celle des différentes formes sous lesquelles elle se présente, de celles qu'elle affecte successivement, et des lésions organiques qu'elle détermine, fournissent déjà de nombreuses données dans lesquelles le médecin trouvera facilement d'heureuses indications. L'étude de la folie, même dans l'état actuel de la science, et dans l'ignorance où nous sommes de son point de départ, ou du pivot autour duquel elle se développe, offre donc encore de nombreuses circonstances où l'homme de l'art doit agir d'après des principes donnés, et suivre une médication vraiment rationnelle. Examinons, sous ce point de vue, l'ouvrage du docteur Ellis, et les notes dont il est accompagné, et signalons d'abord l'introduction historique et statistique dans laquelle le traducteur présente un tableau concis et bien écrit de l'histoire de la folie chez les divers peuples, et depuis les temps historiques. Nous ne le suivrons pas dans ce récit, où nous avons trouvé d'intéressans détails sur les formes nouvelles qu'affecte l'aliénation mentale et qui se lient nécessairement aux modifications qu'éprouve l'état social et une trop courte discussion sur l'influence de la civilisation sur l'accroissement du nombre des fous. Pour nous, nous pensons qu'on ne peut nier avec l'auteur cet accroissement; mais ce que nous nions de toutes nos forces, c'est qu'il soit l'effet de la civilisation, à moins qu'on ne donne à ce mot une acception tout opposée à celle qu'il a naturellement et qu'il ne signifie aujourd'hui la destruction de toutlien, de tout frein et la participation de toutes les intelligences à une série d'idées pour lesquelles elles ne sont ni faites ni préparées. Parmi les circonstances qui favorisent le développement de la folie de la manière la plus active, nous trouvons d'abord l'hérédité qui, en Angleterre comme en France et partout ailleurs, occupe le premier rang. Sur 1,380 malades reçus à l'asile d'Hanwell 214 avaient eu leurs pères ou leurs mères aliénés; sur ces 214, on ne put, chez 125, assigner d'autre cause que l'hérédité; chez 65, on trouve, en outre, des causes morales variées, et 24 avaient reçu des coups à la tête avant l'explosion de la maladie. Ces résultats sont à peu près les mêmes que ceux obtenus des relevés de la Salpêtrière, et M. Ellis et M. Esquirol sont d'accord sur ce point que s'il était possible d'obtenir des renseignemens plus complets dans les asiles d'aliénés des pauvres, le nombre des cas qui se lient à l'hérédité se trouverait bien plus considérable. C'est ainsi que dans l'établissement privé de M. Esquirol, un relevé des causes physiques a donné, sur un total de 265, l'énorme chiffre de 140, c'est-à-dire plus de la moitié au profit de l'hérédité seule.

Après l'hérédité, l'éducation mal dirigée est la circonstance la plus favorable à la folie. « Lorsque dans le jeune âge les inclinations n'ont jamais été contrariées, et que les passions ont été abandonnées à elles-mêmes, les contrariétés et les revers de fortune, qui presque toujours accompagnent l'homme dans sa carrière, causent souvent une telle anxiété dans les esprits non habitués précédemment à se maîtriser, qu'ils ne peuvent plus surmonter les événemens pénibles de la vie; c'est ainsi que le système nerveux et le cerveau deviennent malades. »

Ce n'est pas seulement en France que l'on cherche trop à hâter le développement des enfans; écoutons le médecin anglais : « Il y a maintenant

un désir bien louable d'instruire les enfans dès leur bas âge; en tant qu'il favorisera leur éducation morale, il sera très avantageux; mais je crains que les systèmes adoptés dans quelques écoles ne tendent plutôt à affaiblir qu'à fortifier le cerveau, en excitant trop tôt l'intelligence. Combien d'exemples d'enfans qui, après avoir donné des preuves de leurs talens précoces, n'ont pas réalisé plus tard les espérances de leurs amis! Je crains encore que cet affaiblissement possible des facultés intellectuelles ne soit pas le seul mal et qu'une excitation prématurée et trop constante du cerveau, avant que l'organisation ait acquis assez de développement, n'expose la génération future aux maladies de cet organe et du système nerveux en général. »

M. Ellis fait remarquer que les mariages entre les parens consanguins produisent des enfans prédisposés à la folie, et son traducteur paraît disposé à attribuer à cette cause la fréquence de l'aliénation mentale dans la noblesse et dans certaines familles illustres. La loi civile qui proscrit les mariages entre proches parens est donc fondée sur un précepte hygiénique d'une haute importance.

Après les coups sur la tête, l'action du soleil peut également produire la folie, par son influence sur le cerveau; ensuite vient la vieillesse, puis la surexcitation cérébrale, les excès d'étude. Une observation intéressante de ce dernier genre d'excitation qui ne paraît pas devoir être fréquent chez les sujets des asiles, est rapportée par M. Ellis. Quant à la misère qui paraît être la cause la plus fréquente de la folie chez les sujets de ces établissemens, le traducteur fait remarquer avec raison que ce n'est pas la pauvreté elle-même qui doit être accusée de cette influence mais bien le passage d'un état d'aisance à un état de gêne plus ou moins prononcé ou plotôt les revers de fortune.

Nous ne trouvons rien qui mérite de nous arrêter dans l'énumération des autres causes de la folie, telles que l'excitation produite par les idées religieuses et qui, d'après M. Ellis, est beaucoup plus fréquente en Angleterre que sur le continent; le chagrin qui frappe spécialement les femmes les émotions subites, les frayeurs, toutes les passions débilitantes, l'orgueil humilié, l'amour déçu, la jalousie. Nous mentionnerons seulement en passant les causes qui n'agissent qu'indirectement sur le cerveau et par sympathie et qui sont, d'après l'auteur, les maladies du foie, des poumons, des intestins, la grossesse, l'allaitement, etc., car l'action de ces causes est loin d'être démontrée pour nous et nous regardons comme de bien peu de valeur la raison sur laquelle s'appuie surtout M. Ellis, que quand nous sommes dans l'impossibilité de trouver une autre cause de l'aliénation mentale, et que nous voyons la maladie cesser aussitôt que les fonctions abdominales sont rétablies, nous serions fondé à conclure que l'origine de la maladie est dans les organes du ventre.

Le tableau des symptômes de la maladie est assez exact, bien que l'auteur y confonde quelquefois les symptômes des altérations organiques de l'encéphale qui compliquent souvent l'aliénation mentale avec ceux de la maladie principale. Il est suivi d'observations dont les traits principaux, à l'exception pourtant de ce qui concerne l'anatomie pathologique, sont retracés fidèlement et portent l'indice d'une vaste expérience.

Avant de passer au traitement, l'auteur consacre un chapitre spécial à l'idiotisme et à la démence, chapitre qui offre de nombreuses lacunes que le traducteur s'est efforcé de combler; quant au traitement, il est impossible, comme le reconnaît l'auteur que le même soit applicable à tous les cas de folie. Dans ceux où les causes de la maladie et les circonstances dans lesquelles se trouvent les malades présentent le plus d'analogie, il existe encore des différences de tempérament qui exigent des modifications dans le traitement après avoir réclamé l'attention la plus vigilante de la part des médecins. Parmi les indications que l'auteur fait ressortir, il en est de très utiles et qui sont réellement fondées, qui reposent sur une expérience certaine; mais il en est d'autres qui se trouvent dans des conditions tout opposées; ainsi, nous avons déjà dit qu'une partie des cas de folie pour cause physique qu'admet M. Ellis sont tout simplement de véritables affections cérébrales. Le passage suivant signalera, pour la plupart de nos lecteurs, une erreur non moins grave tandis que pour d'autres peut être sera-t-il considéré d'une manière toute différente. Après avoir conseillé de raser la tête et d'y faire des applications de sangsues ou de ventouses pendant que d'on autre côté on soutient les forces de l'économie, il continue ainsi: « Souvent un surcroît de chaleur ou de douleur indiquera le point du crâne sur lequel l'application des ventouses sera le plus avantageuse pour combattre l'inflammation locale; mais d'autres fois la chaleur du péricrâne reste uniforme et le malade refuse de donner aucun renseignement sur le lieu qu'occupe la céphalalgie. Dans ce cas, le seul moyen de reconnaître le point du cerveau malade, est de prendre en considération le mode particulier du délire; la passion affectée dénote elle-même le siége du mal. Très souvent quand la folie était partielle, j'ai trouvé un degré de chaleur plus élevé sur la région du crâne correspondant à la partie du cerveau que les phrénologistes ont désignée comme l'organe de tel ou tel penchant; j'ai souvent vu des malades se plaindre de douleurs dans la même région. » M. Ellis se hâte, il est vrai, de dire qu'il est loin de prétendre que la chaleur soit jamais précisément circonscrite à la circonvolution affectée. Dans le cas où le malade garde le silence, si sa manière d'agir ne fait soupçonner que le désordre frappe une série déterminée de fonctions et d'idées, je fais appliquer les sangsues ou les ventouses à la région assignée comme le siége de leurs organes par les phrénologistes. L'expérience m'a appris que cette manière d'appliquer les sangsues est, en général, fort avantageuse. »

La pratique de M. Ellis dans ce cas nous paraît fort rationnelle, si nous laissons de côté son explication théorique; on connaît l'influence qu'ont dans certains cas d'aliénation mentale de puissans révulsifs appliqués sur le cuir chevelu. La pratique indiquée dans le passage suivant et la théorie sur laquelle elle repose nous semblent mériter quelque attention. « Dans les cas de fureur, on calme l'agitation du malade et la fréquence du pouls en administrant des doses de sulfate de magnésie combinées avec trois centigrammes d'émétique toutes les trois heures, jusqu'à ce que des vomissemens copieux ou des selles abondantes soient produites. On donne encore avec avantage le tartre émétique, à doses fractionnées (nauséabonde) dans les premiers temps de la mélancolie, surtout lorsqu'il semble y avoir complication de désordre gastrique, qu'il y a perte de l'appétit et dégoût pour la nourriture. De cette manière l'activité de la circulation cérébrale est diminuée et grâce au soulagement momentané qu'il éprouve, le cerveau parvient à recouvrer en quelque sorte ses forces. Il est certain que pendant que le malade souffre des nausées, son esprit est moins dominé par les idées pénibles qui l'assiégent. La souffrance physique absorbe les douleurs morales et tout ce qui tend à changer, même passagèrement, la fixité des idées est toujours avantageux. »

Quelque avantage que l'on ait retiré dans quelques cas de l'emploi de différentes médications, c'est surtout du *traitement moral* qu'on doit attendre le plus de secours et de secours vraiment efficaces. Notons quelques unes des principales données que l'auteur a retirées de sa vaste expérience. Les embarras pécuniaires sont, comme nous l'avons déjà dit, une des causes les plus fécondes de la folie en Angleterre: ce résultat ne peut surprendre, dans un pays où les spéculations ont pris un tel degré d'extension et où le moindre retard dans les paiemens peut réduire de l'extrême opulence à la plus grande pauvreté. M. Miller a vu dans un cas des secours apportés dans un extrême embarras d'argent, suffire, avec un léger traitement, pour rendre un malade presque immédiatement à la santé. Le premier devoir, pour un médecin d'aliénés, dit M. Miller, est de gagner la confiance de ses malades, en les traitant avec douceur, et leur prouvant sa sollicitude pour le bien-être. Les malades s'aperçoivent bientôt de ces sentimens et en tiennent compte. Le médecin doit ensuite fixer l'attention de celui qu'il traite sur quelques objets nouveaux, soit par une occupation utile, soit par d'agréables distractions. Le moyen le plus sûr de réussir, c'est d'étudier ce qui leur plaît, et ce qui leur déplaît et de ne céder à leurs goûts qu'en conséquence de leur conduite. L'auteur regarde la nécessité d'attacher l'esprit par une occupation quelconque comme tellement importante, que lorsque le malade ne vent pas s'occuper à la terre ou bien lorsque le travail est trop matériel pour l'intéresser, il n'hésite pas, en prenant les précautions convenables, à lui donner des outils, eût-il même du penchant au suicide, ou fût-il sujet à des accès de fureur. Quoiqu'il ait adopté ce parti dans un grand nombre de circonstances, aucun accident fâcheux n'en est jamais résulté, et fréquemment ce moyen paraît avoir favorisé le rétablissement complet de la santé.

Nous voudrions pouvoir retracer les conseils que donne l'auteur pour le traitement moral des aliénés riches, qui se prêtent difficilement aux moyens d'exercice et aux travaux que font facilement les malades des classes moyennes et inférieures; on ne peut rien trouver de mieux, et la lecture attentive de cette partie ne peut que profiter au médecin qui se consacre au traitement de l'aliénation. Il y a pourtant ici un passage qui a attiré à l'auteur une verte réprimande de la part de M. Esquirol; c'est lorsqu'il parle de la situation où se trouvent les médecins propriétaires d'établissemens, et dans laquelle leurs devoirs sont en opposition avec leurs intérêts; il suppose qu'on pourrait les accuser de négliger les premiers pour les seconds, et entre à cet égard dans des développemens qui ont pu blesser la scrupuleuse susceptibilité de notre bon M. Esquirol, et qui auraient probablement blessé tous les médecins français qui, comme il le dit, ont eu le courage d'exposer des capitaux considérables, dans le but de rendre à la santé des malheureux affligés de la plus déplorable maladie. Cependant, les réflexions de M. Ellis sur ce point nous paraissent justes, surtout chez un peuple où l'industrie est portée maintenant jusqu'à ses dernières limites.

Ce que dit M. Ellis des effets fâcheux de l'isolement dans quelques cas nous paraît fort exact, et nous pensons, malgré la dénégation de M. Es-

quirol, que, même en France, il y a un bon nombre de cas où l'isolement est trop prolongé et trop sévère. Si l'isolement est déjà si pénible pour les Anglais, nous pensons qu'il doit l'être plus encore pour les aliénés de notre nation.

Ce que dit l'auteur de la disposition que devrait avoir un asile, de sa direction, de l'influence des femmes pour seconder les efforts du médecin, du choix d'une directrice, nous semble incontestable. Nous en dirons autant de la présence d'esprit qu'il réclame de tous ceux qui sont employés dans le traitement des aliénés et se trouvent en contact avec eux, non seulement dans l'intérêt de ces derniers, mais encore dans celui de leur propre conservation. Madame Ellis, qui était directrice de l'établissement d'Hanwell, éprouva un jour l'avantage que procure la présence d'esprit et une confiance apparente envers les malades, quand les circonstances vous mettent dans leur pouvoir dans un moment d'exacerbation. Une malade, dans un de ses plus violens accès de rage, était parvenue à saisir madame Ellis, à lui prendre les cheveux, et, la regardant d'un air furieux, lui disait qu'elle pouvait lui tordre le cou; ce qui était vrai, vu la force physique de la malade. Quand madame Ellis lui répondit avec le plus grand calme : « Vous le pouvez, il est vrai, mais je sais que vous ne voudriez pas arracher un seul de mes cheveux. » Un médecin anglais, le docteur Vance, a été, en 1837, moins heureux que madame Ellis, dans une lutte de ce genre : précipité du haut d'un escalier par un aliéné qu'il allait visiter, il est mort au bout de quelques jours des suites de cette chute, et victime de son dévoûment.

La crainte, considérée comme moyen de guérison, produit des résultats souvent fort avantageux. Ce sentiment est quelquefois assez fort pour maintenir le malade, qui est naturellement timide ; mais quelquefois les menaces, de quelque manière qu'on s'y prenne, ne produisent aucun effet salutaire. L'auteur établit ici une distinction dont on n'a peut-être pas toujours assez tenu compte ailleurs. Il voudrait que l'on attachât une grande importance à déterminer si la conduite est le résultat du mauvais naturel (moral evil) de l'individu, ou bien s'il provient de la folie. Une grande partie du traitement moral en dépendrait, « car, quoiqu'il paraisse cruel d'assujétir le malade à une discipline ou physique, ou morale, pour une conduite provenant du dérangement du cerveau ; cependant, comme elle dépend en partie du mauvais naturel, il faut exercer une grande surveillance pour contenir les mauvaises passions auxquelles très souvent les malades s'abandonnent entièrement. Fort heureusement que, depuis quelque temps, au moins dans ce pays, le fouet a cessé d'être mis en usage dans les asiles des aliénés, pour faire place à d'autres moyens de punition plus raisonnables et plus humains, tels que des privations, le confinement dans une loge. Quelquefois, cependant, des malades sont si obstinés et si incorrigibles, que ces moyens ne suffisent plus. La commotion de la machine électrique, souvent avantageuse dans les cas où les forces ont besoin d'être stimulées, peut également être utile pour vaincre l'obstination des malades. La terreur qu'inspire la machine maîtrise souvent leurs mauvaises inclinations. On obtient fréquemment le même effet avec la douche, et mieux encore avec la machine rotatoire ; on ne doit cependant avoir recours à ces remèdes que lorsque tous les autres moyens ont été employés en vain, et jamais le dernier ne doit être mis en usage que sur l'ordre formel et en présence du médecin en chef. Dans ces limites, on obtient souvent de ces moyens les résultats les plus avantageux.... »

Les conseils sur les visites que l'on doit accorder aux malades, et sur les cas dans lesquels on doit les faire, sont extrêmement judicieux. On a retiré les meilleurs effets de l'instruction religieuse donnée aux pauvres malades des asiles de Wakefield et de Hanwell; bien que ce moyen soit plus difficilement applicable en France, cependant nous croyons qu'employé dans de certaines mesures, il pourrait produire encore d'heureux effets.

Nous ne parlerons pas du traitement de la folie sympathique ou dépendant des dérangemens qui surviennent dans quelques-uns des viscères, pour nous arrêter quelques instant sur le traitement de la folie passée à l'état chronique. Dans le passage suivant, M. Ellis nous paraît révéler l'une des causes les plus actives du grand nombre des cas de folie passés à l'état chronique qui existent en ce moment dans les asiles de l'Angleterre, et nous pensons que les mêmes circonstances ont dû produire en France les mêmes résultats. « En réfléchissant un peu de connaissance que l'on possède en général sur la nature de cette maladie, à la négligence que l'on met à la traiter en temps opportun, et au traitement contraire qu'on lui oppose au commencement, on n'est plus surpris de voir un grand nombre de malades rester incurables. Dans les grands établissemens destinés aux pauvres, et particulièrement à l'époque de leur première ouverture, la plus grande partie des malades admis se composant de ceux qui avaient été tenus longtemps renfermés et étroitement confinés. La preuve que les lunatiques des comtés n'étaient pas dans des circonstances favorables à la guérison, c'est qu'on a construit les asiles, et à moins que ces établissemens ne soient assez spacieux, non seulement les pauvres aliénés existans au moment où ils sont ouverts, mais encore ceux dont l'aliénation n'est que commençante, et qui devraient être admis dès le début de leur maladie, ne profitent pas de leur ouverture, tandis qu'ils se remplissent de malades atteints depuis longtemps d'aliénation, et avant que ceux qui le sont d'une date plus récente puissent y être admis, des semaines et des mois peuvent s'écouler, le temps de la guérison se passe : c'est ce qui eut lieu en particulier pour l'asile d'Hanwell, qui avait été construit dans le principe pour contenir 300 malades; mais il fut aussitôt rempli presque entièrement de malades atteints depuis longtemps d'aliénation chronique, et alors on reconnut qu'il y avait plus de 800 malades isolés à la charge du comté de Middlesex et des paroisses qui en dépendent. Lorsque l'asile eut été agrandi de manière à pouvoir contenir plus du double du nombre de malades pour lequel il avait été primitivement construit, les augmentations ne purent suffire pour la moitié des aliénés qui étaient alors renfermés dans les divers asiles particuliers et dans les hôpitaux, de sorte que la classe des malades admis continua d'être encore celle des anciens malades incurables. »

Parmi les améliorations que M. Ellis désire voir apporter au sort des aliénés, il en est plusieurs qui sont autant à désirer pour les aliénés de France que pour ceux du pays de l'auteur. Nous allons en dire quelques mots. La première, et l'une des plus importantes, serait un établissement convenable pour recueillir les convalescens, et où ils auraient une demeure et la nourriture, jusqu'au moment où ils pourraient trouver à travailler. « Ces établissemens seraient un bienfait inappréciable; élevés aux frais des communes, ils finiraient par devenir économiques; beaucoup de malades qui sont forcés aujourd'hui de rester dans l'intérieur des asiles, parce qu'ils conservent des idées fausses sur des sujets sans importance, passeraient dans ces institutions un temps d'épreuves, et pourraient à la fin être rendus à la société. »

Beaucoup de pauvres, après la guérison, se trouvent sans ressources, et la nécessité les force à entrer dans les hôpitaux jusqu'au moment où ils peuvent obtenir du travail; épreuve qui est au-dessus de leurs forces. Les intérêts d'un capital donné par un philantrope dont nous ne devons pas taire le nom, Harrison, et augmentés de quelques souscriptions, ont souvent fourni, dans la partie occidentale de l'Yorkshire, les moyens d'assister à propos des convalescens, de prévenir, selon toute probabilité, une rechute, en mettant ces malheureux à même de se maintenir dans une position favorable.

M. Ellis pense que si ce projet était impraticable, on pourrait encore faire beaucoup en accordant aux convalescens la permission de sortir, pendant un temps déterminé, pour se mêler au monde, avant leur renvoi définitif. Le plus souvent, dit-il, dans les anciens cas de folie, quand on n'a aucune inquiétude pressante sur les besoins journaliers, on devrait essayer, beaucoup plus fréquemment qu'on ne le fait ordinairement, du changement de résidence et du retour dans le sein de la famille. M. Esquirol fait remarquer que cette sage précaution est prescrite dans plusieurs établissemens d'aliénés de l'Allemagne, et regrette que la nouvelle loi de 1839, pour les aliénés, ne prescrive rien de semblable pour la France, et qu'elle n'ait pas non plus songé, au moins pour Paris, à une maison consacrée aux aliénés convalescens pauvres sans travail.

Les nombreuses citations que nous avons faites de l'ouvrage de M. Ellis ont suffisamment fait connaître ses mérites et ses défauts, et si les théories qui y dominent ne méritent aucune attention, il contient aussi des données pratiques d'une haute importance, et que nous devons savoir gré à M. Archambault d'avoir mises à la portée des lecteurs français. Il lui aurait été facile de trouver dans la littérature médicale anglaise des travaux sur l'aliénation mentale qui auraient été plus irréprochables sous le point de vue de la théorie. Les ouvrages de MM. Barrow et Prichard auraient pu, sous ce rapport, être préférés à celui de M. Heller, mais la théorie a déjà une assez large, trop large part même dans nos études. Quant à la traduction, nous n'avons point à nous en occuper ici. Sous le rapport de l'exécution, dire que le style nous en a paru généralement clair, et dire que M. Archambault s'est efforcé dans ses notes de relever les erreurs et de remplir les lacunes que présente le texte, c'est dire qu'il n'a pas rempli uniquement le rôle de traducteur, et que le travail qu'il publie est aussi complet qu'on peut l'attendre dans l'état actuel de la science et des limites qu'il s'était imposées.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

DIAGNOSTIC MÉDICAL.

SUR L'EMPLOI DES CARACTÈRES OPTIQUES COMME DIAGNOSTIC IMMÉDIAT DU DIABÈTE SUCRÉ; par M. Biot.

M. le docteur Mandl, m'ayant demandé si l'observation du pouvoir rotatoire pourrait déceler la présence et la proportion du sucre, dans les urines des diabétiques, j'ai fait, pour le savoir, le travail que je vais soumettre à l'Académie.

On sait que cette cruelle maladie se manifeste extérieurement par une soif ardente, accompagnée d'une sécrétion exagérée d'urines, susceptibles d'éprouver la fermentation alcoolique. M. Thénard, en 1806, a extrait de ces urines une matière solide insipide, mais dont le caractère saccharin se décelait par son aptitude à subir ce genre de fermentation. En déterminant, à de courts intervalles, la quantité de cette matière sécrétée, ainsi que sa qualité plus ou moins fermentescible, sous l'influence d'un traitement régulier que Dupuytren faisait suivre au malade, M. Thénard montra que l'on pouvait ainsi observer progressivement toutes les phases de cette influence, jusqu'à la complète guérison (1). C'était offrir aux médecins des épreuves sûres pour établir un modèle de traitement raisonné; et aussi en ont-ils fait, depuis lors, le plus utile usage. Mais, en suivant toujours le même principe logique, de l'appréciation des causes par les effets produits, on va voir que l'observation du pouvoir rotatoire offre aujourd'hui un indice évident, d'une application bien plus facile, et peut-être plus immédiatement fidèle, pour arriver aux mêmes résultats en quelques instans.

Postérieurement au travail de M. Thénard, en 1815, M. Chevreul eut l'occasion d'étudier des urines diabétiques (2). Il en retira un sucre sapide, fermentescible et cristallisable, dont les caractères de solubilité, de fusibilité, et d'apparence cristalline, étaient tout à fait identiques à ceux du sucre de raisin solidifié. M. Péligot compléta cette analogie, en 1818, en prouvant, par l'analyse chimique, que le sucre diabétique, le sucre de raisin solidifié, et un sucre d'amidon qu'il avait lui-même obtenu par l'action prolongée de l'acide sulfurique, ont tous trois la même composition pondérale (3).

Ces recherches conduisaient à conclure que les urines diabétiques pouvaient contenir deux sortes de sucre distinctes, l'un sapide, l'autre insipide. M. Bouchardat les considéra ainsi dans un travail médico-chimique remarquable par sa précision et sa lucidité, qu'il a publié en 1839 (4). Mais il m'a dit s'être postérieusement assuré que la substance non sapide est une combinaison, ou un mélange, de sucre sapide avec du lactate d'urée, du chlorure de sodium, et un peu de matière extractive. L'examen optique confirme cette indication. Car la purification du produit insipide par des lavages réitérés à l'alcool froid, laisse pour résidu un sucre sapide analogue pour l'aspect au sucre de fécule, susceptible de la fermentation

(1) Journal de médecine, publié par MM. Corvisart, Roux et Boyer, 1809 ou 1810.

(2) Annales de chimie, t. xcv, p. 319.

(3) Annales de chimie et de physique, t. lxvii, p. 113.

(4) Revue médicale, juin 1839.

Feuilleton.

COUP-D'OEIL SUR LES TRAVAUX ET LES ÉVÉNEMENS DE L'ANNÉE.

(Premier article.)

Nous venons de parcourir les nombreux travaux de l'année avec le désir d'en signaler les tendances les plus générales, les caractères les plus significatifs; de rappeler les idées principales de ceux qui méritent d'être distingués; de réunir en faisceaux communs les recherches et les résultats qui se sont produits séparément; enfin de ramener, autant que possible, les faits, les vues et les méthodes scientifiques à une certaine unité, à une certaine homogénéité qui serve de point de départ et de guide aux travaux ultérieurs: car toutes les méthodes, toutes les idées générales ne sont que des coordinations et des appréciations de ce genre, c'est-à-dire la régularisation de ce qui est fait d'abord instinctivement et isolément, pour l'employer d'une manière rationnelle et générale à l'avancement plus rapide de la science.

Les réflexions que nous avons placées en tête de notre revue des travaux de l'année 1839 pourraient être reproduites ici: non seulement la physionomie médicale de 1840 ressemble parfaitement à celle de 1839 par ce qu'elle a produit, comme par ce qu'elle n'a pas produit; mais tout ce qui en est sorti nous paraît justifier complètement nos craintes et nos espérances, nos jugemens et nos prévisions. En effet, nous n'avons à signaler, comme à cette époque, aucune révolution générale dans les esprits, si ce n'est l'abandon de plus en plus marqué des idées systématiques qui les avaient momentanément enchaînés. De cette fougue, de cette effervescence, de cette croyance universelle, on est passé à un état d'indifférence, d'inertie et d'individualisme qui serait la mort de la science, si sous ces apparences de disjonction des idées et des efforts, il n'y avait quelques liens cachés qui les retiennent et les unissent. Dès l'année dernière nous signalions à un double point de vue, initial et final, quelque chose de commun dans ce qui avait toutes les apparences de la diversité. Ce quelque chose, nous l'avons défini une tendance a la preuve. Cette tendance peut d'autant mieux être prise comme caractéristique de notre époque, qu'elle n'a jamais existé à aucune autre, et que, si elle a pu se laisser soupçonner antérieurement dans quelques travaux isolés, elle n'a jamais été ni générale, ni sciemment définie. Or, nous pensons avoir commencé l'année dernière à la définir dans ce que nous avons dit; et plus nous examinons de près les travaux contemporains, plus nous sommes portés à leur reconnaître ce caractère, plus instinctif, il est vrai, que réfléchi. Nous ne nous appesantirons pas ici sur cette manière de voir; nous comptons la présenter à une époque peu éloignée, avec tous ses développemens et ses applications. Ce que nous tenons à faire comprendre, c'est que la tendance que nous avions plutôt indiquée que caractérisée l'année dernière existe

alcoolique comme lui, et qui exerce un pouvoir rotatoire de même sens, ce que M. Bouchardat m'a fourni l'occasion de constater.

On connaît aussi des cas de maladies dans lesquels il s'opère pareillement une sécrétion exagérée d'urines, mais non fermentescibles, et desquelles on ne retire pas non plus de sucre solide. L'absence de cette substance se reconnaîtra aussi aisément que sa présence par les procédés que je vais décrire ; et ce cas pathologique sera ainsi immédiatement distingué du précédent.

Mon premier soin a dû être d'examiner si les urines sécrétées dans l'état de santé habituel, par des individus de différens âges et de différens sexes, présentaient des indices de pouvoir rotatoire. Je n'y en ai pas trouvé; ou, tout au plus, accidentellement, des traces à peine sensibles. Il ne serait pas étonnant que la sécrétion du sucre s'opérât quelquefois en si petite proportion qu'elle échappât aux remarques habituelles, et qu'il n'en résultât aucune apparence de maladie. On pourra toutefois saisir ainsi cette sécrétion en quelque sorte dans sa naissance, et bien avant qu'elle soit devenue dangereuse. J'avais d'ailleurs constaté depuis longtemps que l'urée, qui entre si abondamment comme principe dans les urines saines, n'a pas non plus de pouvoir rotatoire appréciable.

J'avais eu aussi l'occasion d'observer l'action rotatoire de sucre de diabète solide, soit pur, soit combiné avec le chlorure de sodium, sur des produits qui m'avaient été remis par M. Péligot. J'avais trouvé, dans ces deux états, son pouvoir de même sens et de même ordre d'intensité que celui du sucre ordinaire d'amidon, ce qui s'accorde avec l'identité de composition pondérale que l'analyse chimique leur attribue. Je m'exprime à dessein avec cette indétermination, *quant à l'intensité*, parce que l'expression générique du sucre d'amidon comprend plusieurs produits que les chimistes n'ont pas jusqu'à présent distingués, quoique l'inégale énergie de leur pouvoir rotatoire les présente comme étant moléculairement distincts les uns des autres. Nous en avons ainsi obtenu deux, M. Persoz et moi, qui apparaissent successivement, et soudainement, aux diverses périodes d'action de l'acide sulfurique sur la fécule, dans un même milieu liquide, sous l'influence plus ou moins prolongée de la chaleur, et qui opèrent des déviations très inégales. Celui que M. Jacquelin a produit, en faisant agir $\frac{2}{1000}$ d'acide oxalique sur la fécule, à une haute pression, est aussi fort différent, sous ce rapport, du sucre d'amidon ordinaire. Je lui ai trouvé un pouvoir fort supérieur à celui du sucre de cannes, et plus que double de celui du sucre de diabète que m'avait remis autrefois M. Péligot. Ce dernier pourtant s'est trouvé absolument identique en pouvoir rotatoire avec un nouvel échantillon de ce même sucre de diabète que M. Péligot m'a remis dernièrement, après l'avoir purifié avec un extrême soin; et leur pouvoir commun est bien inférieur à celui d'un sucre d'amidon que le même chimiste avait tiré des fabriques où on l'obtient par la diastase, mais qu'il n'avait pas analysé. Il serait essentiel d'examiner si ces sucres de fécule, à rotation très énergique, ne seraient pas des mélanges, ou des combinaisons, de la dextrine avec le sucre d'amidon, qui s'obtient par l'action prolongée de l'acide sulfurique et de la chaleur ; ou bien encore si le même sucre d'amidon ne pourrait pas se combiner moléculairement avec l'eau, et même avec des sels, de manière à leur communiquer le pouvoir rotatoire, comme quelques expériences me le font soupçonner. Des recherches chimiques, ainsi dirigées, jetteraient certainement beaucoup de lumière sur la constitution moléculaire des corps. Mais, pour les entreprendre, il faudrait se défaire d'abord de l'idée préconçue, et trop communément admise, que l'analyse pondérale suffit pour définir cette constitution.

La diversité des résultats précédens, quant à l'intensité du pouvoir rotatoire, indiquait assez que, pour obtenir des caractères pathologiques certains, il fallait étudier l'action des urines diabétiques elles-mêmes. Car, sans cela, on aurait pu, à la rigueur, douter si le sucre extrait existait, soit pur, soit combiné, dans les urines, avec le même pouvoir rotatoire qu'on lui trouve; ou s'il ne se modifiait pas, sous ce rapport, par les procédés d'évaporation et par les réactions chimiques à l'aide desquelles on l'isole. C'était aussi le seul moyen d'établir un diagnostic actuel, d'un emploi certain. Je n'ai donc pas négligé cette épreuve immédiate, que MM. Breschet et Rayer m'ont mis en état d'effectuer complètement.

J'ai d'abord étudié l'urine d'un diabétique qui m'a été envoyée par M. Breschet. Elle avait été rendue en sa présence par un malade actuellement à l'Hôtel-Dieu ; et les personnes qui connaissent les hôpitaux ne seront pas étonnées que j'insiste sur cette précaution. Ce malade, soumis depuis quelque temps à un régime alimentaire composé en très grande partie de substances animales, était considéré comme étant en voie de guérison, quoique encore affligé de diabétisme. Aussi ai-je trouvé que son urine avait encore un pouvoir de rotation considérable, dirigé vers la droite de l'observateur, conséquemment dans le même sens que le sucre de diabète solide, qu'on retire par l'évaporation. Sa déviation observée immédiatement à l'œil nu, à travers un tube qui n'avait que 347mm,6 de longueur, était + 10°,6 ⟶. On peut accroître la précision de ce caractère, en augmentant la longueur du tube, sans autre limite que l'opacité résultante de l'épaisseur du liquide observé, laquelle se trouve ici assez faible lorsqu'on l'a épuré par une filtration préalable. Mais l'épaisseur que je viens d'indiquer suffisait; car, avec un peu d'attention, il n'est pas possible de se tromper d'un degré sur cette évaluation, qu'il suffit d'ailleurs d'employer comme indice comparatif dans les observations habituelles. C'est ce que M. Bouchardat a reconnu lui-même : quoiqu'il n'eût jamais fait d'expérience de ce genre, il est arrivé tout de suite aux mêmes nombres que j'avais obtenus. Le peu d'opacité de ces urines diabétiques, après qu'elles sont filtrées, laisse parfaitement voir les couleurs que la dispersion des plans de polarisation développe. L'opposition instantanée des teintes bleue, puis rouge jaunâtre, que présente l'image extraordinaire, avant et après le point de passage auquel la déviation se mesure, offre un caractère d'une précision extrême, que l'on saisit avec la plus grande facilité.

Les échantillons d'urine diabétique que M. Rayer m'a remis ont donné lieu à des observations plus comparativement suivies. D'après les indications écrites que cet habile médecin a bien voulu me donner, ces urines ont été aussi rendues en sa présence, à l'hospice de la Charité, par un malade qui, malheureusement, n'avait réclamé les secours publics qu'après avoir souffert depuis quatre ans de cette infirmité, jusqu'à se trouver réduit à un point de maigreur et d'épuisement excessif. Le premier échantillon qui m'en fut remis par M. Rayer, le 18 décembre, me fut annoncé comme devant être très chargé de sucre. En effet, l'observation du pouvoir rotatoire, faite dans un tube précisément de même longueur que l'autre, c'est-à-dire de 347mm,6, donna pour déviation, toujours vers la droite, 18°,5. Cette urine contenait ainsi presque deux fois autant de sucre que celle du malade de

---

bien réellement, et peut être reconnue aussi bien à son but qu'à ses moyens, aussi bien à ses moyens qu'à ses résultats. Or, le but de notre génération médicale, soit qu'on le considère comme une imitation de ce qui se fait dans les sciences constituées, soit comme l'effet d'une nécessité d'évolution, c'est d'établir quelques points de science définitive ; ses moyens sont des méthodes plus sévères, ou au moins la recherche de ces méthodes; ses résultats, quelques travaux portant le cachet de vérités réellement et définitivement démontrées. Nous sommes loin de croire que tous ceux que nous allons rappeler ont été conçus et exécutés sous ces inspirations; nous ne pensons même pas qu'aucun se soit explicitement placé à ce point de vue; mais il suffit qu'il en soit ainsi implicitement, pour que nous soyons fondé dans notre appréciation. Le fait est toujours antérieur à l'aperçu général qui en dérive, et la systématisation des idées ne précède pas plus leur apparition que l'histoire ne vient avant les faits. Aussi notre prétention, dans ce peu de mots que nous venons de hasarder sur le sens intime des tendances de notre époque, n'est pas d'inventer, d'impulsionner ces tendances, mais de les interpréter, de mettre à nu leur signification, de les révéler à elles-mêmes, afin de les faire servir plus explicitement à ce qui pourra être fait ultérieurement dans les mêmes voies.

Sous le titre de Loi GÉNÉRALE DES ÊTRES, M. Lallemand a cherché à définir le caractère essentiel de l'acte de la fécondation. Suivant ce célèbre professeur, la fécondation n'est pas un acte dans lequel une matière inerte soit tout à coup vivifiée par un liquide amorphe, au moyen d'une action électrique, nerveuse ou dynamique; c'est essentiellement l'union de deux parties vivantes, dont chacune est nécessaire au développement de l'autre. C'est toujours une partie vivante qui se sépare du type, soit pour continuer à se développer seule, soit pour chercher dans une autre les moyens nécessaires à son développement ultérieur. La matière inerte s'organise et devient vivante dans l'organisme souche, avant d'acquérir une existence indépendante. Cette idée rappelle celle de M. Carus, qui pense que les œufs se forment dès avant la naissance de la femme, en sorte que vers la fin de la grossesse, avec un fœtus du sexe féminin, il y aurait trois générations chez le même individu. M. Lallemand a encore présenté quelques observations intéressantes sur les changemens de forme que les zoospermes peuvent éprouver chez le même individu, suivant les époques.

M. Prévost, de Genève, a donné un nouveau portrait des animalcules spermatiques. « Ces animalcules, écrit-il à son savant collaborateur, M. Dumas, n'ont pas cette extrémité arrondie que nous avons figurée, et tant d'autres après nous. Le zoosperme se compose : 1° d'une portion antérieure, très mobile et très effilée, fort transparente et se mouvant avec rapidité; 2° d'une partie moyenne, plus épaisse ; 3° d'une queue effilée et transparente, aussi plus mobile que le corps. »

M. Serres a continué ses belles recherches sur la respiration branchiale de l'embryon chez les mammifères et les oiseaux. Nous avons exposé, l'année dernière, le nouveau point de vue sous lequel ce savant anatomiste considère l'ovologie.

L'anatomie du système nerveux a été enrichie des recherches de MM. Foville, Bazin et Baillarger. Celles de M. Foville, aussi savamment exposées que loyalement appréciées à l'Académie des sciences par M. de Blainville, méritent surtout de fixer l'attention des anatomistes, aussi bien par leur originalité que par le caractère de certitude que l'auteur a su leur imprimer. Elles constituent de beaux et précieux dé-

l'Hôtel-Dieu. Si ce sucre pouvait y être considéré comme libre, ou comme combiné avec des substances qui n'altèrent pas son pouvoir, l'urine en devait contenir de 110 à 120 grammes par litre; ce qui en effet ne dépasse pas les proportions extrêmes que M. Bouchardat m'a dit avoir retirées de pareilles urines dans des cas pathologiques aussi excessifs. Mais, pour calculer ainsi, avec une entière certitude, la quantité pondérale de sucre contenue dans l'unité de volume, d'après la seule grandeur de la déviation observée à travers une épaisseur connue de liquide, il faudrait que les deux conditions spécifiées ici eussent été préalablement constatées par la chimie, au moyen des expériences que j'ai indiquées plus haut. Et c'est pourquoi, jusqu'à ce qu'elles aient été faites, je me borne à proposer le diagnostic optique comme simplement comparatif, ce qui suffit pour diriger le traitement.

J'ai profité de cette occasion d'urines si chargées pour vérifier si le sucre diabétique, étudié ainsi dans son état naturel de sécrétion, a, comme celui de fécule, la propriété de n'être pas intervertible par les acides. En conséquence j'y ai ajouté, à froid, quatorze parties en volume d'acide hydrochlorique pur pour quatre-vingt-une d'urine filtrée, et j'ai abandonné ce mélange à lui-même pendant vingt-quatre heures. Je l'ai alors observé de nouveau, et j'ai trouvé que son pouvoir primitif n'avait éprouvé aucune modification appréciable; bien entendu, en tenant compte de l'expansion donnée à l'espace dans lequel le sucre pouvait s'étendre. Le résultat aurait été bien différent si ce sucre dissous eût été d'une nature intervertible. Car, si c'eût été, par exemple, du sucre de cannes, la déviation aurait été transportée vers la gauche d'une quantité égale aux $\frac{4}{11}$ de sa valeur primitive; de sorte qu'elle serait devenue de 7°,4 dans ce nouveau sens, ou même un peu moindre, parce que, après un si long contact de l'acide, à cette dose, une portion du sucre interverti aurait été déjà détruite, ce qui aurait affaibli le rapport que je viens d'indiquer. L'invariabilité de la déviation à espace égal, sous l'influence de l'acide, confirme donc l'analogie du sucre diabétique avec le sucre de fécule, que l'analyse chimique indiquait. Mais ces épreuves du sens de sa déviation et de sa permanence dans le liquide sécrété lui-même étaient indispensables; car il eût été possible que le sucre qu'il renfermait possédât, avant d'être solidifié, un pouvoir rotatoire différent, ou même inversé, de celui qu'on lui trouve après l'avoir retiré à l'état solide, puisque ce phénomène d'inversion s'opère dans le sucre de raisin, avant et après avoir été solidifié, ainsi que je l'ai prouvé depuis longtemps par l'expérience faite successivement dans ces deux états. Et comme, une fois qu'il est arrivé au second, il ne retourne plus au premier quand on le redissout, il est bien présumable qu'il éprouve quelque changement de composition chimique en passant de l'un à l'autre, quoique la chimie n'ait pas encore cherché à constater ce singulier effet.

Quatre jours après les observations que je viens de rapporter, le 22 décembre, le pauvre malade de la Charité fut atteint d'une pleuropneumonie du côté droit qui exigea qu'on le saignât. Depuis le 20, il avait été soumis à une privation absolue d'alimens solides. Ce même jour, 22, M. Rayer m'apporta un échantillon de son urine : elle avait beaucoup changé d'apparence; elle était devenue plus chargée et plus rouge. En outre, sous la double influence de l'inflammation et de la diète, la quantité de sucre y avait considérablement diminué; car, en l'observant dans un tube presque de même longueur, 345mm,6, elle ne produisait plus qu'une déviation de + 6° ⇉ au lieu de + 18°,5 ⇉, et toujours dans le même sens. Le poids du sucre contenu dans chaque unité de volume se trouvait donc réduit dans la même proportion, c'est-à-dire à peu près au tiers de ce qu'il était précédemment. Cinq jours après, le 27, la maladie inflammatoire s'aggravant toujours, et toute espèce d'aliment continuant d'être interdite, sauf quelques potions liquides, l'urine ne présenta plus aucune trace de pouvoir rotatoire. Par conséquent toute sécrétion de sucre avait cessé. L'infortuné succomba le lendemain. Combien n'eût-il pas été plus facile de le traiter et de le guérir, si, dans les premiers temps où cette cruelle maladie se manifeste par l'invasion de la soif et d'une faim dévorante, il se fût présenté à l'hospice, et que la simple inspection de ses urines eût fait, en un moment, reconnaître le mal qui le menaçait!

M. Rayer m'a donné à observer les urines d'un enfant affligé aussi d'une sécrétion exagérée de ce liquide, accompagnée d'une soif violente, comme dans le diabète sucré ordinaire. Mais cet habile médecin avait constaté qu'elles n'étaient pas fermentescibles et qu'elles ne laissaient même qu'un résidu à peine sensible quand on les faisait évaporer. L'observation ne m'y a indiqué non plus aucune trace de pouvoir rotatoire appréciable. Les procédés optiques et chimiques s'accordent donc encore ici dans leurs indications. Il est sans doute facile, dans un cas pareil, de reconnaître l'inaptitude du liquide à la fermentation alcoolique et de l'évaporer à siccité. Mais il est encore plus simple de l'introduire dans un tube et d'arriver à la même conséquence par sa seule inspection.

M. Rayer avait pareillement désiré mettre à profit la saignée qu'il avait été obligé de pratiquer à son premier malade, pour savoir si le sucre de diabète s'infiltrait dans le sérum. Mais, soit par une circonstance propre à l'inflammation, soit parce que nous n'avions pas sous la main de papier à filtre d'une assez grande finesse, ce sérum n'a pas pu être débarrassé d'un caractère opalin qui a rendu l'observation optique impossible. C'est le seul obstacle qu'il faudrait surmonter pour décider ainsi cette question, et même l'épreuve aurait alors un degré de précision tout spécial; car j'ai depuis longtemps reconnu que le sérum du sang, dans l'état de santé, exerce un pouvoir rotatoire dirigé vers la gauche, probablement en raison de l'albumine qu'il renferme, laquelle agit aussi dans ce sens; c'est ce que l'on peut aisément constater, soit sur le sérum même, soit sur le blanc d'œuf non coagulé. Maintenant, si le sucre des diabétiques s'infiltre en quelque proportion dans leur sang, il devra s'en dissoudre dans l'eau du sérum. Alors le pouvoir propre de ce liquide en sera affaibli ou même interverti. Et il suffirait de bien petites quantités pour que le premier de ces effets ou même le second devînt immédiatement manifeste. On devra observer une direction semblable de la rotation vers la gauche dans les néphrites purement albumineuses, lorsque les urines seront assez transparentes ou auront été assez décolorées pour laisser passer la lumière; si toutefois la matière qu'elles renferment, et par laquelle on les désigne, est en effet de l'albumine, identique à celle du blanc d'œuf ou du sérum.

Mais déjà, en bornant l'application des caractères optiques aux autres cas que j'ai indiqués, et dont j'ai rapporté des exemples, on voit qu'ils fourniront un diagnostic sûr, exact, et de l'application la plus facile, pour constater en un moment l'état diabétique des sécrétions urinaires. Par là, on pourra reconnaître le commencement de cette maladie dès ses pre-

---

veloppemens des grandes vues émises par MM. Oken, de Blainville, Gall et Charles Bell, sur la conception vertébrale de la tête, l'origine des nerfs cérébraux et l'analogie des systèmes nerveux encéphalique et rachidien. Après avoir déroulé l'ordre et le mécanisme de formation des circonvolutions et des hémisphères du cerveau de l'homme, M. Foville est parvenu à démontrer ce que la conception vertébrale du crâne avait fait prévoir, que les nerfs encéphaliques sont, comme les nerfs rachidiens, composés de deux ordres de filets, les uns naissant postérieurement et exclusivement sensoriaux, et les autres antérieurement et exclusivement moteurs; que les nerfs olfactifs, optiques et acoustiques sont exclusivement de la première classe, c'est-à-dire qu'ils naissent des faisceaux postérieurs de la moelle, ou sont en connexion avec eux. Pour cela, il fallait suivre la moelle vertébrale dans le crâne, avec les caractères qu'elle a dans le rachis : c'est ce que M. Foville a fait de la manière la plus heureuse. Une dernière partie de ses recherches est surtout de nature à éclairer les rapports de la boîte du crâne avec les circonvolutions cérébrales. M. Foville a fait voir que les bosses crâniennes, symétriquement accouplées, répètent extérieurement les saillies formées par les parois ventriculaires, et sont en rapport intime avec les circonstances et les particularités des ventricules. L'auteur continue ses recherches avec activité. La position qu'il vient de conquérir si légitimement permet d'attendre des résultats de la plus haute portée pour l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux.

Les recherches de M. Bazin ont pour objet d'établir certaines connexions anatomiques, physiologiques et zoologiques entre les différentes parties du système nerveux; à montrer, par exemple, les rapports et le mode d'association des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs dans l'encéphale, que l'auteur considère comme un centre où aboutissent les premiers et d'où partent les seconds. Les opinions de M. Bazin n'ont pas encore reçu la démonstration dont elles ont besoin. Celles de M. Baillarger ont trait surtout à la composition matérielle de la substance cérébrale. Entre autres particularités de texture qu'il serait trop long d'exposer ici, l'auteur a reconnu à la substance corticale des circonvolutions six couches alternativement grises et blanches, qui lui ont paru rappeler la disposition d'une pile galvanique. A propos de cette analogie, nous rappellerons celle que M. Virey a établie dans un travail plein de vues ingénieuses entre le pôle cérébral et le pôle génital.

Des expériences faites avec plus de précision ont permis à M. Longet de détruire une erreur dont M. Magendie avait cru pouvoir revendiquer la priorité. On sait que ces deux physiologistes avaient cherché à établir que les racines antérieures ou motrices étaient douées à un certain degré de la faculté de sentir. L'habile professeur du collége de France avait expérimenté presque un semestre sur cette supposition. Or, en examinant mieux, M. Longet a vu que les racines antérieures sont exclusivement motrices. Nous renvoyons à la revue de l'année prochaine d'autres recherches du même auteur qui ne paraît pas être du nombre de ceux qui craignent l'épreuve du temps et du grand jour.

Une doctrine nouvelle, concernant l'action réfléchie de la moelle, a été proposée et développée par M. Marshall-Hall et appuyée par les observations de MM. Müller, Volckmann et William Budd. Cette doctrine peut se résumer dans le fait suivant : Quand on applique un stimulus à la surface du corps d'un animal décapité, l'influence de ce stimulus est transmise à la moelle épinière; de là elle est réfléchie aux nerfs moteurs, et détermine la contraction de différens muscles.

miers indices, en discerner immédiatement les diverses particularités, la suivre dans toutes ses phases, aux diverses époques de chaque jour. On en conclura donc instantanément les effets bons nn manvais du régime auquel on soumet les malades, ainsi que des spécifiques qu'nn pourrait vouloir essayer sur eux. Qu'il me soit permis d'exprimer le vœn que je forme pour que les habiles praticiens qui dirigent nos grands hôpitaux, établissent au moins, dans un de ces asiles des maladies du peuple, l'appareil simple, et j'ose à peine ajouter peu coûteux, qui pourra leur donner en un moment, à la seule inspectinn, les indications qu'ils s'efforcent d'obtenir par des procédés bien plus complexes. Sans doute, dans leurs mains, il pourra fournir encore bien d'antres applications utiles, qu'eux seuls sauront suivre ou même concevoir (1).

CLINIQUE MARITIME.

EXTRAIT DES CAHIERS DE CLINIQUE CHIRURGICALE DU VAISSEAU LE MONTEBELLO; par JULES ROUX, D. M. P., chirurgien-major de la marine au port de Toulon, etc.

Je vais rapporter l'histoire de quelques opérations que j'ai faites à bord du vaisseau le *Montebello*, ou à Smyrne, pendant que l'escadre française stationnait devant cette ville.

La première vient à l'appui d'un précepte trnp timidement annoncé dans les nnvrages de pathologie externe, savoir, que dans les cas de gangrène *traumatique* des membres, quand celle-ci a commencé à envahir le tronc, sans être encore définitivement *bornée*, l'ampntation peut et doit même être pratiquée.

La seconde atteste à la fois les avantages et pent-être les dangers des irrigations lnngtemps continuées, après les dilacératinns des membres.

La troisième a pour objet de signaler une antre circonstance, où, dans l'opération de la taille latéralisée, les débridemens multiples de la prostate et du col de la vessie, indiqués par M. Vidal (de Cassis), reçoivent une nonvelle application.

(1) Dans une antre communication, j'indiquerai les petites corrections qu'il faut faire aux déviations immédiatement observées à l'œil nu, à travers les urines colorées, pour obtenir les mêmes résultats que si on les eût observées à travers nn même verre rouge, ce qui rend les déviations, ainsi réduites, exactement comparables entre elles. Je prouverai aussi, d'après les lois générales des phénomènes rotatoires, que si ces déviations, devenues comparables, sont opérées par une même substance active, dissoute en diverses proportions dans un milieu inactif, leurs valeurs, calculées pour des épaisseurs égales, seront proportionnelles aux quantités pondérales de substance active contenues *dans l'unité du volume* des solutions observées; de sorte que, si ce poids absolu est connu pour l'une d'elles, il le sera pour toutes les autres, d'après la déviation opérée, sans qu'on ait besoin d'observer la densité des solutions, qui n'intervient pas dans le rapport dont il s'agit. On a pu remarquer que j'ai fait ici plusieurs fois usage de ce théorème.

BIOT.

Il est question, dans la quatrième, de la cure radicale d'un cirsocèle volumineux, par le procédé de M. Reynaud, premier chirurgien en chef de la marine au port de Tnulon.

La cinquième enfin a trait à la guérison de l'hygroma par le vésicatoire.

GANGRÈNE TRAUMATIQUE DU MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT, ENVAHISSANT LE TRONC; AMPUTATION DANS L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE; GUÉRISON.

OBS. — Le grec Constanti, âgé de 30 ans, d'nne constitntion robuste et d'nn tempérament sanguin, cueillait, au mois de juin, des feuilles sur nn mûrier. Ayant fait nne chûte du haut de cet arbre, il se fractura l'avant-bras, et réclama les soins d'nn empirique turc, qui exerçait dans son village, distant de Smyrne de quinze lieues environ.

Il résulte du rapport du malade qu'un bandage inamovible, tel qu'on en applique dans quelques parties de l'Orient, composé seulement d'attelles *arrondies*, maintenues et fortement serrés à l'aide de mouchoirs, fut immédiatement appliqué sur le lieu de la fracture. Constanti assurait qu'après ce pansement il n'avait cessé de souffrir; que les douleurs qu'il éprouvait allaient toujours croissant; que, devenues insupportables, il avait vainement sollicité du Turc l'enlèvement de l'appareil, l'empirique répondant qu'il devait rester jusqu'à entière guérison.

Enfin, quelques jours après, le malheureux Constanti sentit ses douleurs se calmer, mais le repos ne fut que passager, car l'odeur spécifique de la gangrène, vint bientôt révéler de plus graves désordres. Cependant il ne put encore obtenir la levée de l'appareil. Le médicastre turc ne renonça à *l'inamovibilité* de son bandage que lorsqu'il vit la mortification faire des progrès, et alors, l'appareil enlevé, il abandonna son malade.

Ce malheureux assure qu'il resta encore quelques jours dans son village, ne sachant que faire et acceptant tous les remèdes qu'on lui proposait, mais que le mal, faisant toujours des progrès, il se décida, le septième ou huitième jour après l'accident, à quitter son village, et à venir à *Vourla*, situé à trois heures de marche du lieu de sa résidence. Là il fut visité par les médicastres de ce pays, qui peut contenir environ trois mille âmes. Mais le mal leur parut au dessus des ressources de leur art. Du reste, dans ce pays, soumis à la domination turque, on ne pratique jamais les amputations.

Constanti, ne trouvant à *Vourla* aucun soulagement à son mal qui empirait, eut l'idée d'aller s'adresser à l'agent consulaire français qui réside dans ce village; il lui montra sa blessure et lui dépeignit sa position; celui-ci lui conseilla d'aller réclamer les soins d'un medecin de l'escadre. Le vaisseau le *Montebello* était mouille à Smyrne; il lui donna à cet effet une lettre pour l'amiral de la Susse.

Constanti s'empressa de quitter *Vourla*, situé à une lieue de la mer; parvenu sur le rivage, il frêta une barque qui le conduisit à bord du *Montebello*, et pendant la traversée qui avait duré cinq heures, il était resté exposé aux ardeurs d'un soleil brûlant, le bras gangrené soutenu par une simple écharpe sans qu'aucun pansement l'abritât du contact de l'air.

C'était le 12 juin, à trois heures de l'après-midi que le malheureux Grec s'offrit à nous dans l'état suivant: l'extrémité supérieure de la main, tout l'avant-bras, le tiers inférieur du bras droit, *d'un noir de charbon*, exhalant l'odeur repoussante de la gangrène; le tiers moyen du bras est couleur lie de vie; la face postérieure du tiers supérieur du même bras, en y comprenant les bords antérieurs et postérieurs de l'aisselle, offre la même couleur; une coloration rouge, livide, diffuse, envahit le tronc dans l'étendue de deux pouces au-dessus du creux de l'aisselle, en avant et en arrière du thorax. La région métacarpienne de la main et les doigts ont conservé leur coloration naturelle; il en est de même de la majeure partie du deltoïde.

Toutes les parties noires du membre affecté sont couvertes de phlyctènes remplies d'une sérosité noirâtre.

La main et l'avant-bras sont tout à fait insensibles et privés de mouvemens propres. Au bras la sensibilité est obscure partout, excepté à la région deltoï-

Cependant la connexion de la moelle épinière avec l'organe des sensations et de la volonté a été détruite. La part que prend la moelle épinière à ce phenomène a été designée sous le nom de *fonction réfléchie*.

Parmi les travaux d'anatomie et de physiologie, nous rappellerons: 1° les expériences de M. Flourens sur la nourriture des animaux avec la garance. L'auteur a d'abord examiné la célèbre théorie de Duhamel sur le développement des os. Des trois points principaux qui la constituent, la suraddition des couches externes, l'extension des lames osseuses et la formation de l'os aux dépens des lames du périoste, il n'a conservé que le premier comme fait réel, comme fait capital. Indépendamment de cette vérification, M. Flourens a fait servir ses expériences à établir directement le mode de développement des dents, lequel est d'autant plus curieux qu'il est absolument inverse de celui des os. Dans les os, le développement se compose de deux faits: la suraddition de lames externes et la résorption des lames internes. Dans la dent, il y a aussi suraddition de lames distinctes, mais, à l'inverse de l'os: la suraddition se fait par la face interne, et la résorption par la face externe. 2° Les observations et expériences de M. Dubois (d'Amiens) sur l'organisation du système capillaire et sur la propulsion du sang dans ce système. Les recherches de notre ingénieux confrère ne sont pas de nature à être facilement resumées et appréciées; cependant la polémique qu'elles ont amenée entre lui et un habile physiologiste, M. Poiseuille, a eu pour resultat de démontrer implicitement que la plupart des dispositions signalées par M. Dubois sont exactes; mais, en revanche, cette polémique a permis à M. Poiseuille d'établir d'une manière tout-à-fait concluante que Haller et Spalenzani n'avaient que des idées vagues sur les causes du mouvement du sang dans les vaisseaux capillaires, idées auxquelles il a substitué, comme on sait, une théorie expérimentalement demontrée. M. Dubois a encore entrepris une suite d'observations intéressantes sur le pouls dans la série animale. 3° Les recherches de MM. Pétrequin et Diday sur la voix sombrée, travail dans lequel, indépendamment d'une foule d'observations fines et de vues ingénieuses, ces médecins ont établi, de la manière la plus precise, le fait de la fixité du larynx à tous les tons de la gamme. Un autre physiologiste, qui a en même temps l'avantage d'être un excellent chanteur, M. Garcia, s'est emparé de la même question. Il reconnaît formellement le fait signalé par MM. Pétrequin et Diday. 4° Les expériences de M. Robert Latour tendant à montrer que les tissus des animaux à sang froid ne sont pas susceptibles d'inflammation. 5° Nous sera-t-il permis de rappeler, parmi les travaux anatomiques et physiologiques de l'année, la suite de nos expériences sur l'organisation immediate des plaies sous-cutanées; nos observations anatomiques sur l'ampliation temporaire des cavités des séreuses, et nos experiences sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses? Nous y ajouterons les essais très intéressans de notre ami M. Kuhn sur l'application de la chaleur à la contraction artificielle des muscles.

La philosophie médicale et la pathologie générale n'ont été l'objet d'aucun travail important. Nous avons déjà signalé, dès l'année dernière, tous les merites du cours que M. Andral continue à professer à la Faculté de médecine. Nous en rapprocherions volontiers les leçons de M. Lordat, de Montpellier, et deux écrits très piquans de cet ingénieux continuateur de Barthez sur la philosophie de Montpellier et la nécessité de l'étude des cas rares en médecine.

Aucune méthode, aucun procédé, aucun instrument nouveaux n'ont été pro-

dienne où elle est très prononcée; les muscles de cette partie peuvent encore fléchir ou étendre l'avant-bras.

A un pouce au-dessus du poignet, sur chacune des faces de l'avant-bras, se voit une plaie transversale, longue de 27 millimètres; il en sort une sanie noire, d'une odeur repoussante; le radius est fracturé en cet endroit, le cubitus paraît avoir éprouvé un peu plus bas une solution de continuité.

Le tissu cellulaire, voisin de l'épaule, est infiltré de gaz dont la crépitation révèle la présence au cou, à la poitrine, au dos, dans un rayon de 135 à 162 millimètres, à partir de la racine du membre.

Le moral du malade s'était maintenu ferme; les obstacles qu'il avait rencontrés dans une course de quinze lieues, l'imminence du danger qu'il courait et qu'il connaissait bien, n'avaient fait qu'accroître son énergie; il demandait *qu'on lui coupât le bras, si on pouvait lui conserver la vie.* Le reste de l'organisme semblait être étranger au mal qui affectait le membre supérieur droit. Le malade, qui avait depuis son accident gardé une diète sevère, était sans fièvre; son œil était vif; sa physionomie heureuse laissait à peine apercevoir un peu d'inquiétude.

C'était un spectacle bien triste pour la science et l'humanité, que de voir dans un pays si voisin de l'Europe et d'une grande ville, un malheureux promener dans des villages et des routes fréquentées un membre gangréné en implorant en vain un soulagement que personne dans ces lieux ne savait lui donner. Ce n'était pas la première fois que j'étais témoin d'une telle infortune; souvent les médecins de la marine ont occasion de rencontrer et de soulager de semblables souffrances et de laisser ainsi, dans une foule de localités, des marques de leur philanthropie et des souvenirs de la chirurgie française. Ils sont en cela, nous devons le dire, merveilleusement secondés par l'humanité des divers commandans qui autorisent le séjour à bord des malheureux qui viennent implorer leur assistance. Elle ne fut pas refusée à Constanti que l'amiral de la Susse voulut garder à bord de son vaisseau.

Cependant, j'avais tout disposé pour l'amputation que je jugeais nécessaire, mais je voulais, avant de la pratiquer, m'éclairer des conseils de mon confrère et ami le docteur Racord, chirurgien de première classe de la marine, chargé de l'hôpital français à Smyrne.

L'amputation du membre fut résolue, et je la pratiquai immédiatement, assisté du docteur Racord et de MM. Morin, chirurgien du *Mentor* (bateau à vapeur de la correspondance du Levant), Laure, Verdo et Fourré, chirurgiens à bord du *Montebello.*

L'inspection des parties envahies par la gangrène dictait le choix de la méthode et du procédé. La méthode à lambeaux et le procédé de Dupuytren furent employés; l'opération fut pratiquée selon les règles ordinaires, et n'offrit que la singularité du sang-froid du malade, qui la supporta sans pousser le plus leger soupir et sans faire le moindre mouvement. La seule artère axillaire fut liée.

L'étude attentive des lambeaux examinés à l'intérieur confirmait ce que leur inspection extérieure avait fait supposer. Le supérieur, presque entièrement formé par le deltoïde, était résistant dans presque toute sa partie moyenne et en haut du côté de l'épaule, mais sa circonférence était molle, blafarde et crépitante. Ces derniers caractères s'observaient sur le lambeau inférieur qui avait une coloration livide et une consistance bien plus molle encore. Du reste, dans toute la plaie et même dans les parties plus saines du lambeau deltoïdien, des veines nombreuses entourées d'un cercle noir, large de plusieurs millimètres, laissaient échapper du sang, remarquable par sa couleur noire. La pression exercée au cou, au dos, à la poitrine, vers la plaie, amenait des gaz abondans et des liquides sanieux.

Cependant, lorsque la plaie et les parties voisines furent bien détergées et lavées avec l'eau chlorurée, les deux lambeaux rapprochés furent maintenus par deux points de suture placés à 41 millimètres des angles superieurs de la plaie. Je fer remarquer que les aiguilles traversèrent la lèvre inférieure de la plaie avec bien plus de facilité que la lèvre supérieure; dans la première surtout, la résistance ressemblait à celle du lard.

Après le pansement, le malade fut transporté dans son lit. L'appareil fut imbibe d'un mélange convenable d'eau et d'alcool camphré, dont les irrigations alternaient avec celles d'eau chlorurée. Je prescrivis la diète, des boissons acidulées, une potion laudanisée.

Constanti ne tarda pas à s'endormir. En se réveillant quelques heures après, il demanda son chibouk et voulut fumer, ce que je lui accordai en faveur d'une habitude impérieuse chez les Orientaux.

Le lendemain, on enleva l'appareil; un écoulement abondant de matières sanieuses avait traversé toutes les pièces qui le composaient. Les lambeaux flasques et d'une température moyenne offraient le même aspect que la veille après l'amputation; ils n'étaient le siége d'aucune réaction. Le malade avait bien dormi, il était sans fièvre et demandait à manger et à fumer; je lui prescrivis donc du bouillon, l'usage du chibouk et d'une boisson acidulée.

Les choses se passèrent ainsi jusqu'au troisième jour de l'opération; alors seulement les lambeaux de la plaie commencèrent à se tuméfier et à devenir le siége d'une température élevée; la reaction générale se développa et nécessita l'emploi de la saignée.

A partir de cet instant, l'état général du malade ne cessa d'être satisfaisant. Le travail qui s'opéra dans la plaie ne fut traversé par aucun accident; il s'écoula pendant quelques jours une énorme quantité de matières par la solution de continuité des parties molles, ce qui nécessita plusieurs pansemens dans la journée.

Le dixième jour, les lambeaux se tuméfièrent fortement; les surfaces de la plaie, débarrassées des parties grisâtres qui les recouvraient, paraissaient d'un beau rouge; l'irritation du moignon était assez vive; je fis appliquer des cataplasmes émolliens qui furent continués pendant deux semaines. La ligature tomba le onzième jour. A cette époque, il était encore possible de reconnaître, dans le voisinage de la plaie, la présence de gaz infiltrés dans le tissu cellulaire voisin, mais ils ne tardèrent pas à disparaître.

Quand l'inflammation des lambeaux se fut calmée, une suppuration abondante s'établit. Le pus s'écoulait par toute la plaie, et surtout par la pointe des lambeaux; avec lui aussi s'échappait une certaine quantité de sérosité qui traversait les pièces d'appareil. Cependant, la suppuration diminua vers les premiers jours de juillet; alors la cicatrisation marcha d'une manière régulière et rapide, si bien que, vers la fin du même mois, la plaie était entièrement fermée, si ce n'est dans une étendue de quelques millimètres dans la partie la plus déclive. Là existait un trajet fistuleux qui conduisait jusque dans la cavité glénoïde un stylet délié; il s'en écoulait de la sérosité purulente qui diminuait chaque jour.

Le 20 août, soixante neuf jours après l'arrivée du malade à bord du vaisseau, le trajet fistuleux; réduit à moins de 2 millimètres d'étendue, ne donnait plus issue qu'à quelques humidités; la cicatrice était linéaire, le moignon s'était déjà fortement rétracté; alors Constanti retourna dans son village.

Si des observations semblables à celles qu'on vient de lire se multipliaient, et si l'expérience autorisait une telle pratique, la science ne devrait-elle pas modifier ses préceptes relativement au temps où il faut pratiquer les amputations dans la gangrène traumatique déterminée par de violentes constrictions?

Quelques pas ont déjà été faits dans cette direction; des hommes distingués ont cherché à rendre moins absolue l'obligation posée par nos devanciers et par l'illustre Académie de chirurgie, de n'amputer jamais dans la gangrène par cause externe que lorsque la nature avait tracé le cercle inflammatoire qui sépare si merveilleusement la vie et la mort des parties. Cependant M. Vidal (de Cassis), dans son excellent ouvrage de pathologie externe et de médecine opératoire, n'a pas craint de reproduire dans toute sa rigueur le précepte contraire appuyé sur l'autorité des siècles et la puissance de grands noms. Le temps seul peut donc amener la solution d'une pareille question. C'est pour aider à éclairer ce problème délicat que j'ai publié le succès que j'ai obtenu. Il sera, j'espère, évident pour tous ceux qui liront cet article: 1° que le sujet que j'ai opéré était atteint de gangrène traumatique du membre supérieur droit; 2° que

---

posés pour perfectionner le diagnostic des malades: nous rappellerons seulement que M. Donné, dont le cours d'observations microscopiques est un complément si précieux des études médicales, a imaginé un très simple appareil pour l'éclairage du microscope, et a produit le premier des images photogéniques d'objets microscopiques, obtenus avec le microscope composé ordinaire. Ces applications seront très utiles à l'étude des tissus et des produits pathologiques.

Les recherches de MM. Andral et Gavarret sur l'état du sang ouvrent dignement la série des travaux sur l'anatomie pathologique. Elles accusent autant de sévérité dans l'expérimentation que de précision dans les résultats. Ces auteurs sont parvenus à déterminer les modifications de proportion des principaux élémens du sang, globules, fibrine, albumine, sérum, dans les différentes maladies. De nombreuses appréciations de ce genre avaient déjà été tentées; mais aucune n'avait été faite sur une aussi vaste échelle et avec une précision aussi remarquable. Il est à regretter que les auteurs aient établi pour leurs recherches des divisions souvent arbitraires, et fait servir les changemens de tel ou tel élément du sang de base à ces divisions; mais ce n'est pas absolument à eux que s'adresse ce reproche; c'est à la science qui n'avait à leur offrir que des désignations et des déterminations arbitraires des maladies dans lesquelles ils examinaient le sang.—Des précédentes recherches nous rapprocherons celles de M. Mandl sur le sang, le pus, le mucus et l'épiderme Ce laborieux observateur a établi que les globules fibrineux du sang, les globules du mucus et ceux du pus sont identiques, et l'épiderme formé de globules de fibrine desséchés.—M. Gluge, dans ses recherches microscopiques expérimentales sur le ramollissement du cerveau, a continué à montrer la nécessité de connaître plus exactement la nature des modifications de structure des organes malades. On ne peut disconvenir que c'est dans les vaisseaux du plus petit calibre, de 1/100e de millimètre de diamètre que les phénomènes physiologiques et pathologiques se passent; l'œil nu n'y saurait atteindre. M. Gluge s'est assuré au moyen du microscope que le ramollissement blanc présente dans un très grand nombre de cas du pus; que le ramollissement coloré, sans épanchement de sang, offre les produits d'un premier degré d'inflammation, formation de globules composés; que le ramollissement coloré avec épanchement de sang peut réunir les productions précédentes, ou seulement les imbibitions mécaniques du serum sanguinolent. Il en résulte que le plus grand nombre des ramollissemens observés appartiennent à un degré de l'inflammation qui n'avait pas pu être jusqu'ici directement appréciable. A la même catégorie d'observations appartiennent les expériences de M. Dubois, d'Amiens, sur l'irritation. C'est la vérification de la doctrine de Broussais dans sa base. M. Dubois a tour-à-tour examiné l'irritation comme cause et comme effet, et a parfaitement démontré qu'envisagé comme *cause* ou *force*, c'est du vitalisme retourné, et comme *effet* ou *état*, c'est un fait imaginaire. L'auteur a analysé avec une grande finesse d'observation l'adage *ubi stimulus ibi fluxus.*

La physiologie pathologique doit quelques nouveaux essais à MM. Piorry, Beau et Raciborski. Le premier a appliqué avec succès la plessimétrie à la détermination des dimensions de l'aorte. A l'aide de ce moyen, il est parvenu à compléter le diagnostic encore douteux de plusieurs cas de dilatation aortique. M. Beau a donné de nouvelles observations à l'appui de sa théorie du retentissement. On sait que ce médecin considère les différens bruits, vésiculaire, bronchique, trachéal, qu'on entend pendant la respiration, comme le retentissement de bruits

la gangrène *non bornée* envahissait déjà le tronc, sans qu'il fût possible d'apercevoir la moindre trace de délimitation; 3° que des parties rouges, livides, ont été conservées dans les lambeaux; 4° enfin, que le malade a guéri.

J'observerai en finissant que dans la gangrène traumatique par constriction trop forte des membres, les parties frappées de mort peuvent être surmontées du côté du tronc d'une coloration rouge et d'une tuméfaction qui sont loin de reconnaître une même origine et dont il y aurait peu de danger à confondre les causes. Dans un cas, la tuméfaction et la rougeur sont dues à un effort salutaire de l'organisme qui s'irrite contre l'épine qui le blesse; l'économie entière réagit *du centre à la circonférence*, si je puis m'exprimer ainsi, et l'on reconnaît dans tous les appareils, l'excitation favorable qui les agite.

Dans le second, la rougeur et la tuméfaction procèdent *de la circonférence au centre*. On les voit faire des progrès vers le tronc et l'organisme, on reste muet à cette locomotion du mal, comme dans le cas que je viens d'exposer : on ne prend qu'une part accessoire à la scène qui se passe sur une de ses parties.

Dans la première occurrence, on voit s'établir le cercle inflammatoire qui limite le mal; dans la seconde se forme aussi une zône rouge enflammée; mais celle-ci, loin d'arrêter les progrès de la gangrène, est au contraire le premier acte de sa propagation. L'origine de ce phénomène est donc tout opposée, et cependant l'erreur est peu grave si dans les deux cas on se décide à amputer; car des observations qui me sont propres et de celles que j'ai pu recueillir ailleurs, je crois pouvoir établir que dans la gangrène *par étranglement mécanique des membres*, on peut et on doit pratiquer l'amputation, non seulement quand le cercle inflammatoire est nettement tracé, ce que tout le monde sait; mais encore quand la gangrène *non bornée*, continue ses progrès; surtout quand elle menace le tronc, ou bien qu'elle l'a déjà envahi; pourvu que dans ces trois circonstances on opère au-dessus ou dans l'épaisseur de la zône rouge, livide qui dénote le dernier empiètement du mal.

Si Constanti se fût offert à moi le jour où la gangrène se propageait au tiers supérieur de l'avant-bras que la constriction n'avait primitivement sphacélé que dans ses deux tiers inférieurs, j'aurais pu pratiquer l'amputation du bras près de son extrémité inférieure. S'il fût arrivé à bord du *Montebello* alors que la mortification déjà établie à l'extrémité inférieure du bras menaçait l'extrémité supérieure par une coloration diffuse, rouge, livide et même grisâtre; c'est dans ces derniers tissus, à la partie supérieure du membre, que j'eusse porté l'instrument tranchant. Mais le mal ayant déjà pris possession du tronc quand le malade vint réclamer mes soins, c'est au milieu de parties gravement affectées et dans l'articulation scapulo-humérale qu'il m'a été donné de pratiquer l'amputation.

DILACÉRATION D'UNE MAIN ENGAGÉE DANS UNE POULIE; IRRIGATIONS; GANGRÈNE DU DOIGT INDICATEUR ET D'UNE PARTIE DE LA MAIN; AMPUTATION DU DEUXIÈME MÉTACARPIEN; GUÉRISON.

Le nommé Blanchero (Jean-Baptiste), matelot de 3e classe à la 23e compagnie, eut la main gauche engagée dans une poulie, le 29 août 1839, pendant qu'on manœuvrait à bord du *Montebello* où il était embarqué. Conduit à l'hôpital du vaisseau immédiatement après l'accident, je le trouvai dans l'état suivant: face pâle, pouls petit, lent; corps entier couvert d'une sueur froide; la main gauche déformée, froissée, comme flétrie était partout couverte de meurtrissures; à la partie inférieure de la face palmaire il y avait une plaie transversale qui s'étendait du pouce au petit doigt; trois autres plaies coupaient celle-ci à angle droit et occupaient toute l'étendue des faces de flexion des premières phalanges des doigts médius, annulaire et auriculaire.

Les ongles du médius et de l'annulaire étaient arrachés et les phalanges unguéales mises à nu. La face dorsale du métacarpe dans l'étendue de 54 millimètres en circonférence, la peau qui recouvre le doigt indicateur et la tête du deuxième métacarpien étaient plus froissées que celle des autres parties. Il n'y avait qu'un léger écoulement de sang par les plaies.

La température de la main et du doigt indicateur surtout était diminuée, les tendons fléchisseurs des doigts étaient froissés mais non divisés; enfin l'examen le plus minutieux ne révéla aucune fracture dans la charpente osseuse de la main.

L'extrémité malade fut aussitôt entourée d'un cataplasme tiède; je prescrivis une infusion de tilleul et le blessé fut immédiatement placé dans un lit.

Six heures après, la chaleur était revenue dans tout le corps, celle de la main était plus élevée encore, excepté au doigt indicateur, toute la main offrait un commencement de tuméfaction et de rougeur. Le pouls avait acquis de la fréquence, de la dureté; j'ordonnai donc une saignée du bras et l'emploi des irrigations froides. Celles-ci furent aussitôt établies au moyen d'un petit appareil extemporané composé d'un sceau de combat suspendu au plancher de la batterie, percé à son fond d'une petite ouverture. Une ficelle peu épaisse engagée dans ce trou et retenue par un nœud servait à conduire le filet d'eau sur la main qui reposait sur une gouttière en plomb légèrement inclinée en dehors du lit. Enfin, un baquet en fer blanc destiné à recevoir le liquide qui avait déjà passé sur les parties malades, reposait sur le sol et complétait l'appareil. Blanchero fut, en outre, soumis à une diète sévère et à l'usage de la limonade citrique.

Les premiers jours se passèrent assez bien, le malade prit un peu de repos; les douleurs vives qu'il éprouvait se calmèrent, mais la main toujours chaude devint le siége d'un gonflement de plus en plus considérable et les phénomènes de la réaction générale se soutinrent avec intensité. Blanchero se refusant avec opiniâtreté à de nouvelles évacuations sanguines, la diète la plus sévère, les irrigations, la limonade furent continuées.

Le 3 août, la face palmaire de la main offrait un développement énorme; un sentiment obscur de fluctuation s'y fit sentir, une incision y fut pratiquée profondément et une quantité considérable de sang noir altéré et de gaz s'en échappèrent.

Cependant les bords des plaies étaient couvertes d'escarres jaunâtres; la suppuration commençait à peine à s'établir; les doigts restaient à moitié fléchis pour ne pas tenir béante la plaie transversale de la main et ne pas exposer ainsi les tendons fléchisseurs au contact de l'air.

La température du doigt indicateur était toujours au-dessous de celle de la main et des autres doigts.

Un lavement fut ajouté aux moyens précédemment indiqués. Le 5, le gonflement de la main paraissait avoir diminué ainsi que les phénomènes fébriles; l'indicateur toujours froid fut entouré d'un cataplasme tiède, tandis que les irrigations froides étaient continuées sur le reste de la main; mais le 6 elles furent supprimées à cause de l'insensibilité de ce même doigt et l'abaissement de sa température.

Le 7 l'épiderme de l'indicateur se détachait sous l'influence de la légère traction en laissant au-dessus des tissus livides exhalant l'odeur spécifique de la gangrène. La mortification s'étendait aussi visiblement à toutes les parties molles qui entourent le tiers supérieur du deuxième métacarpien. Une escarre étendue, moins profonde, occupait aussi le dos de la main; autour des parties noires, les tissus vivans étaient rouges et fortement tuméfiés.

L'amputation du deuxième métacarpien dans sa continuité devenait urgente à cause du sphacèle du doigt et des parties molles qui avoisinent sa base; elle fut décidée en outre par MM. Martineng, Magagnos et Saillour, chirurgiens-majors des vaisseaux l'*Iéna*, *le Trident* et *le Triton*.

Ces messieurs, se trouvant accidentellement à bord du *Montebello*, voulurent bien me donner leur opinion qui fut en tout conforme à la mienne.

---

qui se produiraient dans les voies respiratoires supérieures. Le docteur Spittal a corroboré cette théorie par de nouvelles expériences. — M. le docteur Raciborski a simplifié avec succès les distinctions trop subtiles établies par Laënnec, entre les différentes espèces de râles humides. Après avoir montré que ces nuances d'un même fait varient presque à chaque âge, à chaque individu, l'auteur propose de s'en tenir à un seul râle, le râle huilaire. Ce râle est le générateur et l'aboutissant de tous les autres, il n'a rien d'analogue dans l'état normal; et toutes les fois qu'il existe, qu'on entende quelques bulles, on peut être certain qu'il existe un état morbide. A ce point de vue, l'auscultation devient un élément de diagnostic, qui reçoit des autres caractères de la maladie la part de lumière qu'elle leur prête. Cette simplification, que l'on pourrait appeler l'usuel du bon sens, a été appliquée par l'auteur aux différens élémens de l'auscultation : elle contribuera à vulgariser l'usage de cette méthode, sans empêcher ceux qui voudront s'y adonner en artistes spéciaux de lui conserver toutes ses difficultés et toutes ses finesses originelles.

La pathogénie doit à M. Langenbeck quelques expériences pour prouver la transmissibilité du cancer de l'homme aux animaux. Il a injecté de la matière cancéreuse dans les veines d'un chien, et des tubercules cancéreux se sont développés dans le poumon. — MM. Rayer, Leblanc et Bérard ont répété plusieurs fois l'inoculation de la morve de l'homme aux animaux. — M. Lugol a montré l'influence bien plus marquée de l'hérédité que des causes extérieures occasionnelles sur le développement des scrofules. M. Triberti a signalé l'influence de la lumière sur les phénomènes spasmodiques de l'hydrophobie : d'où cette circonstance curieuse que les hydrophobes peuvent avaler les liquides dans l'obscurité.

M. Robert Law a fait ressortir de nouveaux rapports entre les maladies du cœur et le ramollissement du cerveau. Celui-ci serait, dans un grand nombre de cas, le produit des maladies du cœur qui auraient pour résultat de diminuer, directement ou indirectement, la quantité de sang que reçoit la tête; il pourrait dépendre aussi d'une altération de la valvule mitrale ou des valvules aortiques. M. Barrier a fait connaître une nouvelle espèce d'hydrocéphale chronique ventriculaire dépendant de la compression du sinus droit par des tubercules du cervelet. M. Valleix a étudié et caractérisé la névralgie dorsale ou inter-costale. Il résulte des observations de MM. Roger, Taupin, Rilliet et Barthez, que la fièvre typhoïde, regardée pendant longtemps comme rare chez les enfans, est aussi fréquent à cet âge qu'à l'âge adulte. M. Charesley a fait connaître un cas de cette maladie développée pendant la vie fœtale et constatée par l'autopsie six jours après la naissance. M. Becquerel a montré que la cirrhose du foie est caractérisée par l'hypertrophie de la substance jaune, et cette hypertrophie due à l'infiltration de cette même substance par une matière plastique de nature albumino-fibreuse : correction, extension et développemens des idées de Laënnec, de MM. Bouillaud, Andral et Cruveilhier. On doit à M. Bouis quelques observations recueillies avec soin d'aliénation mentale pendant la grossesse; à M. Faber la connaissance d'un cas de calcul biliaire rendu par l'urètre, et probablement formé dans la vessie; enfin, à M. Dezeimeris, un lumineux essai de monographie historique sur les maladies de l'épiglotte.

M. Jobert a constaté sur les animaux l'influence exercée par la ligature des carotides primitives; M. Maslieurat-Lagémard a fait quelques observations physiologiques nouvelles sur l'ablation de la glande lacrymale, et décrit les phé-

Je procédai à cette opération par la méthode ovalaire. Je m'abstiens de décrire le temps de cette amputation qui n'a rien présenté de particulier.

Je dirai seulement que la section de l'os qui fut faite à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs entraîna quelques difficultés; accompli au milieu de parties fortement tuméfiées et douloureuses, et avec la scie à phalange que le réglement impose à nos caisses d'instrumens, ce temps de l'opération doit être toujours long et laborieux; aussi je ne saurais trop engager mes confrères à se munir, sinon de la scie de Thacher, qui est trop spéciale, mais bien de la scie à chaîne qui atteint également le même but et qui en outre est applicable à bien d'autres opérations. Il n'y eut besoin de lier ni de tordre aucune artère.

A partir de cette époque, les plaies marchèrent vers la guérison, l'escarre du dos de la main se détacha et laissa une plaie peu profonde. La main reprit peu à peu son volume primitif, les ongles arrachés se reproduisirent et le 10 octobre suivant, c'est-à-dire quarante-trois jours après l'accident, Blanchero était parfaitement guéri de ses blessures et de celle faite par l'opération. Le malade quitta le vaisseau pour retourner en France. A cette époque, cependant, les mouvemens de flexion et d'extension des doigts étaient encore incomplets; mais tout portait à croire qu'ils reviendraient peu à peu dans leur mode naturel.

Ceux qui liront cette observation ne manqueront pas de se demander si la gangrène du doigt indicateur et des parties molles qui recouvrent le tiers inférieur du deuxième métacarpien a été déterminée par le froissement qui a opéré la dilacération de la main, ou bien, si les irrigations froides n'ont pas ajouté leur action sédative particulière à celle déjà imprimée par la forte contusion éprouvée par les parties que la mortification a frappées plus tard. Je crois, pour mon compte, que le froissement éprouvé dans la poulie avait déjà détruit la vie dans les parties où la gangrène s'est montrée, mais je dois avouer que je n'en ai pas une entière conviction. Quoi qu'il en soit, il m'eût été impossible de renoncer aux bienfaits des irrigations dans le cas dont il s'agit, attendu que le malade n'ayant consenti qu'avec grand'peine à se faire pratiquer une saignée du bras, j'aurais eu tout à redouter en employant une autre méthode de traitement.

OPÉRATION DE LA TAILLE CHEZ L'HOMME; INCISIONS MULTIPLES DE LA PROSTATE ET DU COL DE LA VESSIE D'APRÈS LA MÉTHODE DE M. VIDAL (DE CASSIS.)

OBS. — Le jeune W..., âgé de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, avait senti, dès l'âge le plus tendre, les premiers symptômes de la pierre; il en souffrait surtout depuis quatre ans. Depuis deux ans, le mal avait pris tellement d'intensité que le malade ne pouvait rester levé que quelques heures pendant la journée; la position horizontale rendant moins fréquentes les envies d'uriner, il préférait rester au lit. Deux fois des tentatives de lithotritie avaient été faites, mais sans aucun résultat, une vive inflammation ayant deux fois compromis les jours du malade.

Quand je fus appelé, le 3 avril, je trouvai le malade dans l'état suivant : Sentiment de pesanteur correspondant à la région de la vessie surtout quand le malade était debout, au point que depuis deux ans il lui était impossible d'aller à cheval ou en voiture. Envies fréquentes d'uriner; le jet de l'urine était quelquefois brusquement interrompu et ne reprenait son cours que lorsque le malade changeait de position. L'émission de ce liquide était parfois douloureuse.

L'urine trouble était mêlée de mucosités filantes, abondantes et colorées par le sang; elle était toujours rendue en petite quantité. Les organes génitaux et surtout la verge avaient un développement considérable.

De temps en temps la vessie devenait le siége de douleurs vives qui s'étendaient en remontant jusque vers les reins. Quand cette exacerbation, qui avait pris un caractère de périodicité tel, qu'elle arrivait tous les cinq à six jours, reparaissait, le malade avait de la fièvre, de l'abattement, il dormait peu et urinait plus souvent dans la nuit surtout.

Cependant, le malade maigrissait chaque jour; les membres et le thorax n'avaient que peu de chair; le bassin et la région périnéale étaient encore bien nourris; il en était de même de la face, qui n'était pas en rapport avec l'amaigrissement des membres. La digestion continuait à bien se faire hors les momens de paroxysmes.

L'existence de la pierre avait été un objet de doute pour quelques médecins du pays. Le catéthérisme, que je pratiquai le lendemain, me révéla sa présence, non sans quelques difficultés, et en raison de la vive sensibilité de la vessie, il me fut impossible d'acquérir sur elle d'autres notions. Je reconnus en même temps que le canal était libre, d'un diamètre considérable, que le rectum avait un développement énorme, et tel, qu'il débordait la prostate sur les côtes; le bas-fond de la vessie proéminait aussi profondément dans le petit bassin et le rectum.

Le malade était décidé à subir toute espèce d'opération capable de le débarrasser de l'affection qui enchaînait son existence; la taille s'offrant à moi comme unique et dernière ressource, je la conseillai. La famille me chargea du soin de la pratiquer; mais le vaisseau le *Montebello* devant quitter Smyrne le lendemain, je me vis forcé d'en ajourner l'exécution à son retour.

Le 27 avril, le *Montebello* étant de retour à Smyrne avec quelques vaisseaux de l'escadre de M. le contre-amiral Lalande, et le malade ayant suivi le traitement préparatoire que je lui avais prescrit; le 28, je procédai à l'opération, en presence des docteurs Valber et Saillour, chirurgiens-majors des vaisseaux le *Santi-Petri* et l'*Iéna*, de MM. Favre, Laure, Turrel, chirurgiens de la marine appartenant aux vaisseaux le *Santi-Petri* et le *Montebello*. MM. les docteurs Masgana et Mazato, médecins à Smyrne, y assistaient aussi.

J'avais fait choix de la méthode latéralisée, bien préférable ici à la méthode de Vacca, tant à cause du volume présumé du calcul que par les dimensions considérables et bien connues du rectum, la taille hypogastrique ne me paraissant dans l'état actuel de la science qu'une méthode d'exception.

Les premiers temps de l'opération n'offrirent rien de particulier à indiquer, mais il n'en fut pas de même de l'extraction de la pierre, que des recherches laborieuses et des tentatives répétées me firent juger être châtonnée dans les parois postérieures de la vessie.

Cependant, après bien des efforts, je parvins à la charger, et j'appréciai, par l'écartement des tenettes, qu'elle avait 55 millimètres environ dans le diamètre que j'avais embrassé.

Ne voulant pas l'abandonner, pour ne pas m'exposer à fatiguer la vessie par de nouvelles manœuvres pour la saisir plus favorablement; d'un autre côté, n'ayant point donné à l'incision oblique de la prostate toute l'étendue dont elle était anatomiquement susceptible, et cela, à cause de la saillie que faisait le rectum sur les côtés de cet organe; les incisions multiples de M. Vidal (de Cassis) me fournirent un moyen facile de terminer l'opération. Les mors des tenettes furent donc enfoncés dans la vessie, ses anneaux furent confiés à un aide, et avec un long couteau étroit et boutonné conduit sur mon doigt indicateur gauche, le même qui m'avait servi à faire les premières incisions de la prostate et du col de la vessie, je fis successivement à ces parties deux incisions, l'une dans le sens du diamètre oblique inférieur droit; l'autre dans le diamètre oblique supérieur gauche. L'ouverture ainsi obtenue eût encore exposé à des froissemens considérables, mais elle permit le passage assez facile de l'extrémité du doigt indicateur gauche, qui put changer aisément, et sans crainte de l'abandonner, la position du calcul entre les mors, et il fut à l'instant retiré sans effort. Son plus grand diamètre offrait 55 millimètres, et son plus petit 25.

Après l'opération, le malade fut transporté dans son lit. Là, un léger écoulement de sang eut lieu; quelques caillots se formèrent sur le drap. Mais cette effusion de sang, que je supposai venir de la muqueuse vésicale, s'arrêta bientôt, et le jeune W., qui avait fort bien supporté l'opération, put goûter un peu de sommeil, qui fut favorisé par une potion laudanisée.

Le lendemain, quelques caillots sortirent encore de la plaie, expulsés avec l'urine par des contractions de la vessie, dont le malade avait bien la conscience. Cependant, le 30, une fièvre légère se montra, elle fut de courte durée, et le len-

---

nomènes qui se passent pendant l'action de pleurer, du côté où la glande lacrymale a été enlevée. Nous avons exposé notre théorie générale des difformités articulaires chez les monstres, le fœtus et l'enfant; nous avons établi le fait de la rétraction active des ligamens, comme élément exclusif ou auxiliaire du développement des mêmes difformités. M. Bonnet a appelé l'attention sur les positions des membres dans les maladies articulaires, proposé une théorie de ces positions, basée sur le fait établi par nous de l'ampliation des cavités articulaires sous l'influence de certaines positions. A part la théorie générale de l'auteur, sur laquelle nous aurons plus tard à nous expliquer, son travail remarquable par la méthode, l'étendue des vues, la finesse des aperçus, l'enchaînement des déductions, renferme des expériences dont la science tirera profit. Ainsi M. Bonnet a parfaitement démontré qu'en injectant sur le cadavre des liquides dans les cavités articulaires, on fait prendre aux membres des directions dans lesquelles nous avions constaté anatomiquement et expérimentalement le fait de l'accroissement des espaces intra-articulaires; d'où il a conclu que les positions des membres dans les maladies articulaires sont le résultat d'épanchemens qui provoquent ces positions pour loger l'excès du liquide épanché. — M. Nichet a continué ses belles recherches sur le mal vertébral. Il faut distinguer dans le travail de M. Nichet les faits et la théorie : les uns sont observés avec une précision remarquable; et quelles que soient les explications, ils resteront pour concourir à l'histoire définitive de la maladie. M. Nichet a constaté que la destruction des fibro-cartilages intervertébraux commence souvent par le centre de ces disques sans traces de tubercules, et il assimile la destruction graduelle du cartilage à celle des cartilages diarthrodiaux. Dans ces cas, l'usure des vertèbres serait le résultat de leur dénudation et de leur frottement mécanique. Pour M. Nichet le travail central qui commence la destruction du fibro-cartilage serait de nature inflammatoire; nous craignons que notre savant confrère n'ait pris ici la forme pour le fond. — M. Huguier a soumis à une observation plus précise une foule de points encore obscurs de l'histoire des maladies syphilitiques chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées. — M. Boyer a mieux caractérisé les engorgemens vénériens consécutifs du testicule. — M. Mandl a soumis les cheveux et leurs maladies à son microscope. Après avoir fait un inventaire exact de ce que l'on sait sur ce sujet, il a insisté sur les différences que présentent les maladies du bulbe et de la tige. M. le professeur Chélius a ajouté de nouvelles observations à ses précédentes recherches sur les tumeurs sanguines des nouveaux-nés. M. Fleury a décrit avec soin les tumeurs enkistées qui se développent au-devant du genou. — M. Malgaigne a exposé avec sa verve et sa clarté habituelles les différentes doctrines de l'étranglement herniaire, et M. Diday a montré, avec le calme d'une observation rigoureuse, et à l'aide de faits bien établis, que l'étranglement n'est pas toujours produit, comme le professe M. Malgaigne, par le collet du sac, mais quelquefois aussi par l'anneau aponévrotique. On doit à M. Laugier un signe nouveau, à l'aide duquel on peut reconnaître si l'intestin est compris dans le sac herniaire, et à quelle portion du canal intestinal appartient l'anse étranglée. Ce signe est tiré de l'existence du météorisme du ventre et du siége de cette distension; d'où la proposition suivante : l'étendue, la forme, le siége du météorisme du ventre pendant l'étranglement des hernies varie suivant que la hernie est épiploïque ou intestinale; et dans celle-ci, suivant qu'elle contient le gros intestin ou l'intestin grêle. Son étendue varie aussi, selon que la portion d'intestin grêle incarcérée est plus ou moins voisine de l'esto-

demain, 1er mai, je permis quelques alimens. Les jours suivans, le malade continua à aller toujours mieux; les urines, claires et limpides, s'écoulaient librement par la plaie du périnée; une légère douleur qui s'était montrée dans la région hypogastrique avait cédé à l'emploi de cataplasmes émolliens.

Enfin, le 6, dixième jour de l'opération, le jeune W. mangeait le quart, et tout allant bien du côté des parties intéressées et de l'organisme en général, il se livrait aux espérances d'une guérison prochaine et assurée.

Le vaisseau le *Montebello* quitta de nouveau Smyrne, et je fus ainsi contraint d'abandonner mon malade. Deux jours après, une fièvre assez intense s'alluma, et une douleur assez vive fut ressentie à l'hypogastre; des cataplasmes, un bain tiède, une diète sévère, furent prescrits. Alors, un écoulement de sang noir eut encore lieu douze jours après l'opération, et dix jours après que les urines avaient cessé d'être colorées par ce liquide.

Mon confrère et ami le docteur Valber, chirurgien-major du vaisseau le *Santi-Pétri*, appelé dans ce moment pressant, fit une injection d'eau froide légèrement alumineuse dans la vessie et l'hémorragie fut arrêtée pour ne plus reparaître.

Cependant, averti du danger que courait mon jeune opéré, j'obtins de M. le contre-amiral baron de la Susse de quitter momentanément le *Montebello*, qui était alors à Agria (golfe de Smyrne), et de venir auprès de lui.

MM. Valber, Mazato, médecin ordinaire de la famille, et moi, lui prodiguâmes les soins les plus assidus, et nous espérions encore atteindre un heureux résultat, lorsqu'une fièvre grave, à physionomie pernicieuse, enleva le malade le vingt-deuxième jour après l'opération, alors que nous n'avions plus rien à redouter du côté des organes urinaires, et que la plaie, en partie cicatrisée, permettait déjà à un peu d'urine de passer par le canal de l'urètre.

Cette observation pourrait être intéressante à plus d'un titre; mais l'autopsie n'ayant pu être faite, je ne l'ai présentée ici que comme propre à faire connaître une autre circonstance, dans laquelle les incisions multiples du col de la vessie et de la prostate sont d'une heureuse application.

En effet, la méthode de M. Vidal (de Cassis) n'est pas applicable seulement dans les cas de calculs volumineux, mais elle est encore d'une utilité incontestable lorsque le développement énorme du rectum ne permet pas de donner à l'incision oblique de la prostate toute son étendue anatomiquement possible, ou bien, lorsqu'un calcul, ayant été saisi, après des recherches laborieuses, par son plus grand diamètre, on juge qu'il vaut mieux agrandir le passage qui doit le recevoir par quelques incisions de plus que de l'abandonner dans un réservoir irrité, pour ne le saisir encore d'une manière plus convenable qu'après des manœuvres longues, et jamais sans danger pour les résultats de l'opération.

CURE RADICALE D'UN CIRSOCÈLE, PAR LA MÉTHODE DE M. REYNAUD, PREMIER CHIRURGIEN EN CHEF DE LA MARINE AU PORT DE TOULON.

Déjà dans deux mémoires, insérés, le premier dans la GAZETTE MÉDICALE (voy. année 1837, n° 52), le second dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES PRATIQUES (février 1839), j'ai fait connaître la méthode de M. Reynaud pour obtenir la cure radicale du cirsocèle; j'en ai indiqué les avantages et j'ai cherché à en faire prévaloir l'excellence sur les autres méthodes inventées jusqu'à nos jours.

Depuis cette époque, plusieurs succès nouveaux sont venus en confirmer les bienfaits, et c'est dans l'intention d'en augmenter le nombre que je fais connaître celui que j'ai moi-même obtenu.

OBS. — Tonnetti (Jacques), matelot de 3e classe à bord du vaisseau *le Montebello*, né à Bastia (Corse), âgé de 27 ans, d'un tempérament sanguin, se présenta à ma visite le 15 août; il était atteint d'un cirsocèle volumineux, dont il s'était plaint déjà, et dont il avait le plus grand désir d'être débarrassé. Tonnetti rapporte qu'il a, depuis son enfance, une dilatation variqueuse des veines spermatiques du côté gauche, dilatation qu'il croit être congéniale. Il ne sait pas si son père a été affecté de la même incommodité que lui, ou bien s'il était atteint de varices des membres. Du reste, il fait remonter à l'âge le plus tendre l'apparition des dilatations variqueuses qu'il porte à la jambe gauche, et qui, remontant sur la cuisse, s'observent encore à l'aine et au pubis du même côté.

L'affection des veines du testicule n'a cessé de faire des progrès, si bien qu'aujourd'hui elles forment autour de cet organe des plexus nombreux, des nodosités considérables dont l'ensemble forme une tumeur aussi volumineuse que le poing. Le testicule, entouré et comme coiffé par les ramifications des veines dilatées, n'a subi aucune altération apparente.

Le canal déférent peut facilement être isolé de la masse veineuse qui l'avoisine; enfin les enveloppes scrotales qui recouvrent ces parties sont distendues par elles et la peau qui leur correspond est le siége d'excoriations nombreuses que détermine et qu'entretient depuis longtemps le frottement du pantalon.

Quand le malade est en repos et que l'air est sec, la tumeur diminue et n'occasionne pas une gêne bien grande; mais lorsqu'il se tient debout, qu'il marche, ou bien lorsqu'il se livre aux exercices violens de sa dure profession, ou seulement quand l'atmosphère est chargée d'humidité, les veines s'enflent, les nodosités se gonflent, le scrotum s'allonge et toute la tumeur s'agrandit. C'est alors que la gêne, toujours croissante, finit par devenir incommode et que les tiraillemens légers que ressentait le malade se convertissent en une véritable douleur.

Tonnetti se soumit volontiers à l'opération que je lui présentai comme l'unique moyen de mettre un terme à son infirmité, et je la pratiquai immédiatement. C'était le 15 au matin; le malade debout, les parties convenablement disposées, je procédai avec les deux mains à la dissection sous-cutanée des élémens divers qui composent le cordon. Le canal déférent parfaitement reconnu à sa situation, sa dureté et son volume, je l'isolai et le maintins avec le pouce et l'indicateur de la main gauche vers la racine de la verge; prenant alors de la main droite un grande aiguille courbe armée d'un fil ciré double, j'en portai et j'en enfonçai la pointe au-dessous du scrotum et comme dirigée par la convexité du pouce et de l'index de ma main gauche; elle sortit bientôt au-dessus du scrotum, d'où elle fut retirée tandis qu'elle laissait le fil ciré dans le trajet qu'elle avait parcouru; alors un cylindre de linge étroit et épais fut placé dans la concavité de l'anse et la ligature fut fortement serrée sur lui, soumettant ainsi à une constriction convenable tous les élémens du cordon, le canal déférent excepté.

De petits plumasseaux, enduits de cérat, une compresse, maintenus par un suspensoir, composèrent le pansement simple que nécessitait cette simple opération. Le malade fut placé dans un lit. Au moment de la ponction et par l'effet d'un saisissement particulier qui s'empara de lui, les varices se désemplirent et la tumeur s'affaissa instantanément; du reste, la douleur qu'occasionna la piqûre de l'aiguille fut passagère, mais le serrement de la ligature produisit une douleur plus vive, qui toutefois ne tarda pas à se calmer et disparut au bout de trente minutes, pour ne revenir momentanément que lorsque le malade toussait ou éternuait. (Diète, limonade citr.)

La journée se passa bien, et pendant la nuit le malade dormit comme à l'ordinaire.

Le lendemain, les parties affectées n'étaient le siége d'aucune douleur, la rougeur ne s'était point encore montrée dans le voisinage des points du scrotum traversés par le fil; le malade était sans fièvre; je défis la rosette et le nœud simple qui fixait la ligature sur le cylindre de linge dont je viens de parler, et je la serrai de nouveau, en lui imprimant plus de constriction que la veille. Le même pansement fut appliqué, le même régime prescrit. Un drap d'alèze, formant coussinet, fut désormais placé entre les deux cuisses pour y soutenir le scrotum.

Les 17, 20, 22, 24, 26, 28, 29 août et le 1er septembre, le fil fut délié et serré de nouveau, à mesure que les parties molles se divisaient devant lui, tandis qu'elles

---

mac. — M. Velpeau a signalé une nouvelle variété de hernie inguinale, dans laquelle l'intestin a forcé la paroi abdominale entre le tendon du grand droit et l'artère ombilicale, pour pénétrer de là dans le canal inguinal, laissant intact l'anneau externe, et soulevant l'aponévrose du grand oblique. En pathologie chirurgicale, nous signalerons encore un excellent mémoire de M. Maisonneuve sur les fractures du péroné. Cet observateur exact a montré, contrairement à Dupuytren, dont les doctrines étaient restées classiques, que la fracture du péroné n'est pas une et absolue, mais diverse, multiple; qu'il en existe plusieurs variétés dépendant de la manière spéciale dont les violences extérieures sont portées sur les élemens variables et complexes qui assujétissent le péroné à la jambe et au pied. Le travail de M. Maisonneuve est un ensemble de remarques très précieuses d'anatomie, de physiologie et de pathologie, qui remettent le sujet dans le véritable domaine de l'observation. MM. Richer et Voillemier ont décrit deux cas rares de luxation; le premier, un cas de luxation en avant de l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras, compliquée de fracture du cubitus: le second, un cas de luxation complète et récente du poignet en arrière, qui met désormais hors de doute la possibilité de ces luxations dans une chûte sur la main.

Telle a été la science proprement dite: abordons les acquisitions de l'art, c'est-à-dire les travaux relatifs à la matière médicale, la médecine opératoire, la thérapeutique médicale et chirurgicale, les accouchemens, l'hygiène et la toxicologie.

J. G.

(La suite au prochain numéro.)

— M. FOVILLE est nommé médecin en chef de l'hospice de Charenton, en remplacement de M. Esquirol, décédé.

— L'ouverture du cours public d'observation microscopique, complémentaire des études médicales, de M. le docteur DONNÉ, qui devait avoir lieu mercredi prochain, 13 janvier, est remise au vendredi suivant 15; ce cours, qui comprend de 25 à 30 leçons et dans lequel on répète toutes les observations qui intéressent les médecins, se fera, comme de coutume, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Paul Dubois, les mercredi et vendredi à 8 heures du soir, clinique de la Faculté, place de l'Ecole-de-Médecine.

— Le régime alimentaire des vaches et des ânesses a beaucoup d'influence sur les propriétés nutritives du lait; ainsi la carotte fournit un lait plus léger, plus facile à digérer que les fourrages ordinaires, et la betterave donne un lait extrêmement riche et substantiel; on conçoit dès-lors combien il est important de prendre le lait dans des conditions appropriées à l'état des malades. La convalescence du comte de Paris a présenté un exemple remarquable de ce fait; après avoir donné du lait de femme pendant près d'un mois, on a jugé convenable de passer à un régime plus fort et plus nourrissant; le lait d'une vache exclusivement nourrie aux carottes, et choisie par M. le docteur Donné, dans l'établissement médical de M. Damoiseau, rue Pigalle, 31, a eu immédiatement un succès complet, et a achevé la guérison du jeune prince.

se cicatrisaient après son passage. Chaque fois, la constriction était accompagnée d'une douleur assez vive, qui durait de dix à trente minutes environ.

Cependant, le troisième jour après l'opération, une inflammation légère se développa autour des petites plaies du scrotum ; les jours suivans, elle s'accrut si bien que l'épididyme s'engorgea et que le testicule devint douloureux. En même temps, les bourses s'infiltrèrent, les veines dilatées formèrent au dessus et au-dessous de la ligature un cordon épais, compacte, dur, douloureux à la pression. Enfin, le volume augmenta dans tout le côté gauche du scrotum.

Ces divers changemens, survenus dans les parties malades, ne s'accompagnèrent d'aucune réaction générale de l'organisme. La peau conserva sa chaleur naturelle, le pouls son type normal. Les fonctions digestives ne reçurent pas d'atteinte, le sommeil seul fut quelquefois troublé par des douleurs par éclair, qui, se portant dans la direction du canal inguinal, remontaient rarement jusque vers les reins.

Le 24, l'infiltration des bourses, le gonflement et la douleur du testicule étant presque entièrement dissipés, le malade fut mis au quart. On continua sur le scrotum et l'aine les cataplasmes émolliens et laudanisés qu'on avait employés les jours précédens.

Le 2 septembre, dix-neuvième jour de l'opération, les parties molles comprises dans la ligature étant presque entièrement divisées, le pédicule qui restait encore, ne devenant plus nécessaire pour maintenir en rapport les lèvres de la plaie, en grande partie cicatrisée, et le fil n'étant plus qu'à quelques millimètres au-dessous de la peau, un stylet cannelé fut engagé dans le canal qu'il parcourait, et un bistouri, glissant sur sa cannelure, acheva de diviser le pont cutané qui existait.

A partir de cette époque, le malade put se lever avec la précaution de soutenir ses bourses avec un suspensoir exactement appliqué.

Enfin, le 8 du même mois, le malade sortit de l'hôpital entièrement guéri. Vingt-cinq jours s'étaient écoulés depuis l'opération.

Comme toutes les observations déjà publiées ou encore inédites, celle que je relate aujourd'hui atteste les incontestables avantages de la méthode de M. Reynaud pour la cure radicale d'une affection qui, il y a peu d'années encore, était considérée comme placée au dessus des ressources de l'art. MM. Velpeau et Breschet, par des inventions heureuses, avaient déjà obtenu de remarquables succès; mais je crois, avec quelques praticiens, que M. Reynaud a perfectionné le point de pathologie chirurgicale qui fait le sujet de cette observation.

Sur le point de clore ce travail, je viens de faire appeler le matelot qui en est le sujet, pour examiner l'état des parties; trois mois après l'opération, le testicule gauche a ses dimensions et sa consistance ordinaires, il descend un peu plus bas que le droit, sans que cette disposition s'écarte de la normalité. La cicatrice linéaire, blanchâtre, est comme logée dans un sillon circulaire et horizontal du scrotum. Le canal déférent est facile à distinguer. Au-dessous de la cicatrice, on sent aisément cinq ou six cordons moins volumineux, moins durs que le canal déférent, et qu'on reconnaît être des veines réduites à un état de cordon imperméable au sang. Au dessous du testicule, il existe encore un petit corps mou, un peu élastique, qui tend incessamment à diminuer. Enfin, le malade, rendu à son train de vie habituel, semble n'avoir conservé de son affection que le souvenir de son existence.

HYGROMA ; GUÉRISON PAR LE VÉSICATOIRE.

L'hydropisie des bourses synoviales sous-cutanées, et celle en particulier qu'on observe au-devant de la rotule et de l'olécrâne, n'est pas une maladie rare parmi les marins, que leur profession expose sans cesse aux contusions et aux froissemens qui le déterminent le plus souvent. Dès l'année 1834, j'avais été conduit par la pratique de M. Reynaud à traiter les collections séreuses sus-rotuliennes et sus-olécrâniennes par les applications répétées de la teinture d'iode étendue d'une certaine quantité d'eau. C'est encore au même moyen que j'ai eu recours au début et pendant la dernière campagne du vaisseau le *Montebello*, pour obtenir la guérison de semblables tumeurs, et toujours le succès a couronné mes tentatives. Dans ces derniers temps, ayant épuisé toute la teinture d'iode de la pharmacie du vaisseau, je fus forcé de recourir à un autre moyen pour obtenir la cure de deux hygroma que j'avais encore à traiter. J'eus l'idée d'appliquer sur toute la surface des tumeurs un vésicatoire, persuadé que la suppuration qu'on y entretiendrait quelques jours serait suffisante pour faire disparaître la collection séreuse, et peut-être pour en prévenir le retour.

Je voulais en un mot faire à l'hygroma l'application du vésicatoire que la théorie proclame, toutes les fois qu'il s'agit d'obtenir la disparition de collections séreuses ou purulentes, comme dans le traitement de l'hydrocèle ou du bubon. Il faut convenir qu'à défaut de preuves décisives non encore fournies, je crois, par l'expérience et la pratique des autres, ce moyen réunissait en sa faveur la logique du raisonnement et la puissance de faits physiologiques bien connus. S'il est vrai, en effet, comme la chose est démontrée pour moi, que l'exhalation augmentée dans les bourses synoviales sous-cutanées par l'irritation qu'y déterminent les froissements et les contusions qui les atteignent est la cause du mal, une autre exhalation plus grande, méthodiquement provoquée dans le voisinage de la première, n'est-elle pas propre à la faire cesser, et cela en raison de la solidarité qu'on sait exister entre les actes de cette nature; et puis quand l'exhalation morbide du pus a fait cesser l'exhalation également morbide de la sérosité dans une bourse synoviale malade, l'absorption vient en aide à l'action du vésicatoire pour vider la tumeur que l'irritation correspondante du derme est peut-être capable d'oblitérer ensuite, en s'étendant jusqu'à elle par continuité de tissus.

Quoi qu'il en soit, déjà on avait employé pour la cure de l'hygroma les vésicatoires volans plusieurs fois appliqués autour de la tumeur. Ce moyen qui se rapproche beaucoup pour le résultat et la manière d'agir, de l'emploi de la teinture d'iode, a comme celle-ci une utilité incontestable ; mais il partage aussi avec elle l'inconvénient de nécessiter des applications fréquentes et toujours plus douloureuses que l'usage d'un vésicatoire simple dont on entretient la suppuration.

L'emploi du vésicatoire suppuré a en outre le mérite d'agir d'une manière plus active et d'amener plus tôt la guérison du mal. Ce fait résulte des expériences que j'ai faites à ce sujet.

Obs. I. — Angevin Ernest, âgé de 23 ans, matelot de 3ᵉ classe, d'un tempérament sanguin, ayant fait une chûte sur le genou droit, vit les jours suivans une tumeur se développer sous la peau et au-devant de la rotule. Quelque temps après, la tumeur ayant fait de nouveaux progrès et gênant la flexion de la jambe sur la cuisse, il se présenta à ma visite le 24 août; la tumeur qu'il portait sur la rotule droite avait le volume d'un œuf de poule; elle était molle, fluctuante, paraissant contenir un liquide séreux; elle n'occasionnait de la douleur que dans la flexion forcée de la jambe. Ce même jour un vésicatoire fut appliqué au-devant du genou de manière à embrasser et à coiffer pour ainsi dire toute la tumeur.

Le lendemain l'épiderme soulevé par la sérosité fut largement enlevé et tout fut disposé les jours suivans pour que la suppuration fût très abondante sur toute la peau où la vésication s'était opérée.

Le 26, la tumeur avait déjà perdu de son volume; mais les jours suivans, la diminution de la sérosite amassée était plus évidente encore, si bien qu'elle avait complètement disparu le dixième jour qui suivit l'application des cantharides sur la peau de la rotule.

Le 5 septembre, le vésicatoire, qu'avait animé une abondante suppuration, était presqu'entièrement sec ; le malade put se lever et reprendre même son service.

Au moment où j'écris, trois mois se sont écoulés et le mal n'a pas reparu.

Obs. II. — Le 18 septembre, Baraillier (Felix), quartier-maître-calfat, âgé de 30 ans, d'une constitution forte et sanguine, vint réclamer mes soins. Il portait depuis plusieurs mois sur l'olécrâne, du côté gauche, une tumeur qui, depuis quelque temps, rendait douloureuse et imparfaite la flexion de l'avant-bras sur le bras. Cette tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, était le siège d'une fluctuation manifeste, qu'il était facile de sentir à travers la peau amincie qui la recouvrait. Elle reposait sur la portion la plus saillante de l'apophyse olécrâtienne, à laquelle elle semblait adhérer. Un examen attentif de cette tumeur, de son volume, de sa consistance, du liquide qu'elle contenait, et qui paraissait être séreux, nous fit distinguer dans sa cavité deux petits corps durs libres, l'un de la grosseur d'une petite amande, l'autre semblable à un grain d'orge. La peau avait conservé sa coloration naturelle.

Un vésicatoire, de dimensions convenables, fut immédiatement appliqué sur la tumeur. Les jours suivans, les pansemens eurent pour objet d'y entretenir une abondante suppuration. Le lendemain, 19, la tumeur avait déjà diminué de moitié ; aussi fut-il bien plus facile d'examiner la disposition des corps qui flottaient dans sa cavité.

Les 20, 21, 22, la collection séreuse continua à diminuer en même temps que ta surface du vésicatoire se ridait.

Le 25, il ne restait plus dans la tumeur qu'une faible quantité de liquide, qui disparut complètement ; le 26, huitième jour de l'application du vésicatoire.

Jusqu'à ce jour, où j'extrais cette observation de mes cahiers de clinique chirurgicale, il n'y a pas eu de récidive.

Je viens de m'assurer que les deux petits corps qui flottaient dans la tumeur se sentent encore au-dessous de la peau ; qu'ils paraissent avoir contracté des adhérences avec les parois de la bourse synoviale; mais leur volume est évidemment moins grand que lorsqu'ils étaient libres dans la tumeur.

Montebello, le 15 novembre 1840.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LE DIAGNOSTIC DE LA PNEUMONIE CHEZ LES VIEILLARDS; communiquée par le docteur CAZENEUVE, médecin-professeur à l'hôpital d'instruction de Lille.

Si l'on considère l'homme aux diverses périodes de sa vie, on est frappé des modifications que l'âge apporte dans ses organes. Qui n'a vu les saillies osseuses, la lenteur des mouvemens du vieillard ? La rigidité de

ses tissus; la difficulté de réparer les pertes qu'il éprouve; la diminution dans l'énergie de toutes ses fonctions d'assimilation et de relation, ne frappent-elles pas tous les yeux? Pénétrant plus profondément, l'anatomiste trouve le cerveau, la moelle épinière, plus fermes, plus rapprochés, ne remplissant plus la cavité cérébro-rachidienne; les muscles réduits de moitié et n'offrant plus que des lames minces; le poumon plus léger, les vésicules amplifiées, plus larges, difformes, moins nombreuses, et diminuant ainsi le champ de la respiration.

Cette atrophie du cerveau et de la moelle rendent compte de l'abaissement de l'intelligence, de la mémoire, de la sensibilité et de la motilité chez le vieillard; celle des muscles, de la difficulté de progression, du peu d'énergie de la voix, de la circulation : c'est aussi à l'atrophie du poumon, à l'atrophie des muscles du thorax, à l'ossification des côtes, qu'il faut attribuer la diminution de la respiration, de l'hématose. Enfin, qui peut douter que ce ne soit à la diminution dans la contractilité de la tunique musculeuse du canal intestinal, qu'il faille attribuer, en partie du moins, le trouble des fonctions digestives, la constipation?

Par contre, qui n'a été frappé de la rondeur des formes, de l'agilité, du besoin de mouvement chez l'enfant; de la vivacité des sensations, de l'activité des fonctions circulatrices, respiratoires, digestives, de la rapidité avec laquelle les pertes sont réparées à cet âge?

Les maladies, n'étant que des altérations de texture ou des fonctions, doivent être modifiées dans leur physionomie, selon la contexture des organes, et par conséquent selon l'âge de l'individu. Cette observation si simple, si importante, n'est généralement bien comprise, bien appréciée que depuis peu; il faut s'attacher aujourd'hui à bien préciser ces modifications de texture survenues dans nos organes, l'influence qu'elles ont sur les fonctions, soit à l'état sain, soit à l'état morbide, si l'on veut avoir des données précises sur les maladies: si l'on veut en bien saisir les diverses physionomies. Avec ces données, on évitera, j'en suis sûr, de nombreux mécomptes dans le diagnostic, et le traitement des maladies.

La pneumonie a été le sujet de nombreux travaux; grâces à l'admirable découverte de Laennec, la sentence de Baglivi a beaucoup perdu de sa vérité. Toutefois, il serait dans une grande erreur, celui qui penserait que cette phlegmasie a toujours la même physionomie, qu'elle fournit toujours, par les moyens physiques, les mêmes résultats : il n'en est rien. Ici encore les modifications que subit le poumon influent d'une manière très remarquable sur la marche, sur la forme de ses maladies.

Essayons de mettre en relief cette vérité en étudiant la pneumonie chez le vieillard, maladie si souvent funeste à cet âge, et qui a exercé dans ces derniers temps la sagacité de quelques médecins.

J'esquisserai seulement dans cet opuscule quelques symptômes de cette phlegmasie, et pour cela je vais mettre à profit les observations suivantes.

MAIGREUR AVANCÉE, BONNE SANTÉ HABITUELLE; SYMPTOMES GÉNÉRAUX, PNEUMONIE; SAIGNÉES RÉPÉTÉES; GUÉRISON.

Obs. I.—Madame B.., d'une faible constitution, maigre, âgée de 82 ans, ayant habituellement joui d'une bonne santé, fut prise trois semaines après la perte d'un de ses amis, et après s'être exposée à un courant d'air, d'un frisson peu intense, accompagné de chaleur. Le médecin de la maison crut à un accès de fièvre intermittente. Le mouvement fébrile persista le lendemain, et comme il y avait un rehaussement très marqué vers le soir on crut à un nouvel accès.

Le troisième jour, appelé en consultation, je constatai un brisement des forces avec un mouvement fébrile assez intense; la langue était blanchâtre à sa base; il n'y avait pas de toux, pas d'expectoration. Je crus devoir m'abstenir d'ausculter la malade, ne voulant pas la fatiguer. J'étais assez disposé du reste à partager l'opinion de mon confrère, à savoir que c'était une fièvre intermittente; il en existait beaucoup dans ce moment.

Le quatrième jour le mouvement fébrile persistait, et avec lui un sentiment de malaise à la base du thorax droit. J'examinai la poitrine qui rendait un son clair dans tous ses points; seulement à droite, en arrière et en bas, le son était un peu moins clair. Dans le point correspondant s'entendaient un roncus assez fort et un léger bruit de souffle; pas de râle crépitant; le reste du thorax offrait une respiration vésiculaire. La dyspnée et l'expectoration étaient nulles; prostration très grande; pouls à 110, 112 pulsations, assez développé.

Nous prescrivîmes une saignée de 12 onces, des boissons mucilagineuses et des cataplasmes émolliens.

La malade n'ayant pas été saignée depuis plus de 40 ans, ne voulut pas condescendre à cette légère opération; nous crûmes devoir la remplacer par l'application de quinze sangsues sur la base du thorax droit.

Le cinquième jour le souffle tubaire est plus marqué, aussi bien que la matité du thorax droit; toux rare sans expectoration; langue blanchâtre, muqueuse; inappétence; amaigrissement très prononcé.

La saignée fut de nouveau conseillée et le soir seulement la malade voulut la laisser pratiquer; 10 onces de sang furent tirées; bientôt une couenne épaisse surmonta le caillot; la nuit fut agitée; rêvasseries.

Le sixième jour, toux rare et sèche; l'auscultation fait toujours constater un souffle tubaire sans mélange de râle; le pouls fréquent (110) est un peu plus développé que la veille. (Nouvelle saignée de 10 onces; le sang est encore très couenneux. Le soir, troisième saignée, même aspect du sang.)

Le septième jour, amélioration; l'abattement est moindre; la percussion fournit encore un son obscur en bas et à droite; le souffle tubaire a diminué et l'on entend à la place un léger râle sous-muqueux. (Vin stibié; emplâtre de poix de Bourgogne sur le thorax; bouillon.)

Le huitième jour, à peu près même état; le vin stibié n'a produit aucun résultat la résolution franche de la pneumonie se fait encore attendre. (Encouragés par l'état du sang, nous prescrivons une nouvelle saignée de dix onces, qui, encore cette fois, se recouvre d'une couenne épaisse.)

Le neuvième jour, râle sous-muqueux plus étendu; le souffle tubaire a beaucoup diminué; amélioration. (Quatre bouillons.)

Le onzième jour, il reste encore de l'engouement à la base du poumon droit. Tout cependant nous fait espérer une solution heureuse. (Semouille, bouillon.).

Le quinzième jour, la malade est bien; elle se lève. Encore un peu de râle sous-muqueux en arrière. (Semouille, bouillon, un peu de vin de Bordeaux.) La guérison complète ne se fait pas attendre.

Obs. II. — Un médecin de Paris, âgé de 65 ans, m'a offert des phénomènes analogues. Il y avait aussi absence de toux, d'expectoration, peu de matité du thorax, un endolorissement de la base et des lombes; absence de râle crépitant; souffle tubaire très prononcé; prostration très grande. Trois saignées; une application de sangsues en 48 heures, ont enrayé tous les phénomènes morbides. Douze jours après le début de la maladie, et six après les émissions sanguines, le malade mangeait des potages légers, du bouillon; la guérison a été parfaite.

La pneumonie était tellement masquée et si difficile à préciser sans l'aide des moyens physiques, qu'un médecin distingué de la capitale croyait à un rhumatisme des muscles lombaires. La pneumonie reconnaissait aussi pour cause un refroidissement.

Ces deux vieillards étaient habituellement bien portans; les particularités que leur maladie a présentées dépendaient des modifications amenées par l'âge dans la texture de leurs organes.

Et d'abord disons que chez un vieillard sain la percussion du thorax est très sonore, ce qu'expliquent très bien le peu d'épaisseur des muscles, la disparition presque complète du tissu graisseux, l'ossification des côtes, le séjour prolongé de l'air dans les vésicules pulmonaires amplifiées.

Si vous auscultez, vous serez frappé de la faiblesse de la respiration vésiculaire. Ce n'est plus cette dilatation successive ou en masse de ces petites cavités; ce n'est plus ce bruit doux, soyeux, c'est une espèce de souffle dû à la dilatation des vésicules. De plus, l'expiration est toujours plus marquée que chez l'adulte, ce qu'il faut attribuer à la dilatation dont je viens de parler et aussi à la diminution de l'élasticité du poumon qui revient plus lentement sur lui-même.

Si vous comptez les mouvemens respiratoires, leur ampleur, vous verrez cette ampliation peu étendue, les mouvemens lents, prolongés.

Je ne parle ici, on le conçoit bien, que des vieillards décrépits, affaiblis, maigres, et non de ces individus qui, quoique d'un âge avancé, sont encore verts par leur organisation.

Avec ces données, cherchons à nous rendre compte des particularités présentées par nos deux malades.

Ces particularités sont : la sonorité des parois thoraciques, l'absence de râle crépitant, de toux, d'expectoration, de dyspnée, de point pleurétique. Ce que je viens de dire de la conformation des organes respiratoires du vieillard explique ces particularités.

1° Il faut une hépatisation assez étendue ou un épanchement considérable pour faire disparaître la grande sonorité du thorax chez le vieillard; très rarement la matité est aussi sensible que chez l'adulte.

2° Absence de rale crépitant. Pour la production de ce symptôme, il faut que l'air pénètre dans les vésicules pulmonaires tapissées d'un liquide plus ou moins visqueux; que ces vésicules chassent l'air avec assez d'énergie. Plus ces vésicules seront petites, plus l'élasticité du poumon sera grande et plus le râle sera menu, facile à produire; plus les vésicules seront grandes et plus difficilement il aura lieu. Chez le vieillard, nous l'avons déjà dit, les vésicules pulmonaires sont irrégulières, amplifiées; l'élasticité du poumon est beaucoup diminuée, aussi le râle crépitant sec, petit, est-il très rare; le râle est alors sous-crépitant et le souffle bronchique prématuré.

On sait que M. Cruveilhier a donné une plus grande importance dans le diagnostic de la pneumonie au bruit de souffle bronchique, qu'au râle crépitant. Ce qui précède sur l'organisation du poumon chez le vieillard explique naturellement la manière de voir de M. Cruveilhier qui, on le sait, a surtout observé les pneumonies chez les vieilles femmes de la Salpêtrière dont il était le médecin.

3° Absence de dyspnée. Nous avons été frappés dans les deux cas du peu de dyspnée, symptôme infidèle dans la pneumonie du vieillard. Le peu d'activité de la respiration à cet âge, sa lenteur, rendent compte de cette particularité. On conçoit, en effet, sans peine qu'avec ces conditions

l'obstacle à l'entrée de l'air dans une faible partie du poumon doive peu influer sur la respiration.

4° Chez nos deux malades, le parenchyme pulmonaire était spécialement affecté; la muqueuse l'était peu; dès lors l'absence de toux, d'expectoration s'expliquent sans peine.

5° Pour la production de la pneumonie chez nos deux malades, rappelons que dans la vieillesse la tonicité des tissus étant diminuée, le sang stagne dans les vaisseaux; la circulation s'embarrasse, languit, et bientôt, sous l'influence d'une cause même légère, se montrent les altérations qui constituent une phlegmasie; c'est ce qui a eu lieu ici. Tout d'abord il n'a existé qu'une congestion pulmonaire à la partie la plus déclive, et trois ou quatre jours après se sont montrés les signes de la pneumonie. Ces idées rappellent assez les théories boerrhaaviennes qui ont longtemps dominé la science et qu'on a peut-être trop négligées depuis les travaux de Haller, de Bichat; c'est dans les malades des vieillards et en particulier dans la pneumonie, qu'on trouve assez souvent la confirmation des opinions du savant professeur de l'école de Leyde.

6° Je rappellerai, en terminant, que la pneumonie n'a cédé que devant de nombreuses émissions sanguines générales. L'âge des malades pouvait m'en éloigner cependant. Ces faits et plusieurs autres m'ont convaincu que souvent chez les vieillards ont craint trop la débilité, l'adynamie, et on les laisse mourir dans la crainte d'un accident possible sans doute, mais qui est loin d'être aussi fréquent que le disent quelques médecins. Afin d'éviter cet accident, ces médecins prescrivent des sangsues sur le thorax, et ils oublient qu'à cet âge la circulation se fait difficilement à la peau; qu'une perte de sang faite sur cette partie ne peut avoir presque aucune influence sur le parenchyme pulmonaire, à cause du peu de vitalité des capillaires sanguins et du peu d'activité des rapports organiques à cet âge.

Toutefois, exagérant ma pensée, qu'on n'aille pas trop multiplier les saignées dans la pneumonie des vieillards. Dans cette maladie, comme dans bien d'autres; chez le vieillard comme à toute autre époque de la vie, il est une prudente hardiesse, qui indique jusqu'à quel point on peut aller avec les moyens thérapeutiques. Pour arriver à ce point important de pratique médicale, il faut savoir déterminer d'une manière assez précise l'état de l'organe malade: les symptômes qui annoncent l'aggravation ou la diminution du mal; il faut aussi bien apprécier l'état de toute l'économie, la résistance qu'elle peut présenter, ses ressources, et, pour cela, il ne faut rien moins que des connaissances étendues, des sens fidèles, l'habitude de voir, et un jugement sain, droit.

L'observation suivante mettra en relief un autre accident de la pneumonie des vieillards,

CONSTITUTION SANGUINE; ASTHME HABITUEL; PNEUMONIE; SÉCRÉTION CATHARRHALE ABONDANTE; MORT PAR ASPHYXIE.

Obs. III. — M. D., âgé de 76 ans, d'une constitution pléthorique, sujet, depuis plusieurs années, à une sécrétion assez abondante des bronches, depuis deux ans à demi paralysé de tous ses membres, sans jamais avoir éprouvé des symptômes d'encéphalite ou d'apoplexie, fut pris, après s'être exposé à un courant d'air, le corps étant en sueur, d'un frisson assez intense, accompagné de chaleur, de malaise.

Le lendemain, la toux habituelle avait beaucoup augmenté; il n'y fit pas attention, il disait que c'était un simple rhume.

Le quatrième jour, au mouvement fébrile, à la toux, se joignirent un endolorissement du thorax gauche; un médecin appelé prescrivit des sangsues sur le côté gauche de la poitrine. Elles ne furent pas appliquées; on se contenta d'y poser un cataplasme bien chaud, qui provoqua la transpiration; l'expectoration devint aussi plus abondante.

Le cinquième jour, prostration pendant la nuit, agitation très grande.

Le sixième jour, à peu près même état: le soir, pour la première fois, je vis le malade; voici dans quel état: prostration assez marquée; respiration haute avec râle muqueux, pouvant être entendu à distance; l'endolorissement du thorax gauche avait disparu d'après le dire du malade; la percussion ne fournit aucune matité, peut-être le son est-il plus faible à gauche; râle muqueux en arrière et à la base du poumon gauche; dans ce point aussi on entend un peu de souffle tubaire; absence de bronchophonie; dans les autres parties du poumon, existe un craquement, un bruit de frottement; la respiration vésiculaire est faible: expectoration abondante et facile de crachats muqueux, aérés; pouls à 104, 106. Les artères des membres supérieurs sont complètement ossifiées; sueur abondante; la langue est sale, blanchâtre; soif nulle; météorisme; constipation; urines assez abondantes, peu colorées. (Bouillon toutes les quatre heures; loock blanc, tisane émolliente; cataplasme sur le thorax.) Pendant la nuit, oppression très grande et froid de tout le corps.

Le septième jour, prostration très grande, mêmes renseignemens que la veille par l'auscultation, excepté le râle trachéal qui est venu s'y ajouter; expectoration et sueur nulles; météorisme. (Bouillon, tisane de polygala, large vésicatoire sur le côté gauche du thorax; lavement purgatif.) Le soir tout empire, on prescrit un loock avec deux grains de kermès minéral qui n'amène aucun résultat; rêvasseries pendant la nuit.

Le huitième jour, râle trachéal très abondant; souffle tubaire et râle muqueux à la base du poumon gauche; râle muqueux à droite; sueur visqueuse; pouls à 110. (Loock avec 4 grains de kermès; lavement purgatif; position demi-assise dans le lit, de manière à favoriser la sortie des mucosités qui obstruent les bronches.) Le kermès ne détermine ni nausées, ni vomissemens, ni selles. Le soir tout empire; mort vers trois heures du matin le neuvième jour.

L'autopsie nous a fait constater une hépatisation rouge dans le lobe inférieur et la partie postérieure du poumon gauche; des mucosités sanguinolentes occupaient les ramifications bronchiques et la trachée.

Le cœur était peu dilaté; les valvules du côté gauche étaient le siége d'une ossification peu étendue; des caillots peu volumineux existaient dans ses cavités; la crosse de l'aorte nous a offert des incrustations nombreuses, découpées et placées derrière la tunique interne; la membrane moyenne des artères des membres supérieurs et inférieurs était aussi le siége d'incrustations très étendues.

I. Voici une autre observation de pneumonie bien différente pour les symptômes de celles précédemment rapportées; le râle muqueux trachéal existait dans celle-ci; il a manqué dans celles-là. Le siége spécial de la pneumonie explique cette différence. Dans les deux premiers cas, l'inflammation occupait surtout le parenchyme pulmonaire; dans le troisième, la muqueuse et le parenchyme étaient simultanément affectés. C'est à l'inflammation de la muqueuse qu'il faut attribuer la sécrétion bronchique, le râle muqueux trachéal. L'accumulation de ces mucosités dans les bronches est un accident fort grave dans la pneumonie des vieillards; souvent il tue par asphyxie; aussi la position demi-assise du malade, l'emploi de quelques vomitifs sont des indications qu'il ne faut pas oublier dans le traitement de cette phlegmasie, afin de favoriser l'expectoration.

II. Dès le début, on n'a pas constaté de râle crépitant; nous avons déjà expliqué cette particularité de la pneumonie sénile.

III. Je signalerai cette prostration, cet abattement qui a existé chez nos trois malades. Très fréquent dans la pneumonie des vieillards, cet état a une grande importance dans le diagnostic de cette phlegmasie: souvent il en indique le début et doit toujours engager le praticien à examiner avec détails la poitrine.

Les épidémies de fièvre adynamique observées par Pinel à la Salpêtrière n'étaient que des pneumonies, maladie si fréquente chez les vieillards qui peuplent cet hôpital. Pinel n'avait pas su rattacher à la lésion d'un organe cet ensemble de symptômes, qu'il avait désigné sous le nom de fièvre adynamique, maladie qu'il disait essentielle. A l'époque où vivait ce professeur, le diagnostic précis et l'anatomie pathologique étaient peu avancés.

Toutefois, ce fait vient à l'appui de la localisation des fièvres; il témoigne de la fidélité avec laquelle observait Pinel, puisque, à des époques éloignées, des médecins, placés dans les mêmes circonstances, constatent les mêmes symptômes: c'est ce que M. Cruveilhier nous a appris dans son ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'état adynamique, si commun dans les maladies aiguës du vieillard, dépend de la difficulté à cet âge de réparer les pertes éprouvées par le système nerveux.

IV. Dans le cas qui nous occupe, on n'a pas employé d'émissions sanguines. Dès le début, il est possible qu'elles eussent pu être utiles; quand j'ai vu le malade, bien que persuadé de l'existence d'une pneumonie, j'avoue n'avoir pas osé recourir à la saignée. L'état des artères, du cœur, la paralysie générale qui existait, la résolution des phlegmasies si difficile dans de telles circonstances, m'en ont détourné, et me font croire encore aujourd'hui que ce moyen était peu indiqué. De plus, la sueur était très abondante, l'expectoration facile le jour où, pour la première fois, j'ai vu le malade; j'ai pensé que ce mouvement vers la peau pouvait seul amener une résolution.

V. La paralysie générale survenue peu à peu, sans attaque d'apoplexie, sans symptômes d'encéphalite, était sans doute le résultat d'un ramollissement cérébral consécutif à l'ossification des artères de la base du crâne. C'est là une cause du ramollissement sénile. Je n'ai pas ouvert le crâne et je le regrette; mais je suis convaincu de l'ossification des artères basilaires, cérébrales; celles des membres du cœur l'étaient, et l'on sait que celles du cerveau sont des premières à s'ossifier. Disons aussi que le système artériel était profondément altéré, et qu'il n'y avait aucune trace d'infiltration séreuse; rappelons enfin comme étiologie de cette altération, que le sujet présentait à un haut degré tous les attributs du tempérament sanguin, et qu'il était adonné aux boissons alcooliques.

VI. Le kermès minéral n'a rien déterminé; l'expectoration n'a pas été plus facile. Ce moyen manque souvent l'effet qu'on en attend et ne mérite peut-être pas autant de confiance qu'on y a généralement encore. Comme les autres préparations antimoniales, le kermès offre le grave inconvénient de n'avoir pas toujours une composition identique; aussi les résultats thérapeutiques sont différens pour chaque praticien. Il serait à désirer que des médecins consciencieux et éclairés se livrassent à des expérien-

ces sur l'emploi de ce médicament toujours préparé d'après le même procédé et s'il était possible par le même individu; on arriverait peut-être ainsi à des résultats positifs, je dis *peut-être*, car on est convaincu aujourd'hui de la difficulté de préciser l'action d'un médicament.

VII. Je pourrais choisir pour preuves les effets du tartre stibié dans les maladies du poumon. Pour les uns, c'est un moyen héroïque; pour les autres, il est nul ou nuisible. Je les ai vus employés par plusieurs médecins, je l'ai prescrit moi-même, et toujours le malade, fatigué par les nausées, les vomissemens, a refusé de continuer l'emploi de ce moyen. Trois fois à l'autopsie la muqueuse gastrique a été trouvée enflammée. Ces faits rapprochés de ceux consignés par M. Lallemand dans ses premières lettres sur l'encéphale, de ceux recueillis par Broussais et autres, m'ont convaincu que le tartre stibié n'est pas aussi héroïque, aussi facile à supporter et à manier que l'ont avancé plusieurs médecins; souvent même qu'il est nuisible. Je pense que dans le traitement de la pneumonie des vieillards on ne devra recourir à ce moyen que pour favoriser l'expectoration, *s'il est prouvé qu'il jouisse de ce privilège*.

J'ai essayé dans cette note de montrer que bien des particularités dans les maladies dépendent des modifications de texture que l'âge apporte dans nos organes. Celles que subit le poumon chez le vieillard nous ont en effet très bien rendu compte des particularités de la pneumonie sénile. J'ai choisi cette maladie parce que c'est une des mieux connues à cause des moyens physiques employés pour son diagnostic. Sans doute, chez bien des vieillards la pneumonie se montre avec tous les caractères qu'elle présente chez l'adulte. Si vous examinez ces cas, vous verrez qu'ils ont encore pour sujets des hommes vigoureux, fortement constitués, et dont le poumon n'a pas subi cette atrophie dont nous avons parlé. Ce fait vient encore à l'appui de l'explication que j'ai donnée de ces particularités morbides.

On pourrait même poser en principe que la constitution des individus est toujours en raison directe de la structure, de la perméabilité du poumon. S'il est vaste, s'il ne s'atrophie pas, s'il conserve toute sa perméabilité, le sujet, en vieillissant, reste fort, vigoureux. Dans le cas contraire, il devient chétif, faible, maigre. Les faits de ce genre sont trop nombreux, leur explication est trop facile pour que je me dispense d'insister d'avantage sur ce point.

Je ne terminerai pas sans faire remarquer que chez nos trois malades le froid fut la cause de la pneumonie. C'est surtout pour la vieillesse que le froid est un ennemi redoutable. C'est sous son influence que naissent ces lésions du poumon, qui enlèvent un si grand nombre de vieillards. Aussi devra-t-on à cet âge redoubler de soins, d'attention. Buffon, devenu vieux, faisait chauffer, pendant l'hiver, tous ses appartemens à seize degrés, et n'en sortait plus, sous aucun prétexte, pendant six mois.

Voltaire suivit aussi, dans sa vieillesse, les mêmes habitudes. Il ne sortait plus pendant l'hiver et restait même dans son lit jusqu'à cinq ou six heures du soir. C'est en partie à ces précautions que ces deux grands hommes ont dû de poursuivre une longue vie, malgré leurs immenses et importans travaux; je pourrais aussi ajouter, malgré l'infirmité grave dont ils étaient atteints.

RECHERCHES CLINIQUES, POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'HYDROPHOBIE RABIFORME; communiquées par M. E. VAUTIER.

Plusieurs cas d'hydrophobie rabiforme se sont présentés cette année dans l'espace de quelques jours à l'Hôtel-Dieu. Ces cas m'ont paru mériter quelque intérêt, tant par les symptômes observés pendant la vie, que sous le point de vue des altérations pathologiques, trouvées après la mort.

Obs. 1. — Jean-Baptiste Pavéry, âgé de 48 ans, plâtrier demeurant à Vilaine, est apporté à l'Hôtel-Dieu, le 13 septembre, à sept heures du matin.

Il est porteur d'une lettre du médecin qui lui a donné ses soins, dans laquelle ce médecin dit que le malade est atteint d'hydrophobie spontanée. Son fils, qui l'accompagne, nous donne en outre les renseignemens suivans.

Son père, dit-il, n'a jamais été mordu par aucun animal. Il y a huit jours, il commença à se sentir indisposé, sans accuser de douleur dans aucune région. Cette indisposition ne lui causait d'ailleurs aucune inquiétude. Mercredi dernier, il but un verre de punch, et, peu de temps après, il se plaignit d'avoir mal à la gorge. Il voulut boire de nouveau, mais la déglutition augmentait tellement la douleur qu'il fut obligé d'y renoncer. Le lendemain, une véritable aversion pour les liquides se manifesta. Cependant, le malade demandait encore à boire, et, lorsqu'on lui présentait un verre, il le portait d'abord à sa bouche, puis le repoussait immédiatement.

Un médecin ayant été appelé lui fit une saignée; il essaya plusieurs fois de le faire boire; le malade n'avala que fort peu de liquide, et avec de très grandes difficultés.

Le vendredi, les accidens continuèrent; l'aversion pour les liquides devint plus marquée. On fit une nouvelle saignée, et on appliqua 15 sangsues sur les côtés du cou.

Hier, l'intelligence a commencé à se troubler; l'aversion pour les liquides était devenue plus grande; il repoussait brusquement les personnes qui lui offraient à boire. Si on insistait il se fâchait, ses mouvemens étaient peu sûrs, ses membres étaient souvent agités par un tremblement convulsif.

Aujourd'hui il est dans l'état suivant :

Le visage rouge, animé, exprime l'inquiétude; les yeux sont brillans, la conjonctive injectée; le malade crache souvent; la salive est blanche, spumeuse. La respiration se fait librement, le bruit respiratoire est pur, sans aucune espèce de râle; il n'y a pas de toux. La langue, rouge à la pointe et sur les bords, est couverte au milieu d'un enduit jaunâtre; pas de nausées, pas de vomissemens. La peau conserve sa chaleur normale. Le pouls est faible et donne 95 pulsations. L'intelligence, sans être complètement pervertie, offre cependant un trouble notable. Le malade reconnaît parfaitement les personnes qui l'entourent; il sait qu'il est à l'hôpital et croit cependant être près de chez lui. Interrogé sur son état, il soutient n'être pas malade, puis peu après il se plaint d'une douleur vive à la gorge; ses réponses sont courtes et brusques. Il remue sans cesse dans son lit. Ses membres tremblent presque continuellement, et sont souvent agités par des mouvemens convulsifs. Il ne paraît pas avoir une horreur bien marquée pour les liquides. Cependant, si on veut le forcer à boire il se fâche. On parvient une fois à vaincre sa répugnance; mais il n'a pas plutôt pris une gorgée de liquide, qu'il repousse le verre, et rejette l'eau qu'il a introduit dans sa bouche.

On prescrit pour traitement une saignée de trois palettes et trois décigrammes d'extrait gommeux d'opium en six pilules, à prendre une toutes les demi-heures.

Peu après sa sortie de la veine, le sang de la saignée se prend en un caillot épais, résistant, sans couenne à sa surface.

A dix heures, j'essaie de nouveau de faire boire le malade, il s'y refuse; comme j'insiste, il se fâche et veut sortir. Il refuse également de prendre les pilules prescrites; je lui en introduis une dans la bouche, il la rejette aussitôt; la même chose se renouvelle plusieurs fois dans la journée.

Quatre heures. Les crachottemens sont plus fréquens que dans la matinée, les troubles intellectuels sont plus marqués; il refuse toujours tout ce qu'on veut lui faire prendre. Les mouvemens convulsifs, sans être plus forts sont devenus plus fréquens; il n'y a pas de paroxysmes. Le pouls plus petit, plus faible donne 108 pulsations.

Neuf heures. Le malade paraît plus calme que dans la matinée; il s'agite moins; les mouvemens convulsifs sont beaucoup moins prononcés, mais ils sont plus fréquens : il crache presque continuellement. L'intelligence semble s'affaisser, il répond à peine aux questions qu'on lui adresse. Le pouls très petit donne 120 pulsations.

Il meurt le 14 à trois heures du matin. Il est allé s'affaiblissant peu à peu; la mort a eu lieu presque subitement et sans agonie. Depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa mort, Pavéry n'a eu aucune espèce de paroxysme, il n'a jamais été besoin de le maintenir.

Autopsie le 15, trente heures après la mort.

Centres nerveux. — Les méninges sont légèrement injectées surtout vers la région postérieure. Le cerveau, un peu moins consistant qu'à l'état normal, ne présente pas de traces d'inflammation : pas d'injection dans les plexus choroïdes. Le cervelet est ramolli à tel point qu'il est impossible de le couper sans le réduire en bouillie; la substance nerveuse a conservé sa couleur normale, elle ne présente pas de traces d'hypérémie. La protubérance annulaire et le bulbe rachidien sont également ramollis; mais le ramollissement y est moins prononcé qu'au cervelet.

Organes thoraciques. — Les poumons sont crépitans, parfaitement sains, ils n'offrent pas de traces d'inflammation. Le cœur est petit, dur, contracté sur lui-même. Les ventricules ne contiennent qu'une très petite quantité de sang non coagulé.

Organes digestifs. — La base de la langue est rouge, injectée; les papilles qu'on remarque dans cette région ont acquis un développement extraordinaire, quelques unes ont presque le volume d'une lentille et font une saillie considérable à la surface de l'organe. Il existe un peu de rougeur sur les parties supérieures et latérales du pharynx. La muqueuse laryngée et trachéale est blanche et sans traces d'injection. L'œsophage ne présente aucune espèce de rougeur. La surface interne de l'estomac est tapissée par une légère couche d'un liquide épais, jaunâtre. Le reste du canal intestinal ne présente rien à noter. Le foie, les reins, la rate, ne sont le siége d'aucune lésion appréciable.

Le deuxième cas a pour sujet un homme âgé de 39 ans, d'une forte constitution, qui fut apporté à l'Hôtel-Dieu quelques jours avant Pavery. Les personnes qui l'accompagnaient affirmèrent qu'il n'avait été mordu par aucun animal. Les symptômes qu'il présenta offrirent beaucoup d'analogie avec ceux qui furent notés chez le sujet de l'observation précédente. Il mourut le jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu. Comme chez Pavéry, le cervelet fut trouvé ramolli, ainsi que le mésocéphale, et le bulbe rachidien. La base de la langue était également rouge, les papilles qu'on y remarque très développées, saillantes à sa surface (1).

(1) Je n'ai pas cru devoir rapporter cette observation avec plus de détails, l'interne qui fut chargé de donner ses soins au malade se proposant de la publier. Puis, d'un autre côté, il ne fut pas suffisamment prouvé pour tout le monde

Obs. III. — Marguerite Burg, âgée de 30 ans, sans profession, est apportée à l'Hôtel-Dieu le 15 septembre. Cette femme, d'une constitution moyenne, est atteinte d'une variole qui en est au cinquième jour de l'éruption, elle parle allemand et ne peut donner aucun renseignement sur sa maladie.

Les personnes qui l'accompagnent racontent que depuis deux jours elle éprouvait beaucoup de difficulté pour avaler; que dans la journée d'hier et dans la nuit elle avait eu plusieurs fois du délire et qu'alors son visage devenait rouge et animé, qu'elle refusait obstinément toutes les boissons qu'on lui présentait, et repoussait vivement les personnes qui insistaient pour la faire boire. Ses parens assurent qu'elle n'a jamais été mordue par aucun animal, et que le médecin qui lui donnait des soins pour la variole avait trouvé que cette maladie suivait une marche parfaitement régulière.

Voici l'état dans lequel se trouve la malade à son entrée à l'hôpital.

La face est rouge et animée, les yeux brillans, le regard inquiet. Les membres sont agités de temps en temps par quelques mouvemens convulsifs; elle crache souvent, la salive est blanche et spumeuse. La respiration se fait librement, pas de toux. La langue, un peu rouge à la pointe et sur les bords, est couverte au centre d'un enduit épais, jaunâtre; le ventre est médiocrement développé, non sensible à la pression; le pouls petit donne 98 pulsations par minute. Les pustules varioliques, quoiqu'au cinquième jour de l'éruption, sont petites et peu développées, elles sont presque confluentes au visage, plus rares sur le tronc et les membres.

Si on veut faire boire la malade, elle s'y refuse et repousse brusquement le vase qu'on lui présente; si on parvient à lui introduire un peu de liquide dans la bouche, elle le rejette aussitôt. Elle s'agite sans cesse dans son lit, veut se lever, ce qui oblige à la maintenir de force.

M. Récamier, dans le service duquel elle est placée, lui prescrit pour tisane de l'infusion de fleurs de sureau, et une potion, avec 36 grammes d'esprit de Mindérérus à prendre par cuillerée d'heure en heure. Les accidens vont croissant jusqu'au soir, le délire devient persistant, et semble offrir de temps en temps de légers paroxysmes; les mouvemens convulsifs sont plus forts. La sputation plus fréquente est presque continuelle; la face est plus rouge, plus animée. Il est impossible de rien faire prendre à la malade; on lui introduit à plusieurs reprises, dans la bouche, une cuillerée de la potion prescrite; elle la crache aussitôt et paraît s'irriter vivement contre les personnes qui veulent la forcer à boire.

Dix heures du soir. La malade s'agite moins et paraît plus tranquille. La face est moins rouge, les mouvemens convulsifs moins intenses; les craclıotemens sont toujours très fréquens; le pouls petit, dépressible, donne 115 pulsations. Le délire persiste, et la malade refuse toujours tout ce qu'on veut lui faire prendre.

Elle meurt le 16 à six heures du matin. Elle est allée s'affaiblissant pendant la nuit, le délire a continué; les mouvemens convulsifs, devenus moins forts, ont fini par disparaître, et la mort est survenue sans agonie.

L'autopsie n'a pas été faite.

Malgré les efforts qui ont été faits pour distinguer l'hydrophobie rabiforme de la rage, il n'est pas encore suffisamment prouvé pour beaucoup de médecins, que ces deux maladies ne soient pas identiques, que l'hydrophobie ne soit pas la rage développée spontanément chez l'homme. Bien qu'elles aient entre elles de nombreuses analogies, ces deux affections me paraissent cependant différer sous plus d'un point de vue, comme le prouvent d'une manière évidente les observations qui précèdent.

En effet, la vue des liquides, l'aspect des corps brillans qui suffisent ordinairement pour faire entrer les enragés en fureur, ne causaient à ces malades aucune agitation. Jamais l'envie de mordre les personnes qui les entouraient ne s'est manifestée chez eux; on sait qu'il n'en est pas toujours de même dans la rage. Ces malades n'ont offert en aucune manière ces paroxysmes si caractéristiques de la rage: il n'y a pas eu d'accès.

Les accidens nerveux se sont bornés, outre la dysphagie, à des troubles intellectuels, à du délire, à des frémissemens presque continuels, traversés de temps en temps par quelques secousses convulsives. Ces accidens loin d'augmenter jusqu'à la fin, comme on le voit dans la rage, ont toujours commencé à décroître quelques heures avant la mort; ils ont même fini par disparaître chez Pavery, à tel point qu'on aurait pu croire à un mieux très notable, si l'affaiblissement de l'intelligence, la petitesse et la fréquence du pouls, n'eussent trahi une altération profonde des forces vitales, et c'est dans cet état de calme apparent, que la mort est survenue comme subitement, et sans crise qui annonçât cette terminaison funeste. J'insiste sur ce point, car il me paraît caractéristique dans l'hydrophobie rabiforme. M. Chomel, à l'article *Hydrophobie* du Dictionnaire de médecine, sans paraître y attacher une grande importance, le note cependant comme signe distinctif. « La marche constamment croissante de la rage, dit-il, la distingue encore de l'hydrophobie, qui présente souvent une intensité égale pendant quelque temps, ou même une diminution progressive des accidens. »

que cet homme ne mourait pas enragé. Il eut en effet plusieurs paroxysmes assez marqués, et les accidens nerveux n'allèrent pas décroissant d'une manière évidente plusieurs heures avant la mort, comme cela se voit ordinairement dans l'hydrophobie rabiforme.

Si on pouvait en juger par les observations qui précèdent, l'hydrophobie rabiforme différerait encore de la rage par les altérations pathologiques qu'elle laisse après elle. Chez les deux sujets dont l'autopsie a été faite, le cervelet, le mésocéphale et le bulbe rachidien ont été trouvés dans un état de ramollissement très marqué. En cherchant attentivement dans les auteurs, je n'ai pas trouvé que ce ramollissement ait jamais été aussi prononcé dans la rage. Dans cette dernière maladie, dit Troilet, les poumons sont toujours engonés et souvent emphysémateux. Il n'y avait ni engouement, ni emphysème chez les malades dont j'ai rapporté l'observation. Leurs poumons étaient parfaitement sains; la muqueuse du larynx, de la trachée et des bronches était d'un jaune pâle, sans traces d'hypérémie. Ces deux sujets ont, en outre, offert un développement très remarquable des papilles qui se trouvent à la base de la langue. Cette hypertrophie portait en même temps sur les papilles à calice et sur les papilles fongiformes. Ces papilles étaient rouges, très saillantes à la surface de l'organe et donnaient, jusqu'à un certain point, à cette partie de la langue, l'aspect d'une plaie couverte de gros bourgeons charnus. Je ne crois pas qu'on ait jamais noté rien de semblable chez les individus morts de la rage. Les auteurs qui ont examiné avec soin l'intérieur de la bouche et les glandes salivaires chez les enragés n'ont jamais trouvé aucune lésion dans ces parties. J'ai cherché depuis lors cette hypertrophie des papilles linguales sur un assez grand nombre d'individus morts de diverses maladies, et je ne l'ai jamais trouvée portée à ce degré. Chez un homme, mort de tétanos, ces papilles étaient plus développées qu'à l'état normal; mais elles étaient loin d'avoir atteint le volume qu'elles offriraient chez les sujets dont j'ai rapporté l'observation.

Hémoptysie par action d'un foyer ardent sur le dos d'une personne a table; communiquée par M. J.-B. David, D. M. P.

Dans une saison où tant de bons bourgeois se font un mérite particulier de pouvoir prendre leurs ébats gastronomiques, ayant *le dos au feu et le ventre à table*, suivant leurs expressions, il peut être convenable de les prémunir contre un accident auquel ils s'exposent de gaîté de cœur, bien qu'il puisse avoir un funeste résultat.

Le fait suivant, que j'extrais de mes anciennes annotations, pourra servir d'avertissement utile.

Obs. — Nous étions sous l'influence des soirées longues, froides et brumeuses du mois de février 1819, au confluent de la Seine et de l'Oise. Madame la comtesse L..., alors âgée de 30 ans, jouissant d'une belle et bonne constitution, et sans aucune prédisposition maladive des organes de la respiration, était mère de six fils, qu'elle n'avait point nourris, et avait été toujours bien réglée, hors son temps de gestations.

Lorsque cette dame dînait chez son père, et cela lui arrivait souvent, elle avait la mauvaise habitude de se placer entre la table et la cheminée bien chauffée, de manière que, parfois, le dossier de sa chaise était brûlant, au point d'obliger à la couvrir de quelque tissu.

Un soir, vers dix heures, étant montée dans son cabriolet, avec son mari, pour se rendre à sa maison de campagne, à un quart de lieue de distance, Mme L... éprouva le besoin d'expectorer. Ayant présenté plusieurs fois son mouchoir à sa bouche, elle s'aperçut qu'il se teignait fortement de sang. Cela l'effrayant, elle revint chez son père, où j'étais encore; je la rassurai de mon mieux, en lui faisant remarquer que cet accident n'était qu'un premier résultat de l'habitude dont je l'avais blâmée, et que, la cause cessant, l'effet n'aurait point de suite redoutable: je pus l'espérer.

Pendant la nuit suivante l'expectoration sanguine, vermeille et écumeuse diminua; le repos, une température modérée et une boisson émolliente nitrée, y mirent fin sans retour en peu de jours.

Depuis lors, cette dame, mieux avisée, ne se ressentit plus de son accident. Les incommodités ou maladies qu'elle éprouva par la suite n'eurent aucun rapport avec lui, ou n'affectèrent que sympathiquement sa poitrine.

Tonnerre, ce 21 décembre 1840.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. Roux prend la parole pour remercier l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en lui confiant la présidence pour l'année 1841.

ORDRE DU JOUR. — PRÉPARATION DE COPAHU.

M. GUÉNEAU DE MUSSY fait un rapport officiel sur une nouvelle préparation de copahu, pour laquelle M. Germain, pharmacien, demande un brevet d'invention. En reponse à la lettre ministérielle, M. Guéneau établit que la préparation de M. Germain n'a rien de nouveau. Ce dernier s'est borné à masquer la saveur désagréable du mélange de copahu et de cubèbe qu'il emploie, par une substance solide. Ce procédé, déjà connu, ne constitue aucune invention, et ne l'emporte en aucune façon sur ceux que la pharmacie possède déjà.

BOISSON PROPOSÉE POUR REMPLACER LE VIN DANS L'ARMÉE. (Rapport par M. Dizet.)

Dans le but louable de remplacer dans l'armée l'usage du vin par une boisson moins dispendieuse, M. Toussaint a envoyé au ministre de la guerre la formule d'une liqueur nouvelle. L'Académie a été consultée sur cette boisson, et M. Dizet, organe d'une commission, s'est assuré par expérience que la liqueur proposée par M. Toussaint n'a aucune qualité qui rappelle le vin, et que, de plus, elle ne peut pas se conserver plus de dix jours intacte.

Les conclusions sont donc défavorables.

DIVERSES OPÉRATIONS DE CHIRURGIE PRÉSENTÉES PAR M. BOUILLET, DE SAINTES. (Rapport de M. Velpeau.)

Les observations dont M. Velpeau a donné l'analyse sont au nombre de cinq.

OBS. I. — Une femme portait sur la paupière supérieure une tumeur cancéreuse ulcérée. Après l'extirpation, il restait une vaste perte de substance, que M. Bouillet songea à combler par un lambeau de peau pris à la tempe. L'opération réussit.

M. le rapporteur trouve dans l'observation de M. Bouillet plusieurs assertions hasardées. Ainsi l'opérateur dit, d'une part, avoir enlevé le muscle droit supérieur et droit interne de l'œil, et, de l'autre, avoir vu, après l'opération, tous les mouvemens de l'œil se rétablir.

OBS. II. — Une femme, déjà sous le coup de la cachexie cancéreuse, était affectée d'un cancer du rectum; quoique le cancer remontât à 4 pouces dans l'intestin, et malgré l'état général, M. Bouillet tenta l'extirpation du mal et réussit. Il a pu, en suivant avec attention les phénomènes de cicatrisation, s'assurer que les tégumens remontaient vers le bout de l'intestin qui lui-même descendait vers la peau.

M. le rapporteur a eu occasion de vérifier l'exactitude de cette observation, qui, d'ailleurs, a été déjà faite.

OBS. III. — Extirpation de mâchoire supérieure et de l'amygdale correspondante, faite à une jeune fille de 15 ans, qui succomba.

OBS. IV. — Extirpation d'une parotide cancéreuse chez un militaire qui a parfaitement guéri.

M. Velpeau croit qu'il s'agissait là de ganglions parotidiens dégénérés, et non de la parotide elle-même.

OBS. V. — Il s'agit d'un cancer fort étendu de la région parotidienne, auriculaire, et dont l'extirpation commencée ne put être achevée. Le mal continua à croître et emporta bientôt le malade.

M. le rapporteur pense que, dans des cas de cancers aussi étendus, et surtout aussi mal limités, il y a témérité à entreprendre des opérations qu'on n'est jamais sûr de terminer.

CONCLUSIONS. Adresser une lettre de remercîmens à l'auteur, et insérer en tout ou en partie ses observations dans le bulletin de l'Académie.

ÉTUDES SUR LES CAUSES DE L'ORGANISATION DES FONCTIONS DE L'HOMME ET DE TOUS LES ÊTRES DE LA NATURE; par M. PICARD. (Rapport de M. Rochoux.)

Lors de la lecture de ce travail à l'Académie, nous avons mis nos lecteurs au courant des opinions philosophiques de l'auteur. L'honorable rapporteur, après avoir exposé ces opinions, s'est attaché à faire ressortir la vanité des hommes qui prétendent pénétrer les secrets de la nature sans se donner la peine de l'interroger et par le seul appui d'un esprit souvent mal cultivé. En passant il attaque les propriétés vitales que le siècle dernier a vu s'introduire dans la physiologie et qui, sous la plume de M. Bichat, y ont jeté de si profondes racines. Il termine par un court exposé des idées philosophiques de l'école à laquelle il appartient et que tout le monde sait être celle d'Épicure. (Conclusion; dépôt aux archives.)

M. GUÉNEAU DE MUSSY demande si le rapport est l'œuvre de la commission ou de M. Rochoux seulement. Il croit d'ailleurs que les questions traitées dans le rapport sont peu médicales.

M. CASTEL: J'ai signé le rapport de M. Rochoux, mais je n'en ai accepté la responsabilité que comme on accepte certaines successions, sous bénéfice d'inventaire. L'Académie sait que mes opinions physiologiques s'éloignent beaucoup de celles de M. Rochoux. Notre collègue a nié les propriétés vitales; je ne les admets point comme les admettait Bichat, mais il en est que personne ne peut méconnaître, c'est la sensibilité sans laquelle il est impossible de concevoir la vie.

M. PELLETIER demande l'ordre du jour sur l'objet du rapport.

M. DUBOIS veut qu'on se conforme pour M. Rochoux aux antécédens de l'Académie et qu'on adopte les conclusions.

M. ROCHOUX répond à M. Castel que la propriété d'un corps est quelque chose qui lui est tellement inhérent, qu'on ne peut concevoir l'existence de ce corps sans cette propriété. Or, ce que M. Castel appelle propriété vitale, n'est que le résultat de la vie. Les corps élémentaires seuls ont des propriétés.

M. GERDY: Avant d'attaquer les propriétés vitales, il faut au juste savoir ce qu'elles sont. Elles sont des pouvoirs, des facultés, des puissances qui existent au sein de l'économie vivante. Il est de ces propriétés qui sont évidentes. Un muscle se contracte, un nerf sent, voilà des propriétés vitales incontestables, palpables, la contractilité, la sensibilité. Il en est d'autres qui n'en existent pas moins quoique moins patentes. Un germe est fécondé. Il y a là deux facultés, celle de féconder et celle de recevoir la fécondation; ainsi, autant il y a de phénomènes distincts dans l'économie, autant il y a de propriétés vitales. Bichat a échoué en essayant de les expliquer par la contractilité et la sensation. Toutes les fois que ces propriétés sont des déductions rationnelles des phénomènes, elles sont réelles et doivent être admises, quel qu'en soit d'ailleurs le nombre; il ne faut avoir aucune crainte de les multiplier, car c'est un signe de progrès dans les sciences, et j'en prends la chimie à témoin. Il y a plus, quelques-unes de ces facultés regardées jusqu'à présent comme une, peuvent être décomposées; telle est la sensibilité dont les variétés sont très nombreuses et très distinctes.

M. ROCHOUX: En combattant les propriétés vitales de Bichat, M. Gerdy est de mon avis. Quant aux propriétés qu'il a admises, je crois qu'il confond ici propriétés vitales et fonctions vitales.

M. GERDY proteste contre cette conclusion; il renvoie d'ailleurs à son livre; il n'a jamais confondu deux choses, dont l'une est l'effet et l'autre la cause.

Après un moment d'agitation pendant lequel quelques membres demandent l'ordre du jour sur le rapport, l'Académie vote à une grande majorité les conclusions de M. Rochoux.

DE L'ENTRECROISEMENT DES PÉDONCULES CÉRÉBRAUX DANS LEUR MARCHE VERS LA MOELLE; par M. FOVILLE.

Ce mémoire, dont la lecture a été fort rapide, est rempli de détails anatomiques si minutieux que nous n'avons pu toujours suivre l'auteur. Nous attendons le rapport de la commission pour en donner une analyse plus détaillée. Aujourd'hui nous en exposons sommairement les idées principales.

L'effet croisé des lésions des lobes cérébraux est connu depuis longtemps; depuis longtemps aussi les médecins attribuent ce phénomène à l'entrecroisement des faisceaux nerveux au-dessous des pyramides antérieures de la moelle allongée. Arétée en parle déjà. Pourfour du Petit semblait l'avoir définitivement prouvé, quand quelques autres anatomistes, et Rolando surtout, sont venus le nier. Le but du mémoire est de prouver cet entrecroisement, et l'auteur l'admet non seulement là où les autres anatomistes l'ont décrit, mais dans une étendue beaucoup plus grande. Il a été conduit dans cette recherche par le défaut de proportion des pédoncules cérébraux conducteurs des influences cérébrales à la moelle, et des pyramides antérieures, qui sont la continuation de ces faisceaux.

M. Foville admet un ventricule médian dans la moelle; il a constaté l'entrecroisement des faisceaux pédonculaires droit et gauche, depuis la terminaison des pédoncules, qu'il nomme région fasciculée des pédoncules, jusqu'à l'extrémité supérieure des pyramides antérieures. L'entrecroisement se fait dans toute cette étendue, d'un côté à l'autre et d'avant en arrière. Il en résulte que l'entrecroisement, loin d'être borné à la fin de la moelle allongée, existe au niveau des pédoncules, au niveau de la protubérance et dans toute la hauteur de la moelle allongée. (Renvoyé à une commission.)

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE SUR LES MALADIES VÉNÉRIENNES (seconde partie); par M. P. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, etc. — 1 vol. in-8. à Paris, chez J. B. Baillière et Germain Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17; à Lyon, chez Savy, éditeur, quai des Célestins, 48.

Au milieu de l'impulsion récemment donnée à l'étude des maladies vénériennes, au milieu des discussions dont elles ont fait retentir l'Europe entière, un fait étrange, mais incontestable frappe celui qui jette un coup d'œil sur cette partie de la médecine, c'est qu'il n'existe aujourd'hui aucun traité reproduisant l'état présent de nos connaissances sur ces affections. Monographies sur un point isolé, articles de polémique, mémoires à consulter, recherches statistiques, tels sont les seuls élémens que notre siècle ait jusqu'ici fournis à la syphilographie; mais un livre élémentaire et pratique, capable de servir de guide au jeune médecin, manquait encore. Malgré tout leur mérite, Astruc, Hunter, Swédiaur sont arriérés; d'autres ouvrages plus récens, mais entachés d'une théorie

vicieuse, ne peuvent passer que pour de brillans plaidoyers en faveur d'une mauvaise cause; les articles de dictionnaire pèchent par le défaut de vues d'ensemble; les manuels par trop de brièveté; les leçons orales de M. Ricord n'ont encore reçu qu'une publicité bien insuffisante. Dans de telles conjonctures, ce ne sera point faire une phrase de prospectus que d'annoncer le livre de M. Baumès comme répondant à un besoin généralement senti. Ce n'est d'ailleurs pas cette seule circonstance qui en fait le prix; car, outre l'opportunité de son apparition, cet ouvrage a une valeur intrinsèque dont nous allons chercher à donner une idée en indiquant quelques-uns des points qui, soit par leur nouveauté, soit par la manière dont ils sont présentés, nous ont paru les plus saillans.

Après avoir, dans son premier volume, exposé une doctrine générale sur la nature, les divers effets, et le traitement du virus vénérien (1), M. Baumès a abordé dans cette seconde partie l'histoire purement pratique de chacun des symptômes de la maladie syphilitique. Dès les premières pages se présente une question importante, et que l'auteur s'est réellement appropriée par les développemens pleins d'intérêt qu'il a su lui donner. Le traitement de la blennhorragie étant le plus souvent local, c'est à bien déterminer son siége que doit d'abord s'attacher le médecin. Or, se contenter de dire avec la plupart des auteurs que cette maladie occupe le canal de l'urètre, c'est rester bien loin de la précision qu'exige la pratique. Il est d'observation qu'ordinairement bornée aux parties voisines du méat urinaire, elle débute aussi quelquefois par la portion prostatique du canal. M. Baumès s'emparant de ce fait y a trouvé l'explication de ces blennhorragies qu'on a nommées *sèches*, à cause de la petite quantité du liquide sécrété, et de la difficulté de son évacuation au dehors. Soit primitive, soit succédant à une affection d'abord plus étendue, cette inflammation des points les plus profonds de l'urètre était restée à peu près confondue dans la description générale; et les remarques de M. Baumès sur ses causes, son diagnostic, et principalement sur la longue persistance de sa propriété contagieuse, serviront utilement à compléter son histoire jusqu'ici trop négligée.

La description de la blennhorragie et de ses accidens ou complications laisse peu de prise à la critique. Dans les moindres détails apparaît le fruit d'une expérience approfondie; et les corollaires de l'observation se trouvent parfois heureusement substitués à des propositions trop aveuglément admises sur la foi de nos devanciers. Ainsi tandis qu'en réalité les trois quarts des blennhorragies non traitées passent à l'état chronique, la plupart des auteurs classiques enseignent que la terminaison naturelle de cette maladie est la résolution qui survient du quarantième au cinquantième jour, et confians dans ce principe erroné, les malades attendent patiemment une guérison spontanée dont les chances diminuent cependant à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'invasion. Nous approuvons donc hautement le passage où M. Baumès rétablit les choses à leur véritable place, et, faisant de la règle communément admise l'exception, professe que c'est seulement dans des cas rares que l'écoulement tend naturellement à se tarir.

J'ai encore noté comme intéressant, sous le même point de vue, ce qui, dans le livre de M. Baumès, a rapport à l'emploi des injections. Rien de plus confus que les règles données à cet égard par les auteurs, et malheureusement trop souvent ici la pratique se ressent du vague des préceptes. Faut-il continuer une injection qui devient irritante? Jusqu'à quel point doit-elle causer de l'irritation pour être curative? Doit-on cesser l'usage dès que l'écoulement a disparu? Et, si on le continue, jusqu'à quelle époque le fera-t-on, et avec quelles précautions? Voilà autant de points dont trop souvent les médecins abandonnent la détermination au caprice de leurs cliens, c'est-à-dire au hasard. Je sais combien il est difficile de faire à toutes ces questions une réponse catégorique; je sais tout ce qu'offre de ressources pour excuser une récidive, pour se disculper d'un insuccès, cette incertitude dans laquelle on ne craint pas de laisser parfois volontairement les malades. Mais c'est précisément dans ces conjonctures délicates que le secours d'un guide se fait plus vivement sentir aux médecins consciencieux; et si je leur indique le livre de M. Baumès, c'est parce que je n'ai trouvé nulle autre part un langage aussi précis, des détails aussi circonstanciés sur le sujet qui nous occupe.

Malgré le soin avec lequel a été traité tout ce qui se rapporte à la cure de la blennhorragie, il est plusieurs règles au sujet desquelles le lecteur sentira probablement le besoin d'avoir quelques éclaircissemens. Est-il vrai, comme le dit M. Baumès, qu'il *soit presque toujours dangereux d'obtenir la résolution avant l'apparition de tout écoulement?* Est-il vrai qu'il convienne de porter jusqu'à 2 grammes, pour 30 grammes d'eau distillée, la quantité de nitrate d'argent destinée à faire avorter une blennorrhagie? Enfin, une pratique tant soit peu hasardeuse est celle qu'il préconise (V. p. 62), et qui consisterait, après que le copâhu a coupé l'écoulement, à le continuer, en en donnant seulement *une petite dose tous les deux à trois jours*. L'administration continue et progressivement décroissante du médicament, à cette période de la maladie, me paraît mériter la préférence sur la conduite que recommande M. Baumès, et qui exposerait, je crois, presque certainement à une récidive.

L'administration du mercure peut-elle devenir nécessaire dans la blennorrhagie? Voilà encore un point sur lequel nous ne saurions partager les idées de M. Baumès, et, quelque restreintes que soient les bornes dans lesquelles il consent à renfermer l'opportunité d'un traitement général dans ces cas, on comprend que nous ne pouvons ici faire aucune concession. Cette divergence d'opinion est d'ailleurs plus apparente que réelle, et ne porte guère que sur le côté théorique de la question. Car le traitement général ne se prescrit que contre les symptômes consécutifs, ou contre la blennhorragie elle-même. Or, sous le premier rapport, que les symptômes secondaires aient succédé, ainsi que l'admet M. Baumès, à une simple blennhorragie, ou que, comme nous le pensons, ils ne puissent résulter que d'un chancre, du moment où ils apparaîtront avec leur physionomie propre, tout dissentiment cessera, et, pour lui comme pour nous, le traitement à leur opposer sera le même. Quant au second point de vue, nous nions, il est vrai, l'efficacité du mercure contre la blennhorragie, et partant, nous ne le conseillerions jamais dans ce cas; mais pourrait-on voir dans cette déclaration le motif d'un désaccord sérieux entre la pratique de M. Baumès et la nôtre, quand on l'entend avouer que *le plus souvent les préparations mercurielles ont laissé le suintement blennhorragique, tel qu'il était auparavant?*

Dans le chapitre de l'orchite ou épididymite blennhorragique, on trouvera une bonne description comparative de l'orchite qui survient par sympathie, et de celle dont la progression a lieu par l'envahissement successif des parties situées entre l'urètre et l'épididyme. Ce sont là des notions positives, permettant d'établir un diagnostic rigoureux entre deux variétés essentiellement différentes, et si cette distinction n'a eu jusqu'ici que l'intérêt d'une explication théorique, je ne doute pas que tôt ou tard elle ne porte ses fruits en thérapeutique; car peut-on rationnellement supposer que le même traitement convienne dans deux maladies dont la marche est si distincte? Sous ce rapport, le parallèle établi et bien détaillé par M. Baumès conservera toujours sa place dans l'histoire de cette maladie. Les moyens curatifs sont, avec raison, divisés en ceux qui conviennent pendant la période inflammatoire, et ceux qu'on emploie pour dissiper l'engorgement qui persiste après la disparition des premiers symptômes. La compression, suivant la méthode de Fricke, ne doit, d'après M. Baumès, être employée que *lorsque toute inflammation est à peu près tombée*. Ce conseil me paraît un peu timide, et ne permettrait certainement pas d'avoir, avec ce procédé, les beaux résultats que j'ai vu obtenir de son application faite à l'époque de la plus grande acuité du mal.

Après l'histoire symptomatologique du chancre et de ses variétés, où l'on remarquera principalement ce qui a trait à la description du chancre induré, l'auteur passe au traitement. Nous avons ici à signaler une méthode qui lui est propre. Il admet l'efficacité de la cautérisation; mais la manière dont on la pratique généralement lui semble de nature à bien diminuer les avantages qu'on pourrait en attendre. Effectivement pour mettre à découvert les points sur lesquels elle doit porter, il faut retirer le prépuce en arrière: et cette manœuvre, surtout quand elle est faite par le malade, expose les parties affectées à des tiraillemens qui ne peuvent que retarder la guérison. Pour éviter cet inconvénient, M. Baumès préfère laisser le prépuce et le gland dans leurs rapports naturels, et injecter dans leur intervalle, plusieurs fois par jour, la solution caustique.

Cette pratique mériterait d'être signalée: mais remarquons qu'en la suivant, on ne peut employer qu'un liquide dont la force caustique sera toujours bien inférieure à celle du nitrate d'argent solide; car on ne saurait lui donner un degré élevé de concentration, sans exposer les surfaces qui avoisinent le chancre à une irritation pour le moins inutile. Tel qu'on l'injecte même, ce liquide ne passe pas sans douleur sur les parties saines, et comme d'un autre côté il ne porte sur le point malade qu'une action affaiblie, comme enfin les avantages de l'immobilité, qui est le meilleur effet de cette méthode, n'existent que pour les chancres situés sur le prépuce ou à la couronne du gland, je serais assez porté à borner son application à ces cas, tout en déclarant que son invention est une conquête précieuse pour l'art, une ressource très utile à ajouter à celles

(1) Nous avons déjà consacré un article à la critique de ce premier volume, lors de son apparition. (Voy. GAZETTE MÉD., 1840, n° 16, p. 252.) M. Baumès n'ayant, dans celui-ci, énoncé aucun fait nouveau à l'appui de sa doctrine, aucun argument contre les objections que nous lui avons adressées, il n'y a pas lieu pour nous à revenir sur le jugement que nous crûmes alors devoir porter sur ses principes théoriques.

que l'on possède déjà pour hâter la cicatrisation d'un chancre rebelle aux moyens ordinaires.

A l'article du phymosis, M. Baumès a trouvé matière à quelques considérations pleines de justesse et d'intérêt, en discutant les motifs qui doivent porter ou détourner le praticien de l'opération, dans le cas où la coarctation du prépuce coexiste avec des chancres à la période de progrès. On me saura gré de citer ce passage qui servira aussi comme exemple de la manière dont l'auteur envisage les questions pratiques :

« Il est impossible de prescrire des règles positives sur ce point. Le choix est souvent laissé au tact du médecin. Il faut que les accidens soient menaçans pour se décider à faire une opération qui ajoute des surfaces chancreuses à celles qui existent déjà, sans compter la difformité qui en résulte plus tard ; car on ne peut faire dans la généralité des cas qu'une incision du prépuce au lieu de la circoncision. Celle-ci est en effet impossible, soit à cause de la distension, du gonflement du prépuce, soit parce qu'elle laisserait à découvert une trop grande étendue de surface entamée destinée à devenir infailliblement, et quoiqu'on fasse, la proie du pus virulent..... Il faut donc qu'il y ait inflammation très considérable, accidens généraux, crainte bien fondée de chancres gagnant en profondeur, végétations très douloureuses et abondantes se développant dans tous sens pour se décider à opérer ; et ce n'est qu'après avoir d'ailleurs traité préalablement et convenablement le malade, pour combattre les accidens inflammatoires, nerveux, par la saignée du bras, les sangsues vers la racine de la verge, les bains généraux, les bains locaux adoucissans, calmans, narcotiques, les injections analogues entre le gland et le prépuce, les cataplasmes émolliens laudanisés, etc., qu'on prend cette décision. On aura usé alors de la réserve que recommande avec raison Hunter. »

Jusqu'ici la classification des bubons a été chose tout à fait arbitraire. Chaque auteur prenant un point de départ différent, on les a vus successivement distingués d'après leur profondeur, d'après leur situation au-dessus ou au-dessous du pli de l'aine. Leur caractère simplement phlegmasique ou virulent, l'espèce de tissu envahi, etc., toutes ces considérations ont leur utilité ; mais, comme le dit M. Baumès, « le classement essentiel des bubons est relatif à la manière dont l'inflammation marche, se développe, se termine en eux. C'est sur l'observation de ces différentes phases que se base en effet la prescription du traitement à appliquer. » Il décrit en conséquence : 1° l'engorgement ganglionnaire ; 2° les bubons phlegmoneux non-fluctuans ; 3° les phlegmoneux fluctuans ; 4° phlegmoneux suppurés chancreux ; 5° phlegmoneux suppurés simples ; 6° non phlegmoneux indurés ; 7° non phlegmoneux fluctuans ; 8° non phlegmoneux suppurés.

Si c'est réellement là la meilleure division, si ces huit chefs comprennent toutes les espèces de bubons, et correspondent chacun à une variété bien distincte, nous aurons nécessairement une description complète, sans redites ni omissions importantes. C'est en effet ce qu'on trouve dans cette partie du livre, et la clarté des développemens est la plus sûre et la plus utile preuve de la bonté du plan qui les a inspirés. Comme chaque chose est à sa place, comme chaque forme, chaque individualité de la maladie est décrite et jugée à part, l'abondance des détails repose l'esprit au lieu de causer cette fatigue que produit inévitablement la lecture de certains ouvrages où l'auteur est forcé de présenter à chaque instant, et presque sur le même niveau, l'exception à côté de la règle, parce que, faute d'une bonne division, il lui faut renfermer dans un même cadre les cas si disparates qu'offre la pratique.

Les accidens secondaires de la syphilis méritaient une large mention, et ici nous retrouvons encore dans l'ouvrage de M. Baumès cette physionomie toute pratique qui fait son plus grand mérite. A l'occasion des syphilides, sans s'astreindre rigoureusement à aucune des classifications en honneur, il décrit ce qu'il a vu, et par conséquent décrit bien. Car, je le répète, M. Baumès parle d'après son expérience personnelle, et ne croit pas, lorsqu'il faut décrire une maladie, qu'il soit permis de se tirer d'affaire avec une dénomination grecque ou latine. Il en trace le portrait d'après nature ; ce qui, par parenthèse, vaut, ce me semble, beaucoup mieux pour les élèves que la plus élégante terminologie. Un chapitre remarquable est celui où il rapproche des syphilides les diverses affections vénériennes consécutives de la bouche, en indiquant les conditions de fonction et de structure qui empêchent ici une complète ressemblance.

Enfin n'oublions pas de mentionner le formulaire qui termine cet ouvrage, et où se trouve jointe, à l'indication des procédés appartenant à l'auteur, celle des compositions diverses dont son expérience lui a démontré l'efficacité.

D....

VARIÉTÉS.

TRANSLATION DU CONCOURS DE CHIRURGIE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Par ordonnance du ministre de l'instruction publique, grand-maître de l'université, du 16 décembre, le concours pour les deux chaires de clinique et de pathologie chirurgicales qui devait s'ouvrir devant la faculté de médecine de Strasbourg, le 2 janvier, a été reporté au 2 mai 1841, et sera ouvert devant la faculté de médecine de Paris. Ce concours sera publiquement annoncé par la voie des journaux et par des affiches.

DISTRIBUTION DES PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

La distribution des prix de la faculté de médecine pour l'année scolaire 1839—1840 a eu lieu le 5 novembre, en réunion générale de toutes les facultés. Pour la première fois depuis qu'elle existe, la faculté de médecine n'a pas eu de séance particulière, ce qui a beaucoup diminué la solennité de cet acte public. Pour la première fois aussi les prix n'ont été distribués qu'aux élèves de l'école pratique, qui avait été organisée au mois d'avril de l'année dernière par arrêté du conseil royal de l'instruction publique. Il faut excepter cependant les prix de clinique, d'anatomie pratique et de thèse qui avaient été annoncés dès le commencement de l'année scolaire.

Sur le rapport de commissions spéciales, les prix ont été décernés de la manière suivante :

PRIX INSTITUÉS PAR L'UNIVERSITÉ. — *Premier prix de l'école pratique* : M. Hirtz (Louis), de Wintzenheim (Haut-Rhin). *Premier second prix* : M. Joyeux (Jules-Antoine), de Strasbourg. *Deuxième second prix* : M. Reibel (François-Libéré), de Strasbourg.

PRIX INSTITUÉS PAR LA FACULTÉ. — *Première classe de l'école pratique. Premier prix* : M. Willemin (Prosper-Alexandre), de Strasbourg. *Deuxième prix* : M. Coze (Pierre-Léon), de Strasbourg. *Seconde classe. Premier prix* : M. Hanser (Josué), de Dornenach (Haut-Rhin.) *Deuxième prix* : M. Wieger (Frédéric), de Strasbourg. *Troisième classe. Premier prix* : M. Hirtz (Louis) *Deuxième prix* : M. Reibel (François-Libéré).

Prix d'anatomie pratique : M. Delineau (Henri), de Poitiers.

Prix d'observation clinique : M. Jules Joyeux.

Thèse couronnée : Celle de M. le docteur Hergott (François-Joseph), de Guebwiller (Haut-Rhin).

A la même occasion, M. le préfet avait distribué, les années précédentes, à MM. les médecins cantonaux, des prix de vaccination, qu'accorde annuellement le conseil général du département. Cette fois, à ce qu'il paraît, on n'a pas jugé à propos de faire cette distribution dans une solennité qui n'était plus tout à fait médicale.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN COMMUNAL DE LA VILLE DE STRASBOURG.

Le maire de la ville de Strasbourg a fait annoncer, dans les journaux du département, un concours pour une place de médecin communal, extra-muros. Les candidats seront examinés par une commission composée de deux professeurs de la Faculté de médecine et trois praticiens de la ville. Le jour de l'ouverture du concours n'est pas encore fixé. On s'inscrit au secrétariat de la mairie. Le titre de docteur en médecine est exigé, et les candidats doivent connaître la langue de la localité.

— La société de médecine de Bordeaux a décerné une médaille d'or au meilleur mémoire sur LES RECHERCHES SUR LA VARIOLE CHEZ LES VACCINÉS, question qu'elle a mise au concours. L'auteur du mémoire couronné est M. le docteur STEINBRENNER, de Wasselonne (Bas-Rhin).

— SUR LA MYOTOMIE, appliquée au traitement du strabisme ; par FLORENT CUNIER, D. M., médecin-oculiste, chirurgien du dispensaire ophthalmique de Bruxelles, rédacteur en chef des ANNALES D'OCULISTIQUE, in-8, avec planches. Prix : 2 fr. 50 c.

Chez H. Cousin, libraire, rue Jacob, 25.

— RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES MALADIES DES ORGANES URINAIRES ET GÉNITAUX, considérées spécialement chez les hommes âgés, ouvrage entièrement fondé sur de nouvelles observations ; par L. AUGUSTE MERCIER, D. M. P., etc., in-8. Prix : 6 fr.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LES ÉPANCHEMENS DANS LA POITRINE, ET SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR RETIRER LES FLUIDES ÉPANCHÉS, SANS LAISSER PÉNÉTRER L'AIR EXTÉRIEUR DANS LE THORAX; par M. Reybard, docteur-médecin, à Lyon.

Il existe peu de maladies dont le traitement soit aussi peu avancé et aussi incertain que celui des épanchemens de sang, de pus et de sérosité dans la poitrine : c'est donc un devoir pour ceux qui s'intéressent aux progrès de l'art de chercher à dissiper toutes les incertitudes qui règnent encore sur cette partie de la science chirurgicale. Peut-être aurais-je négligé de m'occuper d'un sujet aussi important, si le regret d'avoir perdu un malade qui m'était cher, à la suite d'une opération d'empyème de sang, ne m'avait fourni l'occasion de méditer sur la cause de ce revers.

Je connaissais tous les moyens usités dans l'opération de l'empyème, dans le but d'empêcher l'introduction de l'air extérieur à travers l'ouverture que l'on pratique à la poitrine pour en retirer les matières épanchées; et même longtemps avant de pratiquer cette opération, j'avais déjà apprécié l'insuffisance de ces précautions, car elle m'avait été démontrée par l'impossibilité où je m'étais trouvé de prévenir cet accident chez le nommé Huiton, de la commune de Condé (Jura), atteint d'un épanchement purulent qui s'ouvrit naturellement dans le haut de la poitrine, par une ouverture large et directe. Ce malade, qui vint mourir à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans l'année 1816, pendant que j'y faisais le service de chirurgien interne, me fournit l'occasion d'observer attentivement le mécanisme de la respiration, lorsque la poitrine est ouverte extérieurement, et de m'assurer, par exemple, que l'air extérieur pénétrait dans la poitrine à travers la plaie pendant l'inspiration. J'étais donc bien arrêté sur ce point, peut-être ignoré aujourd'hui de beaucoup de médecins, savoir, qu'une ouverture de la poitrine, quand elle est large, c'est-à-dire constamment libre, laisse sortir les fluides épanchés pendant l'expiration, et que l'air extérieur s'y introduit seulement pendant l'inspiration. Instruit de ces particularités, et sachant d'ailleurs que chacun des mouvemens de la respiration, quoique dépendant tout à la fois de la vie organique et de la vie animale, peut cependant, sous l'influence de la volonté, être étendu et prolongé, ralenti ou accéléré, j'imaginai qu'il serait possible d'empêcher l'introduction de l'air extérieur dans la poitrine, en ne maintenant libre l'ouverture faite aux parois du thorax, dans l'opération de l'empyème, que pendant le mouvement de la respiration durant lequel les matières épanchées s'échappent de la poitrine, c'est-à-dire pendant l'expiration, et en fermant cette même ouverture pendant le mouvement de la respiration durant lequel l'air se précipite dans la poitrine, c'est-à-dire pendant l'inspiration. Le malade lui-même devait favoriser ces précautions, en exécutant d'une manière prolongée les mouvemens d'inspiration et d'expiration.

Ce procédé, basé sur les connaissances physiologiques de la respiration dans l'état sain, et dans l'état morbide, me parut assez rationnel

Feuilleton.

COUP-D'OEIL SUR LES TRAVAUX ET LES ÉVÉNEMENS DE L'ANNÉE.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

Les travaux d'application, ou relatifs à l'art proprement dit, occupent la plus grande place dans les travaux de l'année. Sous ce rapport, il n'est peut-être pas inutile de rappeler une distinction qui, en montrant la différence essentielle que nous croyons exister entre la science et l'art, a pour but d'encourager et de favoriser les développemens de ce dernier dans sa partie la plus importante et la plus utile, dans ses principes. Les principes de l'art, qu'on le remarque bien, ne sont pas la science; c'est la science de l'art, si l'on veut, mais ce n'est pas la science, à proprement parler. Celle-ci a pour objet la connaissance des maladies, c'est-à-dire la connaissance de leur cause, de leur mode d'évolution et de leur phénomenalité, et, à défaut de cette notion essentielle et définitive, la notion provisoire de leur caractéristique. L'art, au contraire, n'a d'autre but que d'éclairer et d'assurer la marche du remède, le remède étant trouvé. Sans doute la science et l'art se confondent : l'art comme fin de la science, et la science comme moyen de l'art. Mais comme il est possible, à la rigueur, d'avoir la science sans l'art, et jusqu'à un certain point l'art sans la science, il importe de bien fixer la limite où on peut cesser de subordonner les progrès de l'un aux progrès de l'autre; car si la science véritable, la science constituée, n'existe pas et est impossible à l'heure qu'il est, nous devons nous tourner, en désespoir de cause, vers l'art qui est possible sans la science, et hâter ses développemens dans les limites de cette possibilité. C'est faute d'avoir fait cette distinction qu'on s'est consumé en vains efforts vers un but impossible, tandis qu'on eût fait peut-être quelque chose de plus utile en se restreignant à ce qui était immédiatement réalisable. Or, l'art circonscrit dans sa possibilité actuelle ne peut et ne doit être que l'art empirique, c'est-à-dire la recherche des agens et des moyens propres à guérir tels ou tels états morbides reconnus, mais non encore connus, et la détermination expérimentale des conditions phénoménales dans lesquelles ces remèdes peuvent et doivent être appliqués. Ceci n'est que l'art aveugle et provisoire, en attendant l'art rationnel et définitif, c'est-à-dire celui qui procédera directement de la notion essentielle et définitive des maladies. Mais, ainsi que nous l'avons dit bien des fois, ce qu'on a fait jusqu'ici pour la pathogénie des maladies se réduit à quelques ébauches de théories prématurées, qui se sont succédé en se renversant mutuellement; et, pour la thérapeutique rationnelle, à des essais qui ont subi le sort des vues théoriques qui les avaient engendrés. Si l'on se pénétrait bien de la signification de cette expérience du passé, on se résignerait à ne plus la tenter avant que la science ait été réellement mise en possession de données certaines sur le mécanisme physiologique et pathologique

pour me décider à pratiquer l'opératinn de l'empyème sur nn jeune homme atteint d'un épanchement sanguin à la suite d'une plaie pénétrante de poitrine.

Ayant ouvert la poitrine et placé dans la plaie une cannle ordinaire dnnt je tenais l'ouverture fermée avec le doigt indicateur de la main drnite, je me comportai d'après les indicatinns précédentes. Ainsi lorsque le malade eut commencé l'effort d'expiration, ayant levé le doigt qui bouchait la canule, je vis le sang s'échapper aussitôt de la poitrine en jet cnntinn, durant tonte cette expiration, dont je snrveillai la fin, ponr boncher la cannle avant l'inspiration qui devait succéder. Une nouvelle inspiration ayant en lien, je déboncbai encore pendant l'expiration suivante l'ouverture de la canule. Celle-ci fut donc fermée et onverte dans les monvemens d'inspiratinn et d'expiration; et durant cette opération, le malade me tenait le bras pour m'avertir, à l'aide d'une pression légère, qne cbaque expiration tonchait à sa fin, ce qui se reconnaissait encore à un ralentissement dans l'écoulement de la matière épanchée. Après chaque expiration, il y avait un instant de repos nécessité par l'extrême fatigue qui résultait de l'effort que faisait le malade pour chasser et retenir en même temps l'air de la poitrine, d'après le mécanisme usité pnur l'expulsion des matières fécales. J'avais déjà, à l'aide de ces précantions, retiré la moitié du sang épanché dans la pnitrine, sans que l'air eût pénétré dans cette cavité, lorsqu'il s'y introdnisit inopinément durant nn secousse de toux survenue an milieu d'un effort d'expiration. Le même accident s'étant encore renonvelé plusieurs fois, je compris tnute l'insuffisance de mon procédé, et suspendis l'opération, en ayant toutefois la précantion avant de retirer la canule, de faire exécuter an malade nn grand effort d'expiration pour chasser autant que possible l'air qui s'était introdnit dans la poitrine. La plaie fnt ensnite rénnie et converte avec nne emplâtre agglutinatif. Le malade respirait avec plns d'aisance, le poumon s'était relevé et occnpait presque toute l'étendue de la poitrine qui devint sonore. Je ne désespérais pas encore du sncces de mon opération, lorsqne huit beures plns tard, un frisson avec tremblement général qui dura plus d'nne beure et fut suivi d'une fièvre violente, devint le signal d'une inflammation de la plèvre à laquelle le malade succomba le troisième jour.

Je ne parle de cette opération qne ponr indiqner le point d'où je suis parti pour m'occuper dn traitement des épancbemens dans les plèvres, et pour démontrer sinon l'inutilé, du moins l'insuffisance des nouvelles précautions sur lesquelles j'avais compté pour empêcher l'introduction de l'air à travers l'onverture de la poitrine. Il est en effet très difficile de suivre tous les monvemens de la respiration, et presque impossible, à canse de l'inégalité de leur durée, de préciser le moment convenable pour onvrir ou fermer la canule.

Dans la persuasion où j'étais que la perte de mon malade devait être attribuée à l'entrée de l'air extérieur dans la poitrine, je formais la résolution de ne plus pratiquer l'empyème tant que l'art ne m'offrirait pas un moyen sûr d'empêcher un tel accident. Je déplorais encore l'impnissance de cette opération, lorsque le secret propre à en assurer le succès me fnt tout à coup révélé.

Une canule simple à l'une des extrémités de laquelle j'adaptais une vessie vide et fraîche, ou conservée longtemps ramollie dans l'eau tiède, constituait essentiellement ce nonvean procédé, que j'expérimentai d'abord très souvent et avec succès sur les animaux.

J'ai publié cette déconverte dans un mémoire qui suit mon travail sur les anus contre nature. Après de nombreuses expériences de ce genre faites avec ma canule-sonpape, appelée alors canule à vessie, j'eus occasion de l'employer à la gnérison d'un jeune homme atteint d'un épanchement purulent onvert à l'extérieur de la poitrine et dans les brnnches. La canule engagée dans la plaie laissait conler le pns, qui s'amassait insensiblement dans la vessie; j'avais adapté à cette dernière un petit tube portant un bonchon qu'on ôtait pour la vider lorsqn'elle était pleine. Qnoique cet instrnment me semblât d'nne grande perfection, je m'aperçns cependant, durant mes expériences, qn'il ne pouvait donner issue en même temps an sang et à l'air retenu dans la poitrine, et lorsqne l'air sortait par la canule pendant l'expiration, il distendait la partie supérienre de la vessie oň il était retenn, et rentrait dans le thorax pendant l'inspiration. Ainsi l'air sortait et rentrait alternativement dans la poitrine, sans qu'on pût l'en retirer, tandis que le pus qui sortait avec l'air se précipitait seul an fond de la vessie et s'y amassait. Or, ponr être parfaite, la soupape que j'avais adaptée à la canule devait permettre à la fois la sortie de l'air et du pus, et empêcher en même temps l'introduction de l'air extérienr dans la poitrine; ponr atteindre ce degré de perfection, il me parut suffisant de diviser la vessie, et d'en attacher nn morceau d'une longueur d'environ 81 centimètres à l'extrémité de la canule. Cette portion de vessie ou de gros boyan se comportait comme nne soupape, et durant l'expiration permettait la sortie du pus et de l'air qui s'échappaient en écartant ses parois minces et habituellement contigués, et se fronçait an contraire pendant l'inspiration pour boncher l'ouverture extrême de la canule, pressée qu'elle était en cet endroit par la colonne d'air qui tendait à pénétrer dans la poitrine.

Lors de ma seconde opération d'empyème, j'ai remplacé la portion de vessie qui m'avait servi dans la première observation par un morcean de boyau de chat fraîchement préparé, ou mieux par un morceau de baudruche apprêté avec le boyau de cet animal, mais longuement ramolli dans l'ean tiède, de manière à reprendre la souplesse qn'il présentait au moment de la préparation. Ce boyan ayant une dimension moindre qne la vessie, et des parois plus minces et plus souples, remplit mienx qu'elle l'office d'une sonpape.

Ma cannle à sonpape se compose donc anjourd'hui de denx pièces essentielles : 1° d'un tube; 2° d'un morceau de boyau de cbat, apprêté et constamment ramolli dans l'ean tiède. Le ramollissement de cette pièce est indispensable, car son état de siccité empêcberait d'atteindre le but qu'on se prnpose.

La longuenr dn tube, en général de 81 millimètres, pent varier suivant la profnndeur de la plaie, ou l'épaisseur des parois de la poitrine. Sa grnsseur, terme moyen, est celle d'une sonde de gros calibre. Une de ses extrémités présente une onverture directe, surmontée d'un petit rebord, qui sert à retenir le boyau de chat qu'on y attache. L'autre extrémité est arrondie et percée comme les sondes de deux ouvertures latérales. La moitié dn tube qui correspond à l'ouvertnre externe est garnie d'un pas de vis, sur lequel on peut arrêter un emplâtre agglutinatif. Ce dernier, formé par la réunion de plusieurs morceaux de toile de diachylon gommé, et percé à son centre d'nn petit trou, pour donner passage à l'extrémité ronde de la canule, sert à fixer celle-ci dans la plaie, ainsi qu'à rapprocber et réunir ses lèvres, de façon que l'air ne pnisse s'introduire dans la poitrine. Le morceau de bandruche, long d'environ trois

---

du corps de l'homme. Cette espèce d'ostracisme contre tout ce qui aurait quelque prétention à la rationalisation prématurée de l'art soulèvera peut-être bien des oppositions : elles trouveront réponse dans l'inventaire des acquisitions de la thérapeutique ancienne et moderne, et en particulier dans celles qui se sont produites pendant l'année 1840.

Ce qui précède ne s'applique qu'aux maladies spontanées, et non aux lésions mécaniques, dont la raison d'être et le remède rationnel sont connus, au moins dans leurs relations éloignées. Sous ce rapport, la chirurgie peut servir, jusqu'à un certain point, d'exemple préliminaire à la constitution de la thérapeutique médicale; car si l'on n'est pas encore parvenu, dans le plus grand nombre des cas, à combler les nombreux hiatus que présente la détermination du mécanisme des lésions chirurgicales les plus matérielles, on ne peut pas méconnaître que les principaux intermédiaires entre ces lésions et leur cause efficiente, soient suffisamment connus pour permettre d'en induire une thérapeutique rationnelle. Nous aurons soin, chemin faisant, de signaler ces exemples quand ils se rencontreront.

L'anatomie chirurgicale n'a été l'objet d'aucun travail suivi. M. Maslieurat-Lagémard a continué ses recherches sur les aponévroses et les synoviales du pied. Il en a déduit la nécessité de substituer l'amputation du premier metatarsien dans la continuité à l'amputation dans la contiguité.

La médecine opératoire doit à M. Sédillot un procédé nouveau d'amputation de la jambe au tiers supérieur, et un perfectionnement de l'amputation tarso-tarsienne; à M. Lenoir, une modification de la méthode circulaire appliquée à l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles. M. Vidal a eu l'heureuse idée d'utiliser un instrument jusque-là inutile, en proposant d'employer le tire-fonds dans les résections des os. L'ingénieux chirurgien de Lausanne a continué ses efforts de réforme et de simplification dans le traitement des luxations et des fractures : ses utiles tentatives ont trouvé un imitateur dans M. Rigal de Gaillac, qui est venu soumettre à l'Académie un nouveau système de déligation chirurgicale. — M. Jobert a imaginé un nouveau procédé pour la cure de la cystocèle vaginale. Ce procédé consiste à tracer à l'aide du nitrate d'argent, sur les parties latérales de la tumeur, deux lignes longitudinales qui ont la même étendue que la cystocèle; ces lignes sont, pendant dix à douze jours, cautérisées à diverses reprises, jusqu'à ce que le caustique ait produit une plaie qui intéresse toute la paroi vaginale. Après cette opération préparatoire, l'opérateur ravive les bords de ces plaies, les rapproche l'un de l'autre, et les maintient réunis sur la tumeur refoulée, à l'aide de la suture entortillée. — La cure radicale des hernies a, comme de coutume, occupé plusieurs chirurgiens. M. Velpeau a tenté d'appliquer la méthode que nous avions explicitement proposée dans notre mémoire sur les plaies sous-cutanées, et qui consiste à produire, à l'aide de scarifications sous-cutanées, l'oblitération adhésive du canal herniaire. La tentative de M. Velpeau n'a pas réussi, peut-être parce qu'il n'a pas été assez hardi dans l'emploi de la méthode sous-cutanée. M. Soltean paraît avoir été plus heureux : il est parvenu à produire, à l'aide d'une véritable inflammation, l'oblitération du col et du sac herniaires, et l'adhérence des parois du canal dans lequel il est engagé. Nous espérons que l'année présente ne se passera pas sans que le même résultat ait été produit beaucoup plus simplement et avec moins d'inconvéniens par la méthode sous-cutanée. En attendant, M. Malgaigne

pouces, est ouvert par ses deux extrémités; l'une d'elles est libre, l'autre embrasse l'ouverture externe de la canule.

On peut très bien apprécier d'avance le mode d'action de cet instrument, en chassant à travers le tube de l'air et de l'eau, qu'on tient dans la bouche. On observe alors que ces fluides s'échappent très facilement et sans efforts; mais si on veut les retirer par aspiration, on voit la soupape s'affaisser près de la canule, dont elle ferme aussitôt l'ouverture. Un semblable phénomène a lieu lorsque la canule est placée dans la plaie de la poitrine. En effet, les fluides épanchés coulent continuellement, ou sont chassés pendant l'expiration, tandis que pendant l'inspiration ils ne peuvent plus rentrer dans le thorax.

La canule à soupape doit être exactement embrassée par la plaie qu'on réunit sur elle, afin que l'air ne puisse pas pénétrer dans cette cavité par sa surface externe. Cette précaution est surtout indispensable quand la solution de continuité a beaucoup d'étendue. On ne devra enfoncer la canule dans la plaie que de la longueur nécessaire pour tenir la poitrine ouverte. On pourrait, en engageant l'instrument trop profondément dans le thorax, irriter le poumon, le refouler, et retarder son adhérence avec la plèvre costale.

Un épanchement dans la poitrine, quelle que soit sa nature, est presque toujours mortel si l'on ne donne pas issue à la matière épanchée, ou si elle ne se fraye pas une route, soit à travers la bouche, soit à l'extérieur de la poitrine. Mais la nature prend rarement cette voie pour se débarrasser du liquide, et plus rarement encore suffit à ce long et pénible travail; aussi la guérison spontanée des épanchemens qui s'ouvrent à l'extérieur de la poitrine est si rare, comparativement à leur nombre, qu'on peut la considérer, pour ainsi dire, comme phénoménale. Pour qu'elle ait lieu, il faut que l'ouverture par laquelle le fluide s'échappe existe à la partie la plus déclive du foyer de l'épanchement et soit en même temps tortueuse et tellement étroite que l'air extérieur ne s'y introduise pas. Si ces conditions ne se trouvent pas réunies, la guérison de l'épanchement n'est pas possible, et les malades périssent après avoir langui plus ou moins longtemps. Si l'air extérieur pénètre dans le foyer purulent, il irrite la plèvre, vicie la matière épanchée, qui acquiert de l'acrimonie, et enflamme à son tour les séreuses; alors, si le malade ne succombe pas dans la première huitaine à la violence de la fièvre et des accidens inflammatoires, la mort, quoiqu'arrivant plus tard, n'en est pas moins certaine.

L'ouverture offre-t-elle, au contraire, les conditions favorables que j'ai indiquées, la guérison de l'épanchement s'obtient avec une extrême lenteur, parce que le pus coule avec la plus grande difficulté. Aussi, dans tous ces cas, le poumon se relève-t-il très peu et la poitrine se déforme-t-elle considérablement. C'est, en effet, à de tels épanchemens que succèdent ces profondes incurvations vertébrales, avec affaissement des parois pectorales, lorsqu'elles s'accompagnent souvent de douleurs aiguës dans les reins, dans les parois de la poitrine et de l'abdomen, provoquées par la compression des nerfs conjugaux.

Il y a donc urgence, dans tous les cas d'épanchement, d'ouvrir la poitrine pour donner issue à la matière qui le constitue; mais il est en même temps indispensable d'empêcher l'introduction de l'air dans le foyer purulent si l'on veut en obtenir la guérison.

On a recnnnn de tout temps le danger qu'il y avait à laisser pénétrer l'air extérieur dans la poitrine, soit à cause de l'irritation qu'il détermine sur les plèvres, soit plus encore à cause des qualités putrides qu'il communique à la matière épanchée. C'est même, comme on le sait, à l'impossibilité de prévenir cet accident qu'il faut rapporter l'éloignement que les chirurgiens ont toujours montré pour l'opération de l'empyème et l'abandon dans lequel elle se trouve. Quoi qu'il en soit, on l'a pratiquée plusieurs fois, en prenant de grandes précautions pour empêcher l'introduction de l'air. Ainsi, dans ce but, on a conseillé de ne vider cette cavité que peu à peu; afin de donner aux poumons le temps de se relever et de remplir la place qui était occupée par le pus; on a pratiqué un défaut de parallélisme entre la plaie des tégumens et celles des muscles intercostaux; on a recommandé de mettre dans la plaie une canule qu'on bouche et débouche à volonté. Ceux-ci veulent qu'on réunisse fortement ses lèvres avec des bandelettes agglutinatives; ceux-là qu'on la bouche avec une tente ou un tampon de linge; d'autres ont proposé de pratiquer successivement plusieurs ponctions avant d'en venir à une incision assez grande pour vider complètement la poitrine.

Toutes ces précautions, comme on le voit, renferment des vues très sages, mais insuffisantes, pour empêcher l'accès de l'air extérieur dans le foyer purulent, parce qu'il se compose d'une cavité susceptible de s'agrandir et de se rapetisser dans les divers mouvemens de la respiration. Ce n'est pas, en effet, dans l'intervalle des pansemens, quand la plaie est bouchée par une tente, lorsqu'elle est réunie sur une mèche et recouverte par un emplâtre agglutinatif, ou bien encore lorsqu'elle est très étroite, que l'air s'introduit dans cette cavité; il y pénètre, au contraire, durant les pansemens, c'est-à-dire pendant que l'écoulement de la suppuration s'effectue à travers la plaie, ou par la canule qu'on y a placée pour favoriser son issue. Voici ce que j'ai observé dans les diverses opérations d'empyème que j'ai pratiquées.

La matière épanchée à laquelle la canule livre passage s'échappe d'abord par un jet continu; mais bientôt elle coule inégalement et seulement pendant l'expiration. Dans le premier moment, c'est-à-dire pendant que l'écoulement a lieu d'une manière non interrompue, l'air extérieur ne cherche pas à pénétrer dans la poitrine; mais plus tard, lorsque la matière coule irrégulièrement et seulement pendant l'expiration, il pénètre dans cette cavité, parce qu'elle n'est pas aussi démesurément distendue et qu'elle s'agrandit brusquement pendant l'inspiration. Quoique l'air ne se soit pas introduit dans la poitrine lors des opérations d'empyème que j'ai faites avec le secours de ma canule à soupape, je n'ai pas moins observé la tendance qu'il avait à s'y précipiter à chaque inspiration. C'est, en effet, dans ce moment que la soupape se fronçait et s'appliquait avec force sur l'ouverture de la canule qu'elle bouchait. Or, je le répète, toutes les précautions que l'on prenait autrefois pour empêcher l'excès de l'air dans la poitrine étaient, sinon inutiles, du moins toujours insuffisantes pour prévenir cet accident.

Pour arriver à l'épanchement, on pratique l'ouverture de la poitrine de trois manières: 1° avec un trocart, c'est la ponction; 2° avec un bistouri, par une incision entre les côtes; c'est l'opération de l'empyème; 3° en perçant une côte; alors on incise les parties molles sur la direction de l'os, on le rugine, puis on le perce avec l'instrument de coutelier, qu'on appelle foret; c'est l'opération de l'empyème par la térébration de la côte.

A laquelle de ces trois méthodes opératoires doit-on accorder la préférence? Quoique je n'aie pas traité un assez grand nombre d'épanche-

---

a proposé un ingénieux appareil pour contenir les hernies inguinales directes. — M. Lallemand a tronve dans M. Breschet, au nom de l'Académie des sciences, et dans M. Serre, son collègue à la Faculté de Montpellier, deux appréciateurs très differens de sa sonde airigne pour le traitement des fistules vésico-vaginales: l'expérience est appelée à prononcer. — M. Vidal a cherché à perfectionner la méthode des injections intra-utérines, et ses tentatives ont été vivement combattues par MM. Hourmann, Leroy-d'Etiolles, Guillemin, et diversement appréciées par MM. Duparque et autres chirurgiens; tous se sont préoccupés exclusivement de la manière d'employer ce moyen, et des dangers dont il est susceptible; aucun de son utilité et de son efficacité. — A peu près dans la même ligne, nous signalerons un nouveau procédé de M. Rigal de Gaillac, propre à faciliter l'évacuation des fragmens après le broiement de la pierre dans la vessie; ce moyen consiste dans une réunion de tubes emboités composant tout à la fois un instrument actif pour le complément du broiement, et un réceptacle pour loger le détritus; l'auteur le compare à une sonde à fromages. M. Leroy-d'Etiolles a imaginé dans un but un peu plus spécial un instrument destiné à l'extraction des fragmens de sonde et autres corps étrangers dans la vessie. — Enfin, M. Gerhardi a imaginé, comme moyen de guérir radicalement l'hydrocèle, d'introduire, à l'aide d'un morceau de coton, de l'ammoniaque dans la tunique vaginale, et M. Pirondi a proposé sous le nom de scléroticotomie de faire l'extraction du cristallin par la sclérotique.

Au point de vue du perfectionnement des indications chirurgicales, M. Mercier a signalé les inconvéniens inhérens au séjour des sondes dans l'urètre; l'auteur a constaté par une série d'observations très précises tous les résultats de la pression des sondes, depuis la simple rougeur jusqu'à la perforation des parois du canal et l'infiltration des urines. M. Goyrand a fait ressortir d'une série d'observations intéressantes, les conditions qui doivent régler la préférence entre la taille et la lithrotitie. — M. Tavignot a insisté sur les avantages de l'amputation sus-malléolaire et son excellent travail a provoqué, de la part de M. Tauflieb, un travail non moins excellent sur le traitement médical propre à prévenir l'amputation des os atteints d'affections scrofuleuses.

Parmi les méthodes chirurgicales nouvelles ou seulement perfectionnées, nous citerons, 1° l'emploi de l'émétique à hautes doses dans les hydropisies articulaires, par M. Gimelle; 2° du nitrate d'argent à haute dose dans la conjonctivite purulente, par M. Velpeau; 3° la méthode des ponctions multiples employées par M. Cullerier dans le traitement des bubons vénériens; 4° le traitement des ulcères aux jambes, au moyen des bandelettes de diachylon gommé, perfectionné par M. Philippe Boyer; 5° enfin la myotomie oculaire dans le traitement du strabisme, méthode qui ne date que d'hier et qui a déjà fait le tour de l'Europe. Ce n'est pas le lieu de discuter ici les titres de chacun à la priorité de cette belle application de la myotomie; disons seulement que cette méthode est le produit direct de la théorie des difformités articulaires par rétraction des muscles, et une extension de la méthode chirurgicale appliquée à toutes les difformités de la même nature; on ne peut douter que telle est bien la première origine de la strabotomie, car il y a trois mille ans que le strabisme faisait le désespoir de l'art, et la myotomie oculaire est précisément venue après la myotomie des autres parties du corps. L'histoire fera donc la part exacte de tous ceux qui ont concouru à cette brillante conquête de la chirurgie; de l'auteur de cet article qui croit l'avoir

mens pour résondre à priori cette question, j'ai néanmoins ouvert la poitrine par ces trois procédés; je vais donc signaler ce que l'observation m'a appris à leur égard et indiquer les cas qui peuvent, selon moi, réclamer l'une plutôt que l'autre.

La paracentèse de la poitrine étant une opération facile, peu douloureuse, sera, pour tous ces motifs, souvent préférée et par les malades et par les médecins. Il peut même se présenter des cas où elle soit la seule à laquelle on puisse recourir, par exemple, quand le malade est pusillanime ou trop faible pour supporter un autre procédé. Lorsque l'épanchement est récent et le fluide séreux, une seule ponction peut suffire à la guérison, parce qu'il est possible de provoquer l'absorption de la petite quantité de matière non écoulée par des médicamens internes et surtout par des vésicatoires, cautères et sétons, qu'on établit sur la poitrine même avant l'opération. L'application sur laquelle on doit le plus compter pour favoriser l'absorption du liquide épanché et pour changer la sécrétion vicieuse des plèvres est, sans contredit celle de briques chaudes, de sachets de son chauffé, souvent renouvelés, pour être conservés au même degré de chaleur.

Quand la première ponction n'amène pas la guérison de l'épanchement, elle le diminue et le réduit toujours plus ou moins. D'autre part, en soulageant beaucoup le malade, sans lui faire courir aucun danger, elle autorise à revenir à cette opération, à moins qu'on n'aime mieux pratiquer l'opération de l'empyème. L'hydropisie de poitrine, presque toujours déterminée par l'inflammation de la plèvre, doit le plus souvent être guérie par une seule ponction, tandis que la même opération n'amènera presque jamais la guérison de l'ascite ou l'hydropisie abdominale, qui se lie ordinairement à quelques maladies internes.

Lorsqu'on ne connaissait pas le moyen de prévenir l'entrée de l'air extérieur dans la poitrine, on proposait, pour empêcher cet accident, de ne retirer qu'une partie à la fois du liquide épanché par des ponctions successives. On comprend combien cette pratique était peu rationnelle, quoiqu'elle fût basée sur la connaissance que l'air ne pouvait pas pénétrer dans la poitrine, durant les premiers instans qui suivent l'opération, parce qu'alors le fluide sort en jet continu pendant l'inspiration et l'expiration; tandis qu'il résulte de mon expérience, que lorsqu'une partie du liquide a été retirée, et que la poitrine est moins distendue, l'air y pénètre dans chaque inspiration.

Il est facile d'adapter une soupape à la canule d'un trocart; pour cela, on enlève le pavillon de cet instrument, et, à sa place, on attache un morceau de baudruche. Avant d'opérer, on ramasse et on tasse celui-ci sur le bord de la canule, au-devant de laquelle on l'étend, à mesure qu'on retire le poinçon de l'instrument. C'est ce morceau de baudruche ramolli qui fait l'office de soupape.

Dans l'opération de l'empyème, on pratique, dans l'un des espaces intercostaux, une ouverture par laquelle on introduit la canule à soupape, afin de retirer la matière de l'épanchement. Cette ouverture, soit qu'on la tienne ouverte pendant quelques jours, en y laissant à demeure la canule, soit qu'on la ferme, l'ouvre une à deux fois dans les vingt-quatre heures, en y replaçant et retirant alternativement cet instrument; cette ouverture, dis-je, a sur la précédente, l'avantage de permettre à la sérosité et au pus de s'écouler jusqu'à la dernière goutte, et de prévenir la récidive de la maladie. Quoique plus grande que celle obtenue avec le trocart, elle peut très facilement être tenue fermée, dans l'intervalle des pansemens, et il est également possible d'y introduire la canule, sans laisser entrer l'air dans la poitrine. La forme et l'étendue de cette ouverture devront être à peu près les mêmes que celles adoptées autrefois; il ne sera cependant pas nécessaire de lui donner une direction oblique. Elle sera également pratiquée dans le lieu d'élection. Quant à l'étendue de l'ouverture interne, qu'on ne peut rigoureusement déterminer, elle devra toujours être très petite et proportionnée au volume de la canule à soupape, elle aura donc seulement 9 à 11 millimètres. Il ne faut cependant pas croire, si elle était plus grande que la canule n'est grosse, qu'on ne puisse prévenir l'introduction de l'air dans les plèvres, ainsi que plusieurs de mes confrères m'en ont exprimé la crainte; car on peut toujours prévenir cet accident, soit pendant les pansemens, soit dans leur intervalle, en prenant les précautions suivantes.

Aussitôt que l'ouverture de la poitrine est pratiquée, on place les doigts de la main gauche à 27 ou 54 millimètres au-dessus ou au-dessous de la plaie, et pendant qu'on presse sur les tégumens, comme pour réunir les bords de la solution de continuité, on y introduit la canule avec la main droite; on tient ensuite les mêmes bords rapprochés sur elle avec un emplâtre agglutinatif. De longues bandelettes de diapalme, croisées sur l'emplâtre, l'assujétissent encore, de sorte que l'instrument est retenu dans une parfaite immobilité. Lorsqu'on veut le retirer, on prend aussi quelques précautions; ainsi, on détache d'abord l'emplâtre en haut et en bas de la plaie, puis on comprime assez fortement les tégumens sur ses côtés, pour qu'elle se trouve bouchée, lorsque l'emplâtre est entièrement enlevé, et la canule retirée. Ensuite, on la recouvre avec un nouvel emplâtre agglutinatif, que l'on assujétit avec des bandelettes de même nature, et on empêche complètement le passage de l'air.

On voit, par les précautions auxquelles on est obligé de recourir, pour empêcher l'introduction de l'air dans la poitrine, en plaçant et en retirant la canule de la plaie, combien il importe de donner peu d'étendue à l'ouverture interne de celle-ci. Je répète cependant qu'il est toujours facile d'éviter cet accident, lors même que cette ouverture aurait une étendue considérable; j'ai eu l'occasion de montrer, dans un voyage que j'ai fait à Paris, qu'il était facile de placer une canule à soupape dans la plaie de la poitrine, et de la retirer sans que l'air pût s'introduire dans sa cavité, quoique l'instrument fût d'une plus petite dimension que la plaie. Il s'agit d'un malade de l'hôpital Necker, auquel on avait, depuis trois jours, pratiqué l'opération de l'empyème, sur lequel je fis l'application de mon instrument, en présence de plusieurs médecins et de M. Bérard, chirurgien en chef de l'hôpital, auquel j'adresse des remercîmens pour la confiance qu'il a accordée à mon procédé et le bon accueil qu'il m'a fait.

Tous les médecins ont vu avec une agréable surprise sortir, à travers ma canule, la matière retenue dans la poitrine, ainsi que l'air qui s'y était introduit au moment de l'opération. J'ai beaucoup regretté de n'avoir pu faire plus tôt l'application de mon instrument, car il est probable qu'on eût sauvé le malade, qu'on n'avait plus l'espoir de conserver lorsque je l'ai vu, et qui mourut en effet deux ou trois jours plus tard. La guérison de ce malade, jointe aux observations d'empyème, que j'ai adressées à l'Académie de médecine, eût été pour moi d'une grande importance, à cause du témoignage des médecins de la capitale, qui, pour avoir vu seulement fonctionner mon instrument, n'en ont pas moins reconnu l'utilité et apprécié les avantages qu'on pouvait en retirer dans les abcès ou dans les épanchemens thoraciques.

---

proposée le premier; de M. Stromeyer qui le premier en a formulé le procédé opératoire; de M. Cunier qui l'a le premier appliqué sur le vivant; de M. Dieffenbach qui l'a accréditée dans toute l'Europe; de nous tous enfin qui lui avons donné droit de bourgeoisie et qui en avons perfectionné les applications, nous ne faisons que consacrer ici le partage consenti par tous les hommes qui se sont occupés de cette intéressante découverte.

Comme opérations importantes pratiquées dans l'année, nous rappellerons les applications de la méthode de Frike pour la cure des chutes de la matrice, faites avec succès par M. Geddings, professeur à l'université de la Caroline du Sud; un cas de restauration du périnée et de la cloison recto-vaginale, par M. Pétrequin; des observations curieuses de greffe animal, par M. Taillefer, montrant que des parties complètement séparées peuvent se réunir et recouvrer leur sensibilité; un nouvel exemple de transfusion du sang, suivi de succès, dans un cas de diathèse hémorragique, par M. Lane; une opération de ligature de l'iliaque primitive pour un anévrisme de l'iliaque externe du côté droit, par M. Deguise; un cas de réduction de luxation sous-acromiale de l'humérus, datant de cinq mois, par M. Malgaigne; un premier exemple de réduction d'une luxation congéniale de l'humérus, datant de seize ans, par M. Gaillard de Poitiers; deux cas de section du grand pectoral pour faciliter la réduction d'une luxation ancienne de l'humérus, par MM. Veinhold et Dieffenbach. Qu'il nous soit permis de rappeler que longtemps avant ces honorables confrères, nous avions appliqué, en présence de plusieurs chirurgiens, à la réduction des luxations anciennes et congénitales de la cuisse et du genou, la myotomie sous-cutanée, fait authentiquement constaté par un paquet cacheté déposé à l'Académie des sciences; et que sous l'inspiration de notre méthode, notre ami M. Kuhn avait proposé de recourir à la section des muscles contracturés dans les luxations traumatiques récentes du pied; d'où sont nées les applications de MM. Veinhold et Dieffenbach, et une dernière application non moins importante de M. Prosper Meynier, à la réduction des fractures. Disons enfin, pour terminer ce qui a trait à la ténotomie et à la myotomie sous-cutanées, que nous avons fait la section sous-cutanée de presque tous les muscles du corps, et mis hors de doute la valeur du principe de notre méthode, en faisant le même jour, à la même heure, la section de 42 muscles, tendons et ligamens chez le même individu. Rassurons, par occasion, nos lecteurs sur l'état de notre intéressant malade, que des personnes mues sans doute par un intérêt trop vif, ont déclaré tour à tour atteint d'érysipèle, d'inflammations, d'abcès, et finalement mort des suites de son opération, alors qu'il se portait le mieux du monde, reprenant graduellement les formes normales et les mouvemens des parties qui ont été le siége de ces nombreuses opérations. — Nous citerons encore parmi les opérations remarquables de l'année, plusieurs cas de résections pratiquées dans la continuité des os longs, par M. Rklitski, de Saint-Pétersbourg; une amputation coxo-fémorale, par M. Sédillot, et deux extractions de clavicules entières faites avec succès par MM. Mazzoni et Bragini, et complètement par M. Aronssohn.

Quelques efforts ont été faits pour mieux préciser l'action de certains médicamens, et quelques tentatives avec des médicamens nouveaux, mais toujours à des points de vue et avec des résultats incertains, sinon complètement stériles. M. Becquerel a fait connaître les expériences de M. Andral sur l'emploi de l'acide cyanhydrique dans les diverses maladies contre lesquelles ce médicament

J'ai dit qu'il y avait une troisième manière d'ouvrir la poitrine; elle était connue d'Hippocrate, et j'ignore si, depuis le père de la médecine, cette opération a été souvent pratiquée. Quoi qu'il en soit, l'ayant fait avec succès chez le jeune Jobert, auquel j'avais déjà pratiqué une ponction, je vais indiquer les avantages que je lui ai reconnus sur l'opération ordinaire de l'empyème : 1° elle est moins douloureuse et aussi facile que cette dernière; 2° elle n'expose pas comme elle à la lésion de l'artère intercostale; 3° on peut plus aisément y fixer la canule à demeure et d'une manière plus solide; 4° son introduction, quand on ne la laisse pas en place, est moins douloureuse, cause moins d'irritation dans la plaie, et est moins susceptible de produire du gonflement vers ses bords; 5° quoique l'ouverture de la côte soit très petite, elle se cicatrise cependant moins vite que celle qui résulte de l'empyème.

Pour pratiquer cette opération, il faut découvrir la côte, en faisant dans sa direction une incision à la peau et aux muscles intercostaux; on rugine l'os, puis on le perce une première fois avec un petit foret, et une seconde fois avec un foret assez fort pour donner à l'ouverture de la côte une étendue capable de recevoir une canule de la grosseur d'une sonde de moyen calibre. L'os est percé, en imprimant à l'instrument, qu'on ment avec la main droite, des demi-tours à droite et à gauche, et même quelques tours complets. L'os étant spongieux, on ne craint pas de le fracturer. La canule qu'on doit y introduire se distingue des autres canules par un pas-de-vis qu'elle porte tout simplement, dans l'étendue d'environ 27millim., près de son extrémité interne. On la visse dans le trou de la côte, de la même manière qu'on place un robinet à un tonneau; ainsi, on ne peut la retirer qu'en la dévissant.

Cette opération peut être préférée à celle de l'empyème ordinaire, dans les épanchemens très anciens, où l'on soupçonne que le poumon pourra très difficilement se développer. Où, en un mot, il convient de tenir la poitrine constamment ouverte, afin que la matière puisse couler d'une manière lente, mais continue. Elle réunit encore les avantages de l'empyème ordinaire dans les épanchemens récens. On peut, en effet, comme après cette dernière opération, placer une canule dans l'ouverture de la côte, la retirer après avoir évacué la matière épanchée et la réintroduire le lendemain et les jours suivans, aussi souvent que le besoin peut s'en faire sentir. On usera, après cette opération, des mêmes préparations qu'après celle de l'empyème entre les côtes, pour empêcher l'entrée de l'air dans la poitrine, soit pendant qu'on introduit la canule dans la plaie, soit pendant qu'on la retire ou qu'on la laisse à demeure.

D'après ce qui précède, on voit que la poitrine peut être ouverte de trois manières; que la ponction constitue le mode opératoire le plus facile, le plus simple et le moins douloureux; que les deux autres méthodes d'opérer sont à peu près aussi avantageuses l'une que l'autre, mais qu'il y a des épanchemens qui veulent qu'on ouvre la poitrine par une méthode plutôt que par l'autre.

La poitrine étant ouverte, doit-on retirer la matière épanchée en une seule fois, ou la retirer partiellement et en plusieurs jours? On doit-on la laisser couler à volonté en plaçant une canule à demeure dans la plaie?

Si l'épanchement est récent, on pourra vider une seule fois toute la matière qui le constitue, parce que le poumon qui n'aura pas été tenu longtemps affaissé pourra sans inconvénient se dilater et reprendre subitement son volume naturel. Si, au contraire, il date de six mois, un an, il peut être avantageux d'évacuer partiellement la matière épanchée, parce qu'il serait peut-être dangereux que le poumon tenu trop longtemps affaissé et privé de ses fonctions n'éprouvât quelques déchirures dans son tissu délicat et aérien, en reprenant brusquement son volume primitif.

Lorsque cette maladie est très ancienne, le poumon a pour ainsi dire perdu la faculté de se mouvoir, ou s'il est encore perméable à l'air, il ne l'est jamais au point de pouvoir reprendre son entier développement. Or, dans ces cas, la matière épanchée ne peut jamais être évacuée entièrement lors de l'ouverture de la poitrine : elle ne peut en effet être retirée qu'autant que le poumon se développe. C'est dans ces cas que je recommande de tenir la plaie constamment ouverte avec une petite canule à soupape qu'on y laisse à demeure, afin que la matière qui s'échappe lentement, mais continuellement, permette au poumon de se développer insensiblement. C'est aussi dans ces sortes d'épanchemens que l'ouverture de la poitrine doit être faite à travers une côte, afin de pouvoir y fixer solidement la soupape.

Lorsque dans l'opération de l'empyème on n'a pas entièrement évacué la matière épanchée, il peut arriver que l'écoulement continue à travers la plaie, malgré l'emplâtre qui la recouvre et qui en réunit les bords; cet écoulement, qui se fait par une espèce de suintement, est avantageux parce qu'il a lieu sans que l'air extérieur s'introduise par l'ouverture qui donne passage au liquide. C'est même autant pour favoriser ce suintement, que pour empêcher la cicatrisation de la plaie, que j'introduis quelquefois dans celle-ci des mèches de linge effilé, après que j'en ai retiré la canule.

Quoique j'aie fixé pendant quelques jours la canule à soupape dans l'ouverture de la poitrine, dans mes premières observations d'empyème, je conviens cependant qu'il est plus rationnel de la retirer aussitôt qu'on a vidé la matière épanchée, à cause de l'irritation et de l'inflammation qu'elle peut déterminer dans la plaie; alors on la réintroduit le lendemain et les jours suivans une ou deux fois dans les vingt-quatre heures pour évacuer le reste de la matière épanchée et le nouveau produit de la sécrétion des plèvres.

En général les fluides épanchés coulent librement à travers la canule; néanmoins si leur écoulement était rendu difficile par quelques caillots de sang ou quelques flocons albumineux, le morceau de baudruche qui fait l'office de soupape n'empêcherait pas de faire des injections d'eau tiède dans la poitrine pour délayer ces matières et faciliter leur sortie ou de les retirer par l'aspiration faite à l'aide d'une seringue.

Lorsque j'eus imaginé la canule à soupape, je me hâtai d'en faire l'essai sur les animaux pour connaître l'avantage qu'on pouvait retirer de son application, à l'occasion des épanchemens dans la poitrine. Ainsi, je pratiquai une ouverture à la poitrine d'un chien, et au moyen d'une seringue, j'y introduisis une grande quantité d'eau tiède, que je retirai ensuite à la faveur de ma canule sur laquelle je réunissais exactement la plaie. Ces expériences et quelques autres m'ayant conduit à quelques remarques sur les plaies pénétrantes de la poitrine et sur celles des poumons; et ayant d'autre part réfléchi que l'épanchement de sang et d'air dans la poitrine, qui forment la complication la plus dangereuse et la plus commune de ces dernières, avait la plus grande analogie avec les épanchemens séro-purulens, j'ai cru ne pas devoir séparer l'histoire des unes et des autres. Je ferai donc précéder l'exposé des diverses opéra-

---

avait été conseillé. Ces recherches n'ont eu d'autre résultat que de montrer qu'on ne pouvait attribuer jusqu'ici aucune efficacité réelle à cet agent formidable, mais elles ont conduit à en mieux connaître les effets généraux, les doses et les modes d'administration. M. Toulmouche a revu l'action vomitive du sulfate de zinc et du sulfate de cuivre. M. Jourdain a fait connaître les propriétés vomitives de la narcitine, et M. Birdé a proposé de substituer l'élatérine à l'élaterium, comme ayant des propriétés plus certaines et plus constantes que ce dernier. MM. Gélis et Conté ont introduit l'usage du lactate de fer, M. Vardleworth celui du tartrate de fer ammoniacal, contre les maladies nerveuses, et en particulier contre la chlorose. MM. Martin-Saint-Ange et Payen ont continué leurs expériences avec le monésia dans plusieurs maladies, et en ont retiré quelques avantages dans le traitement des fissures à l'anus. L'extrait résineux de chanvre a été employé par M. le docteur O'Shaughnessy contre les maladies convulsives. Le platine et ses diverses préparations ont été expérimentées par M. Hoeffer : l'auteur leur a reconnu les mêmes propriétés qu'aux préparations d'or et de mercure. Le docteur Wright a proposé le seigle ergoté comme anti-hémorrhagique. L'antrakokali nous est venue de la Russie par les soins de MM. les docteurs Jacobovics et Polya. Enfin l'usage de l'eau froide, suivant la méthode de Priestnitz, a été introduit en France par M. Engel et autres médecins allemands; mais l'Académie de médecine n'a pas accueilli avec faveur cette nouvelle importation germanique. L'expérience décidera si le jugement de la savante compagnie doit rester sans appel.

On s'est peu occupé cette année des questions élevées de l'art. A part le discours de M. Golfin, de Montpellier, sur l'opportunité en thérapeutique, qui résume d'une manière philosophique les dogmes impérissables de la doctrine d'Hippocrate, nous n'avons trouvé çà et là que des remarques isolées, des observations partielles sur quelques indications thérapeutiques nouvelles, tendant à perfectionner le traitement de maladies spéciales. De ce nombre sont les recherches de M. Nonat sur le rapport qu'il y a entre la fièvre intermittente et l'engorgement de la rate, rapport déjà entrevu par M. Piorry. M. Nonat a tiré de ce rapport une indication au mode d'administration du fébrifuge, et qui consiste à proportionner la quantité de sulfate de quinine au degré de l'engorgement, à son ancienneté; et à continuer l'usage du médicament jusqu'au retour de la rate à l'état normal. Prenant la question d'un point de vue plus élevé, notre honorable collaborateur et ami M. Lévy a montré que les fièvres intermittentes constituent une maladie des plus complexes, pouvant donner lieu à une multitude d'états morbides différens, quoique sortant tous de la même origine, et pouvant être traités de la même manière, malgré leur apparente diversité de symptômes. Appliquant cette idée éminemment philosophique au développement des ascites consécutives aux pyrexies intermittentes, il a montré que ces maladies n'en sont qu'une dépendance secondaire, et peuvent, comme les engorgemens de la rate et autres effets analogues de la fièvre, disparaître par l'emploi du sulfate de quinine.

Comme méthodes thérapeutiques nouvelles ou comme applications mieux déterminées des méthodes anciennes, nous signalerons, 1° les expériences et les observations de M. le docteur Hudson sur l'emploi du nitrate d'argent à petites doses dans quelques affections des muqueuses digestives; 2° l'emploi du calomel à haute dose contre la fièvre typhoïde, par M. Sicherer; 3° des vomitifs répétés

tions d'empyème que j'ai pratiquées, depuis la découverte de ma canule à soupape, de la description abrégée des plaies pénétrantes de la poitrine, et je signalerai les nombreuses modifications que le raisonnement et mes expériences sur les animaux m'ont fait introduire dans le traitement de leurs diverses complications.

Plaies pénétrantes de la poitrine. — Il est rare, ou pour mieux dire presque impossible, qu'une plaie pénétrante de la poitrine puisse exister sans liaison dans la portion du poumon contiguë à la plèvre costale. Ainsi une plaie de cette nature suppose nécessairement dans l'organe de la respiration une solution de continuité qui fournit toujours de l'air ou du sang en plus ou moins grande abondance, suivant son étendue.

L'hémorragie, l'épanchement de sang dans la poitrine, l'accumulation de l'air dans cette cavité, l'emphysème, l'entrée et la sortie alternative de l'air extérieur dans le thorax, sont donc les complications les plus fréquentes de ces solutions de continuité, et les seules qui doivent m'occuper.

Le sang qui s'échappe d'une plaie pénétrante peut être fourni par les vaisseaux des parois pectorales, ou bien provenir de la blessure des organes internes ou des vaisseaux renfermés dans la poitrine. Dans le premier cas, le sang s'écoule immédiatement au dehors en sortant des vaisseaux qui le fournissent, ou bien quoique s'échappant des vaisseaux des parois pectorales, il ne se montrera extérieurement qu'après s'être accumulé en partie dans le thorax, ou même encore il s'introduira et s'épanchera entièrement dans cette cavité.

Lorsque la plaie est large, on peut quelquefois, en écartant ses bords, apercevoir le vaisseau qui fournit l'hémorragie, et alors on le lie ou comprime. Cependant, malgré cette disposition de la plaie, il est quelquefois difficile, lorsque cet accident a lieu, de reconnaître s'il dépend de la lésion de l'artère intercostale trop profondément placée. La carte roulée en forme de gouttière, qu'on a conseillé d'engager dans la plaie, n'est pas un moyen satisfaisant de constater la blessure de ce vaisseau, et pour atteindre ce but, je proposerai le suivant : soit un tube droit, long de 108 à 135 millimètres, ayant de 9 à 14 millimètres de diamètre, plus ou moins, suivant la largeur de la plaie. L'une de ces extrémités qui offre une ouverture directe, est surmontée d'un morceau de baudruche, comme ma canule à soupape ; son autre extrémité, terminée par un bout olivaire, est percée sur un côté d'une large ouverture. On porte cet instrument dans la plaie et on le dispose de manière que son ouverture latérale corresponde à celle de l'artère divisée, et l'on voit alors le sang couler par le tube d'une manière soutenue et égale tout à la fois, pendant l'inspiration et l'expiration. C'est ainsi que j'ai pu reconnaître plusieurs fois sur les animaux la lésion de l'artère inter-costale que j'avais divisée à dessin. L'application de cet instrument est d'autant plus facile et plus sûre, que la plaie est moins profonde et en même temps plus large.

Si l'on possède peu de moyens de faire reconnaître la lésion des artères inter-costales, on a en revanche multiplié les procédés pour arrêter l'hémorragie qui dépend de cette cause. On sait qu'ils ont tous pour but de comprimer le vaisseau ouvert, et que soit comme moyen compressifs, soit comme corps irritans, ils déterminent de la douleur; et provoquent l'inflammation de la plaie et des plèvres. La ligature que je veux leur substituer n'a point cet inconvénient, et se pratique à l'aide du procédé suivant :

Je me sers d'une aiguille qu'on peut appeler à crochet, à cause de sa forme. Cet instrument ressemble en effet à un crochet dont la partie recourbée et l'aiguille elle-même, longue d'environ 40 millimètres ; elle est articulée en formant un coude arrondi assez large avec la portion plus longue qui constitue la tige de l'instrument, montée elle-même sur un manche marqué d'un point blanc du côté qui répond à la pointe de l'aiguille. Cette dernière, près de son extrémité, est aplatie d'avant en arrière, et percée en ce sens d'un trou ovale assez grand pour recevoir un cordonnet ; sa pointe qui se termine en forme de grain d'orge est courte et peu aiguë. J'ai formé mon aiguille de deux pièces mobiles l'une sur l'autre, afin de la fermer dans la poitrine et de l'en retirer plus facilement. L'aiguille est articulée avec la tige dans le coude qui résulte de leur réunion. Une gaine, qu'on peut à volonté élever et abaisser, embrasse étroitement la charnière, et rend ces deux pièces parfaitement immobiles. Quand on retire la gaine du côté du manche, la charnière se trouve libre, et l'aiguille se ferme, c'est-à-dire que sa pointe vient s'appliquer contre la tige lorsqu'on la tire sur elle avec les fils dont elle est enfilée. La distance qui existe entre la pointe de l'aiguille et la tige de l'instrument est de 7 millimètres; le même espace existe entre les deux parties jusqu'à l'endroit de leur réunion. Pour lier ce vaisseau, ainsi que pour le comprimer, il est toujours nécessaire d'agrandir la plaie si elle est étroite, et dans ce cas l'incision devra s'étendre de préférence du côté de l'angle vertébral de la plaie, pour mettre à découvert les muscles inter-costaux. Si au contraire la plaie offre une étendue suffisante, on procède à l'opération de la manière suivante :

L'aiguille, armée d'un fil ciré de 650 millimètres de longueur, est introduite ouverte dans la poitrine à travers la plaie, contre l'angle vertébral de laquelle on l'applique, en la tenant de manière à ce que son point blanc qui, regardant un peu en haut et en arrière, annonce que la pointe de l'aiguille correspond à peu près au tiers inférieur de la face interne de la côte, 5 ou 7 millimètres au-dessus et au-delà de l'ouverture de l'artère. Alors tirant l'aiguille obliquement en dehors, un peu en bas et en avant, on traverse la plèvre costale, puis les muscles inter-costaux. Aussitôt que sa pointe apparaît, on saisit un des fils du cordonnet qu'on dédouble et qu'on retire tout à fait pour le retenir en dehors, en même temps qu'on repousse la pointe de l'aiguille dans la poitrine, d'où on la retire ensuite après l'avoir fermée, de la manière précédemment décrite. On a alors deux bouts de fil que l'on noue ensemble, et que l'on serre avec un porte-nœud ; et comme le fil est engagé autour l'artère inter-costale, c'est-à-dire entre elle et la côte, la ligature comprend ce vaisseau, et en outre une portion de la plèvre et des muscles intercostaux.

Cette opération, toute simple qu'elle paraisse, exige cependant, pour être faite avec dextérité, qu'on s'exerce beaucoup à la pratiquer sur le cadavre. On ne peut l'exécuter facilement sur les chiens, à cause des mouvemens continuels auxquels ils se livrent. Il est également possible de faire avec cette aiguille la ligature des artères mammaires internes, épigastriques et périnéales. Comme il est impossible, lorsqu'une plaie pénétrante est étroite, de savoir si le sang qui s'en échappe vient de la cavité de la poitrine ou des vaisseaux de ses parois, je conseille alors d'agrandir la plaie; on agit de même lorsqu'il se manifeste des symptômes d'épanchemens, et dans tous les cas d'emphysème. Le débridement

---

coup sur coup, dans le traitement du croup, par M. Jourdain; 4° de l'ammoniaque contre la diabète, par M. Georges Barlow; 5° du soufre dans l'angine de poitrine, par M. Munk; 6° de l'iodure de potassium contre le rhumatisme chronique, par M. Boyer; 7° de la suie de bois contre les dartres et la teigne, par M. de Nobèle. A un point de vue plus général, nous rappellerons les recherches et expériences de M. James sur le traitement des névralgies par l'électricité; celles de M. le docteur Steinbrenner sur l'emploi des inhalations et des exhalations forcées de l'air pour prévenir et guérir la phthisie pulmonaire. Comme un heureux essai de retour à la véritable analyse thérapeutique, nous citerons le mémoire de M. Mascarel sur le traitement de la pneumonie chez les vieillards, par les saignées et l'émétique à haute dose.

La toxicologie a produit, comme l'année précédente, d'importans travaux. Faisons remarquer d'abord combien cette branche de la médecine, par son voisinage des sciences constituées, par la rigueur plus expérimentale de ses démonstrations, par la circonscription plus précise de ses problèmes et, disons-le, par la sagacité et la persévérante activité des hommes qui s'y livrent, a acquis, en bien peu de temps, un caractère de stabilité, d'évidence et de certitude, qu'on chercherait en vain dans les autres branches de la médecine. Citons d'abord les expériences de M. James Blacke sur l'action des poisons, tendant principalement à démontrer que les substances vénéneuses n'agissent qu'en vertu de leur contact avec le système nerveux, en passant par les voies circulatoires. Les résultats obtenus par l'auteur peuvent se resumer comme il suit : 1° le temps que met une substance à traverser les parois des vaisseaux capillaires est inappréciable; 2° l'intervalle de temps qui s'écoule après l'absorption d'un poison par les capillaires, et sa diffusion dans tout le corps, peut ne pas dépasser neuf secondes ; 3° un intervalle plus considérable que neuf secondes s'écoule toujours entre l'introduction d'un poison dans les capillaires ou les veines et l'apparition des premiers symptômes; 4° un poison agit d'autant plus vite qu'il est introduit dans la circulation par un point plus rapproché du cerveau. — M. Orfila a continué ses importantes recherches sur les différens poisons, préparations enivreuses; arsénicales, antimoniales, infiltrés et cachés dans les tissus du corps. Indépendamment des résultats nombreux auxquels est arrivé cet ingénieux et infatigable expérimentateur, on doit surtout apprécier la généralité et la fécondité des vues qui ont présidé à ses travaux. La poursuite du poison au-delà du théâtre où la science avait borné jusque-là ses investigations ouvre une ère nouvelle à la toxicologie; et ses expériences, aussi délicates que rigoureuses pour constater les moindres parcelles de la substance vénéneuse dans tous les tissus, l'ont conduit à un ordre de recherches entièrement nouvelles sur la présence de diverses substances hétérogènes dans nos tissus à l'état de santé. Comme tous les esprits actifs, ardens et impatiens de la vérité, et surtout à cause des applications spéciales de ses recherches, M. Orfila devait rencontrer des opposans et des contradicteurs. Qu'il s'en félicite : ses travaux ne feront que s'épurer plus vite des erreurs inséparables de toute production humaine, et la science ne sera que plus tôt en possession de vérités définitives.

Tels ont été la science et l'art pendant l'année 1840. Nous n'avons parlé jusqu'ici que des recherches, que des observations, que des expériences à peine sorties du laboratoire, de celles qui se présentent comme entièrement nouvelles ; car il faut bien distinguer, dans les productions de l'année, celles que la presse périodique et

de ces solutions de continuité a, dans tous les cas, des avantages très marqués : 1° il prévient ou modère les accidens inflammatoires et nerveux dont ces plaies s'accompagnent souvent ; 2° il s'oppose à l'apparition de l'emphysème, ou le fait cesser en donnant à l'ouverture externe de la plaie plus d'étendue qu'à son ouverture interne ; 3° il facilite l'application de ma canule à soupape, avec laquelle je retire les fluides épanchés et préviens leur accumulation.

Cette opération serait, d'ailleurs, sans inconvénient pour celle de ces plaies qu'aucun de ces accidens ne compliquerait. On peut, en effet, toujours empêcher l'introduction de l'air extérieur dans la poitrine, en réunissant immédiatement les bords de la plaie, après s'être assuré avec ma canule qu'il n'y a point d'épanchement. Je considère, d'autre part, le débridement comme une opération toujours avantageuse.

Une plaie pénétrante de moyenne étendue, par exemple de 27 millimètres, se complique-t-elle d'entrée de l'air extérieur dans la poitrine, il convient de la réunir immédiatement et par première intention, aussitôt qu'on a fait usage de la canule à soupape, ou qu'on a retiré par son moyen l'air et le sang épanchés. Après cette réunion, on peut laisser cicatriser la plaie, s'il ne se manifeste pas ultérieurement de symptômes d'épanchement, et si on suppose que la blessure du poumon a peu d'étendue. On se borne alors à pratiquer une ou plusieurs saignées, suivant la force de l'individu, l'abondance de l'hémorragie et la violence des accidens inflammatoires. Si, au contraire, la plaie du poumon a une grande étendue, et s'il se manifeste quelque signe d'épanchement, on a recours de nouveau à mon instrument, qu'on introduit dans la plaie le lendemain et les jours suivans, une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, ainsi que cela se pratique après l'opération de l'empyème, en usant des mêmes précautions pour son application. De cette manière, on combat l'épanchement, en évacuant l'air et le sang que la blessure du poumon laisse échapper.

Lorsque la plaie pénétrante est très large et que probablement aussi la plaie du poumon a une certaine étendue, on a remarqué que l'introduction de l'air extérieur dans la poitrine, si elle elle ne provoquait pas l'hémorragie, l'entretenait du moins, à cause des efforts que les malades étaient obligés de faire pour respirer. On peut se convaincre de cette vérité en lisant les observations des blessés dont M. Larrey rapporte l'histoire. En effet, l'hémorragie, qui était très forte chez ces blessés avant la réunion de leurs plaies, cessa comme par enchantement aussitôt qu'elles furent réunies. La preuve que l'hémorragie n'a pas continué après la réunion des plaies se trouve dans le prompt rétablissement des malades, qui tous ont guéri sans complication d'épanchement dans la poitrine. L'issue du sang par la plaie, seulement pendant l'inspiration, est un phénomène qui concourt à démontrer la nécessité de réunir par première intention les plaies pénétrantes de poitrine. Comment alors expliquer la sortie du sang autrement que par le jeu du poumon, qui, se développant brusquement pendant l'inspiration, comprime et chasse au dehors le sang que la blessure de cet organe a versé dans la poitrine? Les blessés font dans ce cas pour respirer des efforts d'autant plus considérables que leur respiration est elle-même plus difficile. C'est précisément à ce mouvement brusque d'inspiration qu'est due l'expulsion du sang par la plaie.

Il est évident, d'après les observations de M. Larrey, que la réunion des plaies de poitrine qui ont beaucoup d'étendue est un excellent moyen pour faire cesser l'hémorragie extérieure ; je crois même qu'elle diminue beaucoup la force de cet accident et que la plaie du poumon fournit moins de sang après cette opération ; mais je n'admets pas pour cela que l'hémorragie cesse complètement, ainsi qu'on veut le faire entendre. Il est plus que probable, et mes expériences sur les animaux m'en ont donné la preuve, qu'une blessure du poumon fournit encore du sang et de l'air après la réunion de la plaie extérieure ; il y a donc encore après cette réunion hémorragie et épanchement. Lorsque celui-ci est peu considérable, le sang est absorbé et les malades guérissent ; c'est ce qui est arrivé dans les cas heureux rapportés par M. Larrey.

Mais lorsque la blessure du poumon est profonde, le sang qu'elle fournit après la réunion de la plaie extérieure constitue un épanchement trop considérable pour que sa disparition puisse avoir lieu spontanément. C'est alors que ma canule à soupape est d'un précieux secours : on l'introduit dans la poitrine sans ouvrir la plaie, c'est-à-dire sans désunir entièrement ses bords, et on donne issue aux fluides retenus. On pourrait encore réunir la plaie sur la canule, qu'on laisserait à demeure jusqu'à ce que l'hémorragie fût arrêtée.

Lorsque l'énorme quantité de sang qui jaillit sans relâche de la poitrine fait craindre la lésion du cœur ou de ses principaux vaisseaux, que la plaie soit large ou étroite, il convient encore, selon moi, de la réunir par première intention. Le sang épanché dans la poitrine se coagulant et comprimant les vaisseaux ouverts peut retarder de quelques heures, et quelquefois de plusieurs jours, la perte des blessés. Toutefois, dans ces cas très graves, si le malade est menacé de suffocation, il peut encore être avantageux d'évacuer une certaine quantité de sang, en faisant usage d'une canule à soupape.

Si l'hémorragie a été exclusivement interne, il existe un épanchement. Cet accident complique surtout les plaies pénétrantes de poitrine, étroites, profondes et obliques, et celles qui ont beaucoup de largeur, mais que l'on a réunies par première intention ; les symptômes qu'il annonce sont ceux de l'hémorragie interne, tels que petitesse, concentration, fréquence et irrégularité du pouls, refroidissement des membres, pâleur du visage, claquement des dents, sueurs froides, etc.

J'indiquerai, avant de parler de l'hémorragie qui provient de la lésion des organes internes, la manière dont l'épanchement se forme, et l'époque à laquelle il convient de donner issue au sang épanché. Au premier abord, on serait tenté de croire que le sang qui est versé ou qui s'amasse dans la poitrine doit tomber dans la partie la plus déclive de cette cavité, et s'y accumuler insensiblement, en glissant entre la surface pulmonaire et la plèvre costale ; mais cela ne se passe pas de la sorte, comme on va le voir.

La contiguité du poumon avec la plèvre costale est telle, que lorsque la plaie de la poitrine, sans être trop étroite, ne permet pas l'introduction de l'air dans cette cavité, le sang fourni par la blessure du poumon s'échappe par la plaie de la poitrine, parce que les deux solutions de continuité conservent leur rapport et se confondent. C'est pourquoi l'écoulement du sang, s'il est peu considérable, loin d'être comme un accident est au contraire favorable, puisqu'il donne la certitude que la plaie du poumon n'a pas cessé de correspondre avec celle de la poitrine, et qu'il ne s'est point fait d'épanchement sanguin dans la cavité du thorax.

Cette contiguïté du poumon avec la plèvre costale est si grande, que le sang qui s'épanche dans la poitrine, et que l'air qui y pénètre à chaque

---

fragmentée nous apporte, de celles qui nous viennent avec les développemens définitifs et le caractère plus grave du livre achevé. Les premières sont des ébauches livrées à la critique et au contrôle de l'observation et de l'expérience contradictoires ; elles peuvent par conséquent être considérées comme de premiers essais de vérités nouvelles qui manquent encore de la consistance et de la maturité désirables pour être acceptées comme le dernier mot de l'auteur ; les secondes que l'on peut regarder au contraire, comme l'expression la plus complète d'une idée ou d'un fait, ont généralement leurs racines dans les travaux des années précédentes. Nous avons pu pour cette raison séparer entièrement le rappel des travaux de la première catégorie, de l'inventaire des livres véritables, bien que ces derniers offrissent de nombreux rapports avec les recherches de tout genre que nous avons signalées. Mais nous nous proposons pour compléter cette revue de consacrer un dernier article aux ouvrages les plus remarquables qui ont paru pendant l'année 1840.

J. G.

(La suite au prochain numéro.)

— A la suite d'un brillant concours, ouvert à l'amphithéâtre de l'administration des hôpitaux et hospices civils de la ville de Paris, ont été reçus internes des hôpitaux les vingt-sept élèves dont les noms suivent :

MM. Moreau, Guéneau de Mussy, Cloquet, Delpech, Guignard, Bennet, Grandhomme, Bergeron, Aubry, Figuière, Leroy, Bourgoin, Bodard, Boucher, de Loujon, Belin, Gaubric, Lefebvre, Tricon, Guérin, Delâtre, Roussel, Chapolin de Saint-Laurent, Fortineau, Chayet, Decrozant, Houel.

CONCOURS POUR DES EMPLOIS DE CHIRURGIEN SOUS-AIDE AUXILIAIRE.

Un concours pour des emplois de chirurgien sous-aide auxiliaire sera ouvert à Paris le 3 février, et le 14 du même mois à Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Montpellier, Toulouse, Marseille, Bordeaux, Rennes et Lille.

Chaque candidat, s'il est pourvu du diplôme de bachelier ès-lettres, ou du diplôme de maître en pharmacie, délivré par l'une des écoles de Paris, Strasbourg ou Montpellier, et s'il est âgé de moins de 30 ans au 1er janvier 1841, devra se faire inscrire à l'intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Il lui sera donné communication des conditions d'admission au concours dont le programme a été inséré au JOURNAL MILITAIRE.

---

inspiration par la plaie externe, ne détruit pas entièrement un tel rapport. Ces fluides refoulent et affaissent seulement le poumon au niveau de la plaie extérieure, dans une étendue variable, selon la quantité de sang épanché, et le volume de la colonne d'air qui se précipite dans la poitrine. C'est cette heureuse disposition qui fait que les épanchemens sont ordinairement circonscrits autour de la blessure. On peut acquérir la preuve de la force de contiguïté des poumons, en répétant les expériences suivantes, que j'ai pratiquées plusieurs fois.

Faites une ouverture à la poitrine d'un chien, et placez-y à demeure une canule assez forte, sur laquelle vous réunirez la plaie par première intention; l'air aura un double accès dans la cavité thoracique. Pratiquez ensuite une seconde plaie, à quelques millimètres de la première ; introduisez votre doigt dans le thorax, et explorez le poumon. Vous reconnaîtrez alors qu'il ne cesse pas un instant d'être contigu dans cet endroit aux côtes, quoiqu'il soit affaissé autour de la canule, par la colonne d'air qui se précipite dans la poitrine.

L'expérience suivante n'est pas moins convaincante : j'ai injecté depuis 250 grammes (8 onces) jusqu'à 1000 à 1250 grammes (2 ou 3 livres) de sang liquide dans la poitrine d'un chien, et j'ai réuni la plaie par des points de suture très rapprochés; je laissai vivre ensuite l'animal pendant huit jours, puis j'ouvris sa poitrine avec précaution. Le sang était ramassé autour et au niveau de la plaie par laquelle il avait été injecté. Il n'avait pas été absorbé, parce que j'y avais délayé de la farine. Le poumon avait contracté des adhérences avec la plèvre costale autour du liquide épanché, circonscrit et cerné d'une manière invariable.

Ces expériences, répétées plusieurs fois, m'ont toujours donné le même résultat. Elles ont été faites, à la vérité, avec beaucoup de soins et de précautions, et à l'aide d'un bistouri à ressort, pour ne pas blesser le poumon; car, une petite plaie de cet organe peut fournir quelquefois une grande quantité d'air qui, retenu dans la poitrine, refoule le poumon et permet au liquide injecté, dont la pesanteur spécifique est plus grande que celle de ce fluide, de se porter dans la partie la plus déclive de la cavité accidentellement formée entre le poumon et les côtes. Si, alors, on ne se décide que tardivement à donner issue au fluide épanché, qu'arrive-t-il? Ou l'air épanché s'échappe par la plaie extérieure, ou il s'insinue dans les cellules du tissu cellulaire et constitue l'emphysème, ou bien il est absorbé par les surfaces séreuses. Dans tous les cas, il est plus promptement absorbé que le sang, qui, dans le premier, reste épanché sur le diaphragme ; et, dans le second, dans un endroit plus ou moins éloigné de la plaie de la poitrine, et différent selon la position qu'aura gardé le malade. D'après ce qui précède, on voit que si l'air extérieur retenu dans la poitrine et refoulant le poumon ne forçait pas le sang à se porter à la partie inférieure de la poitrine ou de la cavité accidentellement formée entre le poumon et les côtes, l'épanchement serait toujours circonscrit autour de la plaie; il importe donc de s'empresser de prévenir l'accumulation de l'air dans la poitrine, en lui donnant promptement issue.

Mais, dit-on, l'écoulement au-dehors du sang épanché perpétue l'hémorragie, et partant de cette supposition, on a recommandé de s'opposer à sa sortie, en fermant la plaie, et de la retenir dans la poitrine, où sa présence peut agir par compression comme moyen hémostatique. J'accorde peu de confiance à la réunion de la plaie de la poitrine, faite dans l'intention d'arrêter l'hémorragie, lorsque cet accident n'est pas entretenu par l'entrée trop libre de l'air dans le thorax; car je suis persuadé que la compression exercée alors par le sang sur les vaisseaux divisés est si faible qu'elle modère à peine l'intensité de l'hémorragie, et que si elle résulte de l'ouverture de quelques gros vaisseaux, la mort est aussi prompte, soit qu'on laisse couler le sang au-dehors, soit qu'on le retienne dans la poitrine. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque l'hémorragie n'est déterminée que par la lésion du poumon, cet accident s'arrêtera de lui-même, ni plus tôt, ni plus tard, soit que le sang s'échappe extérieurement, ou qu'il s'épanche dans la poitrine. Non seulement on ne doit pas arrêter l'hémorragie lorsque le sang qui s'échappe par la plaie vient de la poitrine, mais, au contraire, favoriser son écoulement, pour empêcher qu'il ne s'épanche dans cette cavité, et même l'en retirer aussitôt qu'il est épanché; car je considère l'épanchement de sang comme l'un des accidens les plus graves des plaies pénétrantes et susceptibles de compromettre l'existence des blessés dans beaucoup de cas, où une hémorragie qui aurait pu s'arrêter d'elle-même leur aurait permis de se rétablir.

La divergence d'opinion des chirurgiens sur le traitement des plaies pénétrantes compliquées d'hémorragie et d'épanchement s'explique par la difficulté de donner issue aux fluides épanchés et en même temps prévenir l'accès de l'air extérieur dans la poitrine. Les auteurs ont, en effet, alternativement préconisé et condamné la réunion immédiate de ces solutions de continuité, parce qu'ils ont reconnu que si la rétention du sang pouvait avoir des conséquences funestes, l'introduction de l'air dans cette cavité n'était pas moins dangereuse.

Maintenant que j'ai parlé de l'hémorragie et de l'épanchement du sang dans la poitrine, et indiqué les moyens de reconnaître et de combattre ces accidens, je dois m'occuper d'une complication non moins dans la poitrine grave, non moins fréquente, savoir, la présence de l'air dans la poitrine.

L'air peut s'introduire dans le thorax de plusieurs manières, et entre autres par la plaie extérieure; mais, dans certains cas, celle-ci est si étroite qu'elle s'oppose à son introduction; alors l'air atmosphérique peut être versé dans la poitrine par la plaie du poumon dont les cellules ont été ouvertes. Il résulte de là que cet état pathologique peut se présenter sous deux formes différentes : dans la première, l'air entre et sort alternativement par la plaie pendant chacun des mouvemens d'inspiration et d'expiration; dans la seconde, l'air fourni par la plaie du poumon est retenu dans la poitrine, où il s'épanche et s'accumule. Enfin, l'air retenu dans la poitrine, qu'il soit fourni par la blessure du poumon, ou qu'il y entre et sorte alternativement par l'ouverture extérieure, peut s'infiltrer dans le tissu cellulaire des lèvres de la plaie et déterminer l'emphysème, troisième mode de complication, très digne d'étude.

Lorsque la plaie des parois pectorales a beaucoup d'étendue, l'air extérieur, qui entre et sort alternativement de la poitrine avec beaucoup de facilité, occasione toujours un trouble, une gêne plus ou moins grande dans la respiration; l'oppression est, en effet, portée jusqu'à une suffocation imminente. Si les poumons sont blessés en même temps dans la proportion de l'étendue de la plaie extérieure, rapport qui existe en général jusqu'à un certain point, l'hémorragie très abondante qui s'effectue par cette dernière n'est alors entretenue que par l'entrée trop libre de l'air dans la poitrine, ainsi que je l'ai déjà dit. On fera donc cesser ces accidens en réunissant de suite les solutions de continuité, non pas simplement seulement comme on l'a fait jusqu'à présent, mais sur une canule à sonpape, ou, pour empêcher son entière cicatrisation, sur une mèche de linge effilé, qu'on change à chaque pansement.

Les plaies du poumon, grandes ou petites, fournissent toutes une plus ou moins grande quantité d'air pendant les premier, second, troisième et quatrième jours, non pas jusqu'à leur entière cicatrisation, mais jusqu'à ce que l'inflammation et l'engorgement se soient emparés de leurs bords, de manière à obstruer les ouvertures des conduits bronchiques et les cellules qui donnent passage à l'air. Mes expériences sur les animaux m'ont appris que non seulement les bords de la plaie sont engorgés par les fluides que l'irritation y fait affluer, mais encore qu'ils sont tuméfiés par le sang extravasé dans les mailles du tissu parenchymateux.

Quoiqu'il soit bien difficile de savoir combien de temps une plaie du poumon met à se cicatriser, et peut verser de l'air dans la poitrine, je crois qu'il est possible de l'évaluer jusqu'à un certain point, ainsi que j'y suis plusieurs fois parvenu à l'aide des expériences suivantes. Après avoir ouvert la poitrine d'un chien, j'ai blessé le poumon en quatre endroits différens, puis j'ai aussitôt réuni les plaies par des points de suture. Le lendemain, j'ai répété la même opération sur le côté opposé de la poitrine. Deux jours après la seconde opération, et trois jours après la première, j'ai tué et ouvert l'animal avec la précaution de ne pas piquer les poumons, que j'ai retirés de la poitrine, pour les insuffler et les distendre sous l'eau. Alors j'ai constaté que les blessures des poumons faites depuis deux jours n'étaient point cicatrisées et laissaient toutes échapper de l'air, qui bouillonnait à la surface de l'eau. Quant au poumon blessé depuis trois jours, il fournissait aussi de l'air par deux de ses blessures, mais les deux autres n'en donnaient pas, quoiqu'elles ne fussent pas encore cicatrisées.

Un autre chien, opéré de même manière, ne fut tué et ouvert que le huitième jour. Des quatre blessures que j'avais faites à l'un des poumons cinq jours auparavant, deux seulement paraissaient cicatrisées et ne fournissaient pas d'air; les deux autres, plus profondes, non encore cicatrisées, n'en laissaient échapper quelques bulles que parce que la distension du poumon était trop forte. Les blessures faites depuis huit jours au poumon opposé étaient arrivées à une cicatrisation complète. J'ajouterai que, pendant les trois ou quatre premiers jours, j'ai évacué l'air et le sang que fournissaient les blessures du poumon, au moyen de ma canule à soupape, que j'introduisais dans une des plaies de la poitrine, dont je retardais la cicatrisation. Malgré cette précaution, j'ai souvent rencontré de l'air dans la poitrine lorsque je faisais l'autopsie des animaux; plus rarement j'ai trouvé de la sanie putride du sang décomposé.

Ces expériences que j'ai plusieurs fois répétées, m'ont à peu près toujours fourni le même résultat.

L'air retenu dans la poitrine constitue un épanchement qu'on nomme pneumo-thorax traumatique, souvent accompagné d'emphysème, cas

pathologique dont on a des exemples curieux dans les observations de Littre, de Méry, etc. Les symptômes qui annoncent ces accidens sont en général rapides et effrayans; le jeu du poumon du côté affecté est difficile ou même impossible; le décubitus ne peut se faire que sur le côté; la poitrine est dilatée inégalement, la face est pâle; il y a des menaces de suffocation, et parfois après quelques heures d'angoisse la mort survient. Il n'y a pas de doute que le meilleur moyen de faire cesser tous ces accidens consiste à ouvrir aussitôt la poitrine par l'opération de l'empyème, en agrandissant la plaie existante par une incision assez étendue pour permettre l'usage de la canule à soupape, qui donnerait issue à l'air et préviendra l'emphysème. C'est à cette incision que durent leur salut les malades affectés d'empyème, confiés aux soins de Hunter et de Sabatier; tandis que ceux de Littre et de Méry, auxquels on n'en pratiqua pas moururent suffoqués. On ne doit pas se borner à faire de simples scarifications, car on sait que les malades n'ont pas été sauvés par elles.

Le précepte d'agrandir les plaies pénétrantes, dans les cas ci-dessus énumérés, n'est point adopté d'une manière générale; ainsi John Bell, qui a trouvé un grand nombre de partisans, propose une marche entièrement opposée. Le docteur anglais s'étant fait une fausse idée de la situation des poumons quand ils sont blessés, prétend qu'au moment même où les organes sont divisés, ils tombent dans un état de collapsus qu'ils conservent jusqu'à ce que leurs blessures soient guéries; que pendant tout ce temps ils deviennent impropres à la respiration, et que leurs fonctions sont suspendues. Il assure que dès le moment de leur blessure, ils se rapprochent de la colonne vertébrale et restent dans cet état d'affaissement, parce qu'ils ne peuvent se distendre non plus qu'une vessie déchirée; cet état du poumon qu'on ne peut empêcher et qui dure inévitablement plusieurs jours, est considéré par John Bell comme très avantageux, sous ce rapport que non seulement il devient un moyen précieux de guérison pour la plaie de cet organe, mais encore parce qu'il prévient l'hémorragie et l'épanchement du sang dans la poitrine.

Ce collapsus est augmenté, dit-il, par la compression qu'exercent le sang et l'air épanchés. Il avance que la plaie du poumon ne peut se cicatriser si cet organe conserve ses mouvemens, parce que l'air traversant continuellement la blessure, et celle-ci se dilatant et se contractant sans cesse comme une artère, sa cicatrisation ne peut avoir lieu. Que cet organe soit blessé ou non, ajoute-t-il, l'air entre si librement par la blessure externe, qu'il ne se forme aucun vide qui permette au poumon d'agir, et il reste affaissé jusqu'à ce que sa blessure soit guérie. Le thorax, semblable alors à un soufflet à large ouverture, admet l'air chaque fois que la poitrine s'élève, et, lorsqu'elle s'abaisse, chasse l'air au-dehors. Quoique celui-ci traverse la blessure du thorax, il ne passe pas dans le poumon, et comme il ne reste point de vide pour que cet organe puisse se mouvoir, qu'il soit sain ou blessé, il demeure dans un état de collapsus. Cela nous démontre, dit-il, que le poumon sain suffit pour la respiration et pour entretenir la vie.

Partant de ce principe, John Bell conseille de retenir l'air épanché dans la poitrine; considérant en outre que la plaie du poumon ne peut se cicatriser si cet organe ne demeure pas dans l'immobilité la plus parfaite, que l'emphysème ne peut cesser parce que l'air continue à être versé par la plaie du poumon, tant qu'elle n'est pas cicatrisée, il critique amèrement quelques auteurs, qui ont cru qu'on pouvait rappeler de suite le poumon à ses fonctions, en favorisant la sortie de l'air contenu dans la poitrine; entre autres, Bronsfield, qui conseille d'introduire dans le thorax une canule, et de l'y laisser à demeure. Il ne blâme pas moins Hewson, lequel, envisageant le développement de l'emphysème comme un symptôme favorable, et persuadé que l'air n'est point renfermé dans le thorax, conseille, pour donner issue aux fluides épanchés, d'élargir la plaie ou de pratiquer l'opération de l'empyème, tandis qu'il rejette la compression sur la plaie ou le lien de la déchirure de la plèvre, faite dans le but de remédier à l'emphysème. John Bell critique également Benjamin Bell, qui recommande, pour favoriser la sortie du sang et de l'air, de recourir à la succion, au moyen d'une pompe aspirante. Je ne conçois pas quelles expériences ont porté John Bell à se faire une telle idée de l'état des poumons blessés; mais je puis dire que sa théorie, ainsi que les conséquences pratiques qu'il en déduit, sont entièrement inexactes, ce dont je me suis assuré par les expériences suivantes.

J'ai fait à la poitrine d'un chien une plaie avec perte de substance, en lui enlevant plus de 54 millimètres d'un côté, ainsi que les muscles des espaces intercostaux voisins; et après avoir fait une large plaie aux poumons, j'ai placé dans celle de la poitrine une grande plaque de verre, légèrement ovale, que j'ai engagée profondément et avec force sous les muscles qui recouvrent les côtes voisines, afin de boucher la plaie et d'intercepter l'entrée ultérieure de l'air par cette ouverture. J'ai ensuite pratiqué, d'un seul coup de bistouri, une autre ouverture à la poitrine, près de la première, et j'y ai engagé à demeure une canule à soupape; puis, au moyen d'un tube, placé à l'autre extrémité de la baudruche, et plus petit que la canule dans laquelle il pouvait être engagé, j'ai pompé avec la bouche l'air qui remplissait cette cavité et affaissait le poumon. A mesure que j'évacuais ce gaz, je voyais à travers la plaque de verre le poumon se dilater et reprendre insensiblement son jeu ordinaire. Enfin, lorsque tout l'air fut évacué, le poumon finit par occuper, durant un instant, toute la cavité de la poitrine, dont il suivait les mouvemens; mais peu à peu et à mesure que la plaie fournissait de l'air, on le voyait s'éloigner des côtes et s'affaisser contre la colonne vertébrale; ce qui prouve clairement que le collapsus du poumon n'est déterminé que par l'accumulation de l'air dans la poitrine.

Je n'ai pas observé dans les mouvemens d'expansion du poumon que les lèvres de sa blessure s'éloignassent et se rapprochassent par cette espèce de contraction qu'on leur suppose; je n'ai pas vu davantage que l'hémorragie fût plus forte pendant l'inspiration que pendant l'expiration, ou pendant que le poumon est affaissé; je me suis cependant assuré que l'air ne s'échappait par la plaie de cet organe que pendant l'inspiration. J'ai remarqué que, lorsque la plaie du poumon était très large et très profonde, l'air inondait presque continuellement la poitrine, et qu'il aurait fallu sans cesse le pomper pour empêcher son affaissement, pendant lequel l'hémorragie était aussi forte que pendant son expansion; j'ai aussi remarqué que les blessures de cet organe versaient moins d'air à mesure qu'on s'éloignait de l'époque de l'opération; que souvent, au bout de 12, 24, 36 heures, elles n'en laissaient plus échapper, quoiqu'elles ne fussent pas encore cicatrisées.

Ces expériences, que j'ai répétées cinq à six fois, et qui m'ont toujours donné le même résultat, doivent suffire pour détruire la théorie de John Bell, et prouver que le collapsus du poumon, loin d'être une conséquence immédiate de sa blessure, n'est, au contraire, déterminée que par la compression exercée sur cet organe par l'air épanché et retenu dans la poitrine. C'est aussi très gratuitement que cet auteur, ainsi que ses partisans, ont osé avancer qu'il suffisait que l'air pût entrer librement dans la poitrine pour détruire et anéantir les mouvemens du poumon, même sain. J'ai pu facilement m'assurer du contraire par l'expérience faite pour prouver sa force de contiguïté, et qui consiste, comme je l'ai dit, à faire deux plaies à l'une des cavités pectorales. Dans l'une d'elles, je portais le doigt, tandis que l'autre, tenue ouverte à l'aide d'un tube, permettait à l'air extérieur d'arriver dans la poitrine.

J'ai remarqué que l'air qui pénétrait dans la poitrine pendant l'inspiration en ressortait pendant l'expiration suivante et que le poumon ne s'éloignait pas de mon doigt, qu'il comprimait; bien plus, lorsque, au lieu d'un tube ordinaire, j'eus placé dans la plaie une canule très forte, et dans laquelle on pouvait engager le doigt, j'ai encore observé que le poumon continuait à se mouvoir et venait à chaque inspiration heurter mon doigt, ce qui ne s'explique et ne peut s'expliquer, je crois, que par la différence de vitesse avec laquelle l'air pénètre dans la poitrine à travers la canule, et dans le poumon par la glotte. L'air qui arrive dans le poumon doit avoir une vitesse double de celui qui pénètre dans la cavité de la poitrine. En effet, les deux cavités pectorales s'élèvent ensemble et appellent une même colonne d'air, dont la vitesse est encore augmentée, et qui est acquise pour le poumon du côté malade, comme pour celui du côté sain. C'est cet air, arrivant avec plus de force et de rapidité, qui soulève et épanouit le poumon avant qu'une grande quantité de ce gaz ait eu le temps de pénétrer par la plaie dans la cavité pectorale pour comprimer cet organe et empêcher ces mouvemens. Ce qui prouvera encore mieux que l'explication que je donne de ce phénomène est bien la seule qui puisse convenir, c'est ce que j'ai observé dans toutes mes expériences où j'ai enlevé un morceau de côté, ou plutôt dans celles où j'ai fait une large ouverture à la poitrine. Le poumon qui était affaissé et quelque sorte collé à la colonne vertébrale, lorsque l'animal était tranquille, sortait de cet état de collapsus d'une manière si brusque et si forte qu'il s'élançait à travers l'ouverture de la poitrine dans les efforts d'inspiration de l'animal, lorsqu'il poussait des cris de douleur ou qu'il cherchait à s'échapper.

De tout ce que je viens de dire, il résulte que l'air qui s'introduit trop librement dans la poitrine, non seulement trouble les fonctions de la respiration, mais favorise encore l'hémorragie; que celui qui est retenu dans cette cavité comprime le poumon et suspend ses fonctions; que, pour faire cesser tous ces accidens, ainsi que pour remédier à l'emphysème, qui en est ordinairement la suite, il faut, dans le premier cas, réunir la plaie par première intention et se servir de la canule à soupape lorsque des symptômes d'épanchement se déclarent. Dans le second, il faut donner issue à ce fluide avec le même instrument, et même agrandir la plaie si elle est trop étroite pour le recevoir. En effet, la plaie des poumons ne fournit pas d'air pendant un temps plus long et ne se cicatrise pas moins

vite, quand ces organes jouissent de la plénitude de leurs mouvemens, que lorsque le fluide les retient affaissés sur la colonne vertébrale.

On vient de voir dans les expériences que j'ai faites sur les animaux que j'étais obligé pour retirer les fluides épanchés dans la poitrine de les aspirer avec la bouche, et que, lorsque les plaies des poumons étaient très étendues, l'air s'y épanchait si abondamment que je pouvais à peine l'en retirer à mesure qu'il y était versé. Il n'en serait pas de même chez l'homme, c'est-à-dire qu'on ne serait pas obligé de le pomper avec la bouche ou autrement, parce qu'il peut à volonté, en faisant une forte expiration, chasser, si la plaie externe est libre, tout l'air qui a pénétré dans la poitrine. S'il est des cas qui obligent à laisser à demeure dans la plaie une canule à soupape, ce sont principalement ceux dans lesquels le fluide épanché auquel un aurait à donner issue pourrait se renouveler avec trop de promptitude et de facilité. Ainsi, ce n'est donc pas seulement pour débarrasser la poitrine du sang qu'elle peut contenir, mais encore pour retirer l'air versé sans cesse par la plaie du poumon qu'on établira à demeure une canule à soupape dans la plaie.

Le pneumo-thorax et l'emphysème pulmonaire ne s'observent pas facilement dans les plaies pénétrantes de poitrine, mais quelquefois encore à l'occasion d'une fracture de côtes. Un des fragmens de cet os, ayant déchiré la plèvre, s'enfonce-t-il dans le tissu pulmonaire? Il y détermine une blessure qui fournit abondamment de l'air, lequel s'amasse dans la poitrine, ou s'infiltre dans le tissu cellulaire; le plus souvent il y a à la fois épanchement d'air et emphysème; mais que ces accidens existent simultanément ou qu'ils se rencontrent isolés, ils sont très prononcés, ils réclament l'un et l'autre à peu près le même traitement. En effet, on les fera cesser en ouvrant la poitrine au-dessus de la fracture et en plaçant immédiatement dans la plaie une canule à soupape, par laquelle s'échappera l'air épanché et celui qui passe directement de la blessure du poumon dans le tissu cellulaire des parois pectorales.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

SUR LA POSITION A DONNER AUX MEMBRES DANS LEURS DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES, ET EN PARTICULIER DANS LES AFFECTIONS DE LEURS OS; par MATHIAS MAYOR.

M. Bonnet, de Lyon, vient de publier, dans la GAZETTE MÉDICALE des 14 et 21 novembre derniers, un *mémoire sur les positions* dans les maladies articulaires, etc., qui aura sans doute du retentissement.

Tout ce qui sort de la plume de ce zélé et progressif chirurgien mérite en effet d'être pris en considération par les praticiens, et c'est sous ce rapport et dans son application technique que je me propose d'examiner ce travail. Je tiens d'autant plus à cet examen, que j'aime à croire que je pourrai rectifier quelques unes des propositions de cet honorable confrère et éclairer mieux le sujet. Je saisirai d'ailleurs cette circonstance pour généraliser et simplifier la question, en faisant voir que ce qui peut s'appliquer aux positions des articulations malades doit également trouver place dans celles de *toutes* les affections graves des extrémités; que le même moyen est toujours suffisant pour les unes comme pour les autres, et qu'il doit être moins compliqué que celui que propose M. Bonnet.

L'importance et la nécessité du mémoire de cet écrivain sont révélées dès sa première ligne. « C'est, dit-il, que ces positions ont à peine fixé l'attention des chirurgiens, et que les auteurs qui ne les ont pas complètement négligées se sont contentés de dire que les malades adoptaient instinctivement celles qui leur étaient les plus avantageuses; et qu'une fois choisies, elles devaient être respectées jusqu'à la guérison complète des phénomènes inflammatoires. »

Cette assertion est si loin d'être exacte, que dans tous les désordres des articulations des membres thoraciques, c'est à une bonne position, *dans l'écharpe*, que recourent d'abord tous les hommes de l'art, et que cette pratique est même générale et éminemment populaire. C'est aussi de là que je suis parti pour généraliser ce grand moyen et en faire jouir également les extrémités abdominales. Mais avant moi, n'était-il donc jamais venu à l'esprit des praticiens d'avoir recours à la position et de la fixer, dans quelques uns des états pathologiques des articulations de ces mêmes extrémités? Ne sait-on pas, au contraire, qu'ils insistent *tous* sur la meilleure position à donner à la jambe et à la cuisse, dans une affection sérieuse de l'articulation du genou, la fracture de la rotule ou la solution de continuité de son ligament inférieur.

Quant aux autres maladies articulaires du membre abdominal, je ne sais pas jusqu'à quel point *tous* les chirurgiens négligent une partie si importante de la thérapeutique, et s'ils méritent le reproche grave que leur adresse le chirurgien de Lyon, de n'en tenir aucun compte.

Je n'ai, du reste, nulle mission de me constituer le champion de mes devanciers, ni de mes contemporains; et je me contenterai de parler pour moi. Or, il me suffira, pour répudier l'accusation portée par M. Bonnet, de citer tout simplement quelques passages de mon nouveau système de déligation, où j'insiste formellement sur la nécessité de cette même position.

« Le chirurgien doit s'enquérir, avant tout, de la meilleure position à donner, et ensuite seulement des moyens de la conserver invariable. (Page 245 de la troisième édition). (1).

« Et comment ne voit-on pas que la seule position qu'on a donnée et qu'on s'est appliqué à conserver est le point dominant. (Page 249.)

« C'est essentiellement dans les MALADIES ARTICULAIRES que ce moyen se montre efficace et incomparable. Qu'on se rappelle les douleurs atroces que ressentent les malheureux atteints d'une inflammation de l'articulation du pied, du genou, de la hanche; leurs cris lorsqu'ils se remuent, qu'on les panse ou qu'on veut arranger leur lit; l'impossibilité où l'on est de leur faire changer de position; leur insomnie, leur réveil affreux, au moindre mouvement, au plus léger choc; leur angoisse et leur terreur lorsqu'on les approche: eh bien! tout change au moyen de l'hyponarthécie et, le plus souvent, à l'instant même où l'appareil protecteur est convenablement placé, le malade reprend un air calme et s'endort.

« Cela se conçoit aisément, car les muscles sont relâchés; il n'y a plus de choc produit par leur agacement, leurs tiraillemens et leurs contractions spasmodiques; il n'y en a pas davantage par l'effet des saccades et des mouvemens du malade et de ceux des corps qui l'environnent; il n'existe plus de frottement entre des surfaces dont la sensibilité est exaltée: tout reste dans l'inaction et l'immobilité. Cependant, des mouvemens de *totalité* s'exécutent impunément, et bientôt même sans aucune crainte, et sans que ces actes réitérés, si précieux et si *nécessaires*, empêchent la résolution de s'opérer ou l'ankylose de s'établir paisiblement. Grâce à l'un ou à l'autre de ces moyens naturels de guérison, on parvient à éviter une affreuse mutilation, des souffrances cruelles et, parfois, une mort qui semblait aussi sûre que prochaine. (Pages 302 et 303.)

« Le praticien aura du moins et constamment par là une indication importante à remplir, celle de la position, et un moyen commode et sûr d'y satisfaire: l'hyponarthécie en suspension. (Page 313.)

« Tout le membre inférieur est placé comme nous ferions dans les mêmes circonstances, pour l'extrémité supérieure, c'est-à-dire dans une écharpe. (Page 313.)

« Le relâchement musculaire, autour et dans le voisinage de la hanche, le repos absolu du membre entier, l'absence de tout frottement dans les parois de la cavité cotyloïde, de tout tiraillement et froissement des tissus qui composent et environnent cette vaste articulation; toutes ces choses sont de rigueur aux yeux de la prudence, et toutes peuvent être réalisées heureusement par la position sur une de mes gouttières. (Page 313.)

« L'essentiel, c'est que le moyen, lorsqu'il est appliqué, soit reconnu utile et qu'il soit envisagé comme la condition *sine quâ non* de la guérison ou du soulagement qu'on cherche à obtenir. (Page 316.)

« La réalisation sera d'autant plus convenable, que nous avons actuellement à notre disposition, pour la maintenir exacte et facile, ce qui manquait à nos prédécesseurs; c'est-à-dire l'écharpe des extrémités inférieures.

« Autrefois, je ne l'ignore pas, nous avions bien aussi la même indication sous les yeux; mais, pour la remplir, *tant bien que mal*, à quel moyen étions-nous obligés d'avoir recours au lit! Lui seul, en effet, était envisagé et désigné comme l'écharpe des extrémités pelviennes! Lui *seul* en tenait lieu! Mais quelle écharpe, grand Dieu! que celle qui force le corps *tout entier* d'être dans l'inaction, et souvent dans une immobilité complète, qui oblige le malade à garder la chambre; qui le réduit à recevoir constamment l'impression fâcheuse d'une température chaude et humide!

(1) Je suis obligé de me référer à cette troisième ÉDITION malgré les imperfections de cette contrefaçon de Germer Baillière, parce que, grâce à ce libraire, elle est la plus généralement répandue.

« Avec tous ces inconvéniens graves, avons-nous du moins la perspective d'obtenir les résultats que nous désirons? Nullement. Le membre pour lequel nous imposons d'aussi grands sacifices à un individu n'offre dans le lit que de bien faibles garanties de ce repos absolu dont nous avons besoin. Au contraire, il partage presque forcément tous les mouvemens imprimés au corps; il les ressent plus ou moins; il n'a pas de position *fixe*, il peut en changer à chaque instant, surtout si le malade n'y fait pas attention; il est à craindre que cette attention ne soit négligée et n'échappe, s'il s'agit du moins d'un enfant ou d'un cas où les mouvemens ne sont pas accompagnés de douleurs bien sensibles; ces mouvemens et la *locomotion clinique* sont du reste de rigueur dans le summeil, etc., etc.

« Rien de pareil ne s'observe et ne peut avoir lieu dans l'extrémité supérieure lorsqu'elle est convenablement emboîtée et soutenue par l'écharpe ordinaire. Or, j'ai démontré dans maint endroit de cet ouvrage, que l'hyponarthécie par la planchette ou les gouttières métalliques, lorsqu'elle est combinée avec la suspension, offre exactement aux membres pelviens les mêmes avantages que l'écharpe assure aux thoraciques, et que l'identité d'effet en-re l'une et l'autre écharpe est on ne peut plus manifeste. (Pages 316 et 317.)

« Cet appareil et la position qu'il exige n'ont rien de pénible et de repoussant, et les enfans eux-mêmes s'y placent toujours sans trop de répugnance et de réclamations.

» Il ne saurait en être autrement; car cette position n'a, en effet, rien de bien incommode; on s'y fait vite, et elle devient bientôt indispensable. Aussi, arrive-t-il rarement que des malades qu'on a placés sur cet appareil, pour d'autres maux, tels que des affections très grave du pied, du genou et de la cuisse, demandent d'en être débarrassés. Plusieurs fois, je leur ai proposé de les placer différemment, en éloignant cette gouttière; mais j'ai souvent éprouvé un refus, de la part des enfans tout aussi bien que des adultes. On m'a même demandé d'être réintégré sur l'appareil, lorsque je l'avais fait mettre de côté.

» Cela se conçoit aisément, si l'on veut bien réfléchir que ce même appareil remplit ici les fonctions d'une écharpe, et qu'en pareilles circonstances le chirurgien aurait tort, et qu'il serait certes bien mal-reçu, s'il en proposait la suppression lorsqu'il s'agirait de ce même moyen de suspensio et de position qu'on aurait appliqué au membre thoracique. (P. 325.) »

Voilà pour le principe.

Quant aux moyens de l'appliquer, on en a indiqué un grand nombre, et s'ils se trouvent *tous* plus ou moins imparfaits et grotesques, c'est qu'on n'a point consulté, pour leur confection, les *exigences* anatomiques et physiologiques, celles de l'état pathologique actuel, et, particulièrement, les lois de la mécanique, combinées avec ces mêmes exigences.

La mécanique régit, en effet, toute cette matière, et, chose étrange! on semble l'avoir entièrement perdue de vue, quoique le gros bon sens en réclame sans cesse l'application et le concours.

De quoi s'agit-il, en effet? de ramener *mécaniquement* certaines parties à une position donnée, de les maintenir et fixer telles par des moyens purement *mécaniques* aussi, et de faire coïncider ou de coordonner les lois de la mécanique appliquée avec le cas pathologique, d'abord, mais encore, avec la connaissance que nous avons des organes affectés avec la physiologie, avec l'anatomie, et avec les propriétés physiques et vitales de ces mêmes organes? Or, comme il ne peut être question ici que de « fléchir, étendre, courber, redresser, incliner, tirer, soulever ou abaisser » dans tel ou tel sens, il est évident qu'il ne saurait exister qu'une *seule bonne* manière d'atteindre ces buts divers, et que les puissances destinées à obtenir ces derniers doivent constamment être dirigées d'après des règles fixes et conformes aux sciences exactes et à la raison.

De ces données précises sur l'empire que doit exercer la mécanique, chaque fois qu'il s'agira de positions à faire prendre et à conserver *forcément*, il résulte clairement qu'il importe à l'homme de l'art de s'assurer de certains *points d'appui*, propres à diriger les forces dont il croit devoir disposer; que ces points d'appui constituent donc l'âme de tous ses appareils; qu'avec eux tout devient simple et facile, et que, hors de là, tout n'est que confusion, incertitude et cruelle déception.

En conséquence, l'appareil qui offrira les points d'appui les plus nombreux et les mieux choisis sera celui qui présentera le plus de chances favorables pour assurer une position voulue, et le chirurgien qui saura le mieux trouver et utiliser ces points d'appui, sera, sans contredit, celui qui pourra aussi compter sur les succès les plus faciles et les plus constans. Or, ma gouttière en fil de fer, lorsqu'elle est placée sous le membre, tant supérieur qu'inférieur, ne laisse rien à désirer sous ce rapport, et elle permet au chirurgien de varier et d'assurer toujours la position des membres, au gré de ses besoins et des exigences de ses malades. Mes déductions à ce sujet, et les figures qui les accompagnent dans mon nouveau système de déligation, en font suffisamment foi, et ne laissent aucun doute à cet égard.

Du reste, je félicite M. Bonnet d'être parvenu, par ses nombreuses observations et ses ingénieuses expériences, tout juste aux mêmes résultats que j'ai signalés depuis nombre d'anoées, et qui, avant moi, n'avaient pas échappé à la plupart des bons chirurgiens; c'est-à-dire que le membre inférieur doit être placé sur sa région postérieure, puis ramené et maintenu dans une *bonne* position, avec le secours des mains et des appareils.

Les mains sont, en effet, ainsi que j'ai eu le premier le bonheur de le proclamer, le meilleur de nos instrumens, celui qui, en fait de position et de direction des membres surtout, nous met sur la voie de ce qu'il y a de plus simple et de plus parfait dans le genre. Leur action est si évidente, si nettement formulée, si conforme aux lois de la mécanique, qu'on ne saurait mieux faire que de la méditer et imiter, *autant que possible*; et qu'on tombe dans le faux et dans le grotesque, aussitôt qu'on s'en éloigne avec les moyens artificiels qui doivent les remplacer ou les simuler. C'est encore par l'effet de cette action si admirable, si *intelligente*, qu'on parvient à contrôler, analyser et à faire ressortir l'effet que produisent et doivent produire tous nos liens, tous nos bandages et toutes nos machines. Elle ne saurait donc être trop étudiée et mise à profit par le clinicien.

M. Bonnet dit, à ce sujet, les choses les plus convenables et les mieux senties, et j'avoue que s'il les eût avancées, il y a dix ou douze ans, j'aurais mérité à bon droit le titre de plagiaire, en les produisant dans mes ouvrages, et dans des articles de journaux, sans en indiquer la source. Mais les machines que propose le chirurgien lyonnais sont loin de répondre à ces prémisses; elles décèlent une toute autre origine que celle de l'action des mains, et trahissent des idées préconçues. Pourquoi, par exemple, des appareils qui se moulent exactement sur toute la circonférence du membre, pour simuler ce que quelques doigts peuvent parfaitement exécuter? Pourquoi emboîter et presser ce pourtour tout entier, quand on peut agir beaucoup mieux et plus simplement, en ne l'attaquant que partiellement? En effet, nous avons à remplir ici la même indication qu'en *orthopédie*; c'est-à-dire *à redresser un fragment de cercle*; et j'ai démontré qu'il suffisait d'agir sur deux extrémités, dans un même sens, et sur sa partie convexe, dans un sens diamétralement opposé, pour obtenir ce redressement. J'ai même, pour plus de clarté, comparé ce dernier avec ce qui se passe, lorsqu'on veut ramener à sa rectitude un bâton courbé.

La position des membres inférieurs, dans le décubitus dorsal, a occupé M. Bonnet; mais il se fait grandement illusion, lorsqu'il affirme, d'une manière absolue: « que la position demi-fléchie des membres inférieurs est pénible dans le décubitus dorsal, et que cette demi-flexion n'est commode que lorsqu'on se couche sur le côté. » Elle est pénible, non pas comme *demi-flexion*, mais parce que la cuisse et la jambe ne reposent sur quoi que ce soit, et que les ischions et les pieds supportent, à eux seuls tout le poids des membres. Aussi, dès que, par un appareil quelconque, vous fournissez à la partie postérieure de ceux-ci une base de sustentation convenable, non seulement la position n'est plus incommode, mais elle soulage aussi bien que celle parfaitement analogue que nous prenons, en nous asseyant dans un fauteuil.

La position demi-fléchie de l'avant-bras n'est sontenable, non plus, qu'à l'aide de l'écharpe ou de ce qui en tient lieu, et son extension sur le bras, d'après les principes de M. Bonnet, serait pourtant sa position normale, dans toutes les affections du membre thoracique. J'engage notre savant confrère de peser ces réflexions, et de les appliquer aussi bien aux affections articulaires qu'aux *fractures* en général, et à tous les autres cas pathologiques graves des extrémités.

L'objection de M. Bonnet contre l'action d'un corps plat vers la partie postérieure du membre tombe en face de la *concavité* de ma gouttière vers cette même région, et celle que les points d'appui des extrémités de ma gouttière sont trop rapprochés du genou, ne peut pas être sérieuse, lorsqu'on sait que cette gouttière s'étend, des environs de l'ischion, audelà de la plante du pied. Cette dernière circonstance me permet donc d'exercer des *tractions* dans le sens de l'axe du membre, sur le bout inférieur de la gouttière, et je suis libre, contrairement à ce que prétend M. Bonnet, de faire telle pression que je juge convenable, sur la partie saillante du membre, pour faciliter son redressement et aider l'effet de la pesanteur, en supposant que celle-ci doive en effet jouer un rôle quelconque dans ce même redressement. Rien de plus facile, d'ailleurs, que de diminuer l'épaisseur du coussin, sous le jarret, et de creuser par là un vide sous cette région, pour favoriser l'action du lien compressif et du poids du membre. Aussi, n'ai-je besoin, dans cette opération si simple, ni de roulettes, ni de tourniquet.

M. Bonnet prétend (p. 743 de la GAZETTE) « qu'il n'existe *pas un seul appareil* qui permette de mettre le genou et la coisse à découvert, sans leur imprimer le moindre mouvement, et d'appliquer ainsi, sur les parties malades, toutes les médications convenables, telles que des sangsues, des cataplasmes, etc. » Il affirme également « qu'il n'en est point qui assure l'immobilité sans la compression, qui permette d'observer le membre, de le serrer et de le desserrer à volonté, sans imprimer de mouvemens. » Comment est-il possible qu'un homme aussi haut placé que l'est M. Bonnet puisse se permettre de pareilles erreurs? Comment dois-je les qualifier, puisque ma gouttière, tout en assujétissant la cuisse, la jambe et le genou, avec le moins de compression possible, quel que soit l'appareil dont on fasse usage, laisse cependant toutes ces parties complètement à découvert, dans la totalité et plus de leur pourtour antérieur? M. Bonnet revient, à plusieurs reprises (p. 743) sur l'absence de compression de ses appareils de prédilection. Mais chercher d'agir sur un corps résistant, et vouloir le redresser on le plier en tous sens, sans le presser ni comprimer, ainsi que prétend le faire M. Bonnet, c'est évidemment se mettre au-dessus des règles les plus vulgaires de la mécanique et du gros bon sens; c'est une véritable chimère, de la pierre philosophale toute pure!

M. Bonnet n'y a pas réfléchi davantage quand il nous dit plus has : « qu'il ne connaît aucun appareil qui puisse maintenir la *hanche immobile dans une bonne position. et qu'il faut nécessairement, dans ce but; un pantalon solide, qui embrasse le tronc et les deux membres inférieurs.* » J'ai prouvé, au contraire, et tous les chirurgiens peuvent sur-le-champ vérifier mon dire, que lorsque les deux membres inférieurs sont placés parallèlement sur une même gouttière, tous les mouvemens des fémurs et du bassin ne sont plus que de *totalité*; c'est-à-dire qu'ils ne peuvent plus retentir vers les cavités cotyloïdes, mais qu'ils vont aboutir aux vertèbres lombaires.

Pour avoir une idée assez juste de ce qui se passe ici, prenez l'index d'une de vos mains. Tant que vous le tiendrez isolé des autres doigts, tous les mouvemens que vous lui imprimerez se réfléchiront sur sa première articulation; mais aussitôt que vous l'aurez lié avec le médius ou voisin, ces deux doigts, ne faisant plus qu'un seul et même tout, ne pourront plus jouer *latéralement* dans leurs jointures respectives, et c'est plus haut, vers le poignet, que se propagera le mouvement. Or, c'est là le point important avec mon appareil et avec tous les appareils. Aussi, c'est vraiment admirable comme nous réussissons, de cette manière, dans le traitement des fractures du col du fémur, et comme la simple suspension de la gouttière rend tout facile et commode, tant pour le chirurgien que pour le patient et ceux qui l'assistent.

Je ne m'explique pas non plus comment (p. 744) M. Bonnet trouve des difficultés à mesurer la longueur comparative de deux membres, lorsqu'ils sont *fléchis* parallèlement et de la même manière? Et pourquoi il s'imagine que cette circonstance doit rendre le diagnostic *obscur?* Ne dirait-on pas que la mesuration de deux corps n'est possible que lorsqu'ils ont la *rectitude parfaite* que leur assigne ici M. Bonnet, et qu'il exige pour pouvoir les comparer? On en seraient, je vous prie, les arpenteurs, avec leurs connaissances en géométrie, s'ils ne pouvaient agir, par la mensuration, que sur des surfaces planes ou complètement droites? Mais, dites-vous, il y a telle position *connue* qui change totalement les rapports de longueur! Eh bien! tenez compte de ces changemens, et défalquez-les, s'ils existent, indépendamment de l'attention que vous aurez eue de placer les deux membres que vous voulez comparer, exactement dans la même position.

Il est curieux de voir qu'on s'obstine encore d'envisager la chirurgie comme tellement excentrique, qu'elle ne puisse s'aider des notions les plus simples des sciences exactes, tandis, au contraire, qu'elle ne vit que par l'eff t de leur heureux concours. Et pourtant, M. Bonnet n'est assurément pas de ceux qui veulent éterniser la routine, en lui élevant de pompeux et de prétentieux monumens!

En résumé, je dirai donc :

1° Que dans *toutes* les affections pathologiques des membres, tant supérieurs qu'inférieurs, la première pensée, le besoin impérieux du chirurgien doit être de leur donner et assurer une position convenable.

2° Que ce qui se passe partout, et de temps immémorial, à cet égard, avec l'écharpe *brachiale*, doit servir de type et d'encouragement pour une écharpe analogue des extrémités inférieures.

Or, il existe deux ordres de cette dernière : 1° celle qui soutient la jambe par devant, et qui prend son point d'appui sur l'épaule opposée, ou autour du bassin du patient; et 2° celle qui supporte le membre par derrière, et qui a son appui au-dessus de ce dernier, et, en dehors du malade, au moyen d'une corde verticale. Le premier sert pour la station et la marche avec des béquilles, et le second lorsqu'on est couché dans le lit ou assis sur une chaise, dans une voiture, etc.

3° Que les membres inférieurs, à l'instar des supérieurs, doivent en général être constamment *suspendus* dans leurs maladies graves. C'est là une des grandes et belles idées de la chirurgie moderne. Je suis parvenu à rendre cette suspension si simple et si facile, que je l'applique aux fractures du col du fémur, comme aux entorses et aux engorgemens inflammatoires du pied, aux fractures de la rotule et de la jambe, aussi bien qu'aux érésypèles phlegmoneux et aux violentes contusions de cette dernière. M. Bonnet parle bien aussi de la suspension, dans les fractures et les maladies articulaires; mais c'est uniquement pour satisfaire à quelques besoins du moment, et il bisse alors ses malades, exactement comme je le fais dpuis douze ans, lorsque je les soulève dans le même but sur mon cadre clinique. « Il m'arrive assez souvent d'en multiplier les poulies et de les moufller, afin qu'une simple garde et que le malade lui-même puissent soulever aisément la machine, et que l'ascension de cette dernière s'opère avec plus de douceur, (Page 141.) »

4° Que le fil métallique est, de tous les corps connus, le plus propre, sans aucune comparaison, à la confection de toutes les gouttières imaginables, soit qu'il s'agisse de les appliquer sous les membres (*hyponarthécie*), ou qu'il soit question d'en recouvrir la circonférence antérieure (*hypernarthécie*).

5° Que le coton est également la substance qui réunit hautement et par dessus toutes celles qu'on connaît, les propriétés les plus convenables pour servir de remplissage, pour garnir les liens divers, pour *protéger*, en un mot, les tégumens contre l'effet de tous les moyens contentifs et autres qui doivent agir par la compression.

6° Qu'il n'est nullement nécessaire, ainsi que le prétend M. Bonnet, avec tous les partisans des appareils inamovibles, d'emmailloter complètement un membre quelconque pour en assurer l'immobilité; car la mécanique et le gros bon sens nous enseignent, au contraire, qu'il suffit que ce membre soit appuyé sur la moitié ou les deux tiers de la circonférence, pour qu'il soit suffisamment soutenu et à l'abri de dérangemens fâcheux. Encore n'est-il pas nécessaire que cette partie du pourtour du membre en question soit entièrement en contact avec le corps contentif, puisqu'il est suffisant que ce dernier le soutienne; seulement dans la direction de trois lignes qui le parcouraient dans le sens de son axe et à égales distance, les unes des autres. (Voyez, à ce sujet, le feuilleton de la GAZETTE DES HOPITAUX, du 17 novembre dernier.)

7° Qu'il n'aurait tenu qu'à M. Bonnet de m'épargner la peine physique et surtout *morale*, d'écrire cette notice et d'éplucher son mémoire, si, avant de le rédiger, il avait bien voulu parcourir soixante ou quatre-viogts pages de mon nouveau système de déligation, et jeter un coup-d'œil sur les planches qui l'accompagnent.

8° Qu'en conséquence, je dois finir comme l'habile chirurgien de Lyon a commencé; mais en prenant toutefois et de la manière la plus positive, le contrepied de ce qu'il s'est trop hâté de déclarer; en affirmant donc ce qu'il a nié, lui, non moins positivement et nettement, et en proclamant de toutes mes forces: « Que les positions des membres dans les maladies articulaires ont bien réellement fixé l'attention des chirurgiens, et que loin d'avoir été négligées par ceux qui méritent ce nom, ils n'ont jamais accepté comme devant faire règle, celles que les malades adoptaient instinctivement, si elles étaient peu convenables, mauvaises et fâcheuses. »

Je laisse du reste, et très volontiers, à tous les auteurs qui ont quelque droit à une *priorité* quelconque, celui de m'accuser ou de m'absoudre d'avoir pris immédiatement la plume en cette occasion.

Je m'en serais abstenu vis-à-vis tout autre que M. Bonnet, dont j'admire le zèle et les connaissances variées, et dont j'entrevois avec intérêt le brillant avenir.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE.

RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES SUR L'ARSENIC.

M. Flandin lit, en son nom et celui de M. Danger, une note sur les résultats d'un travail qu'ils ont entrepris dans le but de jeter du jour sur quelques parties douteuses des recherches de médecine dans les cas où l'on soupçonne qu'il a pu y avoir empoisonnement par l'arsenic.

MM. Flandin et Danger ont retiré des matières animales un composé qui donne, avec l'appareil de Marsh, des taches faciles à confondre avec les taches véritablement arsenicales. Ce composé, qui est un mélange de sulfite et de phosphites ammoniacaux et d'une matière animale, donne, selon les auteurs, toutes les réactions que l'on attribue à l'arsenic. Introduit dans l'appareil de Marsh, il produit des taches miroitantes en dégageant l'odeur d'ail. Ces taches sont volatiles, solubles dans l'acide nitrique, et leur dissolution précipite par l'acide sulfurique et l'azotate d'argent absolument comme les dissolutions d'acide arsénieux. MM. Flandin et Danger annoncent en outre qu'au moyen d'un procédé particulier pour la carbonisation des matières animales, ils peuvent isoler complètement les taches vraiment arsenicales et les faire distinguer de celles qui leur ressemblent à tant d'égards. Ils ajoutent que ce procédé les a conduits à obtenir immédiatement l'arsenic à l'état métallique.

SÉANCE DU 11 JANVIER.

Dans la précédente lecture, en nous prononçant sur la non existence de l'arsenic à l'état normal dans les parties molles des cadavres humains, nous avons fait réserve de notre opinion sur la présence de l'arsenic dans les os, où on l'avait plus exclusivement signalé. Nous venons aujourd'hui soumettre à l'Académie le résultat de nos expériences sur cette question, ainsi que sur celles de la présence de l'arsenic dans le terreau des cimetières.

Pour rechercher l'arsenic dans les os, nous les avons d'abord traités suivant la méthode indiquée par divers chimistes. Nous les avons fait brûler sur un gril, à une température modérée, et de manière à les ramener à l'état de charbon animal. Nous les avons pulvérisés et fait bouillir dans l'acide sulfurique, puis repris par l'eau et filtrés. Le liquide, introduit dans l'appareil de Marsh, a donné des taches abondantes. Pour déterminer la nature de ces taches, nous avons brûlé le gaz dans un appareil disposé de manière à ne rien laisser perdre des produits, et n'avons pas obtenu d'acide arsénieux. Comparativement, un demi milligramme d'une matière arsénicale nous donne assez d'acide arsénieux pour en obtenir le métal et toutes les réactions qui caractérisent ce corps.

Nous avons cru devoir ne pas nous en tenir à cette épreuve; nous avons voulu nous assurer si, dans la combustion préalable à l'air libre, des parties inflammables des os il ne se dégageait pas d'arsenic. Nous avons calciné les os dans une cornue en porcelaine, en faisant passer les produits volatils à travers un tube de même matière, porté à la plus haute température qu'on puisse obtenir dans les laboratoires. L'appareil était disposé de manière à recueillir sans perte tous les produits.

En brûlant, les gaz dégagés n'ont pas donné d'acide arsénieux.

Les liquides condensés n'en ont pas fourni non plus.

Le charbon déposé dans le tube, le noir animal qui restait dans la cornue, repris par les acides jusqu'à la complète destruction du carbone libre, n'ont produit aucune réaction qui pût faire soupçonner la présence de l'arsenic.

Les expériences que nous avions faites sur les os, nous les avons répétées pour les terres. Nous avons été prendre du terreau dans les trois cimetières de Paris, Mont-Parnasse, Montmartre et le Père-Lachaise. Nous avons eu soin de le recueillir sur un grand nombre de points différens et dans des tombes nouvellement ouvertes. Traité par les acides, à l'instar des os, le terreau a toujours fourni, avec l'appareil de Marsh, un gaz qui déposait des taches miroitantes sur la porcelaine; mais les produits de la combustion de ce gaz, recueillis avec soin, ne contenaient pas d'acide arsénieux.

Dans le but de détruire jusqu'aux dernières traces des combinaisons organiques, combinaisons qui compliquent encore aujourd'hui d'une manière inextricable les réactions chimiques les mieux connues, nous avons eu recours pour les terres au mode de calcination préalable que nous avions suivi pour les os. Dans l'un et l'autre cas, les résultats ont été identiques : nous n'avons retiré du terreau aucune trace d'acide arsénieux. Les taches obtenues, avec l'appareil de Marsh, dans l'épreuve précédente, n'étaient donc pas de nature arsenicale. Toutefois, malgré ces résultats négatifs, tant de causes peuvent disséminer de l'arsenic dans les terrains, que nous n'induirons nullement de nos expériences qu'on ne trouverait pas d'arsenic dans les localités mêmes où nous avons pris le terreau qui a servi à nos essais.

Ces faits nous conduisent aux conclusions suivantes:

1° Il n'existe pas plus d'arsenic, à l'état normal, dans les os que dans les chairs des cadavres humains.

2° On ne peut prononcer sur la nature des taches obtenues avec l'appareil de Marsb qu'après avoir brûlé le gaz qui les produit, et s'être assuré que les résultats de cette combustion donnent indéfiniment les mêmes taches.

Nous ferons connaître d'une manière spéciale les procédés qui nous ont conduits à ces conclusions et à celles du travail précédent, en soumettant à l'Académie les applications directes que nous en avons faites aux cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

La lecture du procès-verbal soulève une réclamation de la part de M. Rochoux qui demande la rectification d'une légère inexactitude, à propos de ce qu'il a dit dans la dernière séance.

La correspondance ne contient rien d'intéressant.

ORDRE DU JOUR.

M. Hamel, au nom de la commission des remèdes secrets, fait plusieurs rapports.

DÉCOCTION DE SUIE DANS LE CATARRHE VÉSICAL; par M. Gigouin. (Rapport de M. Civiale.)

Le travail de M. Cigouin contient plusieurs observations desquelles il résulte que cette préparation aurait d'excellens effets dans le catarrhe de la vessie. Si nous avons bien entendu l'honorable rapporteur, il nous semble qu'après l'analyse de ces observations, dont quelques unes seraient incomplètes suivant lui, il a dans sa pratique expérimenté ce médicament qui ne lui a pas réussi aussi bien qu'à M. Gigouin. Il a vu une fois, succéder à son emploi une éruption assez douloureuse aux parties génitales d'une femme. Les premières injections qu'il a faites ont presque toujours augmenté ou réveillé des douleurs qui ne se calmaient qu'au bout de quelques jours. Ayant fait analyser la suie, il a vu que la composition de cette substance était très variable, et ne pouvait dès lors donner aucun résultat fixe; il pense donc que l'emploi de la suie dans le catarrhe de la vessie ne présente aucun avantage sur les moyens déjà connus et que quelquefois il peut être dangereux.

Il propose de remercier l'auteur et de faire le dépôt de son travail aux archives.

M. Pelletier s'étonne que l'analyse chimique n'ait pu signaler dans la suie la créosote qui s'y trouve toujours; peut-être que cette dernière substance qui est si puissante pourrait expliquer quelques-uns des résultats de l'emploi de la suie.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

DE L'IDENTITÉ DE LA VARIOLE ET DE LA VACCINE; par M. Helm. (Rapport de M. Gauthier de Claubry.)

Plusieurs médecins, surtout étrangers, ont déjà cherché à résoudre cette question par la voie expérimentale; ils ont obtenu des résultats contradictoires. M. Helm s'est proposé de résoudre le même problème. Il inocule à des vaches le virus varioliqne, à l'aide de matières venant d'individus atteints de variole. Il a, par ce moyen, réussi à produire chez ces animaux des boutons de véritable vaccine dont le produit a servi à vacciner l'homme avec efficacité.

M. le rapporteur ne se porte point garant des expériences de l'auteur allemand et demande qu'un membre de la commission de vaccine se joigne un médecin vétérinaire qui puisse présider à ces expériences délicates.

M. Gérard, qui fait cette année partie de la commission de vaccine, est le médecin vétérinaire désigné.

M. Dupuy pense que l'inoculation du virus d'une espèce à une autre peut réussir, mais que le nouveau virus développé par l'inoculation perd sa transmissibilité! Aussi, depuis quarante ans qu'il observe avec attention, il a bien vu la rage se communiquer de la race canine aux herbivores, mais ces derniers eux-mêmes n'ont jamais pu, suivant lui, transmettre à leur tour la rage. La viande des vaches enragées peut être mangée sans aucun danger.

M. Bousquet : La question qui s'agite en ce moment est loin d'être résolue. Depuis les expériences de Sunderland, en Angleterre, j'ai fait moi-même l'inoculation du virus variolique à quatre vaches, dont aucune n'a présenté de boutons de vaccin. Il est vrai que Grégory, en Angleterre, a inoculé le même virus avec succès à des vaches; mais il est loin de conclure de là que la vache puisse rendre du vaccin pour du virus variolique. Il m'a assuré au contraire qu'il n'avait aucune opinion arrêtée à cet égard. D'ailleurs il existe un fait signalé déjà par Jenner et qui est une grande source d'erreurs. Jenner a dit et prouvé que la variole inoculée ressemble tant à la vaccine, que les médecins les plus occupés de cette question, confondaient devant lui ces deux choses. Enfin il est certain que le produit de l'inoculation de la variole à des vaches a communiqué des éruptions générales graves, à tel point que le gouvernement anglais a empêché ces expériences, et a dernièrement puni quelqu'un qui avait bravé sa défense.

M. Rochoux: Je répondrai à ce qu'a dit M. Dupuy que M. Breschet a fait des expériences concluantes et contraires aux opinions qu'il a émises. Ce chirurgien a injecté sur des animaux du sang provenant d'ânes auxquels la rage avait été communiquée. Ce sang a toujours communiqué la rage.

HYPÉRÉMIE CAPILLAIRE; par M. Dubois, (d'Amiens.)

Sous ce titre, M. Dubois continue la lecture des travaux qu'il a entrepris sur la circulation capillaire. Sa lecture porte aujourd'hui sur le phénomène de la congestion et de l'inflammation. Dans le premier cas, la marche des globules sanguins est modifiée de la manière suivante : il y a d'abord accélération des courans, auquel succède bientôt un ralentissement qui devient de plus en plus manifeste. Plus tard, le mouvement devient remittent, puis intermittent; viennent ensuite les propulsions saccadées entre lesquelles existe une immobilité complète. Les propulsions saccadées sont suivies de mouvemens de va et vient, d'oscillations qui disparaissent elles-mêmes au bout d'un temps variable. Alors les colonnes sanguines restent immobiles. Tant que dure l'accélération de la marche de ces courans, il n'y a pas encore congestion, celle-ci commence avec le ralentissement de cette marche. C'est alors que les globules toujours poussés par l'action du cœur trouvent un obstacle au point où s'opère bientôt la congestion; celle-ci n'est qu'un encombrement des globules. Avant d'étudier cet encombrement lui-même dans les différens ordres de capillaires, M. Dubois donne la mesure approximative du diamètre des différens capillaires, d'après ses observations. Ces mesures coïncident avec celles dont abondent les travaux allemands, et en particulier ceux de Muller, de Weber.

Quel que soit le degré de la congestion, jamais M. Dubois n'a vu plusieurs globules sanguins marcher de front dans les capillaires où ces globules sont d'habi-

tude placés les uns à la suite des autres. Ils s'entassent, se rapprochent, se mettent en contact entre eux et avec les parois des vaisseaux; il n'a rien vu qui lui permette d'admettre ces prétendus capillaires blancs, susceptibles de recevoir des globules sanguins dans l'état inflammatoire. Dans les capillaires artériels recevant plusieurs globules de front, ceux-ci deviennent plus nombreux, se rapprochent, se tassent les uns sur les autres. Le rapprochement et l'entassement est tel que le diamètre du vaisseau est double, quelquefois triplé, et que l'espace qui loge la sérosité a disparu, envahi par les globules; que devient alors le sérum? M. Dubois pense, sans pouvoir le démontrer, que ce sérum transsude à travers les parois des vaisseaux, et s'infiltre dans les tissus voisins.

Ces faits infirment, suivant l'auteur, l'ancien adage: *ubi stimulus, ubi fluxus*. Ici, il n'y a point fluxion, il y a arrêt, stagnation. Si la congestion persiste, les îles de substance animale, séparées, pendant l'état physiologique, de la substance réticulée, se confondent avec elle, à la suite d'un ramollissement, qui est le vrai caractère, le critérium de l'inflammation.

Muller avait déjà fait cette observation; car il dit que, dans l'inflammation, les tissus perdent leurs caractères particuliers de vascularité. La durée de la congestion et le temps qu'elle met à s'établir sont très variables. Quand elle est produite par une cause intense, elle s'établit brusquement. Le plus souvent elle ne s'opère que d'une manière lente, et il peut arriver que les phénomènes que nous avons décrits en commençant peuvent s'arrêter dans leur marche, et alors la congestion n'arrive point. Un point intéressant était de savoir comment se fait la résolution de la congestion. M. Dubois a étudié ce sujet, il a vu que les mêmes phénomènes qui se succèdent pour produire la congestion se succèdent aussi pour la résolution, mais dans un ordre inverse. Ainsi, au milieu d'une partie congestionnée, une oscillation lente se montre d'abord, dure plus ou moins longtemps, pour être suivie de toutes les modifications que nous avons signalées dans la marche des courans sanguins.

Il resterait, pour compléter ces études, à traiter de la suppuration et de la gangrène; mais M. Dubois n'a point fait d'expériences. Et d'ailleurs, elles ne serviraient point à son but, qui est d'examiner la valeur de la théorie médicale dernièrement tant en vogue, la théorie de l'irritation. Cet examen sera l'objet d'un prochain travail.

M. Bouvier demande sur quel genre d'animaux les expériences précédentes ont été faites. Si des animaux à sang froid en ont été le sujet, les faits observés peuvent-ils s'appliquer à l'homme?

M. Dubois: J'ai fait quelques expériences sur les mésentères de souris blanches et sur celui de jeunes chats. Les phénomènes, quant à la congestion, m'ont paru les mêmes que chez les animaux à sang froid, qui, à la vérité, ont servi à la majorité de mes expériences. Ils s'y prêtent en effet beaucoup mieux; car les observations pouvant être faites sur des parties de l'intégrité desquelles la vie ne dépend pas, peuvent être continuées beaucoup plus longtemps. Je n'ai point pu étudier sur ces animaux l'inflammation et la suppuration; car il est impossible de déterminer chez eux ce dernier phénomène.

COMMUNICATIONS. — SECTION DES TENDONS DES MUSCLES DE L'OEIL SUR LE CHEVAL; RÉUNION DE CES TENDONS; PAR M. LUCIEN BOYER.

M. Lucien Boyer a fait à l'Académie une communication fort intéressante, dans le but d'éclairer l'importante question de la section des muscles pour guérir le strabisme. Il a d'abord présenté quelques pièces d'anatomie, pour rappeler la disposition différente des muscles sur le cheval, sur le chien et sur quelques autres animaux. Il a montré ensuite d'autres pièces d'anatomie pathologique, constatant des résultats d'expériences faites sur les animaux vivans; ces pièces sont:

1° L'œil droit d'un cheval tué onze jours après que le muscle droit externe eut été coupé; une rétraction assez prononcée du muscle avait eu lieu; aussitôt le cheval était devenu strabique en dedans. Le muscle offre une aponévrose de nouvelle formation, déjà résistante, dont on peut facilement distinguer les limites. On peut, sur cette pièce, reconnaître une fibrille persistante de l'aponévrose primitive.

2° L'œil gauche du même animal, sur lequel les muscles droit supérieur et grand oblique avaient été coupés le même jour et réséqués. Ces muscles ont aussi contracté une nouvelle adhérence avec le globe de l'œil, au moyen d'une aponévrose de nouvelle formation.

3° L'œil droit d'un cheval, abattu dix jours après la section du muscle grand oblique, le long du bord interne du droit supérieur. Le muscle coupé a contracté des adhérences avec un tronc celluleux, qui le fixe au globe de l'œil, en dedans du droit supérieur.

4° L'œil gauche du même animal, sur lequel le muscle petit oblique a été coupé le même jour. Le muscle, fortement rétracté sur lui-même, tient également à une expansion aponévrotique nouvelle, qui le fixe à la partie inférieure du globe de l'œil; il forme un faisceau arrondi très distant et très dur,

5° Les deux yeux d'un même cheval, sur lequel il a pratiqué la section du muscle droit externe. L'animal a été sacrifié cinq jours seulement après cette double opération, et déjà on peut voir le même résultat que sur les précédens; d'un côté, le muscle avait été coupé tout près de sa portion charnue; la contraction est tellement prononcée que le muscle ne dépasse pas le muscle rétracteur ou postérieur de l'œil, et cependant il a contracté une nouvelle adhérence. De l'autre côté, le muscle a été coupé au milieu de sa portion aponévrotique; la section paraît moins nette, la rétraction est moins grande, l'adhérence nouvelle existe également.

Ces pièces démontrent, de la manière la plus évidente, dit M. Boyer, que, lorsque les muscles de l'œil ont été complètement coupés, leurs extrémités ne se soudent, dans aucun cas, l'une à l'autre, et que leur réunion au globe de l'œil se fait par une aponévrose de nouvelle formation, qui s'insère toujours postérieurement à l'insertion primitive, sur la sclérotique. Enfin, on voit que le travail de réunion est déjà évident au bout d'un temps très court, et que le muscle allongé par l'intervalle qui existe entre ses deux bouts coupés peut manifester son action, devenue presque normale.

M. Boyer dit avoir répété et et multiplié ces expériences, en coupant d'abord un muscle, puis deux, puis trois et enfin tous les muscles de l'œil, et il est arrivé à des résultats fort intéressans pour la physiologie et la pathologie.

Après avoir fait un grand nombre d'expériences sur les animaux vivans, M. Lucien Boyer a pratiqué l'opération sur l'homme, et déjà il a opéré un grand nombre d'individus, dont quelques uns affectés de strabisme double. Le procédé qu'il a suivi est celui de Dieffenbach, avec cette différence, qu'au lieu de se servir d'érignes pour prendre la conjonctive, il emploie des pinces mousses à dents et à pression continue qui, dans aucun cas, ne peuvent piquer la cornée, comme cela est arrivé sur des animaux vivans, en se servant d'érignes. Cette modification dans l'appareil instrumental fait que celui-ci ne se compose que d'instrumens avec lesquels il est impossible de piquer et de blesser l'œil. De plus, M. Lucien Boyer se sert d'un crochet double, mousse, à écartement, qui lui donne plus d'espace pour la manœuvre des ciseaux et plus de facilité pour couper sûrement le muscle.

M. Lucien Boyer présente ensuite plusieurs malades sur lesquels il a pratiqué l'opération du strabisme:

1° Un enfant de 9 ans et une jeune fille de 15 ans, opérés le 25 décembre dernier, d'un strabisme convergent simple, l'un de l'œil droit, l'autre de l'œil gauche,

2° Un enfant, âgé de 7 ans et demi, et une jeune fille de 19 ans, opérés le 27 décembre dernier, d'un strabisme convergent simple de l'œil gauche, très prononcé chez le premier, et de l'œil droit chez le second.

3° Deux enfans, l'un de 8 ans, et l'autre de 12, opérés le 2 janvier d'un strabisme convergent simple de l'œil droit.

4° Une jeune femme de couleur, opérée le 27 décembre, des deux yeux, pour un strabisme divergent double.

5° Enfin, un enfant opéré le 31 décembre, des deux yeux, pour un strabisme double convergent très fort.

Plusieurs membres de l'Académie, qui ont assisté à quelques-unes de ces opérations, en constatent les résultats qui, sur tous les malades, sont très satisfaisans.

M. Lucien Boyer présente enfin un malade qu'il n'a pas voulu opérer encore, et qui offre un phénomène singulier. Cet homme, au premier abord, ne paraît pas affecté de strabisme; mais quand il regarde à droite, l'œil gauche se lève graduellement sous la paupière supérieure, et la cornée finit par se cacher entièrement pour redescendre à sa place naturelle, à mesure que l'axe de l'œil droit se reporte au milieu de l'ouverture des paupières.

M. Lucien Boyer dit, en terminant, qu'il a plusieurs fois pratiqué la section du muscle droit interne et du grand oblique en même temps, et que, après avoir coupé ces deux muscles sur une jeune fille qui portait un strabisme en haut et en dedans, il fut obligé, huit jours après, de couper le muscle droit supérieur, afin d'arriver à une guérison complète qui, en effet, a été obtenue.

Quelques académiciens, au nombre desquels nous citerons M. Amussat, pensent, autant que nous avons pu entendre, que ce phénomène est dû à une contraction énergique des muscles droit supérieur et grand oblique.

M. Amussat, qui a assisté M. Boyer dans ses opérations, pense que la preuve immédiate de la section complète du muscle est la possibilité pour l'opéré de porter l'œil dans le sens opposé à la déviation, et l'impossibilité de le porter dans celui de la déviation. La section complète du muscle n'est pas même toujours suivie de ces deux phénomènes. Ainsi, il les a vu manquer en partie chez trois des opérés de M. Boyer, et cela tenait, dans ces trois cas, aux adhérences celluleuses du muscle, adhérences qu'il a été d'ailleurs facile de rompre, à l'aide d'une traction si légère, que les malades ne s'en sont pas aperçus.

M. Velpeau ne croit point que les signes donnés par M. Amussat comme ceux d'une bonne réussite soient certains. Il se peut bien que l'intégrité de quelques fibres musculaires puisse ramener la maladie à un degré plus ou moins prononcé; mais si la possibilité de porter immédiatement l'œil opéré, dans un sens diamétralement opposé à la déviation, était un sûr garant de la section complète du muscle, ce chirurgien aurait, dans ses opérations, coupé complètement les muscles, puisque ses opérés pouvaient exécuter ces mouvemens. Et cependant, ils ont eu des récidives. Ainsi donc, de ce qu'un œil strabique en dedans puisse, après la section du muscle droit interne, se porter en dehors, il ne s'en suit pas qu'il n'y aura pas récidive.

Ce professeur s'élève de nouveau contre l'interprétation fausse qu'on donne à ses paroles. Jamais il n'a eu l'intention de s'opposer à l'opération faite pour guérir le strabisme; il veut seulement qu'on ne juge des guérisons qu'après un temps assez long à la suite de l'opération.

M. Roux parle dans le même sens que M. Velpeau, quant au jugement qu'il a porté sur cette opération.

M. Bouvier présente l'orbite gauche d'une femme morte dans son service à la Salpêtrière. Cette femme, âgée de 82 ans, avait un strabisme divergent de cet œil, et elle faisait remonter cette difformité à son enfance. Les muscles de l'œil ont été soigneusement disséqués; il s'attendait à trouver une rétraction du droit externe; mais il n'en est rien, le muscle est flasque et aussi long que le droit interne. Quand les deux muscles sont soulevés en même temps par un corps passé sous eux, le droit externe semble un peu plus tendu que l'interne; cette différence est à peine appréciable.

Plusieurs membres pensent qu'il est difficile de conclure de l'état cadavérique à l'état physiologique, surtout pour les muscles de l'œil.

M. Velpeau fait observer que presque tous les individus affectés de strabisme simple peuvent, quand l'œil non dévié est fermé, faire exécuter avec l'œil strabique tous les mouvemens physiologiques. La même chose a lieu dans le strabisme convergent double, quand un œil est fermé.

MM. Roux et Amussat ont fait la même observation.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches anatomico-pathologiques sur l'infiltration sanguine et l'inflammation aigue du cerveau; par C.-L.-M. Durand-Fardel. (Thèses de Paris, 1840. 125 pages.)

Les bonnes thèses sont devenues plus rares que jamais, depuis que le sort règle les questions qu'elles doivent traiter. C'est une raison pour encourager les jeunes gens laborieux qui, après des études sérieuses et approfondies sur quelque branche de médecine, viennent publier des travaux d'une originalité incontestable. Sous ce rapport M. Durand mérite de grands éloges. Un séjour prolongé dans les hôpitaux, où les affections cérébrales sont le plus fréquentes, lui a permis de recueillir sur cette classe si intéressante de maladies des matériaux nombreux et dont il a bien profité.

Suivons-le dans ses intéressantes recherches.

Il commence par poser en fait que l'infiltration sanguine du cerveau (c'est ainsi qu'il désigne l'apoplexie capillaire) a presque toujours été confondue avec l'inflammation de cet organe. Son travail a pour but de démontrer l'individualité de la première maladie et de l'étudier d'abord en elle-même, ensuite dans ses rapports avec d'autres altérations qui l'accompagnent ordinairement, mais auxquelles il ne faut pas la croire nécessairement attachée; ce sont le ramollissement ou inflammation (1); l'hémorragie et la contusion du cerveau. Les formes anatomiques de l'infiltration sanguine sont les suivantes :

Première forme. Le sang est épanché en un certain nombre de petits foyers circonscrits et groupés ensemble, ou isolés, variant en volume depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un grain de millet.

Deuxième forme. Le sang est réuni en un ou plusieurs noyaux isolés, ayant ordinairement le volume d'une noisette et ressemblant assez exactement, par leur apparence extérieure, ainsi que par le rapport du sang avec le tissu de l'organe, aux noyaux d'apoplexie pulmonaire.

Troisième forme. L'infiltration est diffuse, ordinairement peu étendue; elle n'est plus nettement circonscrite, n'a plus de formes arrêtées, comme dans les variétés précédentes; c'est celle que l'on trouve le plus souvent unie à l'encéphalite comme simple épiphénomène de l'inflammation du cerveau.

A l'extérieur du cerveau, la première forme se montre ordinairement sous forme de plaques bien circonscrites, siégeant à la surface des circonvolutions et des anfractuosités; elles sont quelquefois très multipliées, au point de couvrir, par exemple, toute la superficie d'un hémisphère; leur coloration est d'un rouge violet diversement nuancé et qui paraît produit par la déchirure des petits vaisseaux; au moins l'examen de ce qui arrive dans quelques contusions du cerveau fait fortement pencher M. Durand vers cette manière de voir.

Dans le plus grand nombre des cas il existe de la mollesse, rarement de l'induration; de la tuméfaction se manifeste toujours pour peu que l'infiltration sanguine soit un peu considérable. Enfin une phlébite superficielle l'accompagne fréquemment, suivant M. Cruveilhier. Ces différentes particularités sont décrites exactement dans une série d'observations détaillées.

Dans l'intérieur du cerveau, les foyers n'affectent plus la forme de plaques; ils sont disséminés, jamais ils ne sont accompagnés de ramollissement, quelquefois le tissu cérébral est induré à leur niveau.

La deuxième forme est plus rare que la précédente, si l'on en croit M. Durand. Elle s'accompagne assez fréquemment d'induration; cette induration, qui ne paraît pas à M. Durand appartenir à l'encéphalite, se montre aussi fréquemment dans les noyaux qui occupent le centre du cerveau que la mollesse dans les plaques superficielles. Suivant lui on pourrait expliquer cette différence par la grande liberté d'expansion dont jouissent les molécules cérébrales superficielles et la pression considérable qui s'oppose au même phénomène dans les parties profondes.

La troisième forme, ou l'infiltration sanguine diffuse, diffère peu des deux premières et je crois qu'elles ne présentent pas avec elles de différences assez tranchées pour mériter de former une classe à part.

Dans le deuxième chapitre, M. Durand arrivant à l'interprétation des faits qu'il a exposés, croit pouvoir en conclure que l'infiltration sanguine est loin d'être un état identique à l'inflammation et que le ramollissement que présentent souvent les foyers d'apoplexie capillaire doit être rattaché à une complication indépendante de la nature primitive de la maladie. Celle-ci peut être regardée comme une véritable hémorragie qui ne semble différer en réalité de celle que produit l'épanchement, qu'en ce que le sang est mêlé à la substance cérébrale au lieu d'être réuni en foyer.

Quant aux causes qui peuvent donner lieu à l'infiltration du sang au sein du parenchyme, elles peuvent être de trois sortes. 1° altération du sang. 2° Maladie des vaisseaux. 3° Congestion. Y a-t-il altération du sang dans les cas où il se manifeste des hémorragies multiples dans le cerveau et plusieurs organes à la fois? Rien n'autorise à l'affirmer. L'altération des parois des vaisseaux n'a également qu'une influence problématique. Reste donc la congestion sanguine, c'est-à-dire le point de départ de presque toutes les lésions du cerveau, c'est-à-dire la clef de presque toute la pathologie cérébrale. Or, voici comment la congestion amène l'infiltration : quand le sang afflue en grande quantité et trouve le cerveau dans de certaines conditions, les vaisseaux se rompent et il en résulte, soit une hémorragie en foyer, soit une infiltration sanguine. Probablement ces deux états différens tiennent à ce que dans le premier cas il y a maladie préexistante du tissu cérébral, tandis que dans le second il n'y a aucune altération de ce genre. Au premier abord, la manière de voir de M. Durand paraît plausible; cependant il y a bien quelques objections à lui adresser. Il pense que l'apoplexie capillaire est le résultat d'une congestion sanguine exagérée, sans maladie préexistante de la pulpe cérébrale ou de ses vaisseaux. J'avoue que j'ai de la peine à comprendre une congestion se développant dans un certain nombre de points isolés; un afflux de sang limité à plusieurs parties du cerveau bien circonscrites, ne me paraît guère admissible. Dans l'hémorragie en foyer, une congestion générale a lieu d'abord, et les vaisseaux ne se rompent que dans les parties ramollies qui ont cessé de les soutenir; n'est-il pas rationnel de penser que dans l'apoplexie capillaire, il y a une lésion préexistante, mais des petits vaisseaux seulement? Or, les lésions vasculaires chroniques peuvent être partielles, comme on le voit tous les jours, sur des artères de divers calibres. Le sang affluant en abondance déchire les vaisseaux malades seuls, d'où résultent la circonscription et l'isolement des foyers; il s'infiltre au milieu d'un parenchyme sain et alors au lieu de se creuser une cavité comme dans l'hémorragie avec épanchement, il se combine avec la pulpe cérébrale qu'il comprime sans la détruire.

Mais il est temps de revenir à la marche de l'apoplexie capillaire.

Le sang étant infiltré dans la substance cérébrale, il se développe en général de l'inflammation dans les parties voisines; cette inflammation peut dépendre de ce que la congestion en continuant sa marche devient inflammatoire ou de ce que le sang agit comme corps étranger sur le tissu qui le retient; mais quelle est la marche de ces phénomènes? Le chapitre troisième est consacré à leur étude. M. Durand conclut de l'analyse de ses observations que les points infiltrés peuvent conserver longtemps leurs caractères primitifs; il pense même que les indurations rouges rapportées par M. Lallemand à une inflammation ne sont autre chose que des traces d'infiltrations sanguines; et pour appuyer sa manière de voir, il se livre à une digression remplie d'aperçus intéressans, mais qu'il serait trop long de rapporter ici. Une partage pas non plus l'opinion du professeur de Montpellier sur le degré d'irritation que le sang infiltré ou épanché exerce sur la pulpe cérébrale. M. Lallemand croit que dans le premier cas il y a généralement moins de tendance à l'inflammation que dans le second; M. Durand pense au contraire que les foyers hémorragiques sont moins exposés que les noyaux d'apoplexie capillaire à un travail consécutif. Quoi qu'il en soit, la matière colorante du sang s'infiltre petit à petit dans le parenchyme cérébral qu'elle colore en jaune; cette nuance est, suivant M. Durand, un indice incontestable de la présence du sang, tandis qu'elle dénoterait, d'après M. Lallemand, le mélange de la pulpe cérébrale avec une certaine quantité de pus. Les preuves apportées par M. Durand en faveur de son opinion me paraissent tout à fait concluantes, et je crois aussi que la présence du

(1) Ainsi, pour M. Durand, le ramollissement est synonyme d'inflammation. Cette façon de considérer une maladie, sur laquelle les opinions sont si partagées, aurait besoin d'être appuyée sur des faits nombreux. Celui qui l'élèverait réellement à l'état de démonstration aurait grandement simplifié l'histoire d'une des affections cérébrales les plus compliquées.

sang produit une multitude de colorations diverses dont la présence du pus ne rend que médiocrement compte.

Après avoir étudié l'infiltration sanguine du cerveau, considérée en elle-même, M. Durand examine ses rapports avec l'inflammation ou ramollissement. Pour lui, cette dernière maladie est toujours accompagnée d'injection, au moins à son origine, ce qui l'engage à affirmer que le ramollissement est une maladie de nature inflammatoire. Comme je l'ai déjà dit en commençant, une pareille théorie, si elle était admise, éclairerait singulièrement l'histoire du ramollissement; mais nous craignons que M. Durand ne se soit laissé entraîner par le désir de simplifier l'étude des maladies cérébrales. Il me paraît difficile de récuser un nombre imposant d'observations dans lesquelles on a constaté des ramollissemens récens sans injection; chez les enfans surtout, cette maladie est assez fréquente, et nous pensons que M. Durand n'a pas assez étendu ses recherches pour qu'il ne soit pas permis de regarder sa manière de voir comme prématurée. Du reste, il n'a pas à suivre le ramollissement dans ses périodes avancées; il ne doit s'occuper que du rôle qu'y joue l'infiltration sanguine; c'est-à-dire se circonscrire dans l'étude de la première période du ramollissement aigu. Celui-ci se caractérise au début par la diminution de consistance et la rougeur; dans l'infiltration sanguine, il y a quelquefois mollesse, mais souvent aussi induration ou consistance normale, c'est le caractère distinctif des deux altérations.

M. Durand insiste sur cette particularité, que l'inflammation qui se développe quelquefois à la suite de l'infiltration sanguine ne se montre pas toujours à côté d'elle; c'est-à-dire, par exemple, qu'une infiltration sanguine s'étant développée dans le corps strié, une inflammation se manifestera, non pas dans la substance blanche voisine, mais bien dans une partie notablement éloignée; je ne conteste pas la présence simultanée des deux lésions, mais il me semble qu'il serait infiniment plus rationnel de les regarder comme indépendantes l'une de l'autre.

M. Durand, en citant des exemples de ramollissemens blancs développés auprès d'infiltrations sanguines, ne s'explique pas la présence du sang dans certaines parties du cerveau et la pâleur complète d'autres portions voisines; je crois que cette particularité est incompréhensible, si on persiste à vouloir trouver entre les deux altérations un rapport de cause à effet.

L'auteur passe ensuite en revue les divers changemens que l'inflammation produit dans les foyers d'infiltration sanguine, l'aspect de fraises écrasées, par exemple, noté avec soin par presque tous les observateurs, et qui dépend, suivant lui, d'un commencement d'inflammation du tissu cérébral voisin des petits foyers d'apoplexie; enfin, il décrit avec soin les plaques de couleur *jaune-chamois* que l'infiltration des circonvolutions laisse presque toujours après elle, et termine en regrettant de n'avoir pu étudier l'infiltration sanguine en rapport avec l'hémorragie en foyer et les lésions traumatiques du cerveau, et de n'avoir pu entamer l'histoire des symptômes.

Nous nous associons à ses regrets, en l'engageant à poursuivre ses recherches; cependant, tout en approuvant l'ensemble de son travail, nous ne pouvons nous dissimuler que M. Durand a peut-être trop de tendance à mettre sa manière de voir à la place de déductions légitimes tirées de l'examen des faits, et que le désir de trouver quelques vérités d'un haut intérêt l'a entraîné au-delà des bornes où doit s'arrêter un esprit sage et sévère. Mais, si quelques-unes de ses assertions nous paraissent reposer sur des bases peu solides, nous en sommes dédommagés dans le reste du travail par des descriptions exactes, plusieurs aperçus nouveaux, quelques discussions approfondies et une interprétation lucide d'un grand nombre de phénomènes obscurs, qu'il a su rattacher les uns aux autres par une explication ingénieuse.

VARIÉTÉS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS POUR LA CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, VACANTE PAR LA MORT DE RICHERAND.

QUATRIÈME ÉPREUVE. — THÈSES

(Séance du mercredi 13 janvier 1841.)

MM. les compétiteurs sont appelés à tirer au sort le sujet des thèses qu'ils devront composer dans l'espace de *douze jours*, et déposer, au moins en épreuves, le jeudi 28 janvier, à quatre heures du soir.

Dans le cas où des épreuves seules auraient été déposées, il ne sera permis de faire aucune modification pour le tirage définitif.

1° M. Sédillot: De l'opération de l'empième.

2° M. Chassaignac: De l'appréciation des appareils orthopédiques.

3° M. Bérard jeune: Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne.

4° M. Michon: Des opérations que nécessitent les fistules lacrymales.

5° M. Malgaigne: Des appareils pour le traitement des fractures en général.

6° M. Lenoir: De la bronchotomie.

7° M. Blandin: Des opérations qui peuvent survenir pendant les opérations, et des moyens d'y remédier.

8° M. Vidal: Des indications et des contre-indications en médecine opératoire.

9° M. Robert: Des opérations que nécessitent les affections cancéreuses.

10° M. Thierry: Des diverses méthodes opératoires pour la cure radicale des hernies.

11° M. Boyer: Des opérations que réclament les plaies de l'estomac et de l'intestin.

12° M. Sanson: Des luxations congénitales et des méthodes opératoires proposées pour y remédier.

13° M. Huguier: Des opérations de pupille artificielle.

14° M. Laugier: Des cals difformes, et des opérations qu'ils réclament.

— LEÇONS CLINIQUES SUR LES HERNIES, faites à l'amphithéâtre du bureau central des hôpitaux civils de Paris, en 1839 et 1840; par J. F. MALGAIGNE, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, recueillies et publiées sous ses yeux, par M. Gélis, interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8. Prix: 3 fr. 50 c.

— CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LES ENGORGEMENS; par J. MOULINIÉ, ex-chirurgien en chef de l'hôpital, et professeur à l'École de médecine de Bordeaux; brochure in-8. Prix: 3 fr.

— TRAITÉ PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS; par F.-J. MOREAU, professeur d'accouchement, des maladies des femmes et des enfans à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la maison d'accouchement. Texte; deuxième partie. Prix de l'ouvrage complet, 2 vol. in-8, et atlas de 60 planches in-folio, figures noires, 60 fr. et fig. col. 120 fr. Le texte séparément, 2 vol. in-8, prix: 14 fr.

— TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DU MAGNÉTISME ANIMAL ou méthode facile pour apprendre à magnétiser; par J. J. A. RICARD, directeur du JOURNAL DU MAGNÉTISME; 1 vol. in-8, de 568 pages. Prix: 6 fr.

— MÉDECINE LÉGALE, THÉORIQUE ET PRATIQUE; par ALPH. DEVERGIE, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital St-Louis, avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revus et annotés par J.-B.-F. DEHAUSSY DE ROBECOURT, conseiller à la cour de cassation. Seconde édition entièrement refondue, 3 forts volumes in-8. Prix: 21 fr.

— DU STRABISME PROPREMENT DIT, ou vue louche, de ses causes et de son traitement curatif, par GAIRAL, chirurgien militaire; brochure in-8. Prix: 2 f. 50 c.

Tous ces ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine; 17.

— LA STATISTIQUE MÉDICALE DE PARIS dont M. DOMANGE, secrétaire des bureaux de la Faculté, offre le tableau dans l'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE qu'il vient de publier pour 1841, présente cette fois encore une augmentation du personnel des médecins de la capitale, malgré le nombre considérable des jeunes docteurs qui annuellement quittent cette ville après quelque temps d'établissement infructueux.

Voici le tableau de cet accroissement progressif: Il y avait à Paris en 1833, 1090 docteurs en médecine; en 1836, 1220; en 1839, 1310 et au 1er janvier 1841, on en compte 1360, ce qui donne une augmentation de 270 depuis huit ans, période pendant laquelle il y a eu 150 décès parmi les médecins; moyenne, 18 par an.

Les savantes leçons et le compte-rendu des expériences de M. Orfila, sur l'empoisonnement par l'arsenic et le tartre stibié, que M. Domange a ajoutés à son travail donneront un puissant intérêt à cet ouvrage si utile au corps médical.

— OBSERVATIONS DE GUÉRISONS D'UNE PARALYSIE COMPLÈTE DE LA FACE, AVEC PERTE DE LA VUE, DU GOUT, DE L'OUIE ET DE L'ODORAT; présentées à l'Académie royale de médecine, le 20 octobre 1840; suivies de considérations générales sur les causes et le traitement de ces paralysies; par C. JAMES, docteur en médecine, ancien interne de première classe de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, etc.; brochure in-8. Prix: 1 fr. 25 c.

— DES NÉVRALGIES ET DE LEUR TRAITEMENT; par le même; brochure in-8. Prix: 1 fr. 75 c.

Ces deux brochures se trouvent à Paris, chez Fortin, Massou et comp., libraires, place de l'École-de-Médecine, 1.

Et chez l'auteur, rue d'Alger, 14.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 4. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 23 JANVIER 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

QUELQUES MOTS SUR LES DIVERSES ESPÈCES DE MÉNINGITES DES ENFANS; par E. RUFZ, ancien interne des hôpitaux.

Il y a six ans, j'annonçai, dans ma thèse, que l'affection décrite, sous nom *d'hydrocéphale aiguë, fièvre cérébrale, méningite*, et généralement considérée jusqu'alors comme de nature inflammatoire, pouvait bien n'être, dans la plupart des cas, qu'une des formes de l'affection tuberculeuse. Cette assertion inattendue, j'ose le dire, était accompagnée de preuves. Depuis, non seulement les preuves n'ont pas été démenties; au contraire, les travaux de quelques autres observateurs sont venus les confirmer. Mais, comme il arrive toujours, aussitôt la chose admise, on a commencé à me contester l'honneur de la découverte : *pro re pauca loquar.* J'en appellerai seulement aux dates des publications et aussi au rapprochement des travaux. Il y a toujours dans les premières recherches sur un point nouveau un air de primeur qui n'échappe pas à l'historien impartial.

On m'a reproché ensuite d'avoir trop étendu le sens de ma proposition et d'y avoir compris toutes les affections cérébrales de l'enfance, n'en connaissant pas d'autre que la méningite tuberculeuse. Ce reproche vient toujours à la suite de l'autre; c'est la marche naturelle de la critique. En effet, quand on croit tenir un point neuf, on y insiste, on veut le faire entrer dans les autres esprits, comme dans le sien; on l'isole, on le met en relief, afin qu'il soit net et facile à saisir; pour cela on est obligé de passer sous silence d'autres choses, qu'on n'a pas l'intention de nier, mais plus tard ce silence est pris pour une négation. Ainsi, je n'ai parlé que des cas d'affection cérébrale, que je pouvais considérer comme de nature tuberculeuse; mais je n'ai jamais nié qu'il ne pût en exister d'autres d'une autre nature, et puisque l'occasion se présente, je dirai là-dessus les résultats de mon observation.

Pendant que j'observais à l'hôpital des Enfans, sur le grand nombre d'affections cérébrales, que je trouvai de nature tuberculeuse, un seul me présenta les caractères d'une véritable méningite inflammatoire, c'est-à-dire avec production de *pus véritable*.

J'ai le regret d'avoir perdu cette observation; mais depuis que je me suis livré à la pratique de la médecine à la Martinique, je n'ai point perdu de vue cette question, et sur plusieurs cas de méningites tuberculeuses (1) que j'ai recueillis, je n'ai trouvé qu'un seul cas de méningite inflammatoire; le voici :

OBS. 1. — Un petit nègre, âgé de 8 mois, né d'une mère primipare, après un accouchement de 36 heures, mais naturel, était bien conformé, tétait bien et prenait un beau développement, lorsque, le 21 octobre 1838, il fut saisi d'une fièvre assez forte, avec vomissement, assoupissement presque continuel, point de toux ni de diarrhée, peu de soif. La peau était chaude et le pouls fréquent. Je ne

(1) L'affection tuberculeuse des méninges n'est pas commune dans les colonies; ce qui concorde avec la rareté de la phthisie dans l'enfance en ces mêmes climats. Sous quelque forme que ce soit, tubercules des poumons, scrofule des os ou des parties molles, la phthisie dans l'enfance est très rare.

Feuilleton.

COUP-D'ŒIL SUR LES TRAVAUX ET LES ÉVÉNEMENS DE L'ANNÉE.

(Troisième et dernier article. — Voir les deux numéros précédens.)

Si nous voulions donner un aperçu seulement de chacun des ouvrages publiés dans l'année, sous le rapport des faits et des idées qu'ils renferment, nous serions entraîné à des développemens bien plus étendus que ne le comporte ce simple coup d'œil. Ce serait d'ailleurs reproduire en raccourci ce que nous avons fait d'une manière plus complète dans nos analyses bibliographiques. C'est donc à un point de vue différent que nous allons nous placer pour apprécier la valeur et la signification la plus générale des ouvrages médicaux publiés pendant l'année dernière.

Les ouvrages de médecine peuvent, comme l'enseignement de cette science, se rapporter à deux genres différens : le premier, comprenant l'exposé méthodique de ce que l'on sait sur tel ou tel point de la science ou de l'art, le second faisant connaître des recherches ou des résultats nouveaux. Ces deux sortes de publications, quand elles atteignent leur but, sont d'une importance différente, mais d'une utilité également incontestable; car si les unes rendent un service éminent, en reculant tous les jours les bornes de la science, les autres ne sont pas moins indispensables pour épurer, régulariser et coordonner les acquisitions déjà faites, et les frapper en quelque sorte à l'effigie de la science usuelle. Cette distinction fondée sur une différence essentielle de but, de moyens et de résultats, l'est encore sur la nature propre des esprits. L'esprit qui invente et l'esprit qui enseigne ou vulgarise diffèrent comme leurs propres ouvrages; et cela doit être par la raison que les causes sont aussi différentes que leurs effets. Mais ce n'est pas le lieu de pousser plus loin cette distinction : il me suffit de l'avoir établie par ses motifs les plus généraux. Ce qu'il importe de préciser, afin d'avoir un terme de comparaison rigoureux, ce sont les conditions principales que devraient remplir les ouvrages ou enseignemens didactiques, et les ouvrages ou enseignemens scientiques.

Les conditions principales d'un ouvrage didactique sont le savoir, la méthode, la clarté et la bonne foi. Chacun de ces mots pourrait passer pour un lieu commun, si nous ne nous hâtions de leur donner la signification spéciale que nous leur attribuons. Le savoir, comme nous l'entendons, c'est l'inventaire exact et complet, en étendue et en profondeur, de ce qui a été dit et fait, avec l'indication du degré de preuve et de démonstration imprimé à chaque chose. Cette

le vis ce jour-là qu'en passant. Le 30 octobre, je fus rappelé. L'enfant n'avait cessé d'avoir la fièvre et d'être assoupi, et depuis deux jours, il avait des convulsions continuelles, principalement du côté gauche. Il y avait aussi strabisme, pupilles très resserrées, paupières fermées, conjonctive sans injection. L'enfant ne paraissait ni voir, ni entendre; lorsqu'on le soulevait, il laissait tomber sa tête en arrière; il ne tétait plus, pas de vomissemens, constipation, peau sans chaleur, sensibilité conservée, pouls à 104.

Cet état dura jusqu'au cinq novembre, où l'enfant mourut; il ne présenta aucun changement; il eut une selle quelques heures avant sa mort, pendant une convulsion.

Son traitement consista en vésicatoires sur les extrémités, looks avec l'huile de ricin et boissons adoucissantes.

La mère de cet enfant nous assura qu'il n'avait fait aucune chûte, qu'il n'était pas resté longtemps exposé au soleil, qu'il était tombé malade tout naturellement, sans cause appréciable.

L'autopsie en fut faite le 7 novembre. Le crâne était bien conformé, formant un ovale plus développé en arrière qu'en avant; les veines du cuir chevelu, principalement dans la région temporale, étaient fort développées. La dure-mère était à l'état naturel, la cavité de l'arachnoïde n'offrait point de matières épanchées; mais sous le feuillet viscéral de cette membrane, il y avait une couche de matière verdâtre, uniforme partout, assez consistante, non grenue, qui s'écrasait sous le doigt; cette matière pénétrait entre les circonvolutions et formait une enveloppe au cerveau dans toute sa circonférence, au sommet, à sa base et sur les parties latérales; cette matière enveloppait les nerfs à leur origine et semblait pénétrer dans le trou de Bichat; mais elle s'arrêtait là et n'arrivait pas dans les ventricules.

Cette matière n'existait pas entre la dure-mère et le feuillet de l'arachnoïde qui la tapisse. Il n'y avait pas d'adhérence entre le feuillet pariétal et le feuillet cérébral, le véritable siége de cette matière était la pie-mère.

Sous les points où elle existait, la substance cérébrale était ramollie et s'enlevait avec l'arachnoïde; cette substance était aussi plus injectée en ces points.

Toute la masse cérébrale était en général plus molle, les ventricules étaient distendues par quatre cuillerées de sérosité claire, la voûte à trois piliers était presque diffluente.

Le cervelet participait à toutes ces opérations. Nous ne trouvâmes nulle part des tubercules en masse, ou en granulation; il n'en existait pas non plus dans les poumons, ni dans les glandes bronchiques. La membrane muqueuse de l'estomac n'était pas ramollie, tous les autres organes étaient à l'état naturel.

Cette matière verdâtre, uniforme partout et non grenue, et qui enveloppait le cerveau dans toute sa circonférence, n'était que du pus, c'est-à-dire le produit d'une inflammation; elle était tout à fait différente de la matière des granulations isolées ou en masse.

Notons que l'enfant était bien portant depuis sa naissance, et que nous ne trouvâmes point de tubercules dans les poumons.

Cet enfant, il est vrai, était beaucoup plus jeune que ceux chez lesquels nous avons observé l'affection des méninges, il n'avait que huit mois. Serait-il possible que les méningites, purement inflammatoires, fussent plus communes dans les premiers temps de la vie que dans l'âge suivant? Je crois que c'est une *vérité jugée*, qu'à cette époque de la vie les tubercules pulmonaires sont plus rares et par conséquent la méningite tuberculeuse doit être rare aussi.

Nous ne trouvons pas dans cette observation de cause à laquelle puisse être rapporté le développement de la maladie, à moins que l'on ne remonte à l'accouchement qui dura trente-six heures; en général, même chez l'adulte, les arachnitis et les péritonites idiopathiques, c'est-à-dire qui ne résultent point de violence extérieure ou de quelque perforation interne, sont très rares; c'est ce qu'on peut voir en parcourant les recueils d'observations. En effet, pour le péritoine, ôtez la fièvre puerpérale dans laquelle l'épanchement péritonéal n'est pas toujours l'accident principal; ôtez les péritonites, suites des perforations ou des blessures, à peine peut-on trouver un exemple de péritonite générale et spontanée de nature purement inflammatoire; il n'en est pas de même de la plèvre et du péricarde : ces membranes s'enflamment plus souvent par l'effet de causes internes inappréciables.

Je regrette beaucoup que l'observation des symptômes n'ait pas été plus complète; aurait-on pu saisir quelque différence entre les symptômes résultant d'une méningite granuleuse et celle d'une méningite inflammatoire? cela n'est pas probable; la pleurésie inflammatoire donne lieu aux mêmes symptômes que la pleurésie tuberculeuse : ce sont d'autres circonstances qui font diagnostiquer leur nature. Dans l'observation présente, les symptômes ont été à peu près les mêmes; la durée de la maladie, seize jours, a été à peu près la même que dans la méningite tuberculeuse; mais, je le repète, peut-être l'âge du sujet aurait pu nous faire soupçonner quelque différence.

La matière verdâtre avait son siége dans la pie-mère, et c'est pourquoi elle était consistante, comprimée qu'elle était entre l'arachnoïde et la substance cérébrale; quant à l'arachnoïde, elle était saine; car ce n'est point par leur face adhérente au viscère sous-jacent, mais par leur face libre que les séreuses enflammées sécrètent le produit de leur inflammation; or, il n'y avait, dans la grande cavité de l'arachnoïde, ni épanchemens, ni fausses membranes.

Dans l'observation suivante, nous offrons un exemple où le siége de la maladie était l'arachnoïde elle-même.

Obs. II. — Alfred Simon, âgé de 14 mois, enfant venu à terme, le deuxième de sa mère, naquit à la suite d'un accouchement laborieux qui dura treize heures, mais dans lequel on n'eut pas besoin de recourir à des manœuvres artificielles. Au moment de la naissance, il portait une légère excoriation au front, et dès ce moment sa tête parut volumineuse.

Mais Alfred Simon parut aussi bien conformé; cependant, dès les premiers mois de sa vie, il ne jouit point d'une bonne santé; il vomissait souvent, criait et même devint enflé pendant quelque temps; néanmoins, il était vif, s'agitait et tétait bien. Sa première dent parut vers le huitième mois. Au dixième, il commençait à se tenir debout.

Mais le 20 septembre 1832, à l'âge de un an, il fut pris de vomissemens, avec agitation des membres, qui se raidissaient, agitation que la nourrice crut être le résultat de convulsions. Il eut aussi, à cette époque, de la fièvre; un médecin appelé fit appliquer d'abord 8 sangsues aux tempes, et, trois jours après, 6 autres au même endroit. L'enfant se trouva mieux.

La nourrice le croyait guéri; quinze jours après, le 15 octobre, cette nourrice commença à s'apercevoir que l'enfant portait une grosseur à la tête; du reste, aucun autre symptôme n'avait éveillé l'attention. L'enfant conservait son humeur habituelle, il ne criait pas plus que de coutume; seulement il portait souvent la main à la tête, prenait le sein et refusait tout autre aliment.

Dans les premiers jours de novembre, il fut conduit à Paris et présenté à M. Guersant.

Le 15, nous nous transportâmes chez les parens de l'enfant. Voici l'état où il était :

Tumeur globuleuse à la partie latérale gauche de la tête, s'étendant plus en arrière qu'en avant, tendue, fluctuante, sans aucune coloration de la peau, recouverte de quelques cheveux blonds et rares; cette tumeur est transparente à la lumière; lorsqu'elle est comprimée, on ne détermine aucun accident; l'enfant continue de voir, il entend la sonnerie d'une montre à répétition, et ne paraît pas plus agité. La circonférence du crâne est visiblement augmentée; la fontanelle antérieure est très large et présente une fluctuation qui correspond avec celle de la tumeur; les autres fontanelles sont fermées. Quant à l'état général de l'enfant, il est d'un aspect très chétif, pâle. Il a des yeux bleus, des cheveux blonds très

---

condition, nous ne craignons pas de l'affirmer, n'a jamais été remplie, au moins explicitement, dans aucun ouvrage de médecine. On confond généralement l'opinion, l'hypothèse, le sentiment, l'idée, avec la vérité établie et démontrée, et celui qui expose les travaux et les idées d'autrui juge bien plus avec ses sympathies instinctives que par les voies et les degrés de la preuve.—La méthode ne signifie pas un ordre, une régularité quelconque, mais la distribution la plus logique possible des connaissances conduisant au fait et au principe le plus général, et convergeant vers ce principe; car un résultat quelconque est un produit d'élémens divers, qui ont marché graduellement, collectivement ou séparément à sa constitution, et la meilleure méthode est celle qui expose chacun de ces élémens dans son ordre naturel d'évolution et d'importance relative : tout résultat de la science et de l'art peut se rapporter à cette formule.—La clarté de l'exposition ne veut pas dire non plus de n'employer que des termes clairs et précis, ce qui est la clarté grammaticale ou vulgaire; mais nous entendons surtout la clarté de la chose elle-même : cette clarté, qui sait donner au fait, au principe, sa vestiture la plus expressive et la plus spéciale; qui différencie nettement ce qui doit être différencié; donne du relief aux choses qui doivent en avoir, et le leur donne suivant leur degré d'importance et de nouveauté; qui fait, en un [illegible] comprend pas seulement, mais qu'on est forcé de voir et de com[illegible] me on aperçoit une couleur tranchée se détachant d'un fond, une [illegible] llant dans l'obscurité.—Enfin, il n'est pas jusqu'à la bonne foi [illegible] puisse et ne doive s'harmoniser avec l'idée que nous nous fai[illegible] la méthode, de la clarté, indispensables aux ouvrages de méde[illegible] ette bonne foi ne commande pas seulement de tout dire et de ne rien taire, mais elle commande surtout de rendre à chacun ce qui lui appartient, de ne pas obscurcir la vraie signification des choses nouvelles, pour les cacher sous la fausse apparence des choses anciennes; la bonne foi scientifique c'est l'emploi loyal et désintéressé de tous les moyens précédemment indiqués, le savoir, la méthode, la clarté, dans le but de faire connaître la part de chacun, des morts comme des vivans, des amis comme des ennemis, des hommes célèbres comme des hommes obscurs, dans la constitution et l'établissement de telle ou telle partie de la science et de l'art.

Les conditions des ouvrages scientifiques proprement dits sont naturellement plus spéciales comme les parties dont ils s'occupent; le savoir, la méthode, la clarté et la bonne foi sont partout de mise et de mise utile; mais leur importance diminue à mesure qu'on se circonscrit dans la science spéciale, parce que les ouvrages spéciaux ou de science proprement dits étant surtout destinés à faire connaître les idées de l'inventeur, celui-ci a des conditions à remplir qui ressortent plus spécialement de la nature propre de ses travaux. Or, ces conditions sont de bien marquer le point de départ de ses recherches, par rapport à la science existante, et de donner à ses résultats le caractère d'une véritable démonstration. La première de ces conditions est importante sous plusieurs rapports; en précisant nettement l'état où il a trouvé un point ou une question, un auteur n'est pas seulement juste envers les autres, et ne fournit pas seulement aux autres le moyen d'être juste envers lui; mais il facilite beaucoup l'intelligence de ce qu'il a fait, il sépare mieux ce qui est connu de ce qui est à connaître, et ouvre à quiconque veut contrôler, compléter, ou développer ses idées, une marche plus rapide, plus claire et plus certaine. Quant à donner aux résultats nouveaux le caractère le

rares, un système musculaire peu développé; il a quatre dents incisives; il voit bien, reconnaît sa nourrice, tête avec appétit, n'a point de dévoiement; son pouls est à 84; les pupilles sont peu dilatées; il s'agite et crie souvent; la sensibilité est excitée par des pincemens.

A dix heures du matin, une ponction fut pratiquée avec un trocart, vers le point le plus déclive de la tumeur, et il en sortit un grand verre d'un liquide rougeâtre très fluide; la tumeur ne fut pas entièrement vidée. elle fut comprimée légèrement par un baudage.

Pendant l'opération, il ne se passa rien de notable. L'enfant fut assez calme; mais quelques momens après notre départ, il fut pris de tremblement, avec refroidissement. Ces accidens ne durèrent qu'un quart d'heure, et, dans la soirée, l'enfant était redevenu calme, gai, et toutes les fonctions, interrogées avec soin, n'offrirent aucun dérangement; le pouls était à 104.

16 novembre. Le lendemain, la tumeur était redevenue aussi volumineuse qu'avant la ponction; la nuit avait paru moins agitée qu'avant l'opération. Nouvelle ponction de deux verres d'un liquide de même nature que celui de la veille; refroidissement quelques momens après l'opération; lèvres violacées; face pâle et souffrante, yeux roulans, pupilles peu dilatées, agitation des mains.

Dans la soirée, l'enfant fut plus calme et plus gai; toutes les fonctions s'accomplissaient comme avant l'opération; la tumeur, vers cinq heures du soir, était encore molle et moindre que le matin avant la ponction. Nouvelle ponction faite le soir même; je retire un verre de sérosité plus rougeâtre que précédemment.

17 novembre. Une demie-heure après l'opération, tremblement pendant deux minutes environ. Le petit malade a peu dormi, a beaucoup crié; il agite sans cesse ses mains en les portant vers sa bouche; la face est pâle, les pupilles mobiles, peu dilatées; l'enfant reconnaît sa nourrice, il a teté cinq ou six fois et a eu trois selles.

Peau un peu chaude; pouls petit, inappréciable.

Pendant le reste de cette journée, l'enfant parut un peu assoupi; le pouls marquait 120; il eut deux selles, vomit après avoir teté, ainsi qu'il lui arrivait souvent et eut quelques nausées; du reste, son état ne nous parut ni pire, ni meilleur.

La tumeur avait repris son volume.

A six heures, nouvelle ponction donnant encore 125 grammes d'une sérosité claire.

18 novembre. Cette ponction fut suivie d'une plus grande agitation; le pouls s'élevait à 130, et dès le lendemain matin, la tumeur avait repris son volume en moins de quatorze heures.

Pendant la journée du 18, l'enfant fut encore très agité, il parut continuellement froid, vomit plusieurs fois après avoir teté ou bu un peu d'eau de gruau.

Nous ne fîmes ce jour-là aucune ponction.

Le 19, l'enfant était plus calme qu'il n'avait jamais été; la tumeur s'était remplie, et la langue nous parut couverte d'un enduit blanchâtre très épais, offrant une coloration rouge très prononcée sous cet enduit, affection reconnue pour un muguet par M. Guersant.

20. Ainsi, après cette quatrième ponction, l'état de l'enfant n'était pas changé; six autres furent pratiquées les jours suivans, et à chaque fois la tumeur n'était pas vidée complètement, et une compression qui se dérangeait souvent était établie.

La sérosité devint plus claire, à partir de la quatrième ponction, elle fut tout à fait jaune citrin; la tumeur se remplissait dans les vingt-quatre heures, mais elle restait toujours moins tendue, plus souple, et nous en extrayions une quantité de sérosité de moins en moins considérable.

La tumeur vidée, on pouvait sentir une déperdition de substance marquée dans l'épaisseur des parois du crâne; cette déperdition n'offrait pas un trou parfaitement arrondi, mais on sentait çà et là des saillies osseuses très irrégulières.

Le tremblement et le refroidissement qui avaient eu lieu après les premières ponctions cessèrent de se manifester après les suivantes; mais les jours où ces ponctions étaient pratiquées, l'enfant était encore visiblement plus agité, et cette agitation se manifestait par des cris et par le mouvement des membres supérieurs qu'il portait sans cesse à sa bouche.

Le sommeil était en général interrompu, rarement il durait plus d'une heure, soit pendant le jour, soit pendant la nuit; hors des heures du sommeil, l'enfant était agité, criait souvent et ne fut jamais assoupi.

Le faciès s'altéra de jour en jour; les joues étaient pâles, les yeux caves, enfoncés, les pupilles presque toujours dilatées; vers la fin de la vie, l'amaigrissement devint notable.

Le muguet persista jusqu'à la mort, fort abondant sur le voile du palais et sur la langue; il s'étendit aussi aux joues. Les vomissemens ne cessèrent pas non plus au nombre de trois ou quatre par jour, et quoique l'enfant ne prît aucun médicament, il eut constamment deux ou trois selles, surtout depuis le muguet.

Le pouls se maintint de 126 à 130 assez régulièrement; les variations de la chaleur ne furent pas très considérables.

Tel fut l'état de l'enfant jusqu'au 27 novembre. Ce jour là, une dixième ponction fut pratiquée, l'enfant fut assez calme jusqu'au soir, mais alors il commença à s'agiter plus que jamais, il fut pris de nausées continuelles et vomit trois ou quatre fois. Soif; suppression des urines, convulsions véritables pendant la nuit, le matin le pouls était à 150; hoquet, oppression considérable, râle trachéal, mort à midi le 28.

Autopsie le 29. Le tissu cellulaire du crâne est en général fort lâche, la peau s'enlève facilement, excepté au niveau de la tumeur où elle est plus adhérente au feuillet fibreux de l'aponévrose épicrânienne; ce feuillet incisé est ferme, blanchâtre, épais d'un millimètre environ; cette incision une fois pratiquée, il est sorti de la tumeur environ 187 grammes d'une sérosité claire, et nous avons en à découvert une cavité de 81 millimètres de large sur 108 de long, formée par la face externe du pariétal et de l'occipital gauches et par le péricrâne épaissi, soulevé et adhérent à la peau, ainsi que je l'ai dit; au milieu de cette cavité il y a une fente de 108 millimètres de long dirigée d'avant en arrière de la suture corono-pariétale à la suture occipito-pariétale; cette fente a 5 millimètres de largeur, elle décrit une courbe irrégulière en forme d'S romain; elle est formée aux dépens du pariétal, et n'est pas le résultat d'un écartement de la suture temporo-pariétale.

Cette fente fait communiquer la tumeur extérieure avec un autre foyer interne; celui-ci résulte du décollement de la dure-mère dans l'étendue de 54 millimètres, tout au pourtour des rebords de la fente, et il est circonscrit entre la face interne du pariétal et la face adhérente de la dure-mère.

Au centre à peu près de la dure-mère décollée, se voit une échancrure de 27 millimètres environ, formée par l'écartement des fibres de cette membrane et qui ressemble à l'anneau inguinal; cette échancrure établit la communication entre le second foyer précédemment décrit et la grande cavité de l'arachnoïde.

Le foyer externe et le foyer interne sont tapissés par une fausse membrane jaune, rougeâtre, assez résistante pour se détacher par larges lambeaux de plus de 27 millimètres, molle néanmoins, d'un aspect un peu villeux, peu adhérente aux parties qu'elle tapisse, épaisse d'un demi millimètre.

Après avoir recouvert l'intérieur des deux foyers, la fausse membrane s'étend dans la grande cavité de l'arachnoïde, tapisse le feuillet de la dure-mère et le feuillet cérébral de l'arachnoïde dans toute la circonférence du cerveau et du cervelet, à la base comme à leur sommet, ne s'arrête qu'au trou occipital et aux orifices qui donnent sortie aux nerfs, après avoir fourni comme une sorte d'enveloppe à ces nerfs.

Cette membrane se détache partout des parties qu'elle recouvre avec la plus grande facilité. Il existe entre les deux faces des prolongemens de 7 à 9 millimètres qui sont comme des adhérences entre les deux feuillets de l'arachnoïde; ces prolongemens se rompent très facilement.

Le feuillet pariétal de l'arachnoïde sur la dure-mère, lorsqu'on le dégage de dessous cette enveloppe, est lisse, sans injection, comme à l'état naturel.

Le feuillet qui recouvre la substance cérébrale, considérée à la surface convexe du cerveau, est lisse, généralement pâle et un peu laiteux, surtout près du trou de Bichat, près de la grande fente, sur les gros vaisseaux de la base; cet aspect

---

plus rapproché d'une véritable démonstration, il n'est personne qui ne sente instinctivement toute la valeur de cette seconde condition. Nous nous bornons pour le moment à son simple énoncé; chacun la commentera et la développera, suivant le degré de réflexion qu'il lui aura donné; mais nous sommes certain par avance que personne n'en contestera ni la justesse, ni l'indispensable nécessité. A bien prendre, tout ce que nous avons dit précédemment aboutit là; et le savoir, la méthode, la clarté et la bonne foi, aussi bien que la détermination précise du point où on prend une question, sont des moyens qui concourent avec d'autres à l'introduction en médecine de la vraie démonstration. Or, ainsi que nous l'avons dit, l'imminence de cette révolution, LA TENDANCE A LA PREUVE, est le caractère essentiel de notre époque scientifique; il est donc naturel que nous mettions en évidence toutes ses manifestations, que nous cherchions à les résumer, que nous pressions de tous nos efforts le développement et la généralisation de tout ce qui s'y rapporte et y conduit. Aussi est-ce sous ce point de vue principalement que nous allons rappeler et caractériser les différens ouvrages et enseignemens médicaux produits ou reproduits pendant l'année 1840.

Sous le titre d'ESSAIS DE ZOOLOGIE GÉNÉRALE, M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire a exposé des vues nouvelles sur l'histoire philosophique de cette science, et sur l'organisation des animaux. Pénétré du besoin de faire rentrer la zoologie dans les voies larges, ouvertes par Buffon, et agrandies par l'illustre auteur de la PHILOSOPHIE ANATOMIQUE, voies dont l'avait un instant détournée le génie plus analytique et plus extérieur de Georges Cuvier, l'auteur a, dans plusieurs applications importantes à l'étude de la tératologie à l'anthropologie et à la zoologie géographique, uni l'exemple au précepte. Ses essais sur la division et l'association des sciences, sur la domestication des animaux, sur les variations de la taille, sur les caractères employés en ornithologie, sont des études du plus haut intérêt de zoologie organique ou étiologique. C'est, suivant nous, la véritable voie de la science, celle qui doit conduire à la connaissance réelle des choses. Peut-être M. Isidore-Geoffroy-St-Hilaire doit-il se préoccuper davantage des moyens de démonstration qui empêcheront désormais le retour des tendances qu'il a cherché à corriger. Le TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE de M. Burdach, dont nous devons la traduction à la plume élégante et si active de M. Jourdan, peut, sous certains rapports, être rapproché de l'ouvrage qui précède. C'est la même tendance à l'étude approfondie de l'organisme, mais un peu entachée de mysticisme allemand. L'auteur, visant plus au nombre qu'à la qualité des faits, n'est pas assez sévère sur l'admission des opinions et des résultats dont il s'est constitué l'historien. Son livre, quoique ne manquant pas d'une certaine originalité de vues, est plutôt une encyclopédie bonne à consulter, qu'un traité didactique sévèrement, méthodiquement et clairement exposé. Nous préférons peut-être le traité plus spécial du système nerveux de M. Muller, dans lequel on trouve plus d'originalité, des faits et des doctrines mieux établis. L'auteur appartient à cette nouvelle école scientifique de l'Allemagne qui a compris toute la portée de l'expérience, et toute l'inanité des doctrines spéculatives. Quoique conçue et exécutée à un point de vue plus circonscrit, l'ANATOMIE COMPARÉE DU SYSTÈME NERVEUX DANS SES RAPPORTS AVEC L'INTELLIGENCE, par M. Leuret, est un ouvrage du même ordre; ici l'observation physiologique et pathologique a pris la place de l'expérience; mais une observation fine, sagace, ingénieuse, qui saisit et démontre les rapports les plus délicats. Avec d'autres mérites, mais un mélange

laiteux paraît être le résultat d'un épaississement qu'on peut évaluer à 1/6 de ligne; entre les circonvolutions, ce feuillet laisse voir une injection de la pie-mère; cependant la fausse membrane ne pénètre point entre les circonvolutions.

Cette fausse membrane ne pénètre point non plus dans les ventricules et s'arrête au trou de Bichat; dans ces ventricules, l'arachnoïde est lisse. Les plexus choroïdes offrent une teinte laiteuse et contiennent de petites vésicules grosses comme des têtes d'épingle et remplies de sérosité.

A la base du cerveau, l'arachnoïde est pâle, non injectée et non épaissie.

La pie-mère est surtout très légèrement infiltrée de sérosité; elle offre seulement entre les circonvolutions un aspect injecté.

Les circonvolutions cérébrales sont en général un peu tassées, peu profondes.

La substance corticale est pâle et molle dans tous les points (surface convexe et base); en quelques points elle s'enlève avec l'arachnoïde, mais ces points ne sont pas ramollis.

La substance blanche est aussi molle et lorsqu'on la déchire elle laisse voir les traces d'un grand nombre de petits vaisseaux sanguins tiraillés.

Les ventricules ne sont point dilatées et contiennent à peine de la sérosité.

La voûte à trois piliers est ferme.

Le cervelet et la moelle alongée, n'offrent rien de particulier et sont dans le même état que le cerveau; nous n'avons trouvé en aucun point de granulations ni de tubercules.

Les os du crâne, dans les points où ils ont été sciés, avaient 2 millimètres d'épaisseur pour le coronal, et 1 millimètre pour les autres os.

Les bords de la fente paraissent usés et mousses, toutes les sutures sont fermées. La fontanelle antérieure seule était ouverte, sans être plus large qu'à l'état normal.

Tous les autres organes de la poitrine et de l'abdomen étaient à l'état naturel; nous n'avons trouvé la matière tuberculeuse, ni dans le tissu pulmonaire, ni dans celui des glandes bronchiques.

On voit dans cette observation un exemple d'hydrocéphalie interne; l'épanchement avait lieu dans la grande cavité de l'arachnoïde. C'était une hydrocéphalie interne de la troisième espèce, espèce rare, puisqu'en l'admettant, M. Breschet (DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, article HYDROCÉPHALE CHRONIQUE, page 538) s'exprime ainsi : *Le troisième état serait la présence de ce liquide, non dans les cavités encéphaloïdes, mais seulement dans l'espace que laissent entre eux les deux feuillets de l'arachnoïde.* En effet, toutes les observations qu'il rapporte sont des cas où la sérosité était dans l'intérieur de l'encéphale, et il n'en cite aucun où il ait trouvé cette sérosité dans la cavité même de l'arachnoïde.

Cet épanchement dans la cavité arachnoïdienne est, sans contredit, le cas le plus favorable à la ponction; on conçoit que la guérison doit s'opérer plus facilement que lorsqu'il faut percer la substance cérébrale déjà distendue, et aller chercher la sérosité jusque dans les ventricules.

Mais ce n'est point comme exemple d'hydrocéphalie interne, ce n'est point non plus sous le rapport de l'opération pratiquée que je rapporte cette observation.

Je m'en sers aujourd'hui pour démontrer l'une des formes particulières de la méningite. Dans l'observation précédente, nous avons vu le pus accumulé entre la face adhérente de l'arachnoïde et la surface cérébrale, c'est-à-dire dans la pie-mère. Ici nous trouvons les produits de l'inflammation, épanchement, fausse membrane, adhérence entre les deux feuillets de l'arachnoïde sécrétée par sa face libre; c'était donc l'arachnoïde elle-même qui était véritablement malade ; l'inflammation de cette membrane se comporte ici comme l'inflammation de toutes les membranes séreuses, plèvre, péricarde ou péritoine, qui déterminent des altérations dont la disparition exige un certain temps.

Ces deux observations présentent donc deux formes de méningites, qui sont tout à fait différentes de la méningite tuberculeuse. Mais il faut convenir que ces deux formes sont rares, puisque durant huit ans d'une observation attentive, et *aux aguets* sur ce point, je n'ai rencontré que les deux exemples précités.

Existait-il dans les symptômes de ces espèces diverses une différence aussi marquée que dans les lésions? C'est ce que je n'essaierai point d'établir, d'après un si petit nombre de faits; il me suffit d'avoir démontré, par des preuves, l'existence de méningites autres que la tuberculeuse.

Un troisième reproche qui m'est adressé, c'est d'avoir donné aux granulations une trop grande importance; on a dit que les symptômes de la méningite pouvaient se développer, sans qu'on trouvât de granulations après la mort, et que les granulations existaient souvent chez les enfans phthisiques, sans être révélées par des symptômes durant la vie. Je ne suis plus sur un théâtre où il soit possible de vérifier l'exactitude de ces deux propositions contraires; mais, en les supposant vraies, il me paraît peu logique d'arguer des cas rares, où l'on ne trouve point de granulations, contre les cas nombreux où il en existe. C'est ainsi que raisonnent ceux qui combattent l'importance des lésions des plaques de Peyer dans l'affection typhoïde; ils citent quelques cas de cette maladie où, d'après leurs observations, ces lésions n'existaient pas.

Cependant, ne pouvant nier les autres caractères qui révèlent la nature de la maladie, tels que la constitution des enfans, les traces fréquentes de scrofules, la présence constante des tubercules dans les poumons, etc., on a été entraîné à admettre une sorte de tuberculisation générale hypothétique, et on a conclu que, même sans granulations, les méningites des enfans sont tuberculeuses. Eh bien! c'est cette nature tuberculeuse que je voulais démontrer, et je n'ai insisté sur la présence des granulations dans le cerveau que parce qu'elles étaient des preuves matérielles de cette influence tuberculeuse sur cet organe. C'est cette influence qu'on doit avoir en vue en traitant la maladie; c'est elle qui excuse les efforts jusqu'ici infructueux des médecins, en accusant l'état actuel de la médecine, qui ne fournit aucun moyen pour combattre les effets de la cachexie tuberculeuse.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LES ÉPANCHEMENS DANS LA POITRINE, ET SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR RETIRER LES FLUIDES ÉPANCHÉS, SANS LAISSER PÉNÉTRER L'AIR EXTÉRIEUR DANS LE THORAX; par M. REYBARD, docteur-médecin, à Lyon.

(SUITE. — Voir le numéro précédent.)

EMPYÈME PURULENT OUVERT A L'EXTÉRIEUR DE LA POITRINE ET DANS LES BRONCHES.

OBS. I. — Le premier malade sur lequel j'ai fait usage de ma canule à soupape

d'idées, d'observations, de doctrines de toutes les écoles et de toutes les époques, c'est-à-dire avec moins d'originalité, se présente le TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE du professeur Dugès. Sur une ligne un peu moins élevée, nous placerons le TRAITÉ DU SYSTÈME NERVEUX, du docteur Sarlandière; et comme recherches d'anatomie physiologique plus spéciales, le TABLEAU DES NERFS DU SYSTÈME GANGLIONNAIRE DE LA TÊTE CHEZ L'HOMME, par M. Krause; les recherches de M. Blatin SUR LES ENVELOPPES DU FOETUS ET LES EAUX DE L'AMNIOS; les études du même auteur SUR LA FORMATION ET LE MODE D'ACCROISSEMENT DES DENTS; l'ANATOMIE COMPARÉE DU SYSTÈME DENTAIRE, de M. Emmanuel Rousseau; les nouvelles recherches de M. Devilliers SUR LA MEMBRANE HYMEN ET LES CARONCULES HYMÉNALES; enfin, les intéressantes études de M. Négrier SUR L'OVAIRE DANS L'ESPÈCE HUMAINE, avec une nouvelle théorie de la menstruation. On peut encore citer parmi les ouvrages ayant trait à des questions de physiologie, produits pendant l'année 1840, les différens TRAITÉS et RECHERCHES SUR LE MAGNÉTISME, de MM. Pigeaire, Pellieux, Ricard; les expériences de M. Amussat SUR L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES; et finalement le TRAITÉ DE L'INCUBATION ET DE SON INFLUENCE THÉRAPEUTIQUE, de M. Jules Guyot; les ouvrages sur le magnétisme ont laissé la question au point où elle était; les expériences de M. Amussat ont, au contraire, fixé un point de science longtemps litigieux; et celles de M. Guyot, faites avec beaucoup de soin et de persévérance méritaient d'être appliquées à la démonstration d'un principe mieux fondé. L'auteur nous semble être passé à côté d'une vérité importante qu'il n'a pas soupçonnée, en poursuivant une erreur qu'il a entourée de tous les principes d'une vérité.

La pathologie générale compte quelques publications importantes; une nouvelle édition du TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE de M. Chomel, ouvrage plein de vues saines et d'excellens principes, n'étant jeune ni par les idées, ni par les formes, mais rappelant les meilleures choses parmi celles que la tradition a conservées; les PRINCIPES GÉNÉRAUX DE STATISTIQUE de M. Gavarret, n'abordant pas les points élevés de la question, mais remarquables par une discussion précise, lumineuse, démonstrative des applications usuelles du calcul aux problèmes de la pathologie; le TRAITÉ DE MÉTÉOROLOGIE MÉDICALE de M. Fuster où beaucoup de vérités oubliées sont remises en honneur et revivifiées à l'aide d'observations recueillies, coordonnées et commentées avec les allures et la sévérité des sciences exactes; le TRAITÉ DES ALTÉRATIONS DU SANG de MM. Piorry et Lhéritier, ouvrage plein de faits intéressans et d'aperçus féconds, auxquels il n'a manqué que plus de précision et de développement pour avoir une bonne part dans le retour des esprits à un sage humorisme. Dans cet ouvrage, comme dans la plupart de ses travaux, M. Piorry a soulevé une foule de points et de questions qu'il n'a pu entièrement résoudre et qui ont été ou qui seront repris par d'autres; c'est le sort de ceux qui font beaucoup et qui n'ont pas le temps de faire complétement. A cette occasion nous devons mentionner une réclamation de l'honorable professeur contre ce que nous avons dit dans notre dernier numéro, des recherches de MM. Nonat et Lévy sur les indications fournies par l'état de la rate dans les fièvres intermittentes et sur les ascites consécutives, guéries par le sulfate de quinine. Nous nous sommes assuré, en effet, que la plupart des faits et des rapports signalés par MM. Nonat et Lévy n'avaient pas été simplement entrevus par M. Piorry, mais clairement et véritablement établis par lui dans plusieurs publications, et en particulier dans un mémoire inséré dans la GAZETTE MÉDI-

était un jeune homme de 24 ans, nommé Jean André, du département de l'Ardèche, atteint d'un vaste dépôt purulent dans la poitrine. Appelé auprès de lui le 3 mai 1825, je le trouvai couché sur le côté gauche, et tellement oppressé, qu'il n'osait pas quitter cette position, dans la crainte de suffoquer. Il toussait souvent, crachait beaucoup, vomissait du pus en grande abondance tous les dix à douze jours, et était tombé dans le dernier degré de marasme, avec sueur abondante et diarrhée continuelle. On observait sur les côtés du sternum une petite plaie fistuleuse qui avait succédé à l'ouverture d'un dépôt, duquel s'était échappée une grande quantité de pus. Cette ouverture fistuleuse, très étroite, laissait couler du pus et de l'air en plus grande quantité, lorsque le malade toussait. Ce dernier symptôme me donna l'assurance que cette fistule était l'ouverture d'un dépôt d'abord formé dans la poitrine. Dès-lors, très satisfait de rencontrer un cas de chirurgie qui pût servir d'observation dans le traitement que je propose pour les plaies pénétrantes de poitrine, avec épanchement, j'employai tous les moyens pour décider le malade à subir une opération à laquelle il a dû son salut. D'après l'exposé que le malade me fit de son état et de ce qu'il avait éprouvé dans le principe, je jugeai qu'il avait une pleurésie terminée par suppuration. L'accumulation du pus dans la poitrine amena bientôt une gêne si grande dans la respiration, que le malade fut obligé de garder continuellement le lit, où il demeurait couché sur le côté gauche. La nature faisait des efforts si considérables pour débarrasser le malade de son ennemi, qu'après deux mois de souffrances le pus se fit jour à travers les ramifications bronchiques, et fut vomi et expectoré en grande partie, au point que le malade se crut guéri, parce qu'étant moins oppressé il put se lever et cracher avec beaucoup de facilité. Mais cette guérison ne fut qu'illusoire, les crachats devinrent rares et muqueux, l'oppression augmenta au même point qu'auparavant, et persista à ce degré jusqu'à ce que le pus se fît encore jour à travers le poumon.

C'est ainsi que le malade, dans l'espace de quelques mois, vit son dépôt s'ouvrir et se fermer quatre à cinq fois. Cette voie de guérison étant insuffisante, la nature en ménagea une autre qui n'eut pas un résultat plus heureux. Bientôt le point de côté se changea en une douleur plus étendue, et les parois de la poitrine devinrent douloureuse à la pression. L'inflammation s'y manifesta et fut suivie d'un dépôt qui s'ouvrit au niveau de l'extrémité du cartilage de la septième côte sternale. Il donna issue à une quantité de pus si considérable, que le malade et les assistans jugèrent que le véritable foyer purulent était plus profond. Le malade se trouvant beaucoup soulagé conçut de nouveau l'espoir d'une guérison prochaine ; mais la petite ouverture fut encore insuffisante pour donner issue à toute la quantité de pus épanché, de sorte que malgré cette ouverture et le crachement purulent, le malade conserva une oppression qui s'était encore accrue au point de l'obliger à garder le lit, qu'il ne quittait que rarement. Il y avait plus de six mois que ce jeune homme était malade lorsque je fus appelé. Depuis quatre mois il avait vomi et craché du pus, et l'ouverture du dépôt à l'extérieur de la poitrine datait de deux mois.

En introduisant la sonde à panaris dans le trajet fistuleux de la plaie, je m'aperçus qu'elle se dirigeait obliquement, en dehors et en arrière, jusqu'au-dessus de la sixième côte, et s'arrêtait un peu en arrière du sein gauche. Dans cet endroit, la peau était soulevée par le flot du liquide qui sortait de la poitrine lorsque le malade toussait ; ce fut là que je l'incisai pour rendre l'ouverture directe, et faciliter ainsi l'application de la petite canule à soupape que je devais y établir à demeure. Après cette première incision, je sondai la plaie, et au lieu de trouver, comme je m'y attendais, une seule et unique ouverture, j'en rencontrai plusieurs très rapprochées, communiquant pour la plupart entre elles avant d'arriver dans la poitrine. Elles étaient si étroites que le stylet pouvait à peine y être introduit. Je fus donc obligé de les réunir toutes au moyen d'une incision que je pratiquai avec le bistouri, et j'obtins ainsi une ouverture directe dans laquelle je plaçai de suite la canule à soupape, qui donna issue à beaucoup de pus et à quelques bulles d'air. Cette canule fut fixée dans la plaie et maintenue en position au moyen d'un emplâtre agglutinatif qu'il embrassait très étroitement, et l'accolait fortement aux parois de la poitrine. Le malade fut ensuite couché sur le côté operé, dans un lit disposé à cet effet, c'est-à-dire creusé et échancré dans l'endroit qui devait correspondre à la canule, afin qu'elle ne fût pas dérangée.

La matière purulente fut si abondante pendant les douze premiers jours, que le lit en fut inondé, le matelas et la paillasse en furent transpercés ; mais peu à peu cet écoulement diminua, et le huitième jour, la transpiration étant très peu abondante, je pus retenir la canule pour ne m'en servir qu'à chaque pansement. Déjà le malade allait beaucoup mieux, l'oppression avait cessé dès le premier jour de l'opération, qui donna issue à près d'une pinte de pus ; le sommeil était revenu, la fièvre était diminuée, l'appétit se fit bientôt sentir, et les forces reparurent. Dès ce moment, je me contentai de faire deux pansemens par jour, c'est-à-dire que je me bornai à placer matin et soir la canule dans la plaie.

La position suffisait en général pour faciliter l'écoulement du pus ; néanmoins je faisais presque à chaque pansement des injections avec de l'eau tiède pour nettoyer le foyer purulent ; je les pratiquai même sur la fin avec de l'eau miellée, à laquelle j'ajoutais un peu de vin. J'étais obligé, pour prévenir l'introduction de l'air extérieur dans la poitrine, d'user à chaque pansement des précautions déjà indiquées dans les considérations générales.

Bientôt la suppuration devint encore moins abondante, l'amélioration progressive, et après quinze jours le malade se trouva si bien, qu'il put se lever et se promener dans sa chambre. Au moment de l'opération, le pus était blanc, lié et odorant ; le second et le troisième jour, il était clair, très abondant et fétide ; peu à peu il devint un peu plus lié et présenta les qualités du pus de bonne nature, surtout lorsque j'eus pris le parti de retirer la canule et de panser seulement deux fois par jour.

Vingt-cinq jours après l'opération, la plaie ne fournissait plus qu'un peu de pus très clair, semblable à de la sérosité ; bientôt elle n'en laissa plus couler par la sonde, que j'enfonçais à peine dans la poitrine, parce qu'elle rencontrait le poumon. Enfin, au bout d'un mois, on eût pu considérer la guérison comme entière, si l'ouverture des parois thoraciques eût été cicatrisée. En effet, le retour de l'appétit, du sommeil, de l'embonpoint et des forces, l'absence de la fièvre, de l'oppression et principalement de la toux, étaient des signes d'une guérison assurée. Malheureusement le malade voulut retourner de suite chez ses parens, malgré toutes mes observations pour le retenir. A la vérité, on pouvait bien le considérer comme guéri ; mais tant que la plaie fistuleuse des parois de la poitrine n'était point cicatrisée, on devait craindre que le pus qu'elle fournissait ne fût encore retenu dans la poitrine, et avec d'autant plus de raison qu'elle était très étroite, et que quelques gouttes de cette matière pouvaient suffire à renouveler le dépôt. Ce fut en vain que je fis entrevoir tous les dangers auxquels il s'exposait, rien ne put l'arrêter ; je n'eus plus qu'à composer avec lui, en obtenant qu'il viendrait me voir tous les deux jours ; mais il ne tint point parole et ne reparut qu'après douze jours, ayant alors des frissons, une toux sèche et un peu d'oppression. La fistule n'était point cicatrisée, ce qui me permit de porter la canule dans la poitrine, et d'évacuer une verrée de pus lié, blanc, mais très fétide ; les pansemens furent repris et continués soir et matin. Cinq à six jours après son retour, je n'évacuai plus qu'une matière glaireuse, si peu abondante, que je croyais, du septième au huitième jour, que la fistule allait se cicatriser. J'usai, en conséquence, de beaucoup de précautions pour introduire la canule dans la poitrine, lorsque, le huitième jour, au pansement, je vis avec étonnement sortir en grande quantité du pus blanc et épais. Cette circonstance, qui m'affligea, me fit présumer qu'un dépôt s'était formé dans le tissu pulmonaire, aux environs de la plaie de poitrine ; je fus confirmé dans cette opinion par l'ouverture d'un second abcès, qui eut encore lieu quinze jours après, au moment où je croyais que le premier allait finir.

Depuis l'ouverture de ces deux abcès l'écoulement du pus fut beaucoup plus difficile ; aussi me fallut-il souvent, pour en provoquer l'issue, le retirer ou le pomper avec la seringue, ou bien le malade était obligé de l'expulser en faisant des efforts d'expiration, ou mieux encore en se gonflant. Je continuai, à chaque pansement, à faire dans la poitrine, au travers de la canule à soupape, des injections composées d'eau tantôt miellée tantôt d'infusion de feuilles de roses également miellée. Mais, soit que l'ulcération du poumon fût très profonde, soit que l'écoulement du pus fût très difficile, la maladie résista à des pansemens régulièrement faits deux fois par jour pendant deux mois, après lesquels le malade retourna chez lui. Sa mère, qui fut chargée de le panser, se bornait à introduire la canule

---

cale de 1833. Cependant, pour être juste envers tout le monde, nous devons reconnaître, d'après le mémoire même dont il s'agit, que M. Bally paraît avoir les premiers titres à la priorité de ces observations.

La médecine, proprement dite, s'est enrichie d'une nouvelle édition de la Clinique médicale de M. Andral. Ce livre est trop connu et ses mérites sont trop bien établis pour que nous ayons besoin de nous y arrêter : faisons remarquer seulement que ces sortes d'ouvrages qui sont des ouvrages de transition, c'est-à-dire participant à la fois des caractères de deux époques, manquent de cette unité qui n'appartient qu'aux œuvres préparées et conçues de longtemps et exécutées avec des idées et des convictions qui se fortifient des faits et des méditations de chaque jour. La Clinique médicale semble être l'ouvrage, l'inspiration, le reflet de l'époque où elle a été composée, et sous ce rapport elle tiendra une place dans l'histoire de notre dernière révolution médicale. A un autre point de vue, on peut porter à peu près le même jugement sur le Traité philosophique de médecine pratique de M. Gendrin, ouvrage fait avec moins de candeur et d'esprit d'observation, mais qui est empreint, comme la Clinique médicale, des influences du temps plus que des idées particulières de l'auteur. C'est le propre de certains esprits de prendre plus au dehors d'eux-mêmes qu'au dedans : à défaut de ces idées profondément personnelles qui animent et caractérisent fortement les œuvres de l'intelligence, ils se placent pour ainsi dire au vent des idées qui soufflent de toute part et prennent de leur siècle ce qu'il y a de plus original dans sa vulgarité, ce qui ne veut pas dire que leurs ouvrages soient des productions vulgaires.

M. Louis a donné une nouvelle édition de son Traité de la fièvre typhoïde. Cet ouvrage, qui fit une grande sensation à l'époque où il fut publié pour la première fois, ne nous paraît pas cependant avoir été jugé ni apprécié d'une manière convenable. Il faut distinguer dans le livre de M. Louis la méthode et les résultats. La méthode, c'est la statistique et l'observation anatomique, et les résultats la réduction de toutes les fièvres essentielles à l'entérite folliculeuse. Voici comment un des auteurs contemporains s'exprime sur les recherches de M. Louis : « Les auteurs avaient *vu* la lésion (altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle) ; Prost et M. Louis l'ont *comptée*, et n'ayant pas trouvé d'exception, ils ont érigé ce qui pour les anciens n'était qu'un accident en lésion fondamentale, et c'est à la statistique qu'est dû ce magnifique résultat, à la statistique, qu'on voudrait bannir. » Ces lignes nous paraissent être une appréciation exacte du livre de M. Louis. Les partisans des idées de l'auteur et l'auteur lui-même en ont été satisfaits : ceux qui sont d'une autre opinion n'y trouveront rien à redire. Le jugement qui précède est extrait d'une notice historique, placé en tête d'un Traité de l'entérite folliculeuse, publié tout récemment par M. Forget. L'ouvrage du professeur de Strasbourg sera prochainement examiné avec l'attention qu'il mérite. Son titre, la citation que nous venons de lui emprunter, et les recherches déjà connues de l'auteur, sur les altérations du sang dans la fièvre typhoïde, montrent que c'est le produit d'une alliance du solidisme broussaisien avec ce qu'il appelle l'humorisme rationnel. — Nous mentionnerons en passant, mais sans aucune vue de rapprochement entre eux, le Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales de M. Maillot ; les traités des maladies des Européens dans les pays chauds, par MM. Thevenot et Levacher ; les ouvrages de MM. Aubert et Bullard, Chollet et Gorse sur la peste ; le Traité des mala-

à soupape dans la plaie; après quoi le malade se penchait sur le côté, et alors le pus coulait seul, ou le plus souvent à la suite d'efforts d'expiration.

Au bout de six mois je le revis, il n'était point encore guéri. Ayant alors reconnu que l'ulcération du poumon n'était entretenue que par les efforts d'expiration qu'il faisait à chaque pansement pour expulser la matière purulente, je l'engageai à ne pas avoir recours à cette manœuvre parce que l'air en s'échappant renouvelait et entretenait la plaie par la rupture des cellules bronchiques. Dès ce moment, il se contenta de laisser couler le pus par la canule, sans favoriser son écoulement, ni par les injections, ni par l'aspiration, ni par les efforts d'expiration. Ce conseil lui devint favorable, car cinq mois après environ, il n'y avait plus d'écoulement de pus et la fistule était sur le point d'être cicatrisée. Je lui recommandai alors de ne se panser qu'une fois par jour, puis une fois tous les deux jours et enfin tous les trois jours; ce qu'il fit avec succès, puisqu'un mois après j'eus la satisfaction d'apprendre sa guérison.

Malgré l'excessive durée de la maladie, j'espérais toujours que le malade se rétablirait parce qu'il y avait peu de souffrances; en effet, la toux, l'oppression, la fièvre avaient cessé; le sommeil était calme, l'appétit et l'embonpoint se soutenaient.

On voit, par ce qui précède, que la cavité de la poitrine fut bientôt débarrassée de la matière purulente qui y était épanchée, et qu'au bout d'un mois, le foyer purulent fut détruit par la cicatrisation de ses parois ou l'adhérence du poumon à la plèvre costale. A cette époque, la guérison eût été complète si le malade, pendant son absence, avait eu la précaution de se panser régulièrement. En effet, je n'eus plus, dès ce moment, à combattre un épanchement purulent, mais bien un dépôt, une ulcération caverneuse dans le tissu pulmonaire, d'une durée plus longue et plus incertaine.

Je me servis d'abord d'une ceinture élastique pour fixer plus solidement la canule sur la poitrine, mais je renonçai bientôt à ce moyen, parce que je vis qu'il était plus propre à la déranger et à rendre son usage douloureux en la tirant tantôt à droite, tantôt à gauche, qu'à la maintenir immobile. Je ne tardai pas également à m'apercevoir que l'emplâtre qui embrassait étroitement la canule sur laquelle il se vissait était suffisant pour la maintenir ou la fixer et pour réunir sur elle les lèvres de la plaie.

Les bords de la plaie extérieure qui fut tenue ouverte au moyen d'un morceau d'éponge préparée qu'on y introduisait chaque jour s'étaient cicatrisés isolément de manière qu'elle représentait une ouverture évasée en forme d'entonnoir. Le fond de cette ouverture était si étroit et le foyer dans lequel elle conduisait était si resserré, que lors même qu'elle était libre, l'air extérieur ne s'y introduisait pas durant l'inspiration; elle se serait vraisemblablement souvent fermée, si je n'avais empêché sa cicatrisation au moyen du bouchon d'éponge que j'y tenais habituellement.

Je dois rappeler à l'occasion des moyens que l'on peut employer pour faciliter l'écoulement des fluides, que les injections sont sans inconvénient et souvent très utiles, que les efforts d'expiration trop considérables sont dangereux lorsque le poumon est blessé ou ulcéré, parce qu'ils brisent les cellules bronchiques et les vaisseaux capillaires de la plaie; qu'on tombe dans le même inconvénient lorsqu'on pompe les liquides avec la seringue; c'est-à-dire que si on continue l'aspiration, malgré la résistance qu'on éprouve, on fait encore saigner la plaie, soit qu'il n'y ait plus de liquide épanché, soit que le poumon se présente le premier au bout de la canule, ainsi que cela m'est arrivé plusieurs fois.

HYDRO-THORAX.

OBS. II. — Je visitai, le 12 octobre 1829, un jeune homme d'Audance, nommé Lajard, âgé de 14 ans, qui s'était violemment froissé le côté en tombant sur le bord d'un bateau. Cette chûte détermina une douleur assez vive dans tout le côté, et occasionna une pleurésie à laquelle succéda un épanchement dans la cavité droite de la poitrine. Quoique cette maladie n'existât que depuis trois mois, l'épanchement était si considérable que le malade respirait avec la plus grande difficulté; aussi ne pouvait-il se coucher que sur le côté droit, ou bien était-il obligé de se tenir presque assis dans son lit. Le côté droit de la poitrine était considérablement soulevé, les côtes fortement écartées les unes des autres, et quoique le malade fût extrêmement maigre, les espaces intercostaux ne paraissaient pas enfoncés. La toux était sèche et fort incommode, le pouls petit et très fréquent; la maigreur était extrême et l'appétit presque nul. Une douleur profonde et sourde se faisait ressentir dans tout le côté de la poitrine quand on la percutait. Le bruit respiratoire était nul.

Lorsque à l'aide de l'auscultation et de la percussion, j'eus acquis la certitude que l'épanchement existait, je conseillai quelques boissons adoucissantes et un vésicatoire au bras, et trois jours après je pratiquai l'empyème d'élection, assisté de M. Saunier, d'Andance, espèce d'officier de santé très aimé dans le pays.

Le malade était assis sur le bord de son lit, les jambes pendantes, et le corps un peu incliné du côté gauche; j'incisai dans l'étendue d'environ 67 millimètres la peau, le tissu cellulaire et les muscles, suivant la direction des côtes que ces parties recouvraient. Je coupai ensuite les muscles intercostaux, mais dans une étendue moindre et toujours décroissante, de telle sorte que l'incision de la plèvre se réduisait à une petite ouverture qui recevait seulement le bout de la canule à soupape que j'avais préparée d'avance et que j'y introduisis aussitôt que l'écoulement du pus m'eut indiqué que j'avais ouvert la poitrine. Une fois la canule placée, je rapprochai les bords de la plaie sur elle, et la fixai avec l'emplâtre agglutinatif. Je donnai issue à une matière puriforme blanchâtre, peu consistante et inodore, que je reçus dans un plat. Lorsque le pus commença à sortir avec moins de force, je fis coucher le malade sur le côté et dans une position horizontale telle que l'ouverture pratiquée fut le point le plus déclive de la cavité thoracique, et que le pus trouva une ouverture facile et complète. Le lit fut ensuite disposé de manière que la canule, qui ressortait à peine d'un pouce, ne pût être dérangée pendant le sommeil. Des linges furent placés pour recevoir le pus qui continua à couler goutte à goutte pendant plusieurs heures.

Le malade, quoique un peu fatigué par l'opération, éprouvait cependant beaucoup de soulagement et de satisfaction. Quelques boissons théiformes, aidées de l'application autour de la poitrine, de sachets contenant du son chaud, amenèrent une légère transpiration.

Le deuxième jour de l'opération, je trouvai le malade dans un état très satisfaisant, il avait dormi et ne toussait que très rarement. Son pouls était moins fréquent et plus développé, l'appétit se faisait sentir. Je me contentai, dans cette visite, de renouveler l'emplâtre agglutinatif, dans lequel la canule était vissée, parce que la transpiration commençait à le décoller et je retirai celle-ci avec les précautions d'usage. Ayant renouvelé le morceau de baudruche, qui avait acquis un peu d'odeur, je replaçai la canule dans la plaie et ne l'enfonçai que faiblement, de manière que son extrémité interne pénétrait faiblement dans la poitrine.

Il est bien essentiel, pour éviter de blesser le poumon, que le bout de la canule soit arrondi et qu'on puisse, en la vissant sur l'emplâtre agglutinatif, lui donner une longueur déterminée, et toujours égale à la profondeur de la plaie; car, en s'avançant, elle pourrait irriter le poumon dans ses mouvemens d'expansion. Outre la prescription antérieure, j'accordai trois soupes et des fruits cuits, et comme la transpiration continuait je crus devoir me dispenser d'ordonner un vésicatoire à la poitrine.

A ma douzième visite, qui eut lieu quatre jours après l'opération, l'état était encore plus satisfaisant. Le malade avait repris des forces et surtout un grand appétit; aussi fus-je obligé de lui accorder plus d'alimens. Je me bornai encore à retirer la canule pour changer l'emplâtre agglutinatif que je soutins avec des bandelettes croisées sur lui. Je prescrivis des boissons diurétiques, et au lieu d'un vésicatoire, je plaçai un cautère sur la poitrine à 54 millimètres au-dessus de l'ouverture que j'y avais pratiquée. Je continuai à visiter le malade tous les deux jours et le huitième je retirai la canule de la plaie parce qu'elle ne laissait plus couler que quelques gouttes d'un pus clair; je la remplaçai par une petite mèche de linge fin pour empêcher l'entière cicatrisation de la plaie, puis celle-ci fut couverte avec un emplâtre de diapalme. Jusque là, la plaie avait fourni une matière puriforme, claire, en assez grande quantité pour mouiller des compresses pliées en plusieurs doubles, qu'on changeait soir et matin. Dès ce moment, j'enseignai

---

DIES NERVEUSES de M. Hyacinthe Musset; le TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS de M. Valleix; le TRAITÉ DES MALADIES PUERPÉRALES de M. Helm, ouvrages renfermant des observations intéressantes, des vues plus ou moins originales, mais qui n'ont le caractère ni réellement didactique, ni réellement scientifique. Il en est autrement des MANUELS PRATIQUES DES MALADIES DE LA PEAU ET DES MALADIES VÉNÉRIENNES de M. Gibert, excellens résumés où les faits, les doctrines, et les méthodes sont aussi clairement exposés que loyalement appréciés; du PRÉCIS THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES de M. Baumès qui a de nombreux rapports avec les précédens quoiqu'il s'en distingue par une observation plus personnelle; du TRAITÉ PRATIQUE D'AUSCULTATION par MM. Barth et Roger qui ne laisse à désirer que des notions plus précises sur les applications de l'acoustique; des nouvelles éditions du MANUEL D'OBSTÉTRIQUE de M. Dugès, et des DÉMONSTRATIONS D'ACCOUCHEMENS par M. Maygrier, qu'on peut citer comme des modèles du genre; il en est à peu près de même du TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE de M. Gallier; du TRAITÉ DE PHARMACIE de M. Soubeiran; des Formulaires de MM. Richard, Foy, Cottereau et Bouchardat, parvenus à leurs troisième, quatrième, cinquième et sixième éditions, et dont le public s'est chargé avant nous de montrer les mérites et l'utilité. C'est ici le lieu de réparer l'omission que nous avons commise à l'égard de l'excellent mémoire de M. Fournet SUR LE BALLOTTEMENT, COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DES TUMEURS ABDOMINALES, travail plein de remarques fines et judicieuses, et mettant aux mains du praticien une nouvelle lumière pour éclairer l'existence d'un ordre de lésions souvent difficiles à établir. Enfin, terminons cette longue liste d'ouvrages médicaux proprement dits, en rappelant les Recherches de M. Amédée Latour sur le TRAITEMENT PRÉSERVATIF ET CURATIF DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LE SEL MARIN, et celles de M. Leuret sur le TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE. Il serait à souhaiter que le remède proposé par M. Latour fût aussi efficace que son livre est bien fait: l'expérience seule décidera. La méthode de M. Leuret peut déjà être mieux jugée et appréciée. Elle a pour principe le spiritualisme scientifique; pour base, l'observation et l'expérience, pour organe un écrivain distingué, et pour ministre un praticien zélé, actif, plein de persévérance et de conviction. Aucun des moyens proposés par M. Leuret n'est nouveau; mais leur ensemble et leur mode d'association constituent une méthode nouvelle, rendue originale par l'originalité de l'auteur; et cette méthode comprend tous les moyens qui s'adressent au côté moral de la folie. D'autres hommes distingués de notre époque se chargeront de montrer ce qu'il y a d'insuffisant et de trop exclusif dans les vues et la pratique de M. Leuret.

Les ouvrages relatifs à la pathologie et à la thérapeutique chirurgicales, publiés dans l'année, ne sont ni moins nombreux ni moins dignes d'être rappelés. En procédant par ordre de matières, nous retrouvons d'abord la continuation du TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE de M. Vidal de Cassis, ouvrage qui a obtenu toutes nos sympathies, parce qu'il est également remarquable par le savoir, la méthode, la clarté et la bonne foi: c'est le véritable traité didactique; puis les LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE de M. Velpeau, dont les mérites et les défauts sont également réels, et la reproduction des mérites et des défauts qui se retrouvent dans tous les ouvrages du même auteur. M. Velpeau ne manque ni d'esprit d'invention ni d'originalité; de plus, il possède un savoir très étendu. Ces deux

à mon aide chirurgien à panser le malade; je lui fis comprendre, et même lui exagérai le danger qu'il y aurait à laisser pénétrer l'air extérieur dans la poitrine, et lui ayant rappelé toutes les précautions à prendre pour éviter cet accident, je présidai à son premier pansement, qui eut lieu quatorze heures après que j'eus retiré la canule. Ayant à peine obtenu deux cuillerées de pus clair et légèrement roussâtre, je présumai que la guérison ne se ferait pas longtemps attendre. En effet, après huit jours de pansemens répétés matin et soir, la plaie qui ne fournissait que le pus qu'elle sécrétait aurait pu être abandonnée à elle-même, si par des motifs de simple prévoyance je n'avais cru nécessaire de la tenir encore ouverte pendant une huitaine de jours.

Le poumon, qui n'avait pas éprouvé d'altération organique, ni subi une longue compression, avait promptement recouvré ses dimensions, et contracté des adhérences avec la plèvre costale. On peut donc établir que la guérison de cet empyème a été obtenue en quinze jours, puisque la canule avec laquelle j'entretenais l'ouverture fistuleuse, dont je voulais retarder la cicatrisation, avait depuis longtemps cessé de fournir du pus épanché. Cette guérison a été définitive; aujourd'hui le sujet jouit d'une bonne santé et n'a conservé, dans la poitrine, ni douleur, ni déformation.

EMPYÈME.

OBS. III. — Le nommé Antresangle, dit Balandrot, de Quintenas, ouvrier maçon à Annonay, âgé d'environ 40 ans, d'une constitution vigoureuse, reçut, le 17 février 1833, un coup de couteau sur la partie antérieure et droite de la poitrine, et me fut amené à minuit, pâle, tremblant et couvert d'une sueur froide.

L'instrument qui avait pénétré dans la poitrine, à travers l'espace intercostal, compris entre le cartilage de la troisième et de la quatrième côtes sternales, avait cotièrement et très obliquement coupé le cartilage de la quatrième, et les muscles intercostaux voisins. La plaie, qui avait extérieurement 53 millimètres d'étendue, était oblique de haut en bas. Le poumon droit avait été intéressé plus ou moins profondément, car le malade a expectoré pendant deux jours du sang rouge et écumeux. La blessure avait fourni une très grande quantité de sang, car les vêtemens du malade en étaient imprégnés; mais l'hémorragie était pour ainsi dire suspendue lorsque je vis le malade. Une autre plaie située à la partie externe de la cuisse avait également laissé couler beaucoup de sang. Après avoir reconnu que la plaie de la poitrine était pénétrante, je la recouvris d'abord avec un emplâtre de diapalme; je réunis aussi celle de la cuisse par première intention, et fis porter le malade à l'hôpital, où je restai avec lui près de deux heures pour attendre que le spasme qu'il éprouvait fût dissipé, et que la chaleur fût un peu revenue. Pendant ce temps, je fus plusieurs fois tenté d'élargir la plaie, en l'étendant dans la direction des côtes, pour pratiquer la ligature de l'artère intercostale, et peut-être celle de la mammaire interne; car ces deux vaisseaux pouvaient être divisés. Mais si, d'un côté, l'hémorragie interne était probable, puisque la faiblesse du pouls et le refroidissement général subsistaient encore, d'un autre côté, je considérais la formation du caillot qui fermait la plaie comme un excellent moyen de suspendre cet accident. La faiblesse du malade, et la crainte que l'hémorragie ne fût produite par la blessure de quelques gros vaisseaux du cœur, furent de nouvelles raisons qui m'empêchèrent de tenter la ligature des artères, que je présumais divisées. Une heure et demie après son entrée à l'hôpital, le malade, qui était ivre et avait mangé avant l'accident, fut très soulagé par le vomissement des matières qui surchargeaient son estomac. Au bout d'une demi-heure, le pouls se ranima, et la chaleur parut se rétablir; néanmoins, on continua à tenir des linges chauds sur les extrémités, et à lui donner quelques cuillerées de tilleul.

Le lendemain, le pouls, quoiqu'un peu plus fort qu'au moment de l'accident, restait cependant très faible. La chaleur était revenue aux extrémités, encore couvertes d'une sueur gluante et froide; le malade était couché à la renverse et ne semblait pas oppressé; il toussait peu; les crachats étaient souvent teints de sang. La plaie, quoique très étendue, ne donnait pas accès à l'air extérieur, parce que ses bords n'étaient pas écartés. J'eusse bien désiré introduire dans la poitrine une sonde recourbée, munie d'une soupape, avec laquelle j'aurais pu donner issue au sang épanché, mais la crainte de détacher le caillot qui avait suspendu l'hémorragie, et l'impossibilité de le retirer entièrement par cette ouverture placée trop haut, me firent abandonner ce projet. J'attendis donc, pour prendre une détermination, que d'autres symptômes se déclarassent, et que le malade fût dans le cas de se déplacer plus facilement; car, dans les premiers jours, la faiblesse était si grande, qu'il ne pouvait ni n'osait changer de position, et que je fus obligé de le fortifier et de lui faire prendre des consommés pendant huit jours. Après ce temps, il éprouva des frissons, fut pris de fièvre, d'oppression et d'une douleur dans la poitrine. La percussion de cette dernière donnait un bruit sourd dans toute son étendue, excepté dans la partie supérieure et antérieure, où le son était clair. Le poumon, affaissé sur les côtés de la colonne vertébrale, ne laissait plus entendre le bruissement qui résulte de son développement pendant l'inspiration. Des taches d'un rouge-violet clair, s'étendant depuis l'angle des fausses côtes jusqu'au bas des lombes, annonçaient l'existence de l'ecchymose de Valentin. Le côté droit de la poitrine était évidemment plus saillant que le gauche. Tous ces symptômes ne me laissaient aucun doute sur l'existence d'un épanchement de sang dans la poitrine, lequel avait très probablement été fourni par les artères intercostale et mammaire interne. Je laissai cicatriser la plaie de la poitrine, parce qu'elle était trop éloignée et trop élevée pour permettre de retirer le sang épanché, et je préférai en établir une nouvelle à l'aide de l'opération de l'empyème, dans le lieu d'élection.

L'ouverture de la poitrine ayant été faite suivant les préceptes de l'art, j'y plaçai aussitôt une canule à soupape, un peu plus forte que celle dont je m'étais servi dans le cas précédent, et retirai par son moyen plus de 2 litres et demi de sang corrompu, d'une extrême fétidité, ressemblant à de la lie-de-vin un peu épaisse. Il s'échappa aussi quelques bulles d'air infect et corrompu. Lorsque toute la matière d'épanchement fut évacuée, j'injectai de l'eau tiède dans la poitrine, pour délayer les caillots de sang que je supposais encore retenu dans cette cavité; puis laissant la canule à demeure dans la plaie, je l'y fixai avec l'emplâtre agglutinatif, qui ramenait encore sur elle les bords de l'ouverture. De longues bandelettes de diachilum gommé croisées sur l'emplâtre furent destinées à le fixer plus solidement.

L'opération, qui devait naturellement soulager le malade, en enlevant la cause qui avait fait naître la fièvre violente qu'il éprouvait, n'amena aucun changement avantageux dans son état; au contraire, le lendemain, la fièvre augmenta; la langue était sèche, jaune et brunâtre; les lèvres fuligineuses, l'œil fixe et l'air égaré; une très grande prostration se faisait remarquer. Je prescrivis 20 sangsues sur le côté, et la moutarde aux jambes. Je fis administrer un lavement avec 69 grammes d'huile de ricin, qui relâcha le ventre, un peu météorisé. La canule fut retirée de la plaie, et remplacée par une mèche de linge effilé. Elles furent couvertes, et ses bords furent rapprochés avec un emplâtre de diapalme. Le surlendemain, troisième jour de l'opération, les symptômes sont les mêmes; le malade avale difficilement sa tisane; un lavement émollient est administré, et on tient des cataplasmes huilés sur le ventre et la poitrine, à cause de la toux, qui était plus fréquente qu'avant l'opération. L'expectoration devient facile, et les crachats sont épais et non sanguinolens. Jusqu'au sixième jour, mêmes phénomènes et même traitement. Le septième, un vésicatoire est placé au bras droit, la légère sueur que les cataplasmes ont provoquée devient générale; le malade paraît mieux et le délire plus faible. Du huitième au dixième jour, l'amélioration continue, la fièvre tombe, et le malade reprend connaissance. Dès ce moment, il entre pour ainsi dire en convalescence; la toux devient rare et on accorde du bouillon aiguisé avec un jus de citron, et, le matin, une cuillerée de sirop de quinquina.

J'ai déjà annoncé que j'avais retiré la canule de la plaie, le lendemain de l'opération, et l'avais remplacée par une mèche de linge effilé, dans la crainte où j'étais que sa présence ne devînt une cause d'irritation capable de déterminer l'inflammation et d'entretenir la fièvre; je me bornai donc dès ce moment à panser le malade une fois dans les vingt-quatre heures; c'est-à-dire à introduire la canule dans la plaie pour retirer le liquide, et à renouveler la mèche et l'emplâtre. Une quantité variable de matière sanieuse, roussâtre et généralement fétide, était retirée à chaque pansement. Il s'en échappait aussi, dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, à travers la plaie, quoique ses bords fussent rapprochés et recou-

---

qualités s'allient difficilement et s'excluent même jusqu'à un certain point. Quand on veut les faire marcher de front, il est rare que l'une ne fasse pas tort à l'autre; c'est ce qui nous paraît arriver à M. Velpeau. Il vise avec raison à passer pour très savant et très-érudit; ses leçons, comme ses ouvrages, sont un panorama vivant de tout ce qui se fait et s'écrit de nouveau en France et à l'étranger, et l'on peut dire même que sa pratique est comme ses leçons et ses livres. Qu'en résulte-t-il? C'est que l'habile chirurgien de la Charité, que l'on qualifiait l'autre jour, en notre présence, du titre de *plus grand essayeur de l'époque*, appliquant tout ce que les autres imaginent, et l'appliquant avec un certain esprit de modification, si ce n'est toujours de perfectionnement, à une tendance naturelle à s'approprier de bonne foi tout ce qu'il modifie, et à préférer sa manière de voir et de faire à celle des véritables inventeurs. De cette habitude, louable en principe, naissent quelques inconvéniens qu'il n'est peut-être pas inutile de signaler. Du côté de la science, M. Velpeau ne paraît pas apprendre ni approfondir suffisamment les idées qu'il veut bien faire connaître et commenter. Appartenant plutôt à l'école du sentiment qu'à celle de l'expérience, il juge les choses de loin, bien plus d'après l'opinion qu'il s'en fait à la première vue, que d'après un examen complet et rigoureux. Du côté de l'art, ses habitudes offrent à peu près le même caractère. Plus dominé par le besoin d'améliorer que de bien connaître et d'exposer, il étudie peu attentivement les méthodes et les procédés qu'il applique; il se persuade sérieusement que ce que d'autres ont fait n'est ni important ni nouveau, et ce qu'il y change devient à ses yeux une espèce de brevet d'invention et de droit de propriété. Cette manière de voir et de faire donne à l'honorable professeur une apparence de peu de gravité et de bonne foi, qui explique jusqu'à un certain point les accusations dont quelquefois il a été l'objet. Peut-être nos réflexions s'adressent-elles plus à la qualité *encyclopédique* de l'esprit et de l'enseignement du professeur qu'à son enseignement même. Nous ne sommes pas éloignés de le croire; mais qu'importe. Si ses leçons visaient moins à être universelles et actuelles, elles gagneraient en exactitude et en profondeur, ce qu'elles perdraient en étendue et en nouveauté. Elles seraient surtout plus utiles; car ni les auteurs, ni les élèves, ni le professeur lui-même, ne peuvent tirer de bénéfice, les uns d'une exposition de leurs idées qu'on dénature, les autres d'un enseignement qui les abuse, et le dernier d'une science et d'une critique qui peuvent faire mettre en question la solidité de ses connaissances et la droiture de son esprit. Quoiqu'il en soit, l'ouvrage qui a provoqué cette digression n'est pas moins une production comme toutes les précédentes du même auteur, pleine de savoir et de réflexions judicieuses, qui remue beaucoup d'idées, et en ajoute de nouvelles à celles qu'il expose. Dans un ordre plus circonscrit viennent le TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX de M. Fulnari, où l'on trouve à la fois une exposition claire et méthodique de la science, et des vues et des inventions ingénieuses propres à l'auteur; le TRAITÉ DES VICES DE LA PAROLE de M. Colombat, plein d'idées, manquant de preuves et de développemens; le TRAITÉ PRATIQUE DES HERNIES de M. Verdier qui répond assez exactement à son titre; une excellente dissertation de M. Barbier SUR LA TUMEUR HYDATIQUE DU FOIE; et au point de vue thérapeutique, la continuation de la MÉDECINE OPÉRATOIRE de M. Sédillot qui ne dément pas le jugement que nous en avons porté l'année dernière; les Études expérimentales de M. Cazenave de Bordeaux sur le NITRATE D'ARGENT FONDU ET SUR LA CAUTÉRISATION DES RÉTRÉCISSEMENS DE

verts avec un emplâtre agglutinatif. J'employai dans tous ces pansemens les précautions déjà indiquées contre l'entrée de l'air extérieur dans la poitrine pour favoriser l'entier écoulement de la matière épanchée; le malade se tournait sur le côté droit, pendant que je faisais les injections, et retirais le liquide dont elles se composaient. Durant la fièvre, le malade était resté couché sur le dos; mais, le douzième jour, il put commencer à se coucher sur le côté, et bientôt garda constamment cette position.

Du douzième au quinzième jour, la suppuration diminua sensiblement de quantité, le pus devint plus lié, blanchâtre et moins fétide. J'abandonnai alors les injections, et à l'aide de la position et de la mèche avec laquelle j'entretenais la plaie ouverte, la plus grande partie des fluides nouvellement sécrétés par les surfaces séreuses enflammées s'écoulait par un suintement continuel, dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, et je n'en retirais presque pas avec la canule que je portais dans la poitrine. Aussi, le vingtième jour, cessai-je de me servir de cet instrument, et lorsque parfois je m'en servais, je ne l'introduisais que dans la plaie, c'est-à-dire peu profondément. J'eus beaucoup de peine à empêcher l'entière cicatrisation de la plaie, et à la maintenir ouverte jusqu'au trente-cinquième jour. Depuis longtemps, elle ne consistait plus qu'en une petite ouverture fistuleuse qui recevait difficilement la petite mèche de linge que j'y introduisais.

Enfin, le trente-cinquième jour, la cicatrisation était achevée, et le malade était rendu à la santé d'une manière aussi prompte qu'inespérée, et complètement, puisqu'il lui fut possible de continuer son état de maçon.

EMPYÈME.

OBS. IV. — Parmi les pauvres que je visitais dans la commune de Ste-Claire, près Annonay, pour M. le comte de Vogué, je rencontrai, le 12 juin 1834, un orphelin nommé Jobert, âgé de 17 ans, malade depuis environ deux mois, et couché sur la paille dans une chaumière humide et exposée à tous les airs. Il avait de la fievre, le pouls très fréquent et très developpé; la langue etait un peu rouge à sa pointe; la soif était vive, et il ressentait à la région épigastrique une douleur que la pression augmentait. Assez souvent, il avait de la diarrhée provoquée sans doute par la mauvaise nourriture qu'il prenait. Le malade était pâle, maigre, et avait la figure bouffie. Son teint était paille, tout son corps œdématie. L'enflure, qui était considérable vers le côté sur lequel le malade se couchait, formait, en arrière et en avant de la poitrine, un bourrelet si considérable, qu'on eût dit que le malade était d'une énorme gibbosité. Depuis un mois, il ne se levait plus, était faible et très oppressé. La toux revenait fréquemment, et surtout par quintes pénibles, lorsqu'il se retournait dans son lit. Les crachats étaient rares et muqueux. Jobert me raconta que sa maladie avait débuté par une pleurésie avec crachement de sang; qu'après avoir gardé le lit cinq à six jours, il s'était levé et avait voulu, mais vainement, reprendre son travail. Il quitta alors ses maîtres pour se retirer à Ste-Claire, chez une vieille grand'mère très pauvre.

La maladie était si avancée que je n'eus pas de peine à constater, au moyen de l'exploration de la poitrine, l'existence d'un epanchement dans la cavité droite. Je décidai le malade à venir à l'hôpital d'Annonay, que je dirigeais alors comme chirurgien en chef, et, deux jours après, il y fut amené. Durant les quinze jours qui s'écoulèrent avant son opération, il fut visité par mes estimables confrères Desgrands et Alléon, qui purent constater la rapidité effrayante avec laquelle l'épanchement augmentait. L'oppression devint si forte que le malade ne pouvait plus se remuer, ni se retourner dans son lit, sans éprouver une quinte de toux ou une menace de suffocation; aussi restait-il toujours couché sur le côté droit depuis environ trois semaines. La cavite thoracique gauche, que le liquide ne gagnait pas, laissait apercevoir les battemens du cœur presque à nu sous les côtes, dans la plus grande étendue de la poitrine. La cavité droite de cette dernière était si considérablement dilatée par la matière épanchée, que le médiastin refoulé à gauche entraînait le cœur de ce côté, et l'appliquait avec force sous les côtes, où des mouvemens semblaient résulter plutôt de frémissemens que de contractions ou de dilatations. Cette disposition était si prononcée, que mes confrères crurent à l'existence d'une maladie du cœur, à laquelle ils attribuaient la plupart des symptômes offerts par le malade. Aussi étais-je peu encouragé à recourir à l'opération, que je pratiquai néanmoins le 20 juin, quoique le malade parût très peu en état de la supporter.

Dans ce doute et peu encouragé d'autre part par mes confrère qui redoutaient la complication d'une affection du cœur, je me bornai pour le moment à faire une ponction entre la sixième et la septième côtes sternales, à peu près vers le milieu de l'espace compris entre la colonne vertébrale et le sternum et retirai ainsi de la poitrine 4 kilos 1/4 d'un liquide séro-albumineux, inodore, ressemblant à du petit lait trouble, et contenant quelques flocons albumineux. Aussitôt que j'eus retiré le poinçon de la canule, la matière fut lancée à 10 pieds du lit, quoique pour s'échapper, elle fût obligée de traverser la soupape ou morceau de peau de baudruche que j'y avais attaché. A mesure que le liquide sortait, le malade éprouvait un bien-être qu'il ne savait définir, croyait revenir à la vie et sentait ses forces se ranimer. Lorsque la poitrine fut entierement débarrassée, et que la matière ne coulait plus que goutte à goutte, je fis coucher le malade horizontalement et sur le côté, afin de l'amasser autour de la canule ou dans le lieu le plus rapproché de l'ouverture. Enfin, au bout de quelques minutes, lorsque l'écoulement eut cessé, je retirai la canule, et appliquai sur l'ouverture un emplâtre de diachylon. Tant que le fluide s'échappa avec force, sa sortie eut lieu par jets continus; mais lorsque la force d'expulsion eut diminué, ou plutôt lorsque le fluide fut déjà évacué en grande partie, le jet cessa d'être continu; il se fit par saccade, et la matière ne coula plus avec force que pendant l'expiration. Or, si la canule n'avait pas été garnie d'une soupape, l'air serait indubitablement entré dans la poitrine, aurait vicié le pus et reproduit en même temps l'inflammation de la plèvre, ce qui eût probablement entraîné la mort du malade.

On remarquait, en effet, que le boyau de chat adapté à la canule se fronçait et fermait exactement son ouverture dans chaque inspiration que faisait le malade, et que le fluide ne coulait avec aisance que pendant l'expiration. Cette disposition annonçait très positivement que le poumon affaissé se relevait et reprenait le jeu de ses mouvemens.

Le jeune malade, auquel l'exercice du poumon droit avait déjà permis de respirer plus librement pendant l'opération, continua à se sentir mieux, lorsque je l'eus fait rechauffer en entourant ses membres avec des linges chauds, et en lui donnant de temps en temps tantôt du bouillon, tantôt des infusions chaudes. Il dormit paisiblement durant cinq à six heures de la nuit et se réveilla avec une douce transpiration. Je prescrivis une boisson gommeuse nitrée et un vésicatoire au bras, des cataplasmes très chauds furent appliqués sur la poitrine pour exciter la tumeur qui dissipa très promptement l'enflure. Les crachats prirent de la consistance, la toux devint rare, et cessa même complètement au bout de deux ou trois jours, en sorte que je pus croire à une guérison radicale. Malgré cela, j'appliquai encore plusieurs vésicatoires sur le thorax.

Au dix-huitième jour de l'opération, il y eut quelques légers frissons et un peu de fièvre; il survint aussi un peu de gêne dans la respiration, une toux sèche et rare et de la matité dans la poitrine, etc. Tous ces symptômes augmenterent graduellement pendant quinze jours, en sorte qu'au trentième leur développement autorisait à répéter l'opération. J'aurais probablement fait à cette époque une nouvelle ponction, si je n'en eusse été empêché par un voyage d'une huitaine de jours. Le malade ne put donc être opéré de nouveau que quarante jours après la première ponction. Il y avait alors cinq à six jours qu'il avait craché du pus, d'où je conclus que celui-ci, après avoir détruit, ulcéré le poumon, s'était frayé une issue à travers les bronches. Quoiqu'il fût permis de supposer que la matière purulente expectorée pouvait venir d'un dépôt primitivement formé dans le parenchyme pulmonaire, je pratiquai néanmoins l'opération de l'empyème et cette fois par la térebration d'une côte.

Qu'on me permette de rapporter ici un petit accident qui m'arriva en retirant la canule de la poitrine. Lorsque je voulus retirer cet instrument, je le saisis par le bout que le morceau de baudruche recouvrait, et tirant sur lui, je le séparai de manière que l'air pût s'introduire dans la poitrine par la canule restée dans la plaie. J'avais d'abord considéré cet accident comme de peu d'importance, mais la réflexion m'a démontré que quelques bulles d'air avaient été suffisantes

---

L'URÈTRE; les observations de M. de Lavacherie sur l'EMPLOI DE LA COMPRESSION CONTRE LES TUMEURS BLANCHES DES PARTIES DURES.

L'hygiène et la médecine légale ont fait l'acquisition du TRAITÉ DES EAUX DE SOURCE ET DES EAUX DE RIVIÈRE de M. Dupasquier; d'une nouvelle édition des ELÉMENS D'HYGIÈNE de M. Thouvenel; du savant traité de Marc SUR LES RAPPORTS DE LA FOLIE AVEC LES QUESTIONS MÉDICO-JUDICIAIRES; d'un mémoire de M. Vigné SUR LES INHUMATIONS PRÉCIPITÉES; et enfin DES CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES de M. Bonnet SUR LA MONOMANIE HOMICIDE.

Parmi les traductions et réimpressions d'ouvrages anciens, nous signalerons la continuation de l'HIPPOCRATE de M. Littré, qui s'enrichit à chaque volume de recherches du plus haut intérêt sur la véritable signification des Traités du père de la médecine, et sur le rapport des maladies qu'il a décrites, avec celles que nous observons; la suite du HUNTER de MM. Richelot et Chassaignac, que les notes savantes des traducteurs continuent à maintenir au niveau de la science; la traduction de l'EPITOME de J. Franck, par M. Ledru, suspendue depuis sa première livraison; celle de la THÉORIE DE LA PHLOGOSE de Rasori, par M. Pirondi, ouvrage populaire en Italie et qui est à peine connu en France; celle du TRAITÉ DE L'ALIÉNATION MENTALE de M. Ellis, par M. Archambault; celle enfin du savant ouvrage de M. Nægelé SUR LES PRINCIPAUX VICES DU BASSIN, par M. Danyau. Terminons en mentionnant la belle édition d'AMBROISE PARÉ, par M. Malgaigne, enrichie de remarques historiques de l'éditeur sur les caractères de la chirurgie de Paré et de l'époque où il a vécu.

Comme les années précédentes, nous rappellerons la continuation du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE de MM. Bechet et Labé; du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES de M. Fabre; la continuation de la belle OSTÉOGRAPHIE de MM. Blainville et Werner, et de l'ANATOMIE ENCYCLOPÉDIQUE de MM. Bourgery et Jacob; la suite du COMPENDIUM DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE; publications qui ont obtenu le succès qu'elles méritent, et qui justifient tous les jours ces succès par une scrupuleuse fidélité à tenir ce qu'elles ont promis.

L'enseignement médical s'est enrichi des cours sur les maladies de la peau, par M. Gibert, dans lesquels le professeur montre les qualités qu'il a mises dans ses livres; d'un cours de M. Mesnière sur les maladies de l'oreille, innovation heureuse et pleine d'avenir, et qui a déjà permis au successeur de M. Itard de prendre rang parmi les hommes distingués de la spécialité; une clinique sur les maladies des enfans à la mamelle, par M. Trousseau, plus remarquable, comme tous les travaux du jeune professeur, par la justesse des vues, que par la nouveauté des observations; un cours sur les hernies, par M. Malgaigne, dont la parole, incisive comme son esprit, se cloue à l'attention de chaque auditeur; enfin, la continuation des cours d'observations microscopiques de M. Donné, qui sont devenus le complément indispensable des études médicales.

Nous n'avons à mentionner, parmi les événemens de l'année, que la réorganisation des écoles secondaires de médecine; un projet, heureusement oublié, d'école de médecine à Rennes; quelques mesures secondaires, relatives aux concours et aux réceptions de la Faculté. Point de journal de médecine nouveau, mais la réunion de la GAZETTE DES MÉDECINS PRATICIENS à l'ESCULAPE, et l'apparition, dans ce journal, de MOUCHES souvent plus piquantes que les GUÊPES, dont elles descendent. Nous allions oublier qu'en 1840, on nous a définitivement promis la loi sur la médecine, et qu'il a été un moment question d'élever un mé-

pour vicier et dénaturer le peu de sérosité qui était resté épanchée dans la poitrine et en avait empêché l'absorption.

Convaincu depuis longtemps de la nécessité d'évacuer complétement et en une seule fois la matière épanchée dans la poitrine lors de l'opération de l'empyème et de celle de laisser cette cavité ouverte après cette opération, pendant un certain temps pour prévenir une nouvelle éruption purulente, je conseille de laisser à demeure, dans la plaie, une canule à soupape. Mais, comme celle-ci peut se déranger et enflammer la plaie, j'ai cherché pour obvier à ces inconvéniens, à ouvrir la poitrine en perçant une côte, afin de fixer avec solidité mon instrument dans l'ouverture de cet os.

Je fis donc à la peau, sur et dans la direction de la côte, une incision d'environ 54 millimètres vers le milieu de l'espace compris entre la colonne vertébrale et le sternum; je coupai ensuite les muscles en travers et découvris la côte que je perçai dans son milieu au moyen d'un foret que je tournais avec la main. Je pratiquai aisément un trou assez large pour admettre une canule du volume d'une sonde ordinaire, puis j'incisai la plèvre costale avec la pointe d'un scalpel à lame très étroite, dit névrotôme. Lorsque j'eus pénétré dans la poitrine, ce que je reconnus à l'écoulement du pus, j'y plaçai la canule à soupape et la vissai dans le trou de la côte. Elle portait, près de son extrémité pectorale, un pas-de-vis destiné à cet usage. Aussitôt qu'elle fut mise en place, une matière purulente blanche, épaisse et d'une odeur fétide, s'en écoula d'abord d'une manière soutenue, puis intermittente et seulement lorsque le malade faisait des efforts d'inspiration. Lorsque le pus fut presque entièrement évacué, je fis coucher le malade sur le côté opposé, afin que l'ouverture occupant le point le plus déclive du foyer de l'épanchement, la matière pût continuer à couler insensiblement sur des linges destinés à la recevoir.

Aussitôt après l'opération, qui fut peu douloureuse, la toux fut plus rare, les crachats moins abondans. La respiration n'étant plus gênée, le malade eut plus de facilité à se mouvoir dans son lit. La fièvre diminua, le sommeil devint meilleur; l'appétit reparut et les forces se relevèrent. La canule implantée dans la côte y fut laissée pendant quinze jours, durant lesquels elle ne se dérangea point. Si je la retirais de temps en temps c'était pour la nettoyer ou changer la baudruche qui se corrompait. Je retirai d'abord environ 1 kilo 750 grammes de pus et il s'en écoula encore beaucoup pendant les premiers jours qui suivirent l'opération; mais insensiblement sa quantité diminua, en sorte que le quinzième jour je pus retirer la canule de la plaie, et ne l'y replacer que momentanément soir et matin pour retirer le pus qui s'amassait dans l'intervalle d'un pansement à l'autre et faire des injections d'eau tiède dans la poitrine. J'étais obligé, pour empêcher la plaie de se rétrécir, d'y introduire tantôt une mèche de linge, tantôt un morceau d'éponge préparée, taillée en pointe. Ces corps étrangers fermaient assez exactement la plaie pour empêcher l'écoulement du pus que j'obtenais à l'aide de la canule.

J'ai déjà indiqué que le pus qui constituait le second épanchement ayant acquis beaucoup d'âcreté, avait ulcéré le poumon, et que le malade en avait déjà craché huit jours avant l'opération, sans cesser pour cela d'être oppressé. On ne pouvait douter que le pus expectoré ne vînt de la même source ou du même foyer d'épanchement. S'il avait été fourni par un dépôt formé dans le parenchyme pulmonaire, le malade n'aurait pas éprouvé après la première opération un bien-être que je pris pour une guérison, ni entièrement cessé de tousser, et la fièvre ne l'eût pas complètement abandonné pendant trois semaines. Dans tous les cas, je ne tardai pas à obtenir la preuve de ce que j'avais avancé, lorsque je vis sortir quelques bulles d'air mêlé au pus lorsque le malade toussait ou faisait des efforts d'inspiration pour expulser les injections que j'avais poussées dans la poitrine. L'air venait réellement bien du poumon, d'où il s'échappait par une plaie de cet organe. Complication toujours fâcheuse, non seulement parce qu'il vicie la suppuration et entretient l'inflammation de la séreuse, mais encore parce que comme corps étranger, il comprime toujours plus ou moins le poumon, qu'il éloigne de la plèvre costale avec laquelle il doit contracter des adhérences. C'est surtout dans le cas d'empyème où cette complication existe qu'il est essentiel de tenir constamment la poitrine ouverte, au moyen de ma canule à soupape laissée à demeure, afin d'empêcher l'accumulation du pus et de l'air qui retarderait la guérison. Il n'est cependant pas nécessaire que son instrument séjourne dans la plaie de la poitrine, tant que celle du poumon n'est pas cicatrisée, car je l'ai retirée chez Jobert au bout de quinze jours et le malade n'a pas moins guéri. A cette époque l'ouverture de la poitrine, quoique directe, était si étroite, que l'introduction de l'air extérieur dans cette cavité était impossible; la plaie de la peau s'était pour ainsi dire cicatrisée sur la canule, et son ouverture s'était rétrécie au point qu'on pouvait à peine y enfoncer une petite mèche pour forcer sa cicatrisation. La première fois j'agrandissais cette ouverture de temps en temps, en y introduisant un morceau d'éponge préparée que j'enfonçais jusque sur la côte; mais ayant reconnu que ce moyen était douloureux et déterminait du gonflement dans la plaie, j'y renonçai et agrandis cette dernière par une incision transversale.

Le malade commença, quinze jours après, à se panser seul matin et soir. Je lui défendis de faire des efforts d'expiration pour chasser le pus, en lui démontrant le danger de cette manœuvre. Je ne saurais trop insister sur la difficulté qu'on rencontre à prévenir la cicatrisation de l'ouverture fistuleuse, ce qu'on ne prévient qu'en y introduisant une mèche ou un morceau d'éponge préparée. Il convient, dans tous les cas, de ne la laisser fermer que lorsque la suppuration est tarie et le foyer purulent détruit, car il suffirait de la rétention de quelques gouttes de matière purulente, pour renouveler ou étendre plus ou moins l'ancien foyer et donner lieu à une nouvelle collection purulente.

Deux mois après l'opération, la suppuration, qui avait beaucoup diminué, se supprima tout à coup, et quoique la plaie fût libre, cessa de fournir du pus. Comme cette suppression fut subite, je me gardai bien de croire à la cicatrisation du foyer purulent, je continuai donc à recourir à la canule et aux mèches pour empêcher la cicatrisation. Au bout de quatre jours la plaie laissa couler une verrée de pus blanc, épais et très odorant. Dès ce moment la suppuration reprit son cours ordinaire par la plaie, puis diminua insensiblement, jusqu'à parfaite guérison. Il ne se forma pas d'autre dépôt, parce que m'étant aperçu que le trajet fistuleux devenait plus étendu, j'eus le soin d'enfoncer davantage la canule pour la faire parvenir jusqu'au foyer du dépôt que l'épaississement de la plèvre costale ou l'organisation des pseudo-membranes éloignaient de plus en plus de l'ouverture extérieure. Malgré toutes ces précautions et la plus grande sollicitude je n'ai pu obtenir la cicatrisation du dépôt et l'entière guérison du malade qui jouit d'une santé parfaite, que quatre mois après l'opération de l'empyème par la térébration de la côte. Si cette guérison s'est fait attendre aussi longtemps, il faut l'attribuer à l'ulcération du poumon et à l'air qu'elle fournissait dans les pansemens. En effet, cette dernière complication est une des plus fâcheuses, parce que l'air s'oppose à la réunion des plèvres et les irrite plus ou moins; en outre, la fistule pulmonaire peut encore fournir quelques mucosités purulentes.

J'ignore qui a pratiqué le première fois l'opération de l'empyème de la manière que je viens d'indiquer; mais je suppose qu'elle l'a été d'autres fois puisque Hippocrate en fait mention; quoi qu'il en soit, je suis heureux de l'avoir tentée, car j'ai reconnu qu'elle peut avoir des avantages que ne présente pas l'opération ordinaire de l'empyème, tout en réunissant ceux de cette dernière. J'ai déjà dit qu'il y avait des cas où cette méthode devait être préférée.

Le poumon comprimé ou affaissé par le liquide épanché perd plus ou moins de son volume suivant le degré de l'épanchement.

Si ce dernier est récent, quelle que soit d'ailleurs son étendue, le poumon peut reprendre son volume primitif, aussitôt qu'on a fait cesser la cause de sa compression; si au contraire il est ancien, on peut craindre que cet organe ne recouvre pas complètement ses dimensions; dans ce dernier cas, son tissu est moins perméable à l'air, parce qu'il est devenu trop compacte et que la fausse membrane développée autour du poumon n'est plus susceptible d'extension.

---

decin à la dignité de pair de France. Rappelons en passant que cette imminence d'honneur pour la profession a fourni à la plume élégante d'un de nos jeunes confrères l'occasion de traiter avec beaucoup de talent et de développement la question de l'importance politique et sociale des médecins. Que nous sommes loin de la réalisation des utopies de l'auteur! Il s'est rencontré cependant un homme de sens qui a trouvé nos prétentions exagérées. Qu'il se rassure! A la manière dont on honore et glorifie la profession, il n'est pas à craindre qu'on heurte de sitôt ses modestes susceptibilités.

Donnons un dernier regret aux nombreuses pertes qu'a faites le corps médical pendant l'année 1840. MM. Aulagnier, Marc, Richerand, Lodibert, Biett, Hipp. Cloquet, Robiquet, Planche, Marry, Sedillot, Esquirol et Landré-Bauvais ont éclairci les rangs de l'Académie de médecine et de l'Institut; et l'Europe médicale a perdu successivement le laborieux journaliste Omodei, de Milan; le célèbre chirurgien Graæfe, de Berlin; et tout récemment le savant professeur Ronchi, de Naples.

J. G.

— M. H. Larrey fils, agrégé en chirurgie à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé, par concours et à l'unanimité, professeur de pathologie chirurgicale au Val-de-Grâce (hôpital militaire de perfectionnement.)

CONFÉRENCE

SUR LES LUXATIONS CONGÉNITALES ET LEUR TRAITEMENT, PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES MUSCLES.

M. le docteur Jules Guérin fera, mercredi prochain, à 10 heures précises du matin, une conférence sur les luxations congénitales et pratiquera la section sous-cutanée des muscles pelvi-fémoraux chez un sujet affecté de la luxation congénitale des deux fémurs. — Les conférences de M. Jules Guérin, sur les difformités du système osseux continuent, d'ailleurs, d'avoir lieu tous les mercredis et samedis à 10 heures, à l'hôpital des Enfans. — Opérations le mercredi, et consultation pour les malades du dehors le samedi.

On pourrait en quelque sorte prédire, d'après l'ancienneté de la maladie, quelle sera sa durée, où le temps qu'elle mettra pour arriver à une terminaison heureuse. Est-elle récente? sa guérison pourra être très prompte parce que le poumon contractera facilement des adhérences avec la plèvre costale. Est elle ancienne? la guérison sera lente, car le poumon plus ou moins atrophié, ne pouvant se développer qu'imparfaitement, n'occupera et fera disparaître qu'une partie du foyer purulent. Mais comment la cavité pectorale dont les parois sont en partie osseuses, s'efface-t-elle lorsque le poumon n'est plus perméable à l'air? Celle-ci perd, je le suppose, la moitié de son étendue aussitôt qu'on a ouvert la poitrine et qu'on a retiré la matière épanchée, par suite du refoulement du diaphragme et du médiastin, ses deux parois membraneuses; le surplus de cette cavité est occupé par des tissus nouveaux qui naissent et se développent dans son intérieur. Ce sont ces tissus de nouvelle formation et de la nature des cicatrices qui, en s'organisant, affaissent les parois de la poitrine, font éprouver aux côtes des déformations étendues et variées, entraînent aussi la colonne vertébrale, et produisent une incurvation que l'on doit s'efforcer d'arrêter en faisant constamment concher les malades sur le côté de l'épanchement. C'est à l'aide de cette position que j'ai prévenu sans doute une difformité de ce genre chez le jeune Jobert, dont le rétablissement a été si long.

On peut juger, par cet exposé, de l'importance qu'on doit mettre à retirer de suite toute la matière qui constitue l'épanchement, et on conçoit aussi l'avantage qu'il y a à tenir la plaie toujours ouverte, pour prévenir les nouvelles collections purulentes. En effet, dans les épanchemens récens, si on ne retire qu'une partie des fluides contenus, le poumon ne peut pas s'épanouir et contracter des adhérences avec la plèvre costale. Il en sera de même si, après avoir entièrement évacué le fluide, on ne tient pas la poitrine toujours ouverte, pour l'écoulement de la matière sécrétée de nouveau. Il faut donc, pour que la guérison des épanchemens récens soit prompte, et que l'apparition de nouvelles collections purulentes soit rendue impossible; or, quel autre moyen que ma canule à sonpape laissée à demeure dans la plaie peut mieux atteindre ce double but?

Lorsqu'il s'agit d'épanchemens anciens, dans lesquels on ne peut pas évacuer en une seule fois toute la matière épanchée, on devra en retirer toute la quantité possible, afin de donner au poumon tout le développement qu'il est susceptible d'acquérir. Après cela, on laisse la plaie libre et ouverte, pour faciliter la sortie du pus qui n'a pu être évacué au moment de l'opération; de cette manière, la cavité de la poitrine sera rétrécie davantage par le refoulement de ses parois membraneuses. C'est encore avec ma canule à sonpape qu'on obtiendra le plus promptement ce résultat.

EMPYÈME OPÉRÉ PAR M. BONNET, CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON.

OBS. V. — Alexandre Messiat, chargeur, domicilié à Lyon, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, était retenu à l'hôpital depuis plus d'un mois pour une fracture d'avant-bras qui commençait à être consolidée. Il jouissait en apparence d'une santé parfaite, ou du moins n'accusait aucun symptôme qui pût faire soupçonner l'existence d'une maladie interne; s'étant levé dans la journée du 1er avril 1839, incomplètement vêtu, et étant allé se promener ainsi dans les cours de l'hôpital, par un temps froid et humide, il rentra tout transi dans la salle d'Orléans. Il resta longtemps près du poêle sans pouvoir se réchauffer, et le froid qu'il éprouvait ayant dégénéré en un frisson intense, il se mit au lit, où l'on eut beaucoup de peine à le réchauffer.

Le 2 avril, il existait un mouvement fébrile prononcé; les forces musculaires étaient considérablement affaiblies, et la respiration embarrassée.

Le 3, même état, et, de plus, douleurs vives dans le côté de la poitrine.

Le 4, égophonie et matité en arrière; diminution de la sonorité en avant; le soir, matité complète dans tout le côté droit de la poitrine. On n'entend plus ni bruit vésiculaire ni râle bronchique, il y a silence absolu de ce côté; légère dyspnée; l'existence d'un épanchement pleurétique est incontestable. Le poumon gauche est sain. Depuis ce jour jusqu'au 15, les phénomènes locaux restent les mêmes, malgré un traitement actif et bien dirigé. Peau chaude; pouls fréquent et dépressible, respiration gênée, lèvres bleuâtres, face plombée et livide, toux rare, crachats muqueux. Le malade, quoique très faible, peut encore se lever et aller à la chaise.

Le 16 avril au matin, M. Bonnet pratique l'opération de l'empyème, arrive dans la poitrine par une large ouverture, dans laquelle il peut introduire le doigt, et y plaça ensuite une canule à sonpape qui laissa couler environ 3 kilog. d'un liquide séro-sanguinolent, de couleur si foncée qu'on croirait que c'est du sang. Cette grande quantité de liquide est obtenue sans que le malade fasse des efforts d'expiration, et sans qu'on le fasse coucher sur le côté. On retire la canule, puis on rapproche les bords de la plaie, qu'on maintient par un point de suture, et qu'on recouvre avec un emplâtre agglutinatif; des compresses et un bandage de corps complètent le pansement.

La gêne de la respiration a diminué, la poitrine est sonore dans toute son étendue, le bruit respiratoire s'entend parfaitement. Le soir, le malade se trouve bien, il respire avec aisance et se sent plus fort. La chaleur de la peau est douce, le pouls fréquent, dépressible, assez développé; il y a un peu de moiteur; les yeux sont animés, et le malade semble fatigué par les visites qu'il a eues dans le jour, et durant lesquelles il a constamment parlé.

Une légère quantité du liquide retiré de la poitrine ayant été conservée, il s'y est formé un petit caillot de sang qui a permis d'apprécier que le 18/20 du liquide était constitué par de la sérosité.

Le 16, à minuit, le malade s'étant levé pour uriner, est saisi peu de temps après d'un violent frisson qui dura plus de trois heures.

Le 17, au matin, la faiblesse est extrême, il ne peut sortir de son lit. Il y a rétention d'urine, ce qui oblige à le sonder. La poitrine s'est de nouveau remplie de sérosité sanguinolente; partout il y a matité et absence du bruit respiratoire. Le malade est si faible, et son faciès est tellement décomposé, qu'à sa visite le docteur Bonnet croit inutile de s'arrêter auprès de lui. J'arrive un moment après, et ne trouvant le pouls que d'un seul côté et très faible, je partage les craintes de mon beau-frère. J'aurais voulu cependant qu'on eût pansé le malade, et qu'on eût de nouveau vidé la poitrine. A midi, le malade vit encore; la poitrine est alors si pleine que le liquide s'échappe, inonde le lit et ruisselle sur les carreaux. On soupçonne une hémorragie et on appelle M. Bonnet, qui place la canule à soupape et retire encore beaucoup de sérosité sanguinolente, sans aucun effort de la part du malade. La plaie est de nouveau réunie, deux points de suture en rapprochent exactement les bords, et un emplâtre agglutinatif les recouvre. Malgré la certitude de cette réunion, la sérosité continue à couler et inonde le lit.

Le 18, au pansement du matin, la canule est placée pour la troisième fois. On retire environ 500 grammes d'un liquide rouge foncé; le pouls est un peu plus développé et se sent aux deux bras, la langue est humide. Les crachats sont plus abondans et plus épais. Les bords de la plaie sont gonflés, ainsi que les parties environnantes. Il y a de la douleur à l'épaule.

Le 19, la poitrine est sonore en avant et par côté; la canule, introduite pour la quatrième fois, ne laisse sortir que quelques grammes de liquide. Le pouls se soutient dans le même état que la veille; les crachats sont les mêmes, la plaie plus douloureuse, et l'enflure gagne le côté. La douleur de l'épaule est plus forte; il y a impossibilité de mouvoir le bras, et le malade s'oppose à ce qu'on le penche à droite ou à gauche sans prendre les plus grandes précautions.

Le 20 mai, le liquide qui suinte par la plaie ne tache pas le linge en rouge, est moins abondant, mais a de l'odeur. Le malade semble plus abattu; la peau est sèche et rugueuse, la langue sèche, le pouls plus faible, le gonflement latéral de la poitrine plus apparent et les crachats rares.

Le 21, la canule laisse à peine sortir 15 grammes de liquide; le gonflement de la plaie en a rendu l'introduction plus difficile, et son extrémité touche le poumon.

Le 22, prostration extrême; agonie.

Le 23, mort à trois heures du matin.

AUTOPSIE. J'étais certain que l'air ne s'était pas introduit dans la poitrine pendant les pansemens, ni dans leur intervalle, et pour le démontrer, ayant placé ma canule dans la plaie, je fis comprimer fortement le ventre et le thorax, pour chasser l'air que cette cavité pouvait contenir, mais l'on n'en vit point sortir par la sonpape. La poitrine renfermait au plus 750 grammes de sérosité roussâtre. Les plèvres étaient tapissées d'un enduit blanchâtre, qu'on enlevait avec facilité, et qui en recouvrait un autre plus consistant, en quelque sorte organisé, et très adhérent à la plèvre, de laquelle il ne pouvait être séparé; toutefois, le tissu pulmonaire était sain.

Le cœur et les viscères abdominaux ne présentaient aucune altération. La plaie n'était pas cicatrisée; en arrière et dans une très grande étendue, les parois de la poitrine étaient tuméfiés. Une couche de pus séparait le muscle grand dentelée des intercostaux et des côtes.

Cet épanchement est remarquable par la couleur du liquide et la rapidité avec laquelle il a été versé dans la poitrine, double phénomène qui annonce que l'inflammation de la plèvre a été des plus violentes. La fièvre qui existait au moment de l'opération prouve qu'alors la pleurésie existait encore à l'état aigu.

On ne saurait douter que Messiat serait mort si on ne l'eût opéré, car aucun des remèdes administrés jusque là n'avait ralenti le cours de sa maladie. Après l'opération le malade s'est trouvé mieux jusqu'à minuit, mais à cette époque il est pris d'un mouvement fébrile qui se prolonge jusqu'au matin. Alors ses forces sont épuisées, et sa figure si décomposée que le chirurgien croit inutile de s'informer de son état. Doit-on attribuer l'accès de fièvre au refroidissement que le malade a éprouvé en se levant tout en sueur? Faut-il au contraire le rapporter à l'opération pratiquée à une époque trop rapprochée de la période aiguë de la pleurésie? Dans tous les cas, on ne peut expliquer la mort du malade que par le trouble et l'altération profonde que cet accès a portés dans tout l'organisme et par le retour de la pleurésie hémorragique.

Nous n'avons pas tenu compte, pendant la vie du malade, d'un autre accident observé deux jours après l'opération, on tout au moins, nous ne lui avons pas supposé la gravité qu'il a eue réellement. Je veux parler de l'état phlegmoneux des parois de la poitrine occasionné par l'infiltration dans le tissu cellulaire de la matière épanchée dans le thorax. En admettant que cet accident ne soit pas une des causes de la fièvre, dont le violent accès a brisé tous les ressorts de la vie, on est du moins obligé de convenir, vu l'étendue de l'inflammation et de la suppuration, qu'il aurait pu seul conduire le malade au tombeau. Cet accident me fait regretter qu'on n'eût pas retiré de la poitrine, au moment de l'opération, autant de liquide qu'on eût pu en faire sortir, et qu'on ait réuni la plaie

par un point de suture au lieu d'en rapprocher les bords sur une mèche de linge, et de la couvrir simplement avec un emplâtre agglutinatif. Il est probable qu'en se comportant ainsi, on eût évité l'infiltration de la sérosité dans le tissu cellulaire et l'inflammation des parois de la poitrine.

DÉPOT A DOUBLE OUVERTURE FISTULEUSE AYANT SUCCÉDÉ A UN ÉPANCHEMENT PURULENT DANS LA POITRINE.

OBS. VI. — Pierre-Marie Denis, de Saint-Chamont, eut à l'âge de 20 ans une pleurésie gauche suivie d'un épanchement qui s'annonça à la partie supérieure de cette cavité, par une tumeur phlegmoneuse dans laquelle un médecin plongea un bistouri. Cette ouverture placée trop haut, étant insuffisante pour l'écoulement de toute la matière purulente, il s'en forma une autre entre la cinquième et la sixième côte. Mais cet endroit n'était pas encore le plus déclive du foyer purulent; aussi la maladie a-t-elle eu une durée très longue. En effet, Denis présentait depuis quatorze ans ces deux fistules; lorsqu'il vint réclamer mes soins le 9 juillet 1839.

Alors Denis est maigre, pâle, d'une faible constitution, et s'essouffle aisément, mais sans tousser, lorsqu'il monte un escalier ou marche trop vite. Le côté gauche de la poitrine est très resserré, les côtes sont rentrées, l'épaule gauche est plus petite que la droite et située sur un plan inférieur, l'épine dorsale n'offre pas une incurvation considérable. Il y a absence du bruit respiratoire dans tout le côté, excepté en haut et en arrière où il s'étend très faiblement. Le bras gauche est sensiblement plus petit que le droit.

Les deux fistules existent sur le devant de la poitrine; l'inférieure seule laisse couler du pus, la supérieure sert à faire des injections. Durant les premières années, ces ouvertures s'étaient fermées plusieurs fois, et toujours un dépôt succédant à leur occlusion, avait occasionné de la fièvre et des douleurs violentes avant de se faire jour au dehors. Cependant, depuis environ huit à dix ans, elles ne se cicatrisaient plus, parce qu'on y introduisait des morceaux d'éponge préparée. Les pansemens se faisaient soir et matin, ou seulement une fois par jour. Le malade favorisait la sortie du pus à l'aide d'injections d'eau tiède et de fortes pressions avec la main sur le côté malade. A chaque pansement, l'air pénétrait dans le foyer purulent et en écartait les parois de la même manière que le pus dont il prenait la place. C'est pour cette raison sans doute que le foyer s'était conservé si spacieux, malgré les pansemens les plus réguliers. En effet, il avait une capacité encore très considérable, et je constatai son étendue en y injectant une verrée et demie de liquide que j'y retins en bouchant l'ouverture inférieure. Étonné de la capacité du dépôt et de sa durée, je me demandai si l'air avait été le seul obstacle à la cicatrisation du dépôt, ou bien l'accumulation du pus. Je n'avais, jusqu'à cette époque, rapporté l'incurabilité de ces sortes de dépôts qu'à la première de ces causes; mais celui de Denis avait duré si longtemps que je pensai qu'il devait aussi avoir été entretenu par la deuxième. J'étendis cette réflexion aux dépôts que j'avais déjà traités antérieurement; leur guérison avait été si lente, que je compris que si le recolement de leurs parois n'avait été empêché, il devait au moins avoir été beaucoup retardé par l'accumulation du pus sécrété dans l'intervalle d'un pansement à l'autre. Quoique j'eusse préconisé les avantages qu'il y avait à laisser couler le pus sans interruption après l'opération de l'empyème, on voit que je n'avais pas encore compris tous les inconvéniens que pouvait encore faire naître son accumulation momentanée. On lit en effet dans les observations que j'ai citées, que je n'ai laissé ma canule à soupape à demeure dans la plaie que pendant les huit ou quinze premiers jours, au bout desquels je la retirais pour ne m'en servir qu'aux momens des pansemens, après avoir retiré le bouchon d'éponge préparée que je plaçais dans l'ouverture de la poitrine. Or, je le répète, c'est seulement au sujet de Denis que j'ai reconnu les inconvéniens de ce mode de pansement, et l'on verra combien une conduite opposée, c'est-à-dire l'écoulement continuel du pus a conduit à la guérison dans cette circonstance.

Il s'agissait, pour réduire la cavité purulente, de favoriser l'écoulement du pus à mesure qu'il était sécrété et d'y empêcher l'introduction de l'air; or, ma canule me fournissait le moyen d'obtenir ce double résultat; toutefois il fallait la laisser à demeure dans la plaie. Je fis donc cicatriser l'ouverture supérieure que je touchai avec la pierre infernale. Comme l'ouverture inférieure avait beaucoup de longueur, était très étroite et même un peu tortueuse, j'employai un morceau de sonde de gomme élastique pour servir de canule à mon instrument qui la remplissait exactement et empêchait l'introduction de l'air par sa surface externe; elle y était même si serrée que je n'eus pas besoin de la fixer avec l'emplâtre agglutinatif. Je ne la retirais que lorsque la baudruche contractait de l'odeur, tous les cinq à six jours seulement, et faisais de temps en temps des injections vineuses plus ou moins stimulantes, dans le but d'irriter les parois du foyer purulent, et de favoriser la production des tissus qui devaient en effacer la cavité. Ces pansemens eurent les plus heureux résultats; en un mois et demi la cavité purulente fut presque détruite, et continuant à se rétrécir, se réduisit peu à peu à un simple trajet fistuleux. La suppuration diminua aussi dans les mêmes proportions, et le pus, si abondant à l'arrivée du malade, que j'en avais estimé la quantité à plus d'une verrée dans les vingt-quatre heures, tachait à peine, au moment de son départ, une compresse dans l'étendue d'un pouce. La cavité purulente s'était transformée en moins d'un mois et demi en une fistule profonde dont les parois rapprochées ne permettaient plus à l'air de s'introduire dans la poitrine; je pouvais à peine y injecter la moitié d'une petite seringue de liquide. Il était donc probable que le dépôt était sur le point de se cicatriser, et cependant quoique la suppuration fût peu considérable, je ne devais pas cesser de tenir la canule dans l'ouverture fistuleuse avant son entière cicatrisation qui devait se faire de dedans en dehors. En effet, si l'ouverture externe se fût fermée avant la cicatrisation du reste de la fistule, quelques gouttes de pus retenues eussent suffi pour renouveler le dépôt; aussi pour prévenir un semblable accident, continuai-je à y placer une canule dépourvue toutefois de soupape, puisque cette dernière était rendue inutile par la destruction du foyer purulent. Je conseillai au malade de la tenir dans la plaie tant qu'elle fournirait du pus, en ayant soin de la raccourcir peu à peu et de l'enfoncer moins profondément, persuadé que j'étais qu'elle devait bientôt se cicatriser. Cependant, dans l'impossibilité où je me trouvais d'assigner des limites à la durée de la fistule, je conseillai au malade de quitter Lyon après deux mois de séjour, pendant lesquels il avait pris des forces et même de l'embonpoint, malgré la mauvaise nourriture dont il avait fait usage.

Denis ne gardant pas le lit, je fus obligé de me servir d'un petit bourrelet de linge, recouvert de taffetas ciré, pour éloigner les compresses de la canule à soupape; sans cette précaution, elles l'auraient comprimée, et eussent ainsi annulé ses fonctions.

On sait que, pour retirer la canule de la plaie, comme pour l'y introduire, on doit prendre quelques précautions, afin d'empêcher l'introduction de l'air dans la poitrine. La fistule de Denis a offert cette particularité que ces précautions ne pouvaient pas empêcher cet accident; car, d'un côté, elle était très évasée, et, de l'autre, ses bords épais, calleux, étaient si adhérens aux côtes, qu'il était impossible, en les pressant entre les doigts, de les rapprocher assez pour les amener au contact, et, conséquemment, pour empêcher l'introduction de l'air dans la poitrine, lorsque j'y plaçais ou retirais ma canule. J'imaginai alors de boucher cette ouverture avec un morceau d'éponge ordinaire, susceptible lorsqu'elle a été mouillée de se ramollir et de prendre toutes les formes. Appliquée en même temps sur la canule et la fistule, elle prévint l'introduction de l'air dans la poitrine.

Je ne croyais pas que cette éponge, dont je ne me servais d'abord que comme d'un tampon, pût être employée à d'autres usages, lorsque réfléchissant sur sa nature spongieuse et absorbante, je devinai qu'elle pourrait, jusqu'à un certain point, faire l'office de soupape et remplacer dans quelques cas ma canule. Je compris, par exemple, qu'on pourrait l'employer après l'opération de l'empyème, lorsqu'on craint que son séjour dans la plaie ne produise trop d'irritation, ou plutôt que le bout de cet instrument n'irrite le poumon, qui vient quelquefois le toucher dans ses mouvemens d'expansion. C'est donc après l'empyème, dans les cas d'épanchemens séreux et récens, que ce moyen trouvera son application, parce que ce sont à peu près les seuls dans lesquels le poumon conserve toute sa force d'expansion. Voici, en peu de mots, la manière de s'en servir.

On introduit dans la plaie, jusque dans la poitrine, une mèche de linge effilé assez forte et surtout assez longue pour qu'il en reste plus de la moitié en dehors; on la recouvre ensuite avec un morceau d'éponge très mince, mais deux ou trois fois plus étendu que la plaie. L'éponge, épaisse de 7 ou 9 millimètres seulement, doit être humectée, c'est-à-dire trempée dans l'eau, et ensuite exprimée; elle devient alors plus souple et acquiert une faculté absorbante qu'elle ne possède pas au même degré, quand elle est sèche. On la fixe sur la plaie avec des bandelettes agglutinatives. La mèche tient les bords de la plaie écartée, et prévient leur réunion; elle fait en outre l'office de syphon, et transmet au-dehors les liquides épanchés dans la poitrine; tandis que l'éponge qui bouche l'ouverture extérieure de la plaie, sans en rapprocher les bords, fait l'office de soupape, c'est-à-dire empêche l'introduction de l'air extérieur dans la poitrine, en même temps qu'elle reçoit et absorbe à son tour les fluides qui lui sont transmis par la mèche, qu'elle laisse couler à l'extérieur.

L'observation de Denis est d'un grand intérêt; car 1° elle consacre un point de doctrine que je n'avais en quelque sorte fait qu'entrevoir, et m'a démontré qu'il ne suffit pas d'ouvrir la poitrine pour évacuer les fluides épanchés, mais qu'il faut encore tenir cette ouverture libre, tant que le foyer purulent n'est pas cicatrisé. On conçoit très bien maintenant que les pansemens dans lesquels on touche momentanément cette ouverture doivent retarder la guérison de ce dépôt en y retenant le pus. Il est donc indispensable, à mesure qu'il se reproduit, de le laisser couler, soit à travers ma canule à soupape, qu'on laisse alors à demeure dans la plaie, soit même à travers une simple canule, lorsque la cavité purulente étant réduite en une simple fistule, on ne redoute plus l'introduction de l'air. Dans ce dernier cas, la canule ordinaire a surtout pour objet d'empêcher la cicatrisation de l'ouverture externe, dont l'oblitération aurait pour effet de retenir le pus et de reproduire le dépôt; c'est à l'occasion de la même observation que j'ai imaginé qu'on pourrait faire servir l'éponge ordinaire à faciliter l'écoulement du pus, et à prévenir l'introduction de l'air dans la poitrine; en un mot, à remplir l'office d'une soupape.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Après le procès-verbal, lecture de la correspondance qni n'offre rien d'intéressant.

DE LA VALEUR MÉDICALE DE LA THÉORIE DE L'IRRITATION; PAR M. DUBOIS, (D'AMIENS).

M. Dubois déclare que le hut de son travail n'est point de chercher à résondre le problème de la certitnde en médecine, mais senlement de juger la théorie générale de l'irritation. Dans la médecine, comme dans toutes les sciences, il reconnaît deux ordres de vérités, la vérité des faits particuliers, les vérités théoriques; jusqu'à présent les vérités théoriques n'ont été que relatives.

Avant d'en venir anx préceptes de Broussais, il fant se rappeler qu'il appelait son école, école physiologiqne, et qu'il avait puisé ses priocipes de physiologie dans la physiologie de Bichat. Ici M. Duhois se livre à la critique des propositions fondamentales qu'on trouve dans l'anatomie générale, sur les vaisseanx blancs et rouges, sur leurs anastomoses, sur les conditions de sensibilité, de contractilité dont Bichat les avait doués. Toutes ces propositions ne sont que de pures suppositions que Bichat avait tirées de son imagination, que jamais la nature ne lui avait offertes.

Les caractères que Bronssais a tirés de ces principes erronés et qui lui ont servi à jeter les fondemens de sa théorie qu'on trouve dans le livre de l'IRRITATION ET DE LA FOLIE, ne pouvaient être que faux et imaginaires. Ainsi il établit que la matière animale fixe se dispose tonjours en fibrilles formées de globules, de matières albumineuses, gélatineuses ou fibrineuses. Le microscope loin de démontrer quelque chose de semblable, montre an contraire qu'en dernière analyse la matière est privée, même, de la forme organique, de la forme vésiculaire.

L'hypérémie capillaire ne peut être la même chose que l'irritation. Dans cette dernière théorie, tous les corps de la nature indistinctement sont irritans, il n'y a de différence qne dans le degré de leur efficacité. Or, d'après les faits observés les corps peuvent etre rangés dans qnatre classes : 1° corps exerçant une action mécanique, capable d'altérer la substance animale, qui consiste en deux élémens bien différens, l'élément solide, ou îles de substance animale et les parois des vaisseanx, et les liquides que parcourent ces derniers. 2° Corps qui exercent une action chimique. 3° Corps véneneux. 4° Corps qui exercent une décomposition particulière et mal connue, comme les miasmes par exemple. La maniére dont chacune de ces classes agit sur les corps vivans diffère singulièrement de celle des irritans. La première crée des obstacles an cours du sang. Les corps chimiques changent le mode de gronpement des molécules soit solides, soit liquides. Quelques uns augmentent la consistance, la densité de ces derniers, tandis que d'autres les dissolvent; ainsi ces corps, en condensant les îles de substance animale, en coagulant le sang, créent des obstacles matériels à sa circulation.

Tous ces faits, dont nons ne reproduisons que l'essence, ne penvent, dit M. Duhois, servir à ériger une théorie générale en place de celle de l'irritation qui s'est ecroulée. Ils permettent tout au plus nne théorie partielle de l'irritation differente de l'ancienne. M. Dubois termine par le souhait que tous les observateurs se tournent aujourd'hui vers les théories partielles, qui seules, dans l'état actuel de la science, peuvent avoir quelque certitude.

M. Moreau : Je ne veux pas chercher à détruire la théorie nouvelle que M. Dubois veut substituer à l'ancienne, mais je lui demanderai l'explication par sa théorie, et sans le secours de l'ancienne, de qnelques phénomènes. Ainsi cette coloration subite de la face qui naît sous l'empire des émotions morales, et que les émotions morales changent aussi souvent en decoloration complète; et encore la disparition de ces taches rouges, de naissance, constituées par la dilatation des capillaires, et enfin l'injection accidentelle de la conjonctive dans le chimosis.

M. Dubois : Je n'ai pas cherché à substituer une théorie à une autre, j'ai seulement observé des faits qui détruisent l'ancienne et qui peuvent servir à en produire nne autre.

On peut certifier que la théorie ancienue est complétement erronée quand elle établit des anastomoses entre les vaisseaux hlancs et rouges, c'est nn fait, on ne peut discuter sur lni, il faut le vérifier.

Quant à l'explication du dernier phénomène demandé par M. Moreau, je crois qu'on peut la donner assez facilement. Ainsi les capillaires à un seul et à plusieurs globules qui, dans l'état physiologique, sont invisibles, le deviennent quand ils sont enflammés, parce que les globules sont plus accumulés dans les uns, et les colonnes plns nombreuses dans les autres.

M. Bouillaud : Je m'étonne que M. Dubois cherche une théorie générale de la médecine, c'est chercher la pierre philosophale. Il suffit, pour s'en convaincre, d'observer que la machine humaine obéit à des conditions physiques, chimiques, mécaniques, géométriques; aussi, il faudrait une theorie qui pût rallier à un seul principe toutes ces lois différentes Broussais n'a jamais cherché à établir une theorie générale de la médecine, mais plutôt une theorie partielle des inflammations et des fièvres. M. Dubois s'est trompé en disant que la théorie de l'irritation était le dernier mot de la theorie de Broussais. Ce grand homme, pressé de toutes parts par ses adversaires, a dit que son école était l'école physiologique. Bronssais a laissé denx ordres de disciples, ceux que j'appellerai amateurs, qui se sont occupés de ces fibres albumineuses, gélatineuses, fibrineuses, et les observateurs qui observaient au lit des malades. Cenx-ci n'ont jamais attaché aucune importance aux idées de Broussais sur ces fibres; la gloire de Broussais est d'avoir dit que les inflammations sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le pense, et d'avoir rattaché à des inflammations un grand nombre de maladies et de fièvres qui étaient auparavant rapportées à des causes imaginaires.

Loin d'être de l'avis de M. Duhois sur la certitude des faits particuliers, je crois que si nons n'avons point de honne théorie générale, c'est que nons avons des faits particuliers mal observés. D'ailleurs, la théorie est nne suite nécessaire des faits, et tout homme qui a vu des faits doit avoir une théorie plus on moins bien déduite.

J'admire Bichat et Bronssais, mais je n'admire point leur physiologie. Cette physiologie était celle du siècle dernier, celle de Haller, qui n'a point écrit beaucoup de choses positives en cette matière. Le tort de Bichat, c'est d'avoir voulu faire nne physiologie vitale séparée de la physique par une ligne de démarcation bien tranchée. Broussais lui-même ne s'est jamais occupé de physiologie, et il ne pouvait pas établir de principes certains de physiologie.

Je crois la théorie que propose M. Duhois meilleure que celle qu'il combat; mais si elle est meilleure, c'est que les faits sur lesquels il l'a appuyée ont été par lui mieux observés.

M. Dubois : M. Bouillaud a heaucoup simplifié la discussion en faisant hon marché des principes physiologiques de Bichat et de Broussais ; mais je crois que celui-ci avait cherché à tort de faire rentrer tous les faits médicaux dans sa théorie erronée de l'irritation. Certes, une fracture n'y rentrait point sous le rapport de sa cause, mais elle y rentrait, suivant lui, sons le point de vue du travail organique nécessaire à la formation du cal. Je remercie d'ailleurs M. Bouillaud de l'intérêt qu'il veut bien témoigner à mon travail.

M. Bouvier : Il m'a semblé que M. Duhois nie la contractilité des tissus autres que les tissns musculaires, et cependant il est certain que beaucoup de phénomènes restent inexplicables sans l'admission de cette contractilité.

Si je ne me trompe, M. Dubois, s'étant servi de phénomènes d'hypérémie capillaire pour combattre la théorie de l'inflammation, semble vouloir confondre ces deux phénomènes. Mais je ne crois pas que l'hypérémie capillaire soit nne inflammation. Cette hypérémie a été étudiée sur quelques animaux à sang chaud, mais surtout chez des animaux à sang froid; ni sur les uns, ni sur les autres, ces phénoménes ne pouvaient être de l'inflammation ; d'abord, parce qu'on ne peut obtenir cette dernière sur les animaux à sang froid, et ensuite parce que les observations n'ont point duré assez longtemps pour qu'il fût permis de la constater chez les animaux à sang chaud. En effet, l'inflammation demande à se développer un certain temps ; les phénomènes observés par M. Duhois me semblent plutôt devoir être rapportés à des phénoménes de simple congestion, qui appartient hien sans doute à l'inflammation, mais qui n'en est pour ainsi dire que la période mécanique, tandis que la période essentielle, celle des phénoménes vitaux, a toujours manqué aux observations qu'a faites notre honorable collègue.

M. Dubois répond qu'il n'a pas vu seulement des phénoménes mécaniques, puisqu'il a constaté le ramollissement des parois vasculaires et des îles de substance animale, la tuméfaction, la douleur, trois phénomènes qui sont les vrais caractères de l'inflammation. Il y a un phénoméne que je n'ai pas pu constater chez les animaux à sang froid, parce que je manquais d'instrumens assez délicats, je veux parler de la température des parties enflammées.

M. Dupuy : Il y a quelques années que je fis dissoudre de la matière cérébrale dans de l'ean distillée, j'en injectai une certaine quantité dans la veine jugulaire d'un cheval, et l'animal mourut subitement comme foudroyé. A l'autopsie, je trouvai le sang coagulé dans le cœur, et les valvules collées à ces caillots. Je parlai de ce fait à M. Blainville, qui en douta, et fut hientôt convaincu, quand je fis devant lui l'expérience sur deux zèbres qu'il me livra à cet effet.

Cela vient à l'appui des idées de M. Duhois sur les effets de dissolution ou de coagulation exercés par quelques substances sur le sang.

M. Rochoux n'admet pas les denx ordres de vérités de M. Duhois. Pour lui, la vérité est une; il n'y a de vrai que ce qui est réel. Si nos théories générales sont mauvaises, c'est que nos faits sont mal observés. Je rends grâces à M. Duhois d'avoir détrôné les propriétés vitales de Bichat, que M. Gerdy porte à dix-huit et M. Castel à je ne sais combien; mais je ne puis le féliciter sur le mot hypérémie, qu'il a choisi pour caractériser les phénomènes qu'il a observés; ce mot est, suivant moi, désastreux, car il va servir à confondre des choses semblables en apparence, et qui cependant diffèrent essentiellement. Ainsi, l'hypérémie est un afflux de sang; mais un afflux de sang dans le cerveau produit une manie, et un afflux de sang dans les méninges produit la méningite. Quelle différence cependant entre ces deux maladies qui auraient la même cause? M. Dubois a demandé quel était le criterium de l'inflammation? C'est la malaxation des glohules du sang qui traversent les parois des vaisseaux et vont hors de leur calibre former un magma, que beaucoup de micographes ont décrit. C'est ce magma, qui est le criterium de l'inflammation, et non le ramollissement.

M. Castel : Il faut observer, dit-on, de nouveaux faits. Est-il hesoin de se réunir en Académie pour annoncer de pareilles vérités? Loin de manquer, les faits sont trop nombreux. Ce qui manque, c'est un logicien, c'est un cerveau d'homme de génie, capable de trouver leur lien. Aussi, il faut le dire, quoique la chose soit triste à avouer, il n'y a pas de médecine, il n'y a pas de science de la médecine; je vous en demande pardon, mais ce heau titre de docteur, dont on se pare avec tant d'orgueil, n'est qu'un vain son, fait

Pour chatouiller du cœur l'orgueilleuse faiblesse.

Bichat, que l'on a tant critiqué, a dit de fort bonnes choses, et Broussais ne l'a jamais copié. Broussais n'a jamais défini l'irritation. Quant à moi, je la définis : le degré de stimulation qui dépasse le degré nécessaire à l'exercice régulier des fonctions. Vous vous accordez tous à dire que jamais Broussais n'a été physiologiste, et cependant vous te reconnaissez fondateur d'une école qu'il a nommée physiologique.

Quant à la classification de M. Dubois, je lui trouve beaucoup de ressemblance avec celle de Boerhave.

Je m'étonne que M. Dubois nie l'inflammation des vaisseaux blancs, car comment alors expliquer les épanchemens de sérosité?

Mes conclusions sont qu'une théorie générale est possible. Si celle-ci manque, n'accusons que notre impuissance. Quand cette théorie sera fondée, nous serons à l'abri des systèmes; alors on appellera la médecine une science.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 19 DÉCEMBRE 1840.

PROGRAMME DES PRIX.

§ I. — La société avait proposé un prix de la valeur de 300 fr., sur la question suivante :

« La varioloïde est-elle une maladie nouvelle?

» La varioloïde est-elle une maladie distincte ou une simple modification de la variole?

» Eclairer par des faits ces questions. »

La société a reçu quatre mémoires :

Celui enregistré sous le n. 1 porte pour épigraphe ces vers de Guichard :

> Votre mérite est attesté,
> Loin d'adopter aucun système,
> Vous ne cédez qu'à l'empire suprême
> De la raison et de la vérité.

Témoin d'une des premières épidémies de varioloïde qui ont paru en France, l'auteur rappelle, mais trop brièvement, les faits qui le conduisirent à saisir les points d'analogie qui lient la varioloïde à la variole. Il rapporte les expériences qui le portèrent à conclure que la varioloïde n'est autre chose que la variole de *courte espèce* des auteurs du siècle dernier. Mais il laisse cette assertion tout à fait isolée; il ne l'entoure d'aucune recherche historique; il ne fait enfin aucuns frais pour l'appuyer des preuves que fournit une discussion suivie.

Le mémoire n. 2, se distingue par ces paroles de Baillou :

Antequàm de remediis statuatur, primùm constare oportet quis morbus et quæ morbi causa.

Les opinions émises sur l'origine et la nature de la varioloïde sont soumises ici à une critique éclairée. L'auteur montre une grande sagacité pour l'appréciation des faits qu'il a lui-même observés, et dans les expériences qu'il a faites pour constater l'ipentité de la variole et de la varioloïde. Mais on doit reconnaître que, s'il conclut des uns et des autres que la varioloïde a existé avant l'invention de la vaccine, il néglige de donner à cette opinion l'authenticité de la démonstration logique. On doit regretter aussi qu'il n'ait pas fait la nosographie particulière de la varioloïde, et qu'il n'ait rien dit de l'anatomie pathologique de la pustule. C'eût été peut-être se préparer à marcher d'un pas plus sûr dans les recherches historiques qu'il devait faire.

L'auteur du mémoire n. 3 a choisi pour épigraphe cette sentence de Baglivi :

Duo sunt præcipui medicinæ cardines, ratio et observatio, etc.

L'auteur a entrevu toutes les exigences du sujet, mais il n'a pas su les satisfaire. Il comble en quelque sorte toutes les lacunes que les autres concurrens ont laissées, mais ce n'est que par de simples indications. Il a fait un canevas dont les différentes parties n'ont aucun enchaînement logique, et les matériaux d'une vaste érudition sont demeurés stériles dans ses mains. Il n'a pas même prouvé d'une manière satisfaisante l'opinion qu'il a soutenue, que la varioloïde a été connue dans les siècles précédens.

Le mémoire n. 4 a pour épigraphe ces paroles de Bacon :

> Non ex volgi opinione, sed ex sano judicio.

S'appuyant aussi sur des expériences et sur des observations, l'auteur conclut que la varioloïde est une variole mitigée. Si son opinion est semblable, sous ce rapport, à celle des autres concurrens, elle en diffère en ce qu'il pense que cette varioloïde mitigée n'a paru que depuis l'invention de la vaccine. Un style facile, original, prête partout son appui à une discussion habilement conduite, ainsi qu'à des aperçus ingénieux. Mais il donne trop souvent de simples explications pour des preuves positives, et il interprète plutôt qu'il n'interroge les auteurs, pour établir une opinion que l'on croirait préconçue; on regrette qu'il n'ait pas recherché dans une érudition plus étendue des lumières que son esprit juste et sagace aurait bien su utiliser.

La société juge qu'aucun de ces mémoires n'a résolu complétement la question; mais elle reconnaît une supériorité incontestable aux numéros 2 et 4. En conséquence, elle accorde :

1° Une médaille d'or de la valeur de 100 fr., et le titre de membre correspondant à M. Ch. Steinbrenner, docteur-médecin à Wasselonne (Bas-Rhin), auteur du mémoire n. 2.

2° Une mention honorable et le titre de membre correspondant à M. le docteur B. Houlès, médecin à Sorèze (Tarn).

La société n'ayant reçu aucun mémoire sur la question suivante qu'elle avait proposée pour cette année, la propose de nouveau.

§ II. — L'écorce de la racine de grenadier sauvage est reconnue aujourd'hui comme un précieux médicament par les applications qu'on en a faites avec succès depuis bien des années pour l'expulsion du tœnia. Cependant il arrive trop souvent que ses vertus diffèrent par des circonstances qu'il n'est pas toujours permis au médecin d'apprécier. Ce n'est qu'en reprenant les recherches chimiques que l'on a faites sur cette racine que l'on peut obtenir plus de certitude et d'identité dans les effets thérapeutiques.

La société, reconnaissant l'utilité d'un semblable travail, propose un prix auquel un de ces membres lui a demandé l'agrément de s'associer, en gardant toutefois l'anonyme. Ce prix sera décerné en 1841; il est de 200 fr., et a pour sujet la question suivante :

« Rechercher par l'analyse chimique les principes actifs de l'écorce de la racine de grenadier sauvage, et confirmer par des faits cliniques leurs vertus thérapeutiques. »

La société croit devoir rappeler ici avec leurs préambules les deux questions suivantes qu'elle a proposées pour 1841.

§ III. — Les eaux distillées éprouvent des altérations sensibles; quelquefois en très peu de temps, elles déposent des filamens confervoïdes; elles deviennent en consistance oléagineuse, etc., etc. Il règne la plus grande incertitude dans les procédés que les pharmacopées, ellesmêmes, conseillent pour prévenir ces altérations. Cependant, la société est convaincue qu'elles ne causent pas seulement un grand dommage au commerce de la pharmacie, mais encore, et sur toute chose, qu'elles transforment un remède utile et dont l'usage est très répandu, en un liquide sans vertu, s'il n'est dangereux. Reconnaissant par conséquent qu'il y a utilité pour la médecine pratique d'avoir toujours les eaux distillées pures et inaltérables, la société propose pour sujet d'un prix (1) de la valeur de 300 fr., qu'elle décernera en 1841, la question suivante.

« Faire connaître les altérations que peuvent subir les eaux distillées en général, et en particulier, celles des fleurs d'oranger, de menthe, de mélisse et de laurier-cerise. Indiquer les causes chimiques de ces altérations. Y a-t-il une méthode générale pour la conservation des eaux distillées? Y en a-t-il une particulière pour la conservation de quelques-unes d'entre elles? »

§ IV. — Il existe sur les maladies des os des travaux très importans, sans doute, et il semble qu'il y ait peu de chose à ajouter sous le rapport thérapeutique, surtout à ce qu'ont dit les plus grands chirurgiens du siècle dernier, et ceux de notre époque. Cependant on ne peut s'empêcher de s'apercevoir, en lisant les traités qu'ils ont donnés à la science, qu'il règne encore beaucoup de difficultés, de confusion dans le diagnostic différentiel des diverses affections du système osseux. La chirurgie réclame un travail spécial sur ce sujet si important. La société de médecine l'a compris; c'est pourquoi elle propose pour sujet d'un prix de la valeur de 400 fr., qu'elle décernera en 1841, la question suivante :

« Déterminer par des faits cliniques, des recherches d'anatomie pathologique, et par l'analyse chimique, les caractères différentiels des maladies du système osseux. Dire si ces maladies n'ont pas des différences de nature plus fondamentale que celles de leurs formes. En déduire la thérapeutique la plus rationnelle.»

§ V. — Malgré les nombreux travaux qui existent sur l'emploi thérapeutique des préparations mercurielles contre les maladies vénériennes, on n'est pas fixé assez généralement peut-être, sur les effets respectifs de chacune de ces préparations dans un cas donné. Trop souvent l'application semble déterminée par d'autres considérations que celles d'une expérience éclairée. On invoque trop souvent la similitude de faits qui, pour des esprits exigeans, sont loin d'être identiques. D'un autre côté, l'opinion de la plupart des médecins n'est pas fixée sur l'action d'agens thérapeutiques d'un autre ordre que quelques praticiens recommandables ont substitués au mercure, dans le traitement de la syphilis. D'après ces motifs, que chacun avouera sans doute, la société pense qu'il y a utilité à appeler l'attention sur ce point important de pratique médicale; c'est pourquoi elle propose la question suivante, pour sujet d'un prix de la valeur de 400 fr., qu'elle décernera dans sa séance publique de 1842 :

« Faire l'examen comparatif de l'action thérapeutique des différentes préparations mercurielles dans les maladies syphilitiques.

« Juger comparativement la valeur thérapeutique des préparations d'iode, d'or, d'argent et de platine. »

§ VI. — Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la société a pensé qu'elle serait encore utile à ses concitoyens en accordant des récompenses spéciales aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique, à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs, soit sur la topographie médicale d'une ou de plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin sur tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitans de cette contrée de la France.

(1) Ce prix est celui qui a été fondé par M. Loze père.

Ainsi chaque année, dans sa séance publique, la société décerne des médailles d'or ou d'argent aux médecins qui ont traité un ou plusieurs de ces sujets.

§ VII. — Indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations sur quelque point intéressant de l'art de guérir. Elle se plaît ainsi à stimuler le zèle et l'émulation de ses correspondans et à récompenser leurs efforts.

La société a reçu cette année plusieurs mémoires, qui tous, si l'on n'avait égard qu'à leur mérite respectif, devraient être mentionnés ici. Mais les uns ayant été publiés en dehors du recueil de la compagnie, ne peuvent, d'après nos statuts, recevoir cette récompense. Parmi les autres, trois ont paru dignes d'une distinction particulière.

A l'occasion d'une amputation sus-malléolaire qu'il venait de pratiquer avec succès, M. Dubourg, médecin à Marmande, a cherché, par de hautes considérations pratiques, à relever cette opération du discrédit où elle est tombée dans l'esprit de beaucoup de chirurgiens. Selon lui, on serait bien plus fondé à accuser la prothèse que l'opération elle-même; car, de tous les moyens que celle-ci avait inventés, il n'y en avait aucun qui conservât au membre amputé la liberté et la sécurité de ses mouvemens, et qui n'exposât pas les parties molles et dures à souffrir quelque dommage. M. Dubourg croit que le nouvel appareil de M. Martin, mécanicien à Paris, remplit toutes ces conditions et met à l'abri de ce danger : il l'a prouvé en présentant à la société son opéré, qui venait de faire plus de deux lieues à pied.

M. Gué, médecin à Bordeaux, a communiqué à la compagnie des observations relatives à des accidens survenus pendant la grossesse ou au moment de la parturition. Si la précision et l'exactitude du narré décèlent le bon observateur, les réflexions qui accompagnent ces faits et qui leur servent, en quelque sorte, de commentaire, témoignent encore du goût et de l'habileté de ce médecin laborieux.

M. le docteur Lannelongue, médecin à Cassenil, prouve chaque année que le talent et le zèle ne trouvent jamais de localité si petite qu'ils ne puissent y travailler au profit de la science. Il a recueilli plusieurs observations de duodénite, qui intéressent autant par la fidélité des détails que par les données pratiques que notre confrère a su en déduire.

Pour être juste envers des collaborateurs aussi actifs, et voulant leur donner une marque de sa reconnaissance, la société décerne :

Une première mention honorable à M. le docteur Dubourg;
Une deuxième mention honorable à M. le docteur Gué;
Une troisième mention honorable à M. le docteur Lannelongue.

§ VIII. — Dès que la vaccine fut introduite en France, la société s'empressa d'en proclamer les avantages et de prouver, par des expériences exactes, son efficacité, aujourd'hui incontestable. Depuis plusieurs années, elle s'est aperçue que beaucoup de familles négligent de faire profiter leurs enfans de ce bienfait. Pour encourager les gens de l'art du departement de la Gironde à propager cette découverte, elle décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des tableaux authentiques les plus complets des vaccinations qu'ils ont pratiquées et des remarques qu'ils ont en occasion de faire sur les effets de cette méthode.

Ces tableaux, dûment légalisés, doivent renfermer le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'état des enfans vaccinés, et les observations intéressantes à recueillir.

§ IX. — Les mémoires, écrits très lisiblement, en latin ou en français, doivent être rendus, francs de port, chez M. Burguet, secrétaire-général de la société, rue Fondaudège, n° 41, avant le 15 juin de l'année où chaque prix doit être décerné.

Les membres associés résidans de la société ne peuvent point concourir. Les concurrens des prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence, qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses, ou celles de leurs correspondans. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent concourir pour les recompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les tableaux de vaccinations, la société dispense leurs auteurs de ces dernières conditions.

Bordeaux, le 19 décembre 1840.

SOULÉ, président.
BURGUET, secrétaire-général.

BIBLIOGRAPHIE.

NATURGESCHICHTE DES MENSCHENGESCHLECHTS. — HISTOIRE NATURELLE DU GENRE HUMAIN; par JAMES COWLES PRICHARD, D. M., membre de la société royale de Londres, correspondant de l'Institut de France; traduit en allemand sur la troisième édition anglaise et enrichi de notes et d'additions; par le professeur RODOLPHE WAGNER, Leipzig 1840, tomes I et 2, in-8°.

L'histoire naturelle de l'homme, c'est-à-dire l'histoire anatomique et physiologique des différentes races ou variétés de l'espèce humaine répandues à la surface de la terre, est encore peu connue, malgré les travaux des hommes les plus éminens dans la science: Blumenbach, Cuvier, Rudolphi, Lawrence, Virey, Bory de Saint-Vincent, de Humboldt, etc.

Les opinions sont encore partagées sur la grande question de l'unité humaine, et les deux camps opposés comptent dans leurs rangs des adversaires également érudits et consciencieux.

Le docteur Prichard est le premier qui ait traité, avec quelque détail, de la physiologie et de la psychologie comparées des races humaines : d'abord, dans sa dissertation inaugurale, soutenue à Edinbourg en 1808 (*De hominum varietatibus*), puis dans un ouvrage imprimé en 1813. La deuxième édition de ce livre parut en 1828, la troisième en 1836. C'est cette troisième édition que le professeur R. Wagner a eu l'heureuse idée de traduire en allemand, en l'enrichissant de notes judicieuses. Cet ouvrage, tel qu'il est maintenant, et à en juger par les deux volumes qui ont paru, est sans contredit, le meilleur et le plus complet qui ait été publié sur ce sujet vaste et important.

L'auteur expose lui-même, dans quelques pages d'introduction, le but de tout l'ouvrage.

Supposons qu'un observateur, après avoir été témoin d'une fête brillante dans une de nos splendides capitales, se trouve tout-à-coup transporté au milieu d'une horde de nègres dansant au son d'une musique barbare, ou bien dans ces steppes salées parcourues par les Mongoles aux cheveux plats, au teint jaune, ou encore dans les cavernes solitaires des Boschismans et dans les forêts austrasiennes habitées par les sales compagnons des kanguroos; cet homme croirait-il que les différens groupes qu'il a sous les yeux sont les descendans d'une seule et même famille? Tel est le problème grand et difficile que l'auteur cherche à résondre. Pour y parvenir, il prévient ses lecteurs qu'il ne s'appuiera ni sur les données historiques, parce qu'elles sont insuffisantes et pourraient être révoquées en doute par certaines personnes, ni sur des principes qui ne reposent que sur une vraisemblance générale. Ce n'est que dans un examen attentif de la nature elle-même, c'est-à-dire de l'histoire naturelle du monde organisé, que l'on peut espérer de trouver une solution approchant de la certitude. — C'est là une voie nouvelle que l'auteur ne peut trop se féliciter d'avoir suivie, car les lois de la nature sont immuables comme le Créateur, et c'est dans ces lois elles-mêmes qu'il faut chercher l'explication des phénomènes que nous n'avons pu encore dévoiler.

En suivant cette marche, on peut se faire les deux questions suivantes :

1° La tendance générale de la nature a-t-elle été de ne créer, pour chaque espèce particulière, qu'un seul couple originel, ou bien a-t-elle fait dériver la même espèce de plusieurs souches primitives? Ou, en d'autres termes, chaque espèce isolée peut-elle être ramenée à une origine commune?

2° Toutes les races humaines appartiennent-elles à une seule espèce? Autrement, les caractères naturels, par lesquels les races humaines diffèrent les unes des autres, peuvent-ils être envisagés comme des dégénérescences successives d'un même type originel, on doit-on les regarder comme des caractères constans et par conséquent spécifique?

Le premier livre est consacré à la solution de la première de ces deux questions.

On ne peut guère y arriver que d'une seule manière: c'est en rassemblant une grande masse de faits relatifs à la multiplication et à la dispersion des espèces à la surface de la terre. En effet, s'il résulte de ces faits que les animaux et les végétaux d'une même espèce ne se rencontrent, en général, que dans les contrés où ils ont pénétré, ou dans lesquelles ils auraient été transportés accidentellement d'un seul et même point du globe, on peut être en droit d'en conclure que ces êtres sont en une origine commune. Si l'on trouve, au contraire, des êtres organisés, d'une même espèce, dans des lieux très distans les uns des autres, séparés entre eux par des barrières infranchissables; si, en outre, de pareils exemples se répètent fréquemment au point de ne pouvoir être regardés comme des exceptions; alors on sera obligé de conclure que les êtres appartenant à l'espèce que l'on considère ont en plusieurs origines.

Fidèle à ce plan bien arrêté, l'auteur commence par les végétaux (p. 16-56); il étudie leur mode de distribution à la surface du globe, en rassemblant un grand nombre de faits bien choisis, empruntés aux autorités scientifiques les plus dignes de foi. Voici, en abrégé, les conclusions qu'il déduit de l'examen de ces faits :

L'hypothèse de Linnée, qui croyait tontes les plantes sorties d'un même point du globe, n'est pas soutenable. Une autre hypothèse qui supporte aussi peu l'examen est celle qui consiste à regarder les espèces végétales

comme s'étant répandues partout où le climat et les autres circonstances locales ont favorisé leur développement; car il existe à la surface du globe des contrées semblables entre elles sous le rapport de la nature du sol, de la température et des diverses influences extérieures, sans que leur flore soit identique, et cependant tout le monde sait que telle plante qui n'avait jamais végété dans un pays s'y acclimate parfaitement et s'y multiplie, quand ce pays réunit les conditions dont nous venons de parler.

Il ne reste qu'une seule hypothèse qui puisse concorder avec les faits observés, on plutôt elle en est une conséquence : c'est que les plantes ont été réparties, dès l'origine, dans un nombre déterminé de provinces; chaque contrée, dès le commencement des choses, possédait les familles propres; de ces centres multiples, les espèces se sont répandues en rayonnant, d'après leur organisation et les influences extérieures.

Le chapitre suivant, qui traite de la distribution géographique des animaux (p. 56-108) offre encore plus d'intérêt. L'auteur expose l'état de la science relativement à la répartition des animaux aériens (insectes et oiseaux), des animaux aquatiques, des mammifères et des reptiles terrestres; il divise le globe, ainsi qu'on a coutume de le faire, en régions zoologiques, et jette un coup-d'œil rapide sur la zoologie de chacune de ces régions; puis il examine en particulier le mode de distribution des espèces appartenant aux familles les plus nombreuses de quadrupèdes.

Les faits relatés dans ces différens articles fournissent quelques résultats dignes de remarque. Dans les régions les plus septentrionales, où deux grands continens sont tellement rapprochés l'un de l'autre qu'ils semblent se toucher, plusieurs espèces de mammifères sont communs (l'ours polaire et plusieurs espèces des genres ours et chien); c'est une remarque déjà faite par l'illustre Buffon. Jusqu'à présent, on n'a pas encore rencontré la même espèce dans des régions éloignées l'une de l'autre. Cette observation s'applique aux divers continens du globe. Les îles d'une étendue peu considérable, situées à des distances très éloignées des continens, sont, en général, dépourvues de quadrupèdes terrestres, excepté ceux qui ont évidemment été apportés par l'homme, ou qui y sont arrivés fortuitement. Les animaux que l'on trouve dans les îles voisines des continens appartiennent ordinairement aux mêmes groupes que ceux qui peuplent ces derniers.

Conclusion générale : Les différentes espèces d'êtres organisés ont été primitivement placées par le créateur dans certaines régions appropriées à leur nature. Chaque espèce dérive d'une souche unique; probablement, comme le pensait Linnée, un seul couple fut d'abord appelé à l'existence, dans un lieu particulier, et il fut réservé aux rejetons de ce couple de se répandre à une distance plus ou moins éloignée de ce point d'origine, d'après leurs facultés, la nature du climat, et d'autres circonstances particulières.

Ce premier livre est suivi d'un appendice plein d'intérêt sur la géographie des plantes et des animaux, par le professeur R. Wagner. (Pag. 109-135.)

Le second livre traite la question de l'unité ou de la multiplicité de l'espèce humaine.

Comme on doit le faire en bonne philosophie, l'auteur commence par établir ce qu'on entend par *espèce*, *genre*, *variété*, *variété constante*, *race*. Mais il n'est pas facile de décider si deux individus très rapprochés l'un de l'autre appartiennent ou non à une même espèce, et c'est pour cette raison que la question de l'unité de l'espèce humaine présente tant de difficultés.

Le doute peut se dissiper à la suite d'un examen attentif des phénomènes qui se lient à l'origine des variétés et des faits qui se rattachent à l'étude de la génération. Cet examen doit avoir deux points de départ : l'étude d'une race en elle-même, puis l'étude d'autres races qui présentent avec celle que l'on examine des rapprochemens plus ou moins sensibles. Ainsi, par exemple, pour ce qui concerne les variétés de l'espèce humaine, la première voie d'investigation comprendra un aperçu des différentes races, et l'histoire naturelle de chacune d'elles, ou ce qu'on appelle l'ethnographie; la seconde voie embrassera toutes les considérations fondées sur l'étude de la physiologie ou les lois de l'organisation animale. L'auteur trouve plus convenable de commencer par cette féconde série de recherches, afin que le lecteur, après avoir examiné les faits empruntés à l'anatomie et à la physiologie, puisse comprendre plus facilement les études ethnographique qui constituent la partie essentielle de l'ouvrage.

Il nous serait impossible de suivre l'auteur dans les détails des faits anatomiques et physiologiques qui constituent plus de la moitié du volume que nous analysons; les propositions suivantes, développées dans autant de chapitres, pourront en donner un aperçu général.

1° Tous les principaux phénomènes qui se manifestent dans l'organisation animale, les diverses périodes et la durée de la vie, les particularités relatives aux sexes, à la reproduction, à la naissance, sont constamment uniformes dans une seule et même espèce, à très peu d'exceptions près, dues à des influences extérieures.

2° A cet ordre de faits se rattachent les phénomènes du mélange des races et de la faculté reproductrice ou de la stérilité des hybrides.

3° L'histoire pathologique des espèces et des races peut jeter une vive lumière sur l'objet qui nous occupe; c'est un point qui n'a pas encore été assez étudié.

4° Une autre branche importante de l'histoire naturelle des espèces consiste dans l'étude de leurs facultés intellectuelles ou instinctives, de leurs penchans, de leurs habitudes, en un mot, de leur organisation psychique.

5° Après avoir examiné l'influence que peuvent avoir sur l'étude de la famille humaine les faits développés dans les chapitres précédens, il restera à étudier les faits propres à chaque espèce, et les différences que les races présentent.

Nous trouvons dans le développement de la première proposition des pages intéressantes concernant, entre autres, la durée de la vie dans les différentes races d'homme, comparée à celle de l'orang-outang ou du chimpanzé.

La question de l'hybridité est traitée avec développement; l'auteur fait voir que, s'il est vrai de dire que des espèces voisines, mais bien distinctes, sont susceptibles de se reproduire, les mulets qui en résultent ne pourront se féconder réciproquement, mais auront toujours besoin d'un individu de race pure; en d'autres termes, les métis peuvent être féconds, mais ils ne se fécondent pas les uns les autres.

Les raisonnemens et les faits qu'il avance s'accordent en tous points avec ceux des bons observateurs pour prouver l'instabilité de ces productions hybrides. Et en effet, si les espèces pouvaient se mêler indéfiniment, quelle inconstance dans les formes, quel désordre ne remarquerait-on pas parmi les êtres qui vivent sur notre globe, au lieu de la constante uniformité qu'ont toujours présentée les individus d'un même type!

Si, au contraire, on étudie les résultats du croisement des races chez les animaux, on verra que non seulement la fécondité persiste au même degré, mais que les rejetons qui en proviennent l'emportent sur les souches primitives en beauté, en force, en vigueur. Or, les voyageurs sont parvenus à constater l'origine de plusieurs peuplades de différens points du globe, et ils ont vu constamment que ces peuplades étaient supérieures, par la beauté de leurs formes et par leur fécondité, aux races-mères du mélange desquelles elles étaient sorties. Ces faits ne prouvent-ils pas que les races humaines ne sont que des variétés d'une seule espèce?

Les faits relatifs à la pathologie prouvent que la nombreuse cohorte des maladies qui asiègent l'homme est commune à la grande famille humaine : ces maladies varient, à la vérité, suivant les climats, et certaines circonstances locales prédisposent à des affections particulières les races qui sont depuis longtemps soumises à leur influence; mais ce ne sont là que des modifications peu importantes et faciles à expliquer.

L'étude des facultés des animaux démontre d'une manière évidente le cachet particulier qui a, pour ainsi dire, été imprimé à chaque espèce. Si l'on trouvait, après un mûr examen, de pareilles différences entre chacune des races humaines, il faudrait nécessairement admettre une différence spécifique entre ces races. Mais si l'étude des facultés de l'homme nous montrait partout les mêmes dons de l'esprit, les mêmes impressions, le même sentiment intime, les mêmes penchans, les mêmes sympathies, en un mot si toutes les ramifications de la famille humaine étaient douées d'une même nature psychique, ces faits n'établiraient-ils pas une preuve d'une grande valeur en faveur de l'unité de l'espèce? La solution entière et complète de ce problème exigerait une étude approfondie de la nature humaine considérée sous ses différentes faces.

L'auteur, sans vouloir embrasser un champ aussi vaste, examine la question sous quelques-uns de ses principaux points de vue; il dit quelques mots de la station bipède, de l'usage des langues, des arts nécessaires à la vie, des sentimens humains, puis expose de nombreux faits relatifs aux facultés des Boschismans, des Hottentots, des Esquimaux et des Nègres; ces faits prouvent dans ces races, que l'on ne craint pas de regarder comme établissant un passage entre l'homme et le singe, l'existence des mêmes principes fondamentaux, de la même nature intime que l'on observe parmi les autres groupes du genre humain. Cette conformité de principes et de sentimens ne peut s'accorder avec une origine différente, elle servirait plutôt à prouver le contraire. Quant à la prédominance des facultés intellectuelles d'une race sur une autre, il est évident qu'elle ne saurait ici servir de base à une démonstration : on sait qu'il ne serait pas difficile de trouver, au milieu de la nation la plus avancée en civilisation, des individus inférieurs aux Nègres; tandis que, parmi ces derniers, il en est dont les facultés ne le cèdent en rien à l'intelligence de

l'Européen : les rapports des missionnaires et des voyageurs s'accordent pour affirmer cette vérité.

Dans les chapitres qui suivent, l'auteur examine les différences que présentent les races humaines dans la couleur et dans la structure de la peau, de l'œil, des cheveux, dans la forme générale du corps, dans la forme du crâne et des différentes parties du squelette; puis il compare ces différences avec celles que l'on rencontre chez les animaux. Voici comment il récapitule les faits contenus dans la première série de recherches, celles qui sont fondées sur l'analogie.

En groupant les variétés que présentent les animaux sous le rapport de la couleur, de la structure des téguments, de la forme des parties et de leurs rapports, nous trouvons que ces variétés observées dans toutes les races qui vivent à l'état de domesticité ou qui sont exposées à des influences extérieures très diverses, répondent exactement, sous presque tous les rapports, aux variétés qui distinguent les différentes races d'hommes. Si nous considérons les grandes différences que nous offrent ces races, soit qu'elles proviennent d'influences physiques (climat, position géographique), ou de causes morales (degrés divers de barbarie ou de civilisation), nous devrons nous attendre à rencontrer dans le genre humain des différences plus grandes et plus importantes que dans les animaux inférieurs, parce que ceux-ci se trouvent confinés dans des régions peu étendues et sont soumis à une manière de vivre plus simple et plus uniforme.

Toutes les différences que présentent les races humaines sous le rapport de la couleur se ramènent facilement à des altérations d'une même souche primitive : les races blanche, noire ou jaune ont leurs analogues parmi la plupart des animaux domestiques. Il en est de même des différences de forme et de structure; exemples : les chiens, les chevaux, les cochons, les moutons, les chèvres, les gallinacés. Il paraît étonnant que l'homme, vivant dans des circonstances qui facilitent de pareilles modifications, n'en subit pas l'influence; et cette opinion ne perdrait rien de sa valeur, quand bien même on viendrait à prouver que le squelette du nègre ne diffère que très peu de celui de l'orang, puisque nous savons que certaines races de chiens ont la plus grande analogie de structure avec le loup.

On se demandera peut-être si les variétés que l'on rencontre parmi les hommes et parmi les animaux dépendent de circonstances analogues, et, en second lieu, si ces variétés sont plus permanentes chez l'homme que chez les animaux. L'auteur déclare qu'il recherchera plus tard les causes des variétés, quand il fera l'histoire physique de toutes les races humaines; il fera voir jusqu'à quel point les caractères physiques dépendent des influences climatériques. Quant à la permanence des variétés, c'est une question difficile qui sera aussi examinée plus loin. Seulement une remarque importante à faire, c'est que les variétés paraissent d'autant plus stables qu'elles ont été plus longues et plus difficiles à établir. Il n'est donc pas impossible que, dans certains cas, des modifications de forme et de structure aient fini par devenir stables et par former, dans la suite des temps, des caractères constans et invariables.

Le professeur Wagner, dans un appendice sur les métis, inséré à la suite de ce second livre, p. 440 à 454, confirme, par de nouvelles recherches, les vues et les opinions de Prichard sur l'unité de l'espèce humaine. Cet appendice est mis au courant des découvertes les plus récentes et donne l'indication des sources auxquelles on peut puiser pour vérifier les faits exposés par l'auteur anglais.

Après avoir rassemblé le plus grand nombre possible de preuves en faveur de l'affinité des races humaines; après avoir démontré que parmi ces dernières il n'existe aucune différence essentielle d'organisation dont on ne puisse trouver l'équivalent dans les animaux, l'auteur commence une seconde série de recherches ayant pour objet l'histoire des familles particulières du genre humain, afin de déterminer jusqu'à quel point les caractères de ces familles ont été constans ou quelles sortes de changemens ils ont subis.

Le tome II tout entier est consacré à l'histoire des peuplades du continent africain, tant sous le rapport physique que sous le rapport ethnographique. L'auteur donne sur les habitudes, sur les mœurs, sur le langage de ces différentes nations des détails très nombreux et pleins d'intérêt, et cherche à rattacher les faits variés qu'il expose aux circonstances locales tirées du climat.

C'est un vaste et beau travail que le livre du docteur Prichard; il est à regretter que l'analyse ne puisse en donner qu'une idée succincte et bien superficielle. Nous nous sommes attachés, en rendant compte de cet ouvrage remarquable, à faire connaître particulièrement le plan suivi par l'auteur et les considérations générales qui forment comme la charpente de son édifice. Mais ce sont les détails qu'il faut lire pour connaître l'immense érudition dont il fait preuve à chaque page. C'est un livre qui mériterait d'être traduit dans toutes les langues, non seulement par l'importance du sujet en lui-même, mais aussi par la manière dont il est traité et surtout parce qu'il combat victorieusement une foule d'assertions hasardées par lesquelles des naturalistes superficiels et sans instruction solide s'abusent eux-mêmes et abusent la multitude. : A. L.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Je vous prie de vouloir bien donner place dans votre journal aux conclusions du rapport de la commission chargée, par le conseil-général des hospices, d'examiner mon travail sur le lait. Il m'importe que ce rapport, qui n'a jamais été publié, soit enfin connu de personnes parfaitement en état de juger la question. En voyant les noms de MM. Moreau, Baron, Orfila, Velpeau, Blandin et Louis à côté de chacune des propositions extraites de mon mémoire par la commission, après six séances, à la Maternité, dans le service de M. Moreau, et aux Enfans-Trouvés, dans le service de M. Baron, on m'accordera bien d'avoir donné à ces recherches le caractère scientifique et pratique qu'elles devaient avoir.

Agréez, mon cher confrère, etc. AL. DONNÉ.

PROPOSITION CONTENUE DANS LE MÉMOIRE DE M. DONNÉ, SUR LE LAIT.

1°. Le *colostrum* a des caractères microscopiques qui le distinguent du lait proprement dit; il se reconnaît à des corpuscules granuleux très distincts des globules du lait, et à un arrangement particulier de ces derniers globules, dû à la présence d'une matière muqueuse qui les lie entre eux.

2°. Dans l'état normal, et chez les bonnes nourrices, le lait ne présente plus de traces du *colostrum*, du dixième au vingt-cinquième jour après l'accouchement;

3°. On retrouve les élémens du colostrum dans le lait de certaines nourrices, à des époques beaucoup plus éloignées de l'accouchement, et ce caractère constitue un genre d'altération du lait auquel on doit attribuer une action nuisible, l'expérience ayant depuis long-temps constaté les mauvaises qualités du colostrum sur les enfans, au-delà d'un certain âge;

4°. Le microscope permet d'apprécier la richesse nutritive du lait par le nombre des globules qui sont toujours en proportion avec les autres élémens substantiels de ce fluide (caséum, sucre de lait);

5° Tous les globules du lait sont formés de matière grasse, comme le démontre leur solubilité dans l'éther; ils ne sont pas dus, comme on le disait jusqu'ici, en partie au beurre et en partie au caséum;

6°. Le lait de femme, celui de vache, d'ânesse et de chèvre ramènent au bleu le papier rouge de tournesol; le lait n'est donc pas acide, comme on le dit généralement dans les traités de chimie et de physiologie;

7°. Le lait des bonnes nourrices offre toujours de nombreux globules, libres d'adhérences entre eux, bien nets, et sans mélange de corps étrangers. Quoiqu'il y en ait de tous les diamètres, depuis 1/500 millimètre jusqu'à 1/50 environ, le plus grand nombre est d'une grosseur moyenne; ils sont enfin proportionnés de telle sorte, qu'on n'en voit pas de démesurément gros à côté de très petits, et le nombre des très petits ne l'emporte pas sur ceux de moyenne grosseur;

8°. Lorsqu'un lait ne présente pas ces caractères, c'est-à-dire lorsque les globules sont confus, agglomérés par une matière muqueuse, qu'ils ne circulent pas librement et sans adhérence entre eux sur la lame de verre, qu'ils sont entremêlés de corps étrangers (corps granuleux ou globules muqueux), on doit regarder ce lait comme n'étant pas à l'état normal, et comme offrant une altération plus ou moins profonde. Si ce n'est pas par l'observation directe du nourrissou que l'on arrive à cette conséquence, on peut du moins la déduire par analogie, en considérant, 1° que le lait présente cet état particulier chez les nourrices affectées d'engorgement des seins, ou de toute autre maladie locale ou même générale, apportant le trouble dans la sécrétion lactée; 2° que l'on peut à volonté produire cette modification du lait chez les femmes et chez les animaux, en le laissant s'accumuler dans les mamelles pendant plusieurs jours, et en produisant ainsi des engorgemens artificiels; 3° enfin, qu'il a été reconnu par de bons observateurs (Moreau, Baron, P. Dubois) que le lait pris dans ces mauvaises conditions avait de grands inconvéniens, produisait même quelquefois des accidens graves chez les enfans;

9°. Le bon lait ne contient que des globules très petits ou rares; il est évidemment peu riche en principes nutritifs;

10°. L'ammoniaque concentré rend sensible la matière muqueuse dont il est parlé plus haut, en communiquant au lait une viscosité qu'il ne contracte pas quand il est froid, avec ce réactif;

11° La présence du pus et du sang dans le lait est facile à déterminer au moyen de l'analyse microscopique, d'abord par la différence d'aspect et d'organisation des globules constituant ces trois liquides (lait, sang, pus), en outre à l'aide de l'ammoniaque et de l'éther. Les globules du lait résistent, en effet, à l'action de l'ammoniaque, tandis qu'ils sont entièrement solubles dans l'éther. C'est précisément le contraire pour les globules de pus et de sang.

Signé : Moreau, professeur d'accouchement à la Faculté de médecine; Baron, médecin de l'hôpital des Enfans-Trouvés, Orfila, Velpeau, Blandin et Louis.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 5. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 30 JANVIER 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° à 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

COURS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES FAIT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE PAR M. ANDRAL; compte-rendu par M. Monneret, agrégé à cette Faculté, médecin du bureau central.

(Deuxième article.)

CONSTITUTION PHYSIOLOGIQUE DU SANG; FIBRINE, GLOBULE, ALBUMINE. — PROCÉDÉS D'ANALYSE. — DU SANG A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE; MALADIES DANS LESQUELLES IL Y A AUGMENTATION DE FIBRINE.

Constitution physiologique du sang. — Le sang, considéré dans sa composition normale, doit être étudié de trois manières différentes : 1° à l'œil nu, qui révèle un grand nombres de propriétés physiques fort importantes; 2° avec le microscope; 3° par les procédés d'analyse que la chimie nous fait connaître.

Il n'est pas aussi difficile qu'on le croit généralement de se former une juste idée de la composition du sang et de la manière d'être de ses divers élémens. L'idée la plus simple que l'on puisse en prendre lorsqu'il circule dans les vaisseaux, lorsqu'il est encore vivant, consiste à le regarder comme de l'eau servant de véhicule à des substances inorganiques et à une matière organique qui se présente sous trois formes distinctes, une fois que le sang est sorti des vaisseaux.

Il y a d'abord une matière animale en dissolution dont la propriété caractéristique est de se coaguler spontanément, c'est-à-dire de se séparer de l'eau sous forme de matière plastique, qui a reçu le nom de fibrine. Cette coagulation a lieu constamment quand le sang est sorti du corps; quelquefois même elle arrive dans les vaisseaux, pendant la vie, sous l'influence de causes morbides.

La seconde matière animale, également en dissolution dans l'eau, reste toujours à cet état dans le sang qui circule comme dans celui qui a été extrait des vaisseaux : on la désigne sous le nom d'albumine.

Une troisième matière animale, qui ne se retrouve que dans le sang, et qui n'est plus en dissolution, mais seulement suspendue dans l'eau, se présente sous forme de petits corpuscules, lenticulaires, d'un diamètre de 1/125 de millimètre; ils ont reçu le nom des globules. Ils se distinguent des deux substances précédentes par leur forme bien déterminée, par leur coloration rouge. Ils sont composés de deux matières; l'une qui donne au sang sa couleur, c'est l'*hématosine*; l'autre est une matière encore peu connue dans sa nature, et que les uns considèrent comme de l'albumine, les autres comme de la fibrine.

Les substances inorganiques sont différens sels dissous dans l'eau; ils constituent ce que l'on appelle les matériaux solides du sérum.

Lorsque le sang est sorti de la veine et placé dans un vase, et soustrait à toute espèce de mouvement, on ne tarde pas à le voir se séparer en deux parties distinctes par leurs propriétés physiques et chimiques. La première est le caillot ou cruor : il est constitué 1° par la matière spontanément coagulable du sang, c'est-à-dire par la fibrine; 2° par les globules; 3° par une grande quantité de sérum qui reste dans les mailles de

---

Feuilleton.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE TENUE DANS LE GRAND AMPHITHÉATRE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. ORFILA, LE DIMANCHE 24 JANVIER 1841.

COMPTE-RENDU DE M. GIBERT, SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL.

Messieurs,

La situation de notre association s'améliore chaque année; l'état de notre caisse de prévoyance et de secours est prospère; le nombre de nos membres s'accroît, et il dépasse en ce moment un chiffre (400) qu'il n'avait pas encore atteint depuis la fondation de cette association. Notre influence morale, tant sociale que professionnelle, s'étend et se propage: déjà le présent nous garantit de la manière la plus assurée les bienfaits de l'avenir.

La liste qui vous a été remise porte le nombre des sociétaires à 404.

Les démissions ont été au nombre de sept dans le cours de l'année; quelques-unes ont été doublement motivées et sur le défaut d'exécution de l'article des statuts relatif à la cotisation annuelle, et sur des circonstances qui pouvaient blesser la délicatesse des autres membres de l'association.

L'an 1840 nous offre un égal nombre de décès à déplorer. La mort nous a enlevé MM. Biett, Contard, Esquirol, Maury, Marc, Vassal et Yvan.

Plusieurs de ces membres regrettables avaient brillé dans la science et dans la société; tous possédaient à un haut degré les qualités qui distinguent les bons confrères et les praticiens honorables.

Les admissions, qui se sont élevées cette année au nombre de 21, ont compensé et au-delà le chiffre de nos pertes.

Je diviserai en trois parties le compte-rendu de notre gestion pour l'année qui vient de s'écouler : partie financière, partie relative à la police médicale, partie administrative.

1° Gestion financière. — Le nombre assez grand de demandes de secours qui nous a été adressé cette année porte à 200 environ le chiffre total des demandes que nous avons eu à examiner depuis notre première année d'exercice (1834). Depuis cette époque aussi, nous avons distribué environ 6,600 fr. de secours. Fidèles à nos antécédens, nous n'avons accueilli aucune demande qu'après un mûr examen des titres des pétitionnaires, et c'est surtout aux vieillards infirmes, aux malades et aux veuves que des secours temporaires ont été accordés.

Toutes les demandes de cette année, une seule exceptée, ont été présentées par des personnes étrangères à notre association, et, par conséquent, n'avaient droit qu'au sixième du fonds disponible. L'exception signalée a été également peu onéreuse à notre caisse, puisqu'elle n'a nécessité qu'un secours temporaire et peu considérable, motivé sur un état de maladie qui heureusement ne s'est pas prolongé.

la fibrine qui le retient à la manière d'une éponge. La seconde portion du sang est entièrement liquide et composée de sérum, c'est-à-dire d'eau tenant en dissolution les sels et l'albumine.

Si, au lieu d'abandonner le sang à lui-même, on le bat avec une vergette, dès qu'il est sorti de la veine, on voit se déposer autour de cette vergette une matière solide qui est la fibrine; elle reste parfaitement pure et dégagée de la matière colorante, de sels et d'albumine, quand on l'a lavée plusieurs fois à grande eau; c'est elle qui forme la plus grande partie du caillot. Après la séparation de la fibrine, il reste un liquide rougeâtre formé par le sérum, dans lequel nagent tous les globules, et dans lequel l'albumine est dissoute. La séparation spontanée des globules et leur présence dans le sérum prouvent qu'ils sont tout à fait indépendans de la fibrine; ils ne sont nullement altérés et ne sont point aptes à former caillot.

Le microscope ne laisse apercevoir dans le sang que les globules, et entre eux le sérum; la fibrine et l'albumine s'y trouvent en dissolution, et on ne peut les y découvrir. On verra plus loin qu'il résulte de la connaissance de ces diverses particularités, quelques principes utiles pour la détermination du volume apparent et réel du caillot.

Il s'agit maintenant de pénétrer plus avant dans la composition intime du sang. Si l'on étudie seulement sous le point de vue physiologique les trois matières organiques dont nous venons de parler, savoir : la fibrine, l'albumine, les globules, on voit qu'elles se comportent d'une manière très différente, et qu'il est impossible de ne pas être frappé des caractères physiologiques qui les séparent. Il n'est même pas besoin de recourir à l'analyse chimique pour les saisir.

On a soutenu que la fibrine n'est pas un corps réellement distinct, mais une simple modification de l'albumine. Cette opinion est fondée sur la difficulté extrême que l'on éprouve à donner les caractères distinctifs qui existent, d'une part, entre l'albumine dissoute et la fibrine, lorsqu'elle est à cet état, et d'autre part, entre l'albumine et la fibrine coagulées. Mais le médecin n'a pas besoin de se préoccuper de cette question, car autant les caractères chimiques qui existent entre ces deux principes du sang sont fugaces et difficiles à saisir, autant ces différences sont tranchées quand il s'en tient au point de vue de la physiologie. En effet, comment confondre deux corps, dont l'un, la fibrine, tend sans cesse à se coaguler spontanément, et l'autre, l'albumine, reste au contraire constamment en dissolution. Quels que soient les résultats auxquels on arrivera plus tard en chimie, et lors même que l'on découvrirait la composition intime de ces corps, on ne portera jamais atteinte à cette propriété essentielle qui les sépare, savoir, la coagulation spontanée pour la fibrine. Aussi conviendrait-il de désigner la fibrine sous le nom de *matière spontanément coagulable*, parce que l'on ne préjuge en aucune façon la nature de cet élément du sang, et qu'on en exprime le caractère distinctif.

Quant aux globules, tous les observateurs reconnaissent qu'ils ont une existence tout à fait indépendante des deux élémens constitutifs du sang dont nous venons de parler; mais on a beaucoup disserté sur leur texture et sur leur composition intime. Les uns soutiennent que ce sont des noyaux d'albumine solide et de fibrine contenus dans une enveloppe; les autres les regardent comme formés par une enveloppe de fibrine renfermant de l'albumine et de l'hématosine.

En présence de ces données fournies par l'état actuel de la science, le médecin qui cherche le côté utile et véritablement pratique de l'analyse du sang, ne doit point se préoccuper des opinions émises sur la nature intime de la fibrine, de l'albumine et des globules. Il doit seulement examiner comment se modifient ces divers élémens, soit dans leurs quantités, soit dans leurs qualités, durant le cours des maladies. On vient de voir que le procédé le plus simple, pour obtenir la fibrine, consiste à battre avec une vergette le sang récemment tiré de la veine. Il s'en sépare alors la matière spontanément coagulable (fibrine), qu'il suffit ensuite d'agiter dans de l'eau que l'on renouvelle jusqu'à ce qu'elle ne soit plus colorée en rouge. Comme MM. Andral et Gavarret ont, dans leurs expériences, constamment suivi ce procédé, employé du reste par les meilleurs chimistes, pour obtenir la fibrine du sang, il faut rechercher 1° si on est sûr d'obtenir ainsi toute la fibrine contenue dans le sang, 2° de la débarrasser de la matière colorante et des globules. Quelques personnes étrangères aux méthodes d'analyses employées en chimie, et s'appuyant sur des raisonnements plutôt que sur l'expérimentation, ont objecté au procédé du battage, qu'il ne pouvait séparer toute la fibrine, parce que le sang, en raison des diverses modifications pathologiques qu'il a subies, tantôt la retient et tantôt la cède plus facilement. Pour appuyer cette assertion on a cité l'expérience suivante: on recueille dans deux éprouvettes, du sang sorti de la veine d'un malade; on met dans une de ces éprouvettes une petite quantité de pus et l'on y reçoit ensuite le sang que l'on agite. On trouve alors que la fibrine, qui s'est coagulée, est en très petite quantité dans cette éprouvette, tandis que la première en renferme une proportion beaucoup plus considérable. Il reste donc, a-t-on dit, une certaine quantité de fibrine en dissolution, puisqu'on a employé le même sang et que l'on n'obtient pas la même quantité de fibrine. Il est facile de répondre à cette objection. En effet, il importe fort peu de savoir si la fibrine est restée en dissolution; il s'agit seulement de constater les quantités de matière spontanément coagulable que contient le sang dans la maladie; il est incontestable qu'elle augmente dans certaines affections (phlegmasie), et diminue dans d'autres. Que prouve l'expérience de l'éprouvette, sinon que certains agens, comme le pus, les alcalis empêchent la coagulation, c'est-à-dire la séparation de la matière spontanément coagulable? C'est ce qui arrive dans quelques maladies graves. Admettons qu'il puisse se développer dans le sang quelque principe, comme le pus ou un alcali, qui retardent ou facilitent la coagulation; peu importe, puisque par le procédé du battage on se contente de chercher s'il y a dans telle maladie, une quantité de matière coagulable plus grande que dans telle autre; il peut en rester encore en dissolution, cela est indifférent pour les résultats que j'ai indiqués. Que fait-on dans l'expérience de l'éprouvette, on se sert bien du même sang, mais on rend malade celui de l'éprouvette auquel on ajoute du pus; pourquoi s'étonner dès-lors que la fibrine ne soit plus en même proportion que dans la seconde. Si cette altération avait eu lieu dans les vaisseaux, il est clair encore que l'on aurait moins de matière coagulable, et c'est précisément ce que ferait découvrir l'opération du battage. Ne voit-on pas d'ailleurs que de la fibrine à laquelle on enlève sa propriété de se coaguler spontanément, ne peut plus être distinguée de l'albumine et ne joue même plus dans l'économie le même rôle qu'avant cette transformation?

On a prétendu aussi que l'on ne pouvait tenir compte de la fibrine, des globules qui se mêlent à la fibrine et sont retenues par elle dans le caillot. Mais d'abord il faut prouver que la matière organique qui constitue

---

Aussi avons-nous pu placer sur l'état une nouvelle somme de 6,776 f., qui, au taux actuel des rentes (5 p. 0/0), élève notre capital social inaliénable à la somme d'environ 42,000 fr., donnant un revenu annuel de 1,875 fr.

La gestion économique et le zèle de notre trésorier, M. le docteur Vosseur, la présidence éclairée de M. Orfila, l'empressement à recueillir les cotisations qu'ont montré presque tous les membres de la commission générale, telles sont, Messieurs, les causes puissantes et efficaces de l'état prospère de nos finances. Cet état vous est d'ailleurs exposé, avec tous les détails que vous pouvez désirer, dans le tableau ci-joint, dressé par les soins de M. Vosseur.

TABLEAU DE LA SITUATION DE LA CAISSE DU 1er JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1840.

RECETTES.	F.	DÉPENSES. EMPLOI.	F. C.	BALANCE.	F.
Le 1er janvier 1840, en caisse	345	Secours sur le sixième des cotisations	845 00	Recettes	8,227
Cotisations	4,740	Secours à un sociétaire	100 00	Dépenses	8,121
Dons, admissions	1,392	Dépenses pour impressions, distributions d'imprimés, etc.	399 20	RESTE	106
Rentes : deux semestres	1,750	Achat de 300 f. de rentes 5 0/0	6,776 20	Le 1er janv. 1841, il reste en cais.	106
TOTAL	8,227	TOTAL	8,121 00		

2° POLICE MÉDICALE. — Les attributions nouvelles dont votre commission a été investie par suite de la décision prise dans la dernière assemblée générale ont étendu et développé le germe de police médicale déposé dans nos statuts. Les comités d'arrondissement se sont constitués, de nombreux abus ont été signalés à la commission générale; plusieurs charlatans ont été dénoncés à l'autorité par les soins de notre président, et des poursuites efficaces ont été dirigées contre quelques uns d'entre eux. Pour nous borner à quelques exemples, nous vous dirons que des empiriques qui prétendaient guérir toutes les maladies en vingt-quatre heures, au moyen de l'administration d'un purgatif drastique, ont été poursuivis et condamnés par les tribunaux..... Il est vrai, assure-t-on, que cela ne les a pas empêchés de recommencer!

Un médecin qui exploite notoirement le charlatanisme a été condamné à 500 francs d'amende, pour débit illicite de préparations pharmaceutiques.

Un officier de santé, qui exerçait à Paris, en vertu d'un titre qui n'était valable qu'en province, a reçu la défense de continuer cet exercice illégal.

Nous-même, nous avons provoqué des explications et accepté la démission d'un membre de notre association, qui avait apposé sa signature aux ordonnances d'une somnambule. Nous avons également déclaré démissionnaire un autre membre, dont les annonces empreintes de charlatanisme insérées dans un journal politique nous ont engagé à faire une application rigoureuse de l'article 19 des statuts de l'association.

On a plusieurs fois déploré, dans le sein de votre commission générale, les abus qui résultent de la permission accordée par l'autorité administrative, sans aucun contrôle scientifique, à une foule de charlatans étrangers qui viennent de

avec l'hématosie, le globule, est réellement formée de fibrine, ce qui est si peu démontré que chaque auteur représente d'une manière différente la texture du globule. En second lieu la matière des globules n'est pas spontanément coagulable; donc elle n'est pas la même substance que la fibrine, puisque ces globules ne sont point altérés et restent avec leur texture et leurs propriétés normales quand la fibrine est déjà séparée. Ajoutons encore qu'il n'est pas possible que la fibrine, dont on veut connaître le poids, renferme des globules, puisqu'on a soin de la laver jusqu'à parfaite décoloration, et d'ailleurs il reste à prouver cette assertion, savoir, que les globules peuvent être retenus par la fibrine.

Pour déterminer les altérations de quantité qui peuvent survenir dans la fibrine, et les autres élémens du sang, durant le cours des maladies, il faut en connaître les quantités normales. Or, on a prétendu que l'on n'était pas d'accord sur ces quantités et sur celle de la fibrine particulièrement. On a cité comme preuve les variations nombreuses qu'offre le chiffre de la fibrine donné par les auteurs. Faisons d'abord remarquer que ces auteurs ne parlent nullement des conditions dans lesquelles se trouvaient les individus qui étaient saignés; or, comme il est très probable que l'on ne se procurait que du sang fourni par des malades, nous ne devons pas être étonnés des variations offertes par le chiffre de la fibrine, puisque nous savons aujourd'hui qu'un des principaux effets des maladies est précisément de faire varier les quantités de fibrine. Qu'on cesse donc de citer les résultats trouvés par les auteurs, à moins qu'on ne dise en même temps, d'une manière précise, dans quelles conditions se trouvaient les sujets saignés. Fourcroy dit que la variation de la fibrine oscille entre 1 et 4,3; mais le sang qui lui a offert 4 en fibrine était-il physiologique? c'est ce qu'il ne dit pas. Le chiffre qui représente la moyenne de la fibrine est 3. MM. Lecanu, Dumas, et les chimistes les plus versés dans l'étude des altérations des liquides, ont adopté ce nombre, qui est aussi pour MM. Andral et Gavarret, la véritable représentation des quantités normales de fibrine. J'ajouterai qu'il y a quelques oscillations dans ces quantités, et qu'elles peuvent aller de 2 1/2 à 3 1/2.

En suivant les procédés d'analyse très simples que je viens d'indiquer, il est évident qu'on ne pénètre en aucune façon dans la connaissance intime des phénomènes; on ne fait, en quelque sorte, suivant l'expression de Borden, qu'une analyse médicinale du sang. Mais cette analyse est d'autant plus utile au praticien qu'elle est facile et lui permet de constater sur-le-champ les altérations de quantité qui surviennent dans trois principes au moins du sang, savoir la fibrine, les globules, le serum.

Il ne s'agit pas, en effet, d'introduire en médecine pratique des recherches chimiques longues et difficiles, qui ne pourraient servir au diagnostic des maladies; ce qu'il importe au médecin, et ce qui est d'une exécution facile, c'est de constater les changemens les plus sensibles qui surviennent, sous l'influence de la maladie, dans les principaux élémens du sang; de savoir, par exemple que dans une phlegmasie telle que la pneumonie, le sang subit une modification qui ne ressemble pas à celle que l'on rencontre dans d'autres maladies, comme la variole ou la fièvre typhoïde.

Pour établir la proportion des différens principes qui existent dans le sang on a eu recours à divers procédés qui sont indiqués avec détail dans les ouvrages de chimie. Celui que MM. Andral et Gavarret ont employé dans le cours de leurs recherches est le même que le procédé suivi par MM. Lecanu, Prevost, Dumas et la plupart des chimistes de l'époque actuelle. Voici ce qu'elles montrent dans le sang. Pour une palette et demie de ce liquide, représentant six onces, ou 180 grammes, on trouve :

	gram.		gros.	grains.
Fibrine	0,54			11
Globules	22,86		6	7
Matériaux solides du sérum.	14,40		3	60
Eau	142,20	4 on.	5	66
	180 gr.		6 onc.	

On peut encore représenter ces quantités d'une autre manière : Sur 1,000 parties de sang on trouve:

Fibrine	3 parties
Globule	127
Matériaux solides du sérum.	80
Eau	790 .

Il importe de retenir chacun de ces chiffres, parce qu'ils représentent l'état physiologique du sang, et que les maladies ont précisément pour effet de faire varier les quantités normales d'un ou de plusieurs de ces élémens. C'est dans l'étude de ces variations que consiste aujourd'hui l'histoire pathologique du sang. Nous sommes déjà loin de l'époque où l'on se contentait de l'examen du caillot et du sérum; pour connaître la nature des maladies, et si l'on peut se livrer à cet examen avec plus de succès qu'il y a quelques années, c'est parce que l'on connaît mieux la constitution du sang, soit à l'état physiologique, soit à l'état pathologique, et qu'on peut éviter les erreurs que l'on commettait anciennement. En effet, l'étude des altérations du sang a prouvé à M. Andral que les conclusions cliniques que l'on tire souvent des proportions relatives du caillot et de la sérosité sont fausses, et que la méprise tient à ce que l'on n'a pas eu jusqu'à présent une juste idée de la coagulation du sang et de la constitution du caillot. Nous avons dit précédemment que le sang liquide se séparait en une masse solide que l'on appelle le caillot, et en une autre partie liquide, le sérum; que le caillot est formé par la matière spontanément coagulable, la fibrine, qui retient dans son réseau les globules et une certaine quantité de sérum. On pourrait croire, au premier abord, qu'un caillot volumineux est l'indice d'une grande quantité de fibrine et de globules; il n'en est pas ainsi, puisque suivant que la fibrine aura retenu une quantité plus ou moins grande de sérum, le caillot paraîtra plus ou moins volumineux. Il ne faut donc pas s'arrêter à un examen aussi superficiel du caillot sanguin, et l'analyse chimique doit venir en aide au médecin. Il est nécessaire d'établir une distinction entre le volume apparent et le volume réel du caillot; celui-ci est le caillot desséché ne renfermant plus que la fibrine, les globules, et les matériaux solides du sérum. La consistance du caillot dépend aussi de la quantité de sérosité qui imbibe le réseau fibrineux et des quantités de fibrine. Lorsqu'il renferme peu de sérosité et qu'il est dense, on peut en conclure qu'il y a plus de fibrine que dans un caillot mou.

Le sérum du sang est composé : 1° d'eau (790 parties); 2° d'une partie organique qui est l'albumine, et une matière animale encore mal défi-

---

préférence s'établir dans les grandes villes où ils importent le *mesmérisme*, l'*homœopathie* et tant d'autres pratiques destinées à exploiter la crédulité du public.

On a signalé, du moins, la nécessité de dévoiler les individus qui exercent sans titre légal, et dans cette vue on a invité l'autorité à s'occuper plus efficacement de la publication de listes exactes qui comprennent, comme le veut la loi, les noms de tous les médecins ayant droit d'exercer.

Un abus moins grave, mais auquel cependant il serait bon de remédier, c'est le titre de médecin d'un établissement municipal (salles d'asile) et de chirurgien de la garde-nationale, donné dans certains arrondissemens de Paris, contre le vœu formel de la loi, à des individus non revêtus du titre de docteur.

Les associations médicales, formées en province à l'instar de l'association parisienne, ont senti comme nous le besoin de s'occuper activement de la police médicale.

Un compte-rendu de l'*association de Maine-et-Loire*, adressé à notre président, signale comme nous cette plaie sociale du charlatanisme, bien plus nuisible encore aux intérêts de l'humanité qu'à ceux de notre profession. Ce compte-rendu appelle aussi l'animadversion publique sur ces guérisseurs dont la réputation s'est faite au moyen des vertus infaillibles de leurs remèdes secrets. Cette sorte de gens est partout; elle pullule dans les villes et les campagnes. Les catastrophes les plus déplorables, comme les accidens les plus communs et les plus graves, leur sont attribuées. Ces médicastres sont de tous les jours, ils prennent toutes les formes, et sont aussi répandus et aussi vivaces que certaines herbes parasites dont on ne peut débarrasser le sol. Lorsqu'on les poursuit, tout se tait devant eux; les parens des victimes sèchent leurs larmes, et les dupes elles-mêmes prennent leur défense. Tout ce qui les entoure croit en eux, et à la barre même du tribunal, et sur le banc des prévenus, ils exercent encore sur le public leur magique influence. Malgré toutes ces difficultés, la commission médicale est pourtant parvenue à traduire trois de ces empiriques devant les tribunaux, et à obtenir condamnation contre eux. Il est inutile de vous rapporter le détail des actes qui leur étaient reprochés; il vous suffira sans doute de savoir que l'un d'eux avait ouvert l'articulation du genou à un jeune homme affecté de douleurs nerveuses et rhumatismales, et qu'un autre était accusé d'être l'auteur de l'empoisonnement de deux jeunes filles. Le troisième exerçait publiquement l'art de guérir, et formulait des ordonnances qu'il vendait un prix exorbitant, et dont les doses pour les substances énergiques étaient dangereuses. Les tribunaux d'Angers, de Baugé et de Beaupréau ont été saisis de ces affaires.

— Un rapport de M. Camille de la Touche, du même département, contient encore à propos du charlatanisme le récit d'un fait que vous n'écouterez pas sans intérêt.

Un de ces charlatans nomades, dit le rapporteur, tomba malade dans notre ville (Angers) et quoiqu'il vendît un remède dont les vertus étaient si générales que la nomenclature des maux qu'il guérissait semblait prouver la découverte de la panacée universelle, il avait, pour son propre compte, plus de confiance encore dans la médecine, et il appela un docteur. Durant le traitement, la confiance s'étant établie entre ces deux personnages, le médecin finit par demander à son malade quelles pouvaient être les ressources offertes par son métier pour suffire à la dépense d'un train d'équipages. — « Nous gagnons plus que vous, Monsieur,

nie; 3° d'une partie inorganique qui sont les sels et un alcali libre. On retrouve dans les elémens du sang ces principes qui sont communs à tonte matière animale; tels que l'oxygène, l'hydrogène, le carbone et l'azote. Mais ce qui est plus remarquable c'est que l'on trouve dans le sang trois autres corps simples, qui sont: le phosphore, le soufre et le fer. Ainsi le fer entre dans la formation de l'hématosine, le phosphore et le soufre dans l'albumine et la fibrine.

Du sang a l'état pathologique; division du sujet. — Il y a deux sortes d'altérations du sang qui doivent être étudiées à part; les altérations de quantité et les altérations de qualité. Les premières sont encore peu connues; il n'est pas prouvé par exemple, que dans la pléthore il y ait augmentation de la masse du sang. On commençait ordinairement les études sur le sang par la description des altérations qui portent sur les qualités physiques de ce liquide. On reléguait à la fin l'étude des altérations de composition. M. Andral a suivi un ordre tout à fait inverse, parce qu'en effet, sans la connaissance des altérations de composition, on ne pourrait rien comprendre aux altérations des propriétés physiques. Il serait impossible, par exemple, en suivant un autre ordre, de saisir le véritable mode de production de la couenne, et d'en déduire des caractères séméiologiques ou thérapeutiques de quelque valeur.

Il existe deux classes d'altérations de composition; la première comprend les modifications des principes qui constituent normalement le sang; ces principes peuvent se modifier de deux manières différentes: 1° en proportion; 2° en nature. La deuxième classe renferme les altérations de composition du sang par addition de nouveaux principes, qui n'existent pas normalement dans ce liquide (bile, urine, urée, lait, pus).

Une autre étude qui doit suivre celle des altérations de quantité est l'étude microscopique du sang qui révèle plusieurs particularités bien dignes d'intérêt. Une fois que le sang a été ainsi étudié, il convient alors d'examiner les altérations qui portent sur ses qualités physiques.

Cette étude analytique du sang étant terminée, il faut en reconstituer l'histoire synthétique, et exposer dans leur ensemble les modifications pathologiques qu'il éprouve dans les maladies. C'est dans cette dernière partie du vaste cadre qu'il s'est tracé que M. Andral se propose d'entrer dans les développemens nécessaires pour montrer les applications nombreuses et importantes que l'on peut faire des analyses du sang à la détermination de la nature des maladies et de leur traitement.

Avant d'aborder l'étude du sang malade, il faut tenir compte de deux influences qui existent presque toujours dans toute maladie, la diète et les saignées. On disait anciennement qu'elles diminuent les élémens solides du sang, et en augmentant l'eau; mais cette proposition générale n'a pas une grande valeur, à moins qu'on ne dise quels sont les élémens qui sont ainsi modifiés. L'analyse a démontré à M. Andral que ce sont les globules qui diminuent, et que ce n'est que très tard et à la longue que les quantités de fibrine commencent à baisser. Il faut distinguer deux cas lorsqu'on recherche l'influence des pertes de sang: 1° celui qui se présente dans les maladies aiguës où l'on pratique des émissions sanguines modérées et où l'on met le malade à la diète. Dans ce premier cas, les globules seuls diminuent, et la fibrine n'est pas sensiblement influencée. Il n'en est plus de même dans le second cas, qui est celui des sujets épuisés par des hémorragies abondantes, ou qui meurent d'inanition. Alors seulement la fibrine diminue dans le sang, ainsi que tous ses autres élémens; l'eau augmente toujours. Dans un cas de perte extrême considérable, les globules étaient tombés à 21 (la quantité norm. est 127); il y avait 1,8 en fibrine; matériaux solides du sérum, 61; eau, 915.

Une remarque importante à faire dans l'étude des altérations du sang, c'est que ses divers élémens se modifient relativement à leur proportion respective et qu'ils peuvent se modifier ainsi isolément et indépendamment les uns des autres. De là résulte, dans les deux cas, pour le sang une rupture d'équilibre dans ses divers élémens. Il est très rare que la lésion porte sur tous à la fois; un ou deux seulement sont modifiés. Voici quelles ont été les limites extrêmes des variations de chacun de ces élémens. Sur 1,000 parties de sang, la fibrine a varié de 0,9 jusqu'à 10; les globules, depuis 21 jusqu'à 185; les matériaux solides du sérum, depuis 57 jusqu'à 104; et l'eau, de 725 à 915.

Altérations de quantité des élémens du sang dans les phlegmasies; augmentation de la fibrine. — Les quantités de ce principe peuvent, dans l'état physiologique, varier de 2 1/2 à 3 1/2. L'augmentation de la fibrine a lieu, d'une manière constante, dans les phlegmasies aiguës, dont elle constitue le meilleur caractère. Les conditions de cet accroissement sont l'acuité de la phlegmasie et l'existence du mouvement fébrile. On peut se demander si la fièvre est la cause de cet accroissement, d'autant mieux que les quantités de fibrine paraissent être en rapport avec l'intensité du mouvement fébrile; mais on acquiert bientôt la certitude que ce n'est pas en tant que mouvement fébrile que la fièvre agit, mais parce qu'elle traduit l'intensité de l'inflammation. Il faut donc qu'il y ait un travail local phlegmasique, pour que la fibrine s'élève au-dessus de son chiffre normal, et encore faut-il en excepter le travail local de la variole et des ulcérations des plaques de Peyer.

L'augmentation de la fibrine est un caractère tellement sûr de l'inflammation, que si, dans une maladie, on rencontre plus de 5 en fibrine, on peut assurer hardiment qu'il y a, dans quelque organe, une phlegmasie. Une malade entre à l'hôpital avec des signes de congestion utérine; une saignée montre plus de fibrine qu'à l'état normal; on annonce une phlegmasie dont il ne se manifeste que des symptômes très douteux jusqu'à la mort; on trouve alors un abcès entre le rectum et la matrice. Dans un autre cas, également douteux, on trouve 7 en fibrine, il existait une pneumonie bien caractérisée. Un sujet se présente avec une scarlatine; on le saigne, et son sang offre 7 1/2 en fibrine; c'est-à-dire une augmentation de fibrine que l'on ne rencontre que dans les phlegmasies; la mort permet de constater le développement d'une néphrite. Nous pourrions citer un grand nombre d'exemples semblables; ils prouvent jusqu'à l'évidence que le diagnostic peut être fondé sur la seule connaissance des quantités de fibrine que le sang a offertes.

On peut donner comme chiffre moyen de l'augmentation de la fibrine dans les phlegmasies, le chiffre 7; comme minimum 5, comme maximum 10 1/2. Dans les cas de tubercules pulmonaires, on a pour maximum le minimum des autres phlegmasies, mais seulement dans le troisième degré de la maladie, lorsqu'il s'est déjà développé des pleurésies, des inflammations étendues de l'organe pulmonaire; et alors on peut se demander si l'augmentation de la fibrine ne tient pas à ces circonstances. Il s'agit maintenant de rechercher si quelque condition organique ou autre ne pourrait pas modifier ces altérations du sang.

A. Influence exercée par la constitution. — Quelle est, par exemple, l'influence exercée par la constitution? Disons d'abord que l'augmentation de la fibrine est constante, quelles que soient les condi-

---

répondit le charlatan, et nous avons aussi plus de peines; il n'est pas donné à tous de réussir. Pour réussir, il faut être doué d'une santé assez vigoureuse pour ne pas s'enrhumer au froid glacial du vent du nord, ni fondre à l'ardeur cuisante du soleil de la canicule; car il faut leur faire face et lutter courageusement contre leurs cruelles atteintes, afin que le public leur tournant le dos, se mette à son aise pour écouter. Il faut avoir une facilité de parole et une puissance de voix qui surmontent le brouhaha de la foule et le tapage de la foire; il faut avoir assez de présence d'esprit pour répliquer avec bonheur au mauvais farceur qui tenterait d'exciter le sourire, car, soit dit en passant, on trouve dans la foule des plaisans tout aussi spirituels et tout aussi dangereux que dans votre bonne société. » Puis, entrant dans le détail de ses gains et de ses arrangemens de famille: « J'ai deux enfans, continua-t-il; j'ai marié ma fille à un pharmacien qui me fournit mes drogues, je lui ai donné 20,000 francs pour dot. Je donnerai la même somme à mon fils, mais hélas!... et il poussa un soupir, il m'a fallu renoncer à l'espoir de lui transmettre l'exercice de ma profession. La nature lui a refusé les dons qu'elle réclame. Mon fils n'étant pas propre à être charlatan, *sera médecin.* »

Non seulement l'autorité, en accordant des *permis d'exercice* aux étrangers, en délivrant des *brevets d'invention* pour remèdes, en tolérant les charlatans qui exploitent la fortune et la santé publiques sous tant de formes différentes, nuit à l'honneur de notre profession; mais encore, dans plus d'une circonstance, nous avons vu nos confrères poursuivis directement pour des faits qui semblaient ne pouvoir, en aucune façon, leur faire encourir une responsabilité judiciaire.

En ce moment même, un membre de notre association, condamné par le tribunal de police pour une prétendue infraction à ses devoirs, vient nous prier de lui prêter son appui pour l'aider à obtenir la réparation qui lui est due. Une commission spéciale, assistée de M. l'avocat Jolly, notre conseil judiciaire, doit s'occuper de cette affaire, qui ne tendrait à rien moins qu'à établir en principe que nous devons obéir incontinent à la réquisition de tout individu quelconque, qu'il ait ou non un besoin réel de notre ministère.

Mais, Messieurs, en présence de tant d'abus, doit le temps seul peut faire justice, devons-nous rester inactifs, dans l'attente, plus que jamais illusoire, d'une loi organisatrice et réparatrice qu'on nous promet depuis plus de quinze ans, et qu'on nous promettra sans doute longtemps encore? Tel n'est point l'avis de votre commission, forte d'ailleurs de l'impulsion que vous-même lui avez donnée dans votre dernière assemblée générale. Lutter autant que le permet l'état actuel de la législation existante contre les abus qui nous sont signalés, tel est notre premier devoir. Chercher à obtenir peu à peu le redressement de ceux contre lesquels les lois actuelles sont encore impuissantes, tel doit être en second lieu le but de nos efforts. C'est pour remplir cette seconde partie de notre tâche que nous avons à vous communiquer la proposition suivante de l'un des membres les plus zélés de notre association, M. le docteur Renouard, proposition dont la commission a décidé qu'il serait donné lecture en assemblée générale.

Cette proposition est ainsi conçue:

tions générales de l'économie. On pourrait croire d'après les idées généralement reçues que la constitution forte et robuste d'un homme athlétique doit tendre à augmenter la quantité de fibrine que l'on trouve dans le sang d'un tel sujet lorsqu'il est atteint de phlegmasie. Il n'en est rien; il n'y a pas plus de fibrine que chez les sujets d'une faible constitution. Ils ne sont pas plus disposés à l'inflammation que d'autre; il y a plus : les sujets affaiblis et débilités la contractent plus facilement que les hommes robustes, parce que chez eux, ainsi que nous le dirons plus loin, les globules étant diminués, la fibrine, quoique étant à son chiffre normal a augmenté proportionnellement, puisque les globules ont diminué, et que dès lors il y a relativement plus de fibrine que dans l'état normal. Aussi, la faiblesse, la diminution des globules et par conséquent l'augmentation proportionnelle de la fibrine, bien que celle-ci reste à son chiffre normal, créent la prédisposition à l'inflammation. C'est, du reste, ce que savent très bien les meilleurs praticiens qui voient tous les jours la phlegmasie naître et se reproduire avec une fâcheuse persévérance chez des sujets déjà affaiblis par des maladies antécédentes.

B. Maladies concomitantes. —Les maladies qui se développent en même temps que la phlegmasie n'empêchent pas la fibrine de s'élever à un chiffre souvent élevé. C'est ainsi que l'on voit chez des chlorotiques la fibrine s'élever à six ou sept, lorsqu'il existe une inflammation.

C. Influence du siége de la phlegmasie. — Quel que soit le siége de l'inflammation, la fibrine augmente, mais le siége de la maladie influe sur l'intensité de l'inflammation; les maxima ont été trouvés dans la pneumonie et le rhumatisme. Dans cette dernière maladie le maximum est dix; le minimum, quatre et demi. Sur quarante sujets atteints de rhumatisme aigu, voici comment fut répartie la fibrine.

Chez		fibrine
1	sujet	10
2	—	9
4	—	8
8	—	7
19	—	6
5	—	5
2	—	4
41		

Pneumonie. — Mêmes *maxima* et *minima* que dans le rhumatisme. 52 saignées furent distribuées de la manière suivante :

Chez		fibrine
2	sujets	10
9	—	9
13	—	8
11	—	7
7	—	6
7	—	5
3	—	4
52		

Pleurésie. — Il faut distinguer plusieurs cas : 1° la pleurésie est sèche et à son début; 2° elle est récente et avec épanchement; 3° ancienne avec épanchement. Dans les deux premiers cas, le chiffre de la fibrine est élevé, mais beaucoup moins que dans la pneumonie et ne dépasse pas 6. Dans le troisième cas, elle se maintient entre 4 et 5 et peut descendre jusqu'à 3 1/2. Dans la péritonite, les résultats sont les mêmes; mais dans la forme aiguë la fibrine oscille entre 5 et 7; dans les épanchemens anciens du péritoine, elle descend de 5 jusqu'au-dessous de 4; d'où il suit qu'il faut distinguer, dans les inflammations des membranes séreuses, les cas dans lesquels le travail phlegmasique s'effectue et ceux où il est déjà terminé et ne laisse plus que ses produits.

Dans l'amygdalite aiguë la fibrine se maintient entre 5 et 7; dans l'érysipèle, elle arrive entre 5 et 7; dans les cas légers, sans fièvre, elle descend à 3 1/2. Dans un érysipèle phlegmoneux de la jambe, elle monta à 7.

D. Influence de la nature de la maladie. — Elle n'agit que sur l'élévation du chiffre de la fibrine. Soit que la phlegmasie donne lieu à une simple hypérémie, soit qu'elle produise le ramollissement ou toute autre altération, le fait constant est l'accroissement de la fibrine.

E. Age de la maladie. — L'augmentation de la fibrine s'observe dès le début des inflammations. Sur 17 cas de pneumonie, M. Andral a noté deux cas arrivés au deuxième jour (fibrine, 4 et 6); deux cas au troisième jour (fibrine, 5 et 7); neuf cas au quatrième jour (fibrine, 5 1/2, 6, 7, 8); un cas au cinquième jour (fibrine, 7); un cas au huitième (fibrine, 9); un cas au dixième (fibrine, 8); un cas au onzième jour (fibrine, 9). Il en est de même pour toute autre phlegmasie; la fibrine augmente donc dès le début.

On peut se demander maintenant si la fibrine augmente avant le début de la phlegmasie, dans le prodrôme. Pendant la fièvre y a-t-il une disposition qui s'effectue à l'avance dans le sang ? La phlegmasie n'éclate-t-elle que lorsqu'il y a trop de fibrine dans le sang? ou est-ce le travail local qui produit l'accroissement de fibrine? Ces questions peuvent être posées mais non résolues dans l'état actuel de la science. Dans deux cas, une saignée fut pratiquée avant le début de la maladie, et il n'y avait pas augmentation de fibrine.

F. Influence de la marche de la maladie sur la fibrine. — Lorsque la maladie augmente, la fibrine augmente également et diminue avec elle; elle en suit absolument toutes les phases. Ainsi dans une pneumonie très intense, dans une première saignée, on trouve en fibrine 8, 9; la maladie augmente: deux autres saignées sont pratiquées, la fibrine est à 10; la résolution commence, et aussitôt elle tombe à 5. Toutes les fois que la maladie présente des alternatives d'exacerbation et de rémission la fibrine augmente ou s'abaisse dans la même proportion. Ainsi dans un rhumatisme articulaire aigu, première saignée, fibrine, 6, 2; la fièvre cesse, les douleurs s'amendent, fibrine, 3, 7; rechute, fibrine, 6; la maladie passe à l'état chronique, retour de la fibrine à l'état normal.

G. Convalescence. — La fibrine reste quelquefois un peu élevée dans la convalescence. Dans les cas ordinaires, elle revient à son chiffre normal. On serait peut être tenté de croire que l'alimentation est la cause qui élève ainsi la fibrine; mais on abandonnera cette idée si l'on réfléchit que la fibrine augmente malgré la diète, et diminue souvent dans la convalescence malgré l'alimentation.

H. Influence des saignées. — La règle est que la fibrine s'élève au-dessus de son chiffre normal, malgré les émissions sanguines, et cela pendant un certain temps; ce qui ne veut pas dire que les saignées ne sont pas utiles, mais qu'elles n'ont pas le pouvoir d'empêcher sur-le-champ la disposition de l'économie à produire de la fibrine.

Augmentation de la fibrine dans la phthisie. — La fibrine aug-

---

DE LA RÉFORME MÉDICALE.

Messieurs,

La nouvelle organisation de la médecine, qui date déjà d'un demi-siècle, laisse, comme vous ne le savez que trop, beaucoup à désirer, malgré les modifications qu'elle a subies à différentes époques. Elle est même encore inférieure, sous plus d'un rapport, à la constitution médicale de l'ancienne monarchie, tant le génie de l'homme, si puissant pour détruire, est inhabile à édifier! tant il lui faut d'années et de siècles pour élever des monumens ou fonder des institutions qu'il renverse en un jour!

Mais est-il juste d'attribuer uniquement les imperfections de la loi actuelle à l'indifférence peu éclairée du gouvernement ? Pour moi, Messieurs, je ne partage pas à cet égard l'opinion de quelques-uns de nos confrères; j'avoue que je ne saurais révoquer en doute la bonne volonté du pouvoir, quand je songe qu'en maintes circonstances il a rassemblé des commissions qui comptaient dans leur sein des célébrités administratives et scientifiques, telles que Chaptal, Cuvier, M. Orfila et plusieurs autres.

Si le concours de ces hautes capacités n'a pas avancé l'œuvre de la réforme médicale autant qu'on avait lieu de l'espérer, il faut en accuser, d'un côté, les événemens politiques, qui ont amené des mutations incessantes parmi les dépositaires du pouvoir; de l'autre, les difficultés inhérentes au sujet lui-même, difficultés plus graves, plus nombreuses qu'on ne se le figure communément.

Il suffit, pour s'en former une idée, de jeter un coup-d'œil sur quelques-uns des objets qui s'y rattachent : ce sont les facultés de médecine et les écoles secondaires, les hôpitaux, les conseils de salubrité, les remèdes secrets, les médecins étrangers, les officiers de santé, etc., etc.

Pensez-vous, Messieurs, qu'une loi qui embrasse tant de ramifications, qui touche à tant d'intérêts, soit aisée à formuler ? Quant à moi, j'ai la conviction que les enfans qui sont à la mamelle auront atteint l'âge viril avant qu'on ait porté la main sur un seul abus, si nous nous obstinons à demander, comme on l'a fait jusqu'ici, un code complet sur la matière.

Voulez-vous obtenir immédiatement quelque amélioration ? Contentons-nous de réclamer celles dont la nécessité et l'urgence sont le plus généralement senties.

Il en est une, Messieurs, dont l'importance domine toutes les autres, une qui est, selon l'expression de notre honorable président, la clé de voûte de la réforme médicale; je veux parler de la suppression des officiers de santé.

Deux opinions diamétralement opposées ont été soutenues sur cette question par des hommes dont le nom fait autorité; mais, quoique l'avis de ceux qui votent la suppression ait obtenu la majorité au sein des commissions académiques et législatives, il est douteux, très douteux que cet avis triomphe devant les chambres.

Je n'ai pas besoin de rappeler ici les raisons qu'on fait valoir en faveur de l'abolition du second ordre de médecins. Nous sommes tous d'accord sur l'opportunité de cette mesure, qui est évidente pour quiconque s'est livré à la pratique de la médecine. Mais voyons sur quels motifs on s'appuie pour la combattre.

mente seulement dans les derniers temps de la tuberculisation du poumon; mais jamais l'accroissement de ses quantités n'est considérable; cependant c'est une chose fort remarquable à voir que cette augmentation de la fibrine, malgré l'imperfection de l'hématose. On est porté à admettre qu'elle dépend de ces phlegmasies partielles si nombreuses qui se développent autour du foyer tuberculeux en fonte.

PRODUITS ACCIDENTELS. — Dans un cas de cancer utérin, la fibrine était à 5, ainsi que dans un cas d'affections cancéreuse de l'estomac. Il y avait 6 en fibrine dans un cas de cancer de l'ovaire; mais les maladies de ce genre, se compliquant souvent de phlegmasies et d'autres altérations, il faudrait un nombre plus considérable de faits pour établir quelque chose de définitif à cet égard.

AUGMENTATION DE LA FIBRINE PENDANT LA GROSSESSE. — Un fait qui a frappé les observateurs de tous les temps est la disposition que présentent les femmes en couches à contracter des phlegmasies purulentes. En s'appuyant sur les observations fournies par la pathologie, il semble assez naturel d'admettre que la fibrine a augmenté chez les nouvelles accouchées, parce que cette fibrine, qui était employée à la nutrition du fœtus, ne recevant plus cette destination, prépare et amène le développement des phlegmasies. Voilà ce que l'on peut supposer d'après les données pathologiques et physiologiques. MM. Andral et Gavarret ont commencé sur ce sujet une série d'expériences, dont voici les premiers résultats.

Les femmes qui ont été saignées aux différentes époques de leur grossesse étaient toutes bien portantes et au nombre de 28. Si l'on divise tout le cours de la grossesse en deux périodes, l'une du premier au sixième mois, la seconde s'étendant jusqu'au neuvième, on trouve dans la première période pour moyenne 2,6 en fibrine; pour minimum 1,9; pour maximum 2,7. Entre le sixième et le septième mois, on trouve 4,2 en fibrine; du septième au huitième 3,1 en fibrine; on revient à la moyenne physiologique. Dans les six premiers mois, on était toujours au-dessous de la moyenne normale. Du septième au neuvième, la fibrine revient à ce qu'elle était entre le sixième et le septième mois. On voit donc qu'il y a simple tendance à l'augmentation de la fibrine, surtout entre le sixième et le septième, d'une part, et de l'autre, entre le huitième et le neuvième mois; ce qui expliquerait la fréquence et la disposition aux phlegmasies. Ces recherches ne sont encore que de simples ébauches, que des travaux ultérieurs viendront corroborer.

Dans le prochain article, j'étudierai les maladies dans lesquelles la quantité de fibrine diminue (hémorragie, congestions, pyrexies.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE LA STRYCHNINE; par A. TOULMOUCHE, docteur-médecin à Rennes, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

Plusieurs mémoires remarquables ayant été publiés, depuis quelque temps, sur l'action de la strychnine comme agent toxique ou thérapeutique, j'ai cherché à vérifier, par des expériences cliniques, ce qu'elle était réellement, mais surtout à bien préciser (ce qui était également important pour la science) à quelle dose pouvait être commencée et ensuite portée l'administration de cet énergique alcaloïde; car c'est ce que cherchera surtout à savoir le médecin-praticien; là est toute l'utilité pour lui.

L'action de la strychnine, dont la découverte date de vingt ans, fut d'abord regardée comme éminemment excitante, parce qu'on la vit provoquer des contractions musculaires tétaniformes, guérir des paralysies qu'on attribuait toujours à la faiblesse, tandis que la plupart, au dire de M. Rognetta (MÉMOIRE SUR LA STRYCHNINE), étaient hypersténiques, telles que celles consécutives à l'apoplexie; aux névralgies prolongées, aux ophthalmies opiniâtres; les cas où, au contraire, elle avait été nuisible étant hyposthéniques ou dépendant d'une faiblesse morbide de l'axe cérébro-spinal. Ce n'est que depuis les expériences concluantes, dont les détails ont été publiés en 1830 par M. Liston; depuis les succès obtenus par M. Rasori, Tomassini et Borda dans le traitement des inflammations des viscères, par le même agent thérapeutique, employé exclusivement; depuis la publication de deux cas graves de myelite, guéris par le même remède, par Giacomini, et d'un traitement identique de rhumatisme aigu; par Portal, de Palerme, et Wiel; depuis son emploi avantageux, indiqué par Brera, dans les excitations cérébrales, et par Macarney contre l'apoplexie, les encéphalites, et, plus récemment, contre les amauroses et les paraplégies hypersténiques, qu'on a commencé à en mieux apprécier l'action.

Tout porte à croire, si l'on en croit quelques auteurs modernes, que cette dernière est hyposthénisante dans ses effets, puisqu'on trouve, suivant eux, le cœur vide et flasque après la mort, les viscères abdominaux et les gros vaisseaux exsangues; la moelle ramollie, mais sans trace d'inflammation ou de congestion active, comme on l'observe chez l'homme ou les animaux morts de la morsure de serpens venimeux, ou de pertes abondantes, et que, pendant la vie, on remarque de la pâleur, de la faiblesse, de l'aphonie, de l'amaurose; et si la strychnine a été donnée à plus petites doses, de l'abaissement dans le pouls, de l'anxiété, des tremblemens, des vertiges, des sueurs froides, des vomissemens.

J'avoue n'avoir pas rencontré ces derniers symptômes, mais des fourmillemens, une tendance congestionnaire des vaisseaux de la tête, des inquiétudes, de la rigidité dans les muscles des jambes, tantôt sans ou avec des douleurs, comparées par les malades à des crampes, et, en outre, des secousses de temps en temps.

Un symptôme qui m'a frappé (obs. 2 de ce travail, dans laquelle la dose de la strychnine ne fut portée qu'à 81 milligr., et qui cependant détermina des accidens graves, qui ne tardèrent pas à être suivis de la mort) fut le renouvellement des convulsions tétaniformes au moindre mouvement qu'on imprimait au patient, ou même à l'action d'approcher de lui.

J'ajouterai que H. Stannius a eu occasion de constater le même phénomène dans des expériences qu'il faisait sur des grenouilles avec la strychnine. Il observa que le plus léger choc de la table, le moindre contact, ou même la vibration de l'air ébranlé, reproduisaient à l'instant même des convulsions tétaniques énergiques. Il appliqua le poison sur la moelle épinière elle-même, mais sans résultat. Le sang en est donc le véhicule obligé pour que l'action toxique se porte sur celle-ci.

Si vous supprimez les officiers de santé, disent les adversaires de cette mesure, vous n'aurez plus de médecins pour cette classe si nombreuse et si intéressante de la population qui vit disséminée dans les campagnes. A des malades pauvres et répandus sur de vastes surfaces, il faut des praticiens modestes, que toutes leurs habitudes aient rendus peu exigeans des avantages pécuniaires et des douceurs de la vie. Jamais, quoi qu'on fasse, on ne déterminera les habiles médecins de nos cités à se fixer dans des communes rurales, où ils ne trouveraient ni la juste récompense de leurs longs travaux, ni les relations sociales, dont une éducation soignée et des connaissances étendues leur ont fait un besoin. Enfin, il y aurait plus que de la hardiesse à priver entièrement les habitans des campagnes de cet ordre de praticiens inférieurs auxquels ils sont habitués, et dont la manière de vivre se rapproche de la leur.

Messieurs, cette argumentation, quelque faible qu'elle vous paraisse, obtiendra bien plus de crédit devant nos assemblées législatives que les raisons très solides qu'on peut lui opposer; car, il faut en convenir, nous n'avons peut-être pas dans ces assemblées un seul homme possédant des connaissances spéciales sur la pratique de la médecine et en état de les faire valoir.

Dans une telle conjoncture, il ne s'agit point de rechercher ce qui serait le mieux, mais d'obtenir quelque chose de moins mauvais que l'état actuel. Ne pouvant détruire l'abus, nous devons nous efforcer de l'atténuer; en conséquence, j'ai l'honneur de vous soumettre la proposition suivante : « *Adresser à M. le ministre de l'instruction publique une pétition collective, tendant à provoquer une disposition de loi qui interdirait aux officiers de santé la résidence des localités dont la population excède deux mille âmes.* »

Par cette sage disposition, on débarrasserait peu à peu les grandes villes de cette nuée de praticiens subalternes, qui, de l'aveu de tout le monde, y sont une vraie superfétation. On les reléguerait dans les campagnes, pour lesquelles ils ont été créés et en faveur desquelles on demande leur maintien, et plus tard on arriverait sans secousse à l'abolition complète de cet ordre de médecins, quand sortirait enfin la loi qui nous est promise depuis tant de temps, et que l'on réserve sans doute pour nos petits neveux.

L'on nous objectera peut-être que jusqu'ici l'autorité s'est fort peu inquiétée de nos doléances; mais à cela je répondrai que jamais nous n'avons agi d'un commun accord; ensuite que nous avons demandé trop de choses à la fois; enfin, que nous avons toujours manqué de persévérance.

Cherchons, Messieurs, dans le passé des leçons de conduite, non des motifs de découragement. Il serait honteux pour nous de rester dans l'inaction, tandis que les membres d'une profession voisine de la nôtre nous offrent l'exemple du zèle pour la défense de leurs intérêts communs. Sortons d'un isolement qui nous est funeste. Réunissons-nous pour faire entendre de justes réclamations; ne demandons que des réformes nécessaires, urgentes, dans l'intérêt du public plus encore que dans le nôtre; surtout, Messieurs, ne nous lassons pas de les demander.

A ces conditions, le succès n'est pas douteux. Mais que nos efforts soient couronnés ou non, ils ne peuvent que nous honorer aux yeux de nos confrères de toute la France, car ils leur prouveront au moins que *l'association des médecins de Paris* s'occupe avec persévérance des moyens d'améliorer notre profession.

3° PARTIE ADMINISTRATIVE. — Vous le savez, Messieurs, encore que notre as-

Quant aux contractions tétaniformes, dépendent-elles de la stase passive du sang veineux, ou d'exhalation séreuse, comprimant ou irritant les centres nerveux, ou plutôt d'un accroissement de sensibilité ou vive irritation de la moelle épinière, suivie ou non de son ramollissement, qui la fait réagir ensuite sur les muscles volontaires? Des expériences cliniques, mais surtout des observations nécroscopiques minutieuses, sont encore nécessaires pour lever les doutes à cet égard.

Si l'on en croit les résultats des essais faits sur les animaux vivans par MM. Pelletier, Caventou, Cremer (de Bonn), et Giacomini, la mort arriverait plus vite lorsqu'on joint la strychnine à des substances contre-stimulantes, telles que les acides, et serait, au contraire, retardée, si on l'associe à une forte quantité de stimulans, tels que l'alcool, l'ammoniaque, l'opium; d'où la conséquence de ne jamais recourir à la saignée dans les cas d'empoisonnement, mais de prescrire des stimulans énergiques. Il y a ici une lacune à combler. Il serait nécessaire que de nouveaux expérimentateurs tentassent sur des chiens empoisonnés par la noix vomique, de neutraliser l'action du poison par des médicamens de cette classe, et précisassent les doses auxquelles il y aurait en succès ou insuccès.

On voit que, comme dans les sciences d'observation, chaque essai en exige d'autres, comme complémentaires, et que de travaux entraîne le moindre point à éclaircir. Qu'on s'étonne, d'après cela, de la lenteur séculaire avec laquelle s'élève l'édifice d'une aussi vaste science que celle de la médecine : y apporter de temps en temps une pierre pour y être ajoutée est donc bien mériter de cet art.

J'ai cherché à rapprocher les symptômes observés chez les animaux, dans le cas d'empoisonnement consistant dans des mouvemens convulsifs, une sorte d'asphyxie ou insensibilité, qui permet de les piquer, brûler, et même amputer, sans qu'ils donnent le moindre signe de douleur, de ceux éprouvés par l'homme dans le même cas, qui sont, suivant les auteurs modernes, des tremblemens de tout le corps, des mouvemens convulsifs douloureux dans les membres, des sueurs froides et abondantes, une sorte de stupéfaction et d'insensibilité générale, de la faiblesse, de la paralysie, de la cécité et la mort en quelques heures. J'avoue n'avoir pas observé des symptômes identiques. En effet, dans le seul cas que je cite dans ce travail, l'invasion des convulsions fut brusque. Loin qu'il y eût stupéfaction et insensibilité, il y eut des cris, des appels continuels aux personnes, des frayeurs, des douleurs aiguës, de l'opisthotonos, de la difficulté à avaler, des trismus, une soif ardente, une fièvre vive, des convulsions des muscles du visage, de ceux des yeux et du pharynx, avec renouvellement de celles-ci aux moindres mouvemens, des souffrances vives, dont le siége était le pli des aînes et la partie antérieure des cuisses.

Tout cet appareil de symptômes dénotait plutôt une action fortement irritante du poison sur le cervelet et la moelle épinière, qu'un effet hyposthénisant, à moins qu'on ne l'attribue (ce qui pourrait être) aux effets du ramollissement de la portion de substance cérébrale qui formait les parois de l'épanchement sanguin. D'autres faits seraient nécessaires pour dissiper l'incertitude à cet égard. Doit-on, dès-lors, accepter comme incontestable l'opinion de M. Bognetta (GAZETTE DES HÔPITAUX, janvier 1839) : que lorsque la strychnine a eu de bons effets dans les paralysies, c'est qu'elles étaient hypérémiques, et que dans les trente-deux cas de guérisons publiés par Bardsley, il s'agissait toujours d'individus forts, pléthoriques, ayant eu des attaques d'apoplexie, des blessures, des rhumatismes ou des myélites, et de personnes dans le même cas, dans deux de Stockes et de M. Pétrequin, bien que ces auteurs les eussent, par erreur, diagnostiqués autrement. Je pense que de nouvelles observations sont encore à désirer pour obtenir toute certitude.

Les faits que je citerai dans ce mémoire auront l'utilité de rendre moins exclusif sur les véritables effets thérapeutiques de la strychnine, en même temps qu'ils éclaireront les praticiens sur les doses qu'il y a prudence à ne pas dépasser, et celles primitives par lesquelles il faut en commencer l'administration. Ils confirmeront en outre les remarques de son peu d'utilité, faites par MM. Bretonneau et Fouquier dans les hémiplégies dépendant d'une lésion du cerveau par MM. Duméril, Husson et Deslandes, dans la paraplégie.

Ce seront des matériaux ou pierres d'attente que des observations ultérieures et complémentaires permettront d'utiliser plus tard, pour faire apprécier d'une manière plus nette, et les effets toxiques de la strychnine sur le corps de l'homme, et ceux thérapeutiques de la même substance, convenablement administrés. Ils serviront à faire connaître un effet physiologique sur lequel il est nécessaire de fixer l'attention des pathologistes. Je veux parler d'une sorte de saturation de tout l'organisme par cet agent médicinal si actif, laquelle fait qu'alors une dose, même minime, de ce dernier, suscite des accidens graves, en renouvelant ceux qui avaient déjà dénoté une action trop énergique.

PARAPLÉGIE PROVENANT D'UNE LÉSION DES ENVELOPPES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, COMPLIQUÉE D'OEDÈME PARTIEL DU POUMON DROIT, DE LA PRÉSENCE DE TUBERCULES ET D'UN FONGUS ÉRECTILE DÉVELOPPÉ DANS LE FOIE.

OBS. I. — Legendre, âgé de 39 ans, d'une constitution assez forte, éprouva à plusieurs reprises, quinze jours avant l'époque à laquelle je fus appelé, une sorte d'hésitation dans les mouvemens des extrémités inférieures, qui donnait à sa démarche l'apparence de celle d'un homme ivre. Quelques jours dissipèrent l'étrangeté de cette anomalie de la progression.

Le 10 mars 1833, il ne marchait qu'irrégulièrement. La volonté semblait ne pouvoir maîtriser et régulariser les mouvemens des jambes. Il chancelait ou faisait des pas d'une manière saccadée. Les menaces de chute devenaient telles, lorsqu'il voulait s'arrêter, qu'il fût infailliblement tombé chaque fois s'il n'eût été soutenu. Cet homme éprouvait, dans ces momens, une sensation qu'il exprimait, en disant *qu'il lui semblait que les jambes venaient tout à coup à manquer sous lui.* Sa démarche avait quelque chose de convulsif, de saccade, analogue à ce qu'on observe dans les névroses des muscles volontaires qui servent à la progression. Les bras ne participaient pas à ce genre de lésion.

Le malade ne se plaignait d'aucune douleur le long de l'épine dorsale ou à la tête. L'appétit était bon. Une fois qu'il était couché, on ne remarquait plus les anomalies décrites ci-dessus. Je diagnostiquai : maladie de la moelle épinière ou de ses enveloppes, sans pouvoir en déterminer la nature.

27 mars. Prescription d'une application de 15 sangsues de chaque côté de la colonne vertébrale, d'une infusion d'arnica de pédiluves synapisés.

Le lendemain, nul changement.

Les jours suivans, je fis prendre 27 milligrammes de strychnine, en quatre pilules, dont une toutes les trois heures.

1er avril. Je portai la dose à 54 milligrammes; le lendemain à 81 milligrammes. Il semblait au patient qu'après les pédiluves les mouvemens étaient encore plus difficiles.

6. Impossibilité d'uriner depuis deux heures la veille. Nulle tension du ventre. (Suppression des bains de pieds; eau d'orge nitrée; administration de 81 milligrammes de strychnine.)

7. Legendre en prit 109 en quatre pilules, dans la journée. Vers le soir, rai-

---

sociation compte aujourd'hui près de huit années d'existence; elle n'a point eu jusqu'ici la sanction légale de l'autorité. Tolérée seulement par l'administration, elle a pu néanmoins faire tout le bien compatible avec ses moyens, obtenir même auprès des autorités judiciaires et administratives une sorte d'influence morale, qui a déjà amené quelques bons résultats, se montrer enfin dans toutes les circonstances où l'honneur de notre profession pouvait être intéressé. En dernier lieu, elle a dû au zèle et à la prévoyance de son président d'être représentée par un de ses membres (M. le docteur Perdrix) à la cérémonie de l'inauguration du monument national élevé à la mémoire d'Ambroise Paré, cérémonie qui a eu lieu le mercredi 29 juillet dernier dans la ville de Laval.

Je crois devoir extraire de la notice publiée à cette occasion, notice qui a été déposée dans nos archives par les soins de notre président, le passage qui nous concerne; voici ce passage :

« Après M. Pariset, M. le docteur Perdrix, délégué de l'association des médecins de Paris, prononce ces paroles :

« J'éprouve, en commençant, le besoin de vous remercier d'avoir pensé à moi, votre compatriote, qui, pour ne pas vivre au milieu de vous, n'en conserve pas moins l'attachement le plus sincère pour Laval, ma patrie.

» J'allais répondre avec empressement et bonheur à l'invitation que m'avait adressée l'honorable magistrat qui, s'unissant à vous, n'a cessé depuis longtemps de donner toute sa sollicitude à l'exécution et à l'accomplissement de l'œuvre que vous couronnez aujourd'hui. J'allais quitter Paris lorsqu'une mission qui m'honore m'est arrivée. Le président de l'association des médecins de Paris, M. Orfila, doyen de l'école de médecine, m'a prié de représenter, à la solennité de ce jour, le corps médical de Paris, et de vous exprimer les sentimens dont il est animé; ces sentimens, Messieurs, se retrouvent dans la lettre pleine de dignité et d'élévation que m'a adressée M. Orfila. Permettez-moi de vous en donner communication; je ne saurais ni mieux faire ni mieux dire :

« Monsieur et cher confrère,

» J'ai appris que vous deviez partir incessamment pour Laval, votre patrie, et que vous deviez assister à l'inauguration du monument élevé à la mémoire d'Ambroise Paré, de cette grande illustration chirurgicale. Le corps médical de la Mayenne paiera, je n'en doute pas, un juste tribut d'éloges à l'illustre chirurgien dont les œuvres feront l'admiration de la postérité la plus reculée. Vous savez que l'Académie royale de médecine, par la voix puissante de son secrétaire perpétuel, redira avec éloquence au monde entier quelle fut la portée de l'esprit et des talens du héros de la fête. J'ai pensé, monsieur, qu'il serait honorable pour l'association des médecins de Paris dont vous faites partie de prendre part à cette solennité et d'exprimer, en présence d'une image que chacun vénère, combien elle est heureuse et fière de proclamer sa reconnaissance pour le maître habile dont les leçons ont le rare mérite de plaire en instruisant. Je viens, en conséquence, vous prier de vouloir bien être l'interprète de notre association; votre tâche sera facile à remplir, parce que vous êtes animé des mêmes sentimens que nous, et vous serez parfaitement accueilli lorsque vous direz que les médecins de Paris tiennent à honneur de rendre un hommage public aux éminentes qualités morales et scientifiques de l'auteur des œuvres chirurgicales.

deur tétanique dans les jambes et les cuisses; rétention d'urine; nulle céphalalgie, ni crampes ou douleurs dans les muscles contractés.

8. Je fis lever de force le malade. Les membres supérieurs étaient flexibles, leurs mouvemens faciles, volontaires; tandis que les extrémités inférieures étaient raides, tendues, inflexibles. Le malade, posé sur elles, perdait de suite le centre de gravité, et tombait, en sorte qu'il était obligé de leur donner double point d'appui. Suppression des urines. (Potion purgative, eau d'orge nitrée, un bain entier.)

9. Raideur des jambes moindre. La médecine ne produisit qu'une évacuation. Legendre, au sortir du bain, eut un peu de fièvre. (Tisane laxative, cataplasme de pariétaire sur le ventre, synapismes volans.) Le malade urina un peu plus.

10. Extrémités inférieures plus souples, mais toujours aussi impuissantes à exécuter les moindres mouvemens, difficulté à uriner. (Tisane laxative, infusion d'arnica, un moxa de chaque côté de l'épine dorsale.)

Depuis cette époque, on administra la teinture de cantharides, sous l'influence de laquelle la difficulté de l'excrétion urinaire cessa. On avait commencé par 8 gouttes, et augmenté progressivement les doses jusqu'à 6 grammes. Arrivé à cette quantité, qui fut continuée pendant cinq à six jours, il survint de la sensibilité à l'épigastre, perte de l'appétit, un état pâteux de la bouche, signes d'une légère irritation gastrique qui diminua promptement par la suppression du remède, l'application de cataplasmes émolliens à l'épigastre et l'administration de l'eau gommeuse. Jamais on n'observa, durant l'emploi de la teinture de cantharides, la moindre érection ou chaleur au col de la vessie.

28 avril. La paralysie des extrémités inférieures étant toujours la même, je fis appliquer un vésicatoire très allongé de chaque côté de la colonne vertébrale, dans toute la longueur de la région lombaire, et d'une partie de la dorsale. Le rectum partageait la lésion ci-dessus. Legendre restait des cinq à sept jours sans évacuer. On ne procurait la défécation que par l'usage de drastiques ou de lavemens purgatifs énergiques.

Durant le mois de mai, on essaya successivement et tout aussi inutilement des moxas le long des lombes, puis les vésicatoires vis-à-vis l'origine de chaque nerf sciatique. Le malade maigrissait sensiblement, l'appétit se perdait. Il ne lui fut bientôt plus possible de manger au-delà du quart. La constipation persistait avec opiniâtreté. En outre, la vessie était frappée de paralysie. Legendre n'urinait que par regorgement. Il fallait avoir recours au cathétérisme tous les deux ou trois jours.

On cessa toute médication énergique, par suite de l'inutilité des précédentes. On se borna à prescrire le régime alimentaire, et à faciliter, autant qu'on le put, les fonctions du ventre et de la vessie; l'amaigrissement continua. Le patient affirmait néanmoins que, sans ses jambes, il serait parfaitement bien.

16 mai. Je lui trouvai, à ma visite, de la fièvre. Le pouls donnant 118 pulsations par minute, la peau était brûlante. L'altération n'était pas en rapport avec cet état. Il n'y avait pas de céphalalgie.

Les jours suivans, la fièvre continua, mais moindre, ainsi que la chaleur de la peau.

20. Cessation de la fièvre. (Prescription de 54 milligrammes de strychnine en deux demi lavemens.) Ils ne furent pas gardés et ne produisirent aucun effet. Il en fut de même des suivans qui furent administrés, et qui n'agirent que le 22, où l'on remarqua les muscles du ventre tendus comme des cordes, des secousses brusques dans les extrémités inférieures, avec persistance de temps en temps des contractions musculaires. Le gardien était obligé d'étendre de force les membres. Du reste, Legendre n'accusait aucune douleur forte au cervelet, soit le long de la moelle épinière.

8 juin. Le malade eut une fièvre intense avec frisson, qui dura trente-six heures, et céda à 977 milligrammes de sulfate de quinine, qu'on continua à doses décroissantes pendant quelques jours. L'amaigrissement faisait des progrès. La peau qui recouvre les trochanters était d'un rouge violâtre et menaçait de se gangréner : surdité, tégumens secs et séreux.

19. Maigreur effrayante, expression de figure de singe, contractions brusques, douloureuses et comme galvaniques des extrémités inférieures, qui se fléchissent incessamment, de manière à ce que les talons touchent les fesses. Ulcérations au sacrum. (Un quart de riz; vin, 2 décilitres, et limonade.)

Depuis cette époque, Legendre s'affaiblit de plus en plus. Cependant, chaque matin il prétendait être mieux, et ne répondait à toute question à cet égard que par ces mots : *Je me comporte mieux* ou *bien*. Les escarres, vis-à-vis les trochanters, avaient augmenté. Une potion opiacée, qu'on donnait le soir, semblait apporter quelque soulagement et diminuer les secousses convulsives des membres inférieurs.

Ce malheureux expira le 27 à quatre heures du matin.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE 24 HEURES APRÈS LA MORT. — HABITUDE EXTÉRIEURE. Maigreur prononcée, œdème des jambes, escarre superficielle et large vis-à-vis le sacrum. On en remarquait une seconde moins grande, mais ronde et plus profonde sur la saillie du grand trochanter droit. La peau était, au pourtour, découpée et décollée. Enfin, une troisième, beaucoup plus petite et ronde vis-à-vis l'autre. Le fond de chacune était formé par un tissu cellulaire rouge et molasse.

La colonne vertébrale offrait à peine une incurvation peu sensible vers le milieu de la région dorsale.

TÊTE. Les tégumens étaient minces, exsangues; les os de la tête assez épais. Lorsqu'on détacha la calotte, il s'écoula, des vaisseaux de la partie postérieure des méninges, une certaine quantité de sang. La dure-mère enlevée, il pénétrait un peu de sérosité limpide provenant de la cavité arachnoïdienne; le cerveau était très ferme, sa substance blanche peu sablée, les ventricules occupés par la quantité ordinaire de liquide limpide, les couches optiques, la protubérance et les pédoncules du même organe sains. Il en était de même du cervelet. Il s'écoula par le canal vertébral beaucoup de sérosité d'un aspect blanchâtre.

CANAL RACHIDIEN ET MOELLE ÉPINIÈRE. Après avoir ouvert le canal spinal dans toute sa longueur et avec toutes les précautions convenables, je constatai que la portion cervicale et celle lombaire des enveloppes de la moelle épinière étaient dans l'état normal, mais que le tiers supérieur de la dorsale était, dans l'étendue de 95 millim., ramolli, tuméfié, converti en un tissu d'un blanc un peu jaunâtre, mollasse, diffluent, presque liquide dans quelques endroits, et de l'épaisseur de 2 à 5 millimètres. L'altération s'étendait aux portions qui enveloppent l'origine des nerfs intercostaux, lesquelles formaient là des espèces de tubercules peu durs qui devaient les comprimer. L'un d'eux contenait un véritable pus. Cette dégénération semblait être comme tuberculeuse. Elle était d'autant moins avancée qu'on l'examinait plus profondément.

On écrasait facilement ce tissu morbide entre les doigts. Il était plus rougeâtre inférieurement et intimement adhérent à la surface externe de la portion lisse de dure-mère qui protégeait la moëlle, laquelle était là finement injectée et un peu plus rouge que dans le reste de la même membrane. Les portions de l'enveloppe commune qui aboutissaient à l'endroit lésé étaient plus injectées et plus colorées que partout ailleurs. Toute la partie inférieure de la cavité qu'elles forment était distendue au-dessous de l'altération par une sérosité limpide, abondante; tandis qu'on en remarquait beaucoup moins dans la portion au-dessus; ce qui pouvait dépendre aussi de ce qu'elle s'était écoulée par le trou occipital.

La moëlle épinière était parfaitement saine, seulement les vaisseaux qui rampent à sa partie postérieure, étaient beaucoup plus injectés que de coutume, à partir de la lésion décrite et inférieurement à cette dernière, tandis que la portion supérieure tranchait sur celle-ci par sa pâleur; son tissu était généralement ferme et dans l'état normal.

THORAX. — Le côté gauche de la poitrine contenait à peu près 5 décilitres de sérosité jaunâtre. Le poumon correspondant était, dans ses trois quarts supérieurs, atteint d'œdème caractérisé par un tissu grisâtre, infiltré d'une énorme quantité de sérosité un peu spumeuse, qui s'en écoulait abondamment à la section et qui lui donnait une sorte de de demi-transparence et lui ôtait la faculté de crépiter à la pression. Le sommet du lobe supérieur était infiltré de tubercules gris, isolés et de la grosseur d'un grain de chenevis. L'inférieur était plus crépitant ainsi que la partie antérieure du précédent; cependant il en ruisselait encore un peu de sérosité spumeuse. Le poumon droit offrait des adhérences de presque toute sa surface; le tissu de son lobe supérieur était crépitant, très légèrement

---

» Agréez, monsieur et cher confrère, l'assurance de ma considération distinguée.

» ORFILA,

« *Président de l'association des médecins* » *de Paris.* »

» Ici, Messieurs, je devrais m'arrêter, heureux d'avoir rempli la tâche qui m'était confiée.

» La voix du secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine s'est fait entendre! Puissance de l'éloquence, profondeur de la pensée, prestige de l'esprit, tout en lui vous a séduit. Je vous vois encore palpitans d'émotion et d'admiration; et moi aussi, Messieurs, tout accoutumé que je suis au charme de sa poétique imagination qui sait embellir jusqu'au langage sévère de la science et de l'histoire, j'hésite à continuer, et pourtant je me laisse entraîner par le désir de vous parler encore d'Ambroise Paré!

» Qui ne se sentirait animé d'un véritable et noble orgueil en pensant qu'il semblait être réservé à notre époque d'évoquer l'ombre d'Ambroise Paré et de le traduire, pour ainsi dire, vivant aux yeux étonnés et satisfaits de la génération présente?

« Près de trois siècles se sont écoulés, une ère nouvelle a commencé, et tout-à-coup des souvenirs se réveillent. La ville de Laval se rappelle qu'elle a été le berceau d'Ambroise Paré; elle cherche avec émotion le nom et l'image du bienfaiteur dont elle dota la France, mais elle les cherche en vain; elle veut réparer cet oubli, et déjà elle a marqué la place où doit revivre son Ambroise Paré! Elle associe la France entière à son heureuse inspiration; et voilà qu'un généreux artiste, grand par le génie comme par le caractère, sondant la profondeur de trois siècles, en fait sortir le grand chirurgien, lui donne la pensée et l'action, et vous le montre tel qu'il apparaissait lui-même, à la fin du seizième siècle, imposant de sévérité et laissant deviner une âme héroïque et virile dans un corps octogénaire!

» Ici, Messieurs, qu'est-il besoin de vous retracer la vie d'Ambroise Paré? Qui ne sait que, sorti des rangs du peuple, il s'est élevé par son mérite au plus haut degré qu'un homme puisse atteindre; car, s'il est vrai de dire que le premier de tous est celui qui rend le plus de services à l'humanité, certes Ambroise Paré a brillé en première ligne.

» Mais aujourd'hui, Messieurs, vous ne rendez pas seulement hommage à l'illustre chirurgien que les rois de France, ainsi qu'on l'a dit heureusement, se léguèrent l'un à l'autre comme la partie la plus précieuse de leur héritage. Ambroise Paré ne fut pas seulement un habile et intrépide chirurgien dont la présence sur les champs de bataille suffisait pour relever le courage abattu de nos guerriers; Ambroise Paré ne fut pas seulement courageux au milieu des dangers, stoïque dans la souffrance, inflexible dans les fers, consciencieux dans ses actions, modeste dans ses succès. Ambroise Paré fut, par dessus tout, un homme de bien, et sa vertu fut un des plus beaux fleurons de sa couronne.

» Vous ne voulez pas, Messieurs, que je cite à ce moment tous les traits d'une aussi noble vie; tant d'autres l'ont déjà fait avant moi, avant et depuis moi! Mais il en est un qui a jeté un dernier éclat sur ses derniers jours, et que j'aime à pla-

infiltré de sérosité rougeâtre, spumeuse et malgré cela d'une teinte normale. Tandis que celui de l'inférieur tranchait fortement par sa couleur d'un rouge vif de carmin et sa crépitation. La muqueuse qui tapisse les tuyaux branchiques était rouge, finement injectée et légèrement tuméfiée.

La cavité du péricarde renfermait à peu près 63 grammes de sérosité jaunâtre. Le cœur était bien proportionné, le ventricule droit peu vaste, à parois fermes et d'épaisseur normale; il contenait une concrétion polypiformede formation récente, qui s'introduisait jusque dans l'artère pulmonaire. L'oreillette n'offrit rien de particulier, le gauche avait ses parois fermées, jaunâtres, de 13 millimètres d'épaisseur. Il était occupé par des caillots de sang noir; l'oreillette du même côté ainsi que l'aorte étaient sains.

ABDOMEN. — Il existait un peu de sérosité dans la cavité peritonéale, l'œsophage était dans l'état normal ainsi que l'estomac qui renfermait encore des portions d'alimens nageant dans un liquide trouble, jaunâtre. La membrane muqueuse des intestins-grêles était saine. Le jéjunum était occupé par un liquide jaune, grumeleux qui devaient plus épais et verdâtre dans l'iléon; ce dernier offrait à peu près 975 millimètres avant son insertion au cœcum, une injection fine avec rougeur de la muqueuse, dans l'étendue de 325 millimètres.

Le cœcum contenait des matières fécales d'un vert brunâtre; le colon, çà et là distendu par des gaz, était comme contracté par endroits sur de nombreux magdaléons, d'autant plus durs et plus globuleux qu'on les examinait plus près du rectum. Ils étaient enveloppés d'une couche de mucus blanc et épais. La surface interne de tout le gros intestin était saine.

Le pancréas et les glandes du mésentère n'offrirent rien d'extraordinaire. La rate, de volume naturel, était formée d'un tissu rougeâtre, pâle, s'écrasant et se liquéfiant presque sous la pression des doigts en une substance diffluente et d'un rouge sale.

Le foie avait sa grosseur ordinaire, son tissu était sain, mais on remarquait à la face supérieure et antérieure de son lobe droit une tache noire, faisant un très léger relief à sa surface, formée d'un tissu rouge, noir, spongieux, analogue à celui des corps caverneux, imbibé, comme une éponge, de sang liquide qu'on en faisait couler par la pression et qu'on ramenait par cette opération à un tissu cellulaire à mailles lâches, allongées, pâle, blanchâtre, flasque et exsangue, tandis qu'avant sa couleur noire tranchait vivement sur celle du foie. Cette tumeur était enveloppée d'une membrane propre qui permettait de l'isoler facilement du parenchyme de ce dernier organe. Au point de contact, ses vaisseaux avaient été aplatis et comme vidés de sang par la pression du fongus, en sorte qu'ils apparaissaient sous la forme de filamens irréguliers, blanchâtres, formant des espèces de losanges. La vésicule renfermait une bile jaune et filante.

APPAREIL URINAIRE. — Les reins étaient de volume ordinaire, les deux substances presque exsangues, le corticale avait une teinte bleue pâle qui se fondait insensiblement avec la couleur rouge de la tubuleuse. La vessie avait des parois fermes, sa membrane muqueuse était épaissie, comme rugueuse et piquetée de rouge vif; sa musculeuse était hypertrophiée, convertie en un tissu blanchâtre, homogène; sa cavité contenait une certaine quantité d'urine jaune et trouble.

Dans cette observation, les premiers symptômes qui se développèrent durent être attribués à la lésion de quelque point de la moëlle épinière, qu'on pouvait tout aussi bien soupçonner être une irritation de celle-ci qu'une compression. Ce ne fut que plus tard, lorsque la paraplégie devint complète, que l'absence de toute douleur, soit dans la région du cervelet, soit dans celle spinale, de toute fièvre, l'affirmation qu'aucune chute n'avait été faite, et que l'examen scrupuleux de tous les points du rachis eut éloigné l'idée d'une désorganisation phlegmasique de l'organe médullaire lui-même, que je m'arrêtai à la pensée de la compression de quelque partie de ce dernier, par suite du développement d'une altération de ses membranes d'enveloppe.

Mais comment s'expliquer la paralysie bornée aux extrémités inférieures, à la vessie et au rectum, lorsque la lésion avait lieu vers un endroit aussi élevé de la moëlle épinière que le tiers supérieur de la région dorsale? comment la compression de l'origine des nerfs intercostaux n'avait-elle pas produit plutôt de la gêne dans la respiration et l'asphyxie?

Il est difficile de répondre d'une manière satisfaisante à ces diverses questions, à moins de supposer qu'un très petit nombre seulement des nerfs intercostaux se trouvât comprimé et que la plupart d'entre eux ne l'étaient pas, protégés qu'ils sont, dès leur naissance, par les parois des ouvertures de la base des apophyses transverses des vertèbres qui les recouvrent immédiatement à leur sortie; tandis qu'au contraire les nerfs qui naissent de la moëlle épinière, qui s'en séparent dans la région lombaire pour former les sciatiques, les sacrés et autres qui se distribuent au rectum, à la vessie, etc., et qui marchent dans une direction bien plus oblique et presque parallèle, durent ressentir beaucoup plus fortement les effets de la compression de la portion de moëlle épinière située au-dessous de la lésion directe. Ces nerfs, en effet, parcourent un trajet de plusieurs pouces, depuis leur insertion à la moëlle jusqu'au trou inter-vertébral qui les transmet au dehors, et remontent même souvent jusqu'à la hauteur de la neuvième ou dixième vertèbre dorsale, d'où résulte que dans les lésions de l'organe spiral au dessous de leur origine, plusieurs d'entre eux qui se rendent aux membres inférieurs peuvent encore leur faire exécuter quelques mouvemens volontaires, par suite de la continuité de quelques uns d'eux avec la portion rachidienne qui communique encore avec le cerveau, tandis que dans l'espèce actuelle, la compression qui avait lieu vers le tiers supérieur de la région dorsale dut agir immédiatement au-dessus de leur origine, et entraîner la paralysie des mêmes parties.

Cet exemple est encore d'un vif intérêt, en ce qu'il démontre que la dépression graduelle de ce puissant agent de la sensibilité et de la motilité peut avoir lieu sans douleur appréciable, sans altérer et anéantir la vie, comme toute compression un peu forte et brusque du même organe.

Il n'est pas moins curieux sous le rapport de l'anatomie pathologique, en ce que beaucoup plus de faits ont été publiés sur les altérations de la moëlle épinière elle-même, que sur celles isolées de ses enveloppes. En effet, deux seuls cas cités dans l'ouvrage de M. Ollivier, d'Angers, sur ces affections, ont de l'analogie avec le fait en question. L'un (sa 98e observation), dans lequel un nommé Gautier, tourneur, âgé de 21 ans et adonné à la masturbation depuis son enfance, offrit des symptômes de myélite et de meningite rachidienne, précédés de phénomènes qui annonçaient un anévrisme des cavités gauches du cœur, accompagné de paralysie du mouvement avec conservation de la sensibilité dans les membres inférieurs et qui mourut au bout de six mois. A l'ouverture du cadavre, il, vit dans l'étendue du corps de la troisième vertèbre dorsale à celui de la cinquième cervicale, la dure-mère dégénérée en une masse inégale, d'un jaune verdâtre, ayant la consistance de tubercules pulmonaires non ramollis, bornée à la moitié antérieure de l'enveloppe fibreuse au lieu de sa postérieure, comme dans le cas que j'ai cité, et appliquée contre la moelle épinière, atteinte dans le point correspondant de myélite.

L'autre, d'un doreur atteint de gonflement de l'anus de la seconde vertèbre cervicale, qui avait comprimé légèrement la moelle épinière, avait produit l'insensibilité d'une partie du tronc et des membres, sans altération des fonctions de la vessie et du rectum, qui trois ans après fut

---

cer ici comme le complément de ce que j'éprouvais le besoin de vous dire: une de nos illustrations scientifiques et littéraires, brillante lumière qui vient de s'éteindre, le baron Richerand, professeur à l'école de médecine de Paris, s'était toujours montré grand admirateur d'Ambroise Paré; non content d'avoir cité presque à chaque page de ses écrits les préceptes du père de la chirurgie, il voulut encore, quelques mois avant de nous quitter pour toujours, rendre un dernier hommage à cet homme de bien! Il vint au sein de l'Académie de médecine et demanda à lire une page remarquable d'un historien contemporain d'Ambroise Paré (Pierre de l'Estoile), dont aucun de ses biographes, disait-il, ne paraissait avoir eu connaissance.

» Ecoutez, Messieurs, le récit véridique de l'historien de ces temps de fureur et d'anarchie, pendant lesquels Ambroise Paré conservait tout son courage, et les sublimes réflexions du professeur Richerand.

» Le jeudi 20 de décembre 1590, dit Pierre de l'Estoile, mourut en sa maison maître Ambroise Paré, chirurgien et conseiller du roy, âgé de 80 ans, homme docte et des premiers de son art, qui, nonobstant les temps, auait toujours parlé et parlait librement pour la paix et pour le bien du peuple; ce qui le faisait autant aimer des bons, comme mal uouloir des méchans, le nombre desquels surpassait de beaucoup l'autre, principalement à Paris, où les mutins auaient toute l'autorité, nonobstant lesquels ce bonhomme, se fiant possible à ses uieux ans, comme Solon, ne laissait à leur dire la uérité. Et me souuiens qu'enuiron huict à dix jours au plus auant la leuée du siege, M. de Lyon, un des chefs de la ligue, passant au bout du pont Saint-Michel, comme il se trouua assiegé d'une foule de peuple mourant de faim, qui lui criait et lui demandait du pain ou la mort, et ne s'en sachant comment dépestrer, maître Ambroise Paré, qui se rencontra là, ua lui dire tout haut: Monseigneur, ce pauure peuple que uous uoyez ici autour de uous meurt de malerage de faim, et uous demande miséricorde. Pour Dieu, Monsieur, faites-la-lui, si uous uoulez que Dieu uous la face, et songez un peu à la dignité en laquelle Dieu uous a constitué, et que les cris de ces pauures gens qui montent jusqu'au ciel, sont autant d'ajournemens que Dieu uous enuoie, pour penser au deu de uotre charge, de laquelle uous lui êtes responsable; et pourtant, selon icelle, et la puissance que uous sçauons tous que uous auez, procurez-nous la paix, et donnez-nous de quoy uiure, car le pauure monde n'en peut plus. Voyez-uous pas que Paris périt au gré des méchans qui ueulent empêcher l'œuure de Dieu qui est la paix? Opposez-uous-y fermement, Monsieur, prenant en main la cause de ce pauure peuple affligé, et Dieu uous bénira et uous le rendra. A quoy, ajoute de l'Estoile, M. de Lyon ne répondit rien ou quasy rien, sinon que, contre sa coustume, s'estant donné la patience de l'ouïr tout du long sans l'interrompre, il dit après que ce bon homme l'auait tout estonné, et qu'encore que ce fust un langage de politique que le sien, toutesfois qu'il l'auait resveillé, et fait penser à beaucoup de choses.

» L'histoire de la Grèce et de Rome ne nous offre rien de plus beau, rien de plus véritablement antique, ajoute le professeur Richerand; que l'on se figure un moment l'un des plus puissans chefs de la ligue, suivi d'une nombreuse escorte de gentilshommes armés, redoutables spadassins, véritables sicaires, s'arrêtant subjugué par l'ascendant de la vertu et comme atteré par l'eloquence mâle et forte d'un homme de bien!

» Que seraient, auprès d'un tel langage, les éloges les plus pompeux et tou

pris de paralysie de tous les membres, de difficulté croissante de la respiration, de gangrène au sacrum, succomba, et à l'ouverture du cadavre duquel on trouva un gonflement des masses apophysaires et des lames de la seconde vertèbre cervicale, avec épaississement de la dure-mère, dans une étendue de 54 millimètres de haut sur 27 de largeur, un ramollissement des lames des deux premières lombaires, dont les cartilages articulaires étaient détruits en partie, avec épaississement de la moitié droite de la circonférence de la dure-mère, formée d'une dégénérescence ayant la consistance des productions encéphaloïdes, et un commencement de ramollissement de la moelle, au niveau de la sixième vertèbre verticale.

Le même exemple est encore intéressant, en ce qu'on put constater à l'ouverture du cadavre, chez Legendre, comme complication, la présence d'un fongus érectile développé dans le foie, lésion que je ne sache pas y avoir été jamais signalée.

Enfin, sous le rapport thérapeutique, ce fait est encore remarquable, en ce qu'il fait voir qu'à la dose de 109 milligrammes, la strychnine a donné lieu à des accidens tétaniques assez intenses pour obliger à suspendre le remède. D'autres exemples, et surtout le suivant, prouveront même qu'on doit rarement hasarder trop vite une pareille dose, malgré que, dans un cas (comme on le verra plus bas), j'aie pu impunément la dépasser et même la continuer pendant quelque temps. Mais ce n'avait été que graduellement et lentement, en vertu de la propriété inhérente à l'économie animale de pouvoir s'habituer aux doses médicamenteuses les plus fortes et même aux poisons, comme l'exemple de Mithridate, ceux journaliers de clinique, et celui actuel pour la quantité effrayante de 6 grammes 109 milligrammes de teinture de cantharides donnée impunément, le démontrent victorieusement.

APOPLEXIE; VASTE ÉPANCHEMENT DE SANG EN DEHORS DE LA COUCHE OPTIQUE DROITE, DANS L'ÉPAISSEUR DE L'HÉMISPHÈRE CÉRÉBRAL DU MÊME CÔTÉ; MORT HÂTÉE OU PEUT-ÊTRE OCCASIONNÉE PAR L'EMPLOI DE LA STRYCHNINE.

OBS. II. — Montroux, âgé de 70 ans, fut subitement frappé d'apoplexie, le 20 juin 1833, après avoir éprouvé de la céphalalgie pendant quelques jours. Un médecin appelé deux heures après l'accident trouva le malade dans l'état suivant: paralysie du côté gauche, bouche tirée à droite, extrême difficulté à parler, conjonctives injectées, yeux brillans, coloration du visage. Il pratiqua une saignée de 500 grammes de sang; ensuite, il fit donner un lavement fortement purgatif, puis un émélo-cathartique, et enfin maintenir sur la tête une vessie au tiers pleine d'eau froide.

21. Nulle amélioration; paralysie du côté gauche à peu près la même. Cependant le patient pouvait serrer légèrement la main qu'on lui présentait; langue muqueuse, humide, pupilles dilatées. (12 sangsues sur les côtés du col, potion purgative énergique, décoction de chicorée, et le soir application d'un vésicatoire au bas de la nuque.)

22. Le visage étant encore coloré, le pouls assez plein, la difficulté à parler et la paralysie à peu près les mêmes, il fit de nouveau appliquer 15 sangsues à l'anus, et le soir donner un pédiluve synapisé. On ne remarque pas le moindre changement, malgré que les piqûres eussent donné issue à beaucoup de sang. On avait fait continuer deux jours seulement les applications d'eau froide sur la tête. Le malade urinait peu, éprouvait même de la difficulté à le faire; le pouls était moins développé, l'appétit presque nul.

23. Les symptômes n'avaient point diminué de gravité. (Eau d'orge nitrée.)

24. Il prescrivit un vésicatoire à une cuisse, 39 milligrammes de strychnine en 4 pilules, dont une devait être administrée toutes les heures; de l'orge nitré et du bouillon. Montroux n'éprouve aucun effet du médicament.

25. La paralysie était la même; la langue était portée droite, dans l'action de la tirer; nulle fièvre. On donna le matin une potion purgative énergique, et après son action on fit de nouveau prendre 54 milligrammes de strychnine en 4 pilules. Il n'en résulta rien.

26. Prescription de 81 milligrammes du même agent thérapeutique, toujours en 4 pilules; infusion d'arnica. Tonte la journée s'écoula sans rien d'insolite; mais vers minuit, secousses tétaniques, convulsions, plaintes, cris, frayeurs, douleurs aiguës pendant les contractions, soif extrême, appel continuel aux personnes qui l'entourent.

27. A sept heures du matin je fus appelé à voir le malade. Convulsions générales partout dans le bras droit et les fléchissures des doigts du gauche, tension et renversement du corps en arrière. On ne put soulever le patient que tout d'une pièce, par suite de la contraction soutenue des muscles de la partie postérieure du tronc; difficulté à avaler, contracture des masseters, soif inextinguible, fièvre intense, 125 pulsations par minute, spasmes dans les muscles du visage et des yeux qui en rendent l'expression effrayante. Les moindres mouvemens imprimés semblent rappeler les convulsions qui revenaient toutes les cinq à sept minutes. Au reste, Montroux conserve l'intégrité de ses facultés intellectuelles; les muscles du pharynx partagent l'état convulsif clonique général. La déglutition se fait très difficilement et d'une manière saccadée; interrogé pour savoir où il souffre, le patient indique les muscles de la partie antérieure des cuisses et surtout les plis des aînés. (Potion purgative, mélange réfrigérant sur la tête et le long de la colonne vertébrale, potion anti-spasmodique.) Aucune de ces médications ne put être remplie, car le malade expira dans les cinquante-un quart-d'heure après.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE 24 HEURES APRÈS LA MORT. — HABITUDE EXTÉRIEURE. Cadavre d'un homme de 1 mètre 665 millimètres, bien musclé; on remarquait cinq à six cicatrices profondes au ventre, quelques unes traversant toute l'épaisseur des tégumens et indiquées par de semblables traces à la face interne du péritoine dans les points correspondans; d'autres, les muscles, et reconnaissables à l'épaisseur du tissu musculeux remplacé par un cellulo-fibreux blanchâtre: les pupilles étaient également dilatées.

CRANE. — Tégumens minces, presque exsangues, os de la tête peu épais, très cassans. La calotte enlevée, on remarque un engorgement assez considérable des vaisseaux de la dure-mère, surtout vers la partie postérieure, où ceux déchirés dans l'action de son arrachement, laissaient couler un sang noir et liquide; il existait une légère infiltration de sérosité limpide au-dessous de l'arachnoïde; les vaisseaux de la surface du cerveau, dont les parois étaient en général épaissies et leurs orifices béans après la section, étaient gorgés de sang noir, à leur partie postérieure et à la base de cet organe; la substance corticale était saine, la blanche sablée comme à l'ordinaire.

Les ventricules latéraux contenaient une quantité normale de sérosité limpide.

En dehors de la couche optique droite, on parvenait dans une vaste excavation, s'étendant en arrière de cette dernière, la dépassant en devant, occupant toute la partie moyenne et antérieure de l'hémisphère cérébral du même côté. Sa forme était ovale, allongée d'arrière en avant, l'extrémité la plus étroite en arrière. Elle était occupée par un caillot de sang noir pouvant peser 94 grammes, dont quelques portions offraient plus de consistance que d'autres. Ses parois étaient formées par la substance blanche du cerveau, qui était colorée en rouge pâle, ramollie, diffluente dans certains points. La teinte passait par une dégradation insensible à la couleur jaune, qui finissait par se fondre avec la blanche, en même temps que la pulpe se raffermissait graduellement. La couche optique n'était altérée qu'à sa partie externe. Ses parties centrales avaient leur fermeté ordinaire. Celle du côté opposé était saine. La protubérance rachidienne, les pédoncules du cerveau et le cervelet étaient dans l'état normal.

MOELLE ÉPINIÈRE. La colonne vertébrale, ouverte dans toute sa longueur, laissa voir les membranes d'enveloppe de la moelle, blanches, nullement injectées, et cette dernière parfaitement saine.

THORAX. La cavité des plèvres ne contenait pas de sérosité. Le poumon droit

---

l'art des panégyristes? »

— Vous vous associerez sans doute, Messieurs, aux témoignages de gratitude que votre commission générale a adressés en cette circonstance à M. Orfila, qui a veillé si soigneusement à l'honneur de l'association des médecins de Paris, et à M. le docteur Perdrix, qui a si dignement représenté cette association dans la solennité de Laval.

— Vous le savez, Messieurs, ayant obtenu, dès les premiers temps de notre association, grâce au patronage de notre président, l'autorisation provisoire de M. le préfet de police, nous avions eu devoir, après quelques années d'exercice, faire les démarches nécessaires pour obtenir une autorisation définitive et régulière. Une revision générale des statuts eut lieu à cette époque, et plusieurs modifications y furent apportées, de concert avec l'autorité. Toutefois, le conseil d'état rejeta notre demande.

Voici en quels termes il fut répondu à la demande de notre président, de la part du ministre du commerce et des travaux publics:

« . . . . J'ai regret d'avoir à vous annoncer que, malgré les changemens qui avaient été apportés aux statuts de l'association, d'après l'avis du comité de l'intérieur, le conseil-d'état a pensé qu'il n'y avait pas lieu de reconnaître la caisse de prévoyance dont il s'agit, comme établissement d'utilité publique.

» Le conseil a considéré que la société des médecins de Paris a le caractère d'une société particulière de secours et de bienfaisance; qu'à ce titre, elle agit comme les autres sociétés de la même nature, en vertu de l'autorisation municipale; qu'elle ne se trouve dans aucune situation exceptionnelle qui rende nécessaire l'intervention d'une ordonnance royale pour la reconnaître, et que, quels que soient son utilité spéciale et le caractère honorable des citoyens qui la composent, elle n'appartient pas à la classe des associations qui peuvent être autorisées comme association d'utilité publique. »

Cette réponse ministérielle, datée du 11 janvier 1837, se terminait ainsi:

« Je n'en prends pas moins d'intérêt au succès de cette œuvre de bienfaisance, et j'espère que les contributions des associés suffiront pour lui assurer une existence durable. »

Sous ce rapport, les vœux du ministre ont été exaucés; votre réunion en ce lieu et notre situation financière exposée plus haut en font foi.

Cependant une lettre de M. le préfet de police, en date du 21 novembre 1840, est venue de nouveau nous inviter à obtenir l'autorisation du ministre de l'intérieur, conformément à la loi du 10 avril 1834.

« Je me propose (écrit M. le préfet) de faire auprès de l'autorité supérieure des démarches nécessaires pour demander la révision et l'adoption du règlement de ladite association et provoquer son autorisation définitive. »

Nous nous sommes empressés de déférer à l'invitation de M. le préfet de police; une réponse provisoire, contenant l'exposé de nos antécédens, lui a été adressée, et nous avons ajourné l'envoi des pièces jusqu'après l'assemblée générale annuelle, afin que l'état actuel de notre association pût être soumis à l'autorité avec tous les détails et toute l'exactitude désirables.

Cette nouvelle démarche amènera, sans doute, la consolidation et le perfectionnement de cette institution, qui est non seulement une œuvre de bienfaisance et de philanthropie, mais encore et surtout une œuvre de moralité et de sociabilité.

offrait des adhérences à sa partie postérieure. Le lobe supérieur était sain, crépitant; l'inférieur atteint de pneumonie, caractérisée par un tissu rougeâtre, grenu, facile à déchirer, duquel suintait une sérosité sanguinolente et trouble.

La plèvre qui tapisse les faces correspondantes des lobes était recouverte d'une pseudo-membrane jaunâtre, de même que la partie externe et postérieure du lobe inférieur. Au-dessous de ces concrétions albumineuses, cette membrane se montrait rouge et piquetée.

Le poumon gauche adhérait également par son sommet et plusieurs points de sa partie postérieure. Son lobe supérieur était légèrement emphysémateux, d'un tissu rouge, très crépitant. La face externe de l'inférieur et du moyen, surtout en arrière, était recouverte d'une fausse membrane albumineuse, d'un blanc jaunâtre et peu épaisse. Leur tissu était grenu, atteint d'engouement péripneumonique. Il en suintait une sérosité trouble et sanguinolente; les doigts enfonçaient facilement dans le parenchyme. (Pleuro-pneumonie récente.)

On remarquait sur la partie moyenne de la face externe de ce poumon une dépression comme rayonnée, avec épaississement blanchâtre de la plèvre, imitant les cicatrices des excavations tuberculeuses anciennes. Cependant, au-dessous, on ne rencontrait rien de semblable; le tissu pulmonaire y était sain, mais un peu comprimé, en sorte que la matière noire était plus abondante dans ce point que partout ailleurs. Seulement on voyait, 4 millimètres plus profondément, un tuyau bronchique dilaté, bifurqué, se terminant en double cul-de-sac, et dont la membrane muqueuse était d'un rouge intense. Celle des bronches et de la trachée l'était également, en outre épaissie et recouverte par endroits d'un mucus blanc et épais par endroits. (Bronchite chronique.)

La cavité du péricarde contenait à peu près 54 milligrammes de sérosité citrine. Le cœur était d'un volume assez considérable. Le ventricule droit, dont les parois étaient fermes et d'épaisseur normale, renfermait une concrétion polypiforme de formation ancienne, intriquée fortement dans les interstices des colonnes charnues et des linéamens tendineux des valvules de l'orifice auriculo-ventriculaire, et qui s'introduisait dans l'artère pulmonaire.

L'oreillette correspondante, assez vaste, était distendue par un caillot de sang noir coagulé et de fibrine occupant toute sa capacité, et ayant presque le volume du poing.

Le ventricule gauche avait des parois fermes, de l'épaisseur d'à peu près 27 millimètres. Son tissu était jaune, rougeâtre. La cloison interventriculaire avait la même largeur. La cavité du premier renfermait quelques caillots de sang noir, de même que celle de l'oreillette. L'artère aorte était saine.

ABDOMEN. Le péritoine était humecté par un peu de sérosité. L'œsophage était dans son état normal, et seulement finement injecté dans sa membrane muqueuse. L'estomac, d'une assez vaste capacité, était vide, sa surface interne recouverte d'un mucus filant et peu blanchâtre, mais saine. Il en était de même du duodenum et des intestins jéjunum et iléon, excepté qu'on remarquait dans ce dernier, à la distance de 650 à 975 millimètres du cœcum, une injection des capillaires sous-muqueux, dans une étendue de 325 millimètres. Leur cavité contenait un liquide jaunâtre, grumeleux, un peu plus épais et brunâtre inférieurement.

Le cœcum renfermait des matières épaisses, brunes, bien liées, molles, ainsi que le colon, en partie distendu par des gaz. Cet intestin, de même que le rectum, était sain.

La rate, peu volumineuse, était enveloppée d'une sorte de casque ou production fibro-cartilagineuse, de 3 millimètres d'épaisseur, inégale, et de couleur blanchâtre.

Toute la portion de diaphragme qui répond à la partie supérieure et externe, et à celle du grand cul-de-sac de l'estomac, était tapissée du même fibro-cartilage développé au-dessous de la séreuse.

Le foie était recouvert presque entièrement par la même membrane cartilagineuse, rugueuse, inégale, d'épaisseur variable, mais cependant généralement de 2 à 3 millimètres et de couleur blanche. Cette sécrétion morbide s'était développée dans l'épaisseur de la séreuse péritonéale ou primitivement au-dessous; car le tissu de l'organe n'en était séparé que par la membrane de Glisson qui permettait de l'isoler facilement par une traction un peu forte de la production fibro-cartilagineuse. Le parenchyme était dans l'état normal. La vésicule, distendue par une bile jaune, verdâtre, filant, et sa capacité assez vaste.

APPAREIL URINAIRE. Le rein droit était plus long que le gauche, son tissu normal. La forme de ce dernier était plus obronde, et ses deux substances moins gorgées de sang et moins distinctes. La vessie, dont les parois étaient un peu plus épaisses que de coutume, contenait une urine jaune assez transparente.

Dans cet exemple d'un vaste épanchement sanguin dans l'un des hémisphères du cerveau, en dehors de la couche optique droite, les émissions sanguines prolongèrent seulement la vie de quelques jours, et n'eurent, de même que les révulsifs, tant à la surface du corps qu'à celle du canal intestinal, aucun effet sur la paralysie du côté gauche, ou opposé au siége de la lésion cérébrale. La mort fut regardée comme inévitable dès le surlendemain de l'accident, malgré que la première saignée eût été pratiquée deux heures après, une odeur marquée de souris s'étant développée dès cette époque. Ce qu'il y eut de singulier dans ce cas, ce fut la simple tendance à l'assoupissement, sans perte des facultés intellectuelles, quoique l'épanchement fût considérable; car Montroux répondit jusqu'aux derniers momens, avec la plus grande justesse, à toutes les questions qu'on lui adressa. La langue ne partagea nullement la paralysie des muscles de la commissure gauche des lèvres, et put toujours être tirée parfaitement droite.

L'insuffisance des moyens les plus énergiques porta à essayer la strychnine, conseillée contre l'hémiplégie. Les premières doses furent très bien supportées et administrées seulement le quatrième jour après l'attaque d'apoplexie. Elles furent augmentées le lendemain et le jour suivant de 27 milligrammes, sans produire aucun effet.

Les accidens décrits ci-dessus qui survinrent dans la nuit du troisième jour de l'usage de ce médicament, quoiqu'identiques à ceux que produit ordinairement la noix vomique chez les chiens, peuvent-ils être exclusivement attribués à la strychnine, ou furent-ils le résultat du ramollissement de la vaste portion de substance blanche cérébrale qui formait les parois de l'épanchement sanguin ? J'avoue que je n'ose trancher la question. Cependant, la soudaineté de leur apparition, l'intégrité des facultés mentales jusqu'au dernier moment, les secousses tétaniques, la tension des membres, les douleurs analogues à des crampes, accusées par le patient dans les muscles des cuisses et les plis des aînes, l'espèce de frayeur qu'il manifestait, le renversement du corps en arrière, le retour incessant des crises convulsives, toutes les quatre à cinq minutes à l'occasion des moindres mouvemens, me feraient plutôt pencher pour la première opinion.

ÉPANCHEMENT SANGUIN DANS LA COUCHE OPTIQUE DROITE DU CERVEAU, COMPLIQUÉ D'APOPLEXIE PULMONAIRE A DROITE ET D'ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE A GAUCHE, TERMINÉ PAR LA MORT ; EMPLOI DE LA STRYCHNINE.

OBS. III. — Rigo, détenue, âgée de 68 ans, fut montée le 9 avril 1837, dans les salles de clinique interne. Elle offrait une paralysie de tout le côté gauche et de la difficulté dans les mouvemens de la langue; on l'avait trouvée dans cet état, le matin, dans son dortoir.

Cette femme était rouge, couchée sur le dos, pleurait habituellement dès qu'on l'interrogeait. Cependant ses réponses étaient justes. (Saignée de 500 grammes, synapismes, éméto-cathartique.)

DIAGNOSTIC. — *Apoplexie, épanchement dans l'hémisphère droit.*

Le lendemain, l'état de la malade était le même. (Lavement purgatif, tisane laxative, synapismes.)

Qui pourrait douter, en effet, Messieurs, que l'autorité n'accueille avec faveur et ne protége de tout son pouvoir une association qui, tant par la pureté de ses intentions que par la position sociale de ses membres, offre à la société et au gouvernement les plus solides garanties ?

Le médecin du roi, le doyen de la Faculté, les professeurs de l'école de Paris, les médecins des hôpitaux, les membres de l'Académie royale de médecine, les praticiens de la ville les plus honorablement connus, ne composent-ils pas un personnel que nous pouvons présenter avec une entière confiance,

» *Et à nos amis et à nos ennemis.* »

Ayons donc foi dans l'avenir ! Cette année s'ouvre à nous sous les plus heureux auspices ! Nous avons fondé une institution solide et durable : les intérêts de notre profession, ceux plus sacrés encore de l'humanité en recueilleront un jour les fruits.

N. B. — L'assemblée a voté l'impression de ce compte-rendu.

La proposition de M. Renouard a été adoptée.

MM. *Orfila* et *Fouquier* ont été réélus président et vice-président.

Pour faire partie de l'association, il faut s'inscrire chez M. le trésorier, le docteur Vosseur, ou chez le secrétaire, ou chez l'un des membres de la commission, qui se compose pour 1841 des membres dont les noms suivent :

1er ARRONDISSEMENT. — MM. Bardonlat, Duval (Louis), Andrieux, Lacorbière.
2e ARRONDISSEMENT. — MM. Forestier, Goupil, Tanchon, Cabanellas.
3e ARRONDISSEMENT. — MM. Andry, Janin, Bourgeois, Parmentier.
4e ARRONDISSEMENT. — MM. Godard, Pillon, Léger-Fleurus, Jacob Bouchenel.
5e ARRONDISSEMENT. — MM. Sterlin, Campardon, Roger, Scellier.
6e ARRONDISSEMENT. — MM. Bernardin, Erambert, Ledeschaut, Lasne.
7e ARRONDISSEMENT. — MM. Jacquemin, Videcocq, Duclos, Manceau.
8e ARRONDISSEMENT. — MM. Belhomme, Augouard, Berton, Maurue.
9e ARRONDISSEMENT. — MM. Bourjot, Deville, Hatin, Dubois.
10e ARRONDISSEMENT. — MM. Baumetz, Guersant, Smith, Robert.
11e ARRONDISSEMENT. — MM. Vasseur, Ricord, Régnier, Lesueur.
12e ARRONDISSEMENT. — MM. Bourse, Lemoine, Ratier, Dubois.

La commission se réunit le premier vendredi de chaque mois à huit heures du soir, dans le cabinet de M. le doyen, à l'école de médecine.

11. Nulle amélioration. (12 sangsues derrière et au-dessous des oreilles, potion purgative ensuite; le soir, application d'un large vésicatoire à une cuisse, limonade.)

15. Je fis commencer la strychnine, à 13 milligrammes en 4 pilules, elle fut augmentée d'un quart chaque jour, et portée jusqu'à 136 milligrammes.

Je n'observai aucun effet de l'emploi de ce remède, pas la moindre envie de vomir.

L'hémiplégie persista. Rigo pleurait à chaque visite; la veille de sa mort, elle se disait bien et demandait du café, elle n'avait pas de fièvre, ni d'altération; son visage était assez coloré, il était survenu des escarres au sacrum. Elle succomba le 25 avril, ou seize jours après son attaque d'apoplexie.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE 24 HEURES APRÈS LA MORT. — HABITUDE EXTÉRIEURE. Embonpoint assez marqué, sigillations à la partie postérieure du tronc, vaste cicatrice commençant sur le côté gauche du thorax, descendant le long de l'hypocondre du même côté, passant sur la partie externe et antérienre de la cuisse pour venir se terminer à sa partie inférieure et interne. Cette cicatrice résultat d'une ancienne brûlure, était formée par un tissu dense, au-dessus duquel on apercevait des brides celluleuses, allongées dans le sens de celles de l'aponévrose du fascia-lata.

CRANE. — Les tégumens étaient injectés à leur partie postérieure, les os étaient assez durs, les vaisseaux de la dure-mère tellement distendus, que lorsqu'on arracha la calotte de la tête, le sang en ruissela assez abondamment. Il existait une infiltration de sérosité assez limpide entre la pie-mère et l'arachnoïde; les vaisseaux de la surface du cerveau étaient très injectés, sa substance assez ferme, mais sablée; les ventricules renfermaient à peu près 12 à 16 grammes de sérosité diaphane. On découvrit, dans l'épaisseur et un peu en dehors de la couche optique droite, un petit épanchement de sang, formé d'une substance d'un rouge noirâtre, molle et comme diffluente, qui paraissait formée de substance cérébrale ramollie mêlée au sang; son volume pouvait être celui d'un petit œuf de pigeon; autour, la substance blanche était d'une teinte jaune qui diminuait d'une manière insensible, à mesure qu'on l'éloignait du siége de l'épanchement sanguin et se fondait avec le reste de la substance blanche, en augmentant peu à peu de fermeté. Partout ailleurs le cerveau était sain, ainsi que la protubérance annulaire et le cervelet. Il s'écoula une certaine quantité de sérosité par le canal rachidien; les sinus latéraux et les veines de la base étaient gorgés de sang.

THORAX. — Le poumon droit était intimement adhérent par tous les points de sa surface, et son sommet tellement, à l'aide d'une production cellulo-fibreuse très dense, qu'une partie fut déchirée et resta attachée au point correspondant du thorax. Le tissu de cette partie était induré, surchargé de matière noire, criant sous le scalpel, et offrait des traces de cicatrices; les tuyaux bronchiques qui y aboutissaient, étaient dilatés et s'y terminaient en cul-de-sac, leur muqueuse était d'un rouge intense.

Il s'écoulait du lobe supérieur, à la section, une grande quantité de sérosité très spumeuse et sanguinolente; son tissu était rouge et infiltré; celui du lobe inférieur était d'un rouge tellement intense, qu'il en était presque noir et en outre sec. Il s'écoulait, lorsqu'on l'incisait, des vaisseaux pulmonaires qui le traversaient, de grosses gouttes d'un sang noir liquide, putréfié en paraissait imbibé. (Apoplexie pulmonaire.)

La cavité gauche du thorax contenait un épanchement de sérosité jaune, légèrement trouble, qu'on pouvait évaluer à une pinte; la plèvre était tapissée d'une ancienne pseudo-membrane organisée, dans l'épaisseur de laquelle s'était fait une éruption de tubercules de grosseur variant depuis celle d'un grain de chenevis jusqu'à celle d'un très petit grain de millet, de formes rondes, d'une blancheur éclatante, qui se détachait fortement sur celle rouge et ponctuée de la surface interne pleurale, et d'une fermeté assez grande; le poumon refoulé à la partie supérieure et interne de ce côté y adhérait par brides cellulaires internes, et à son sommet, par une espèce de casque cellulo-fibreux. Il fut enlevé avec la plus grande difficulté et en se déchirant; il était formé dans son lobe supérieur d'un tissu bleuâtre et noirâtre, dense, ferme, comme granulé; les tuyaux bronchiques ne s'y terminaient point de la même manière et avec les mêmes lésions que dans l'autre poumon; le tissu du reste de l'organe était d'un rouge noirâtre, à demi splénite, d'une flaccidité et d'une fermeté extrêmes.

La cavité du péricarde renfermait 4 millig. de sérosité; le cœur était d'un tiers plus gros que le poing du sujet, les cavités droites dilatées avec colonnes charnues très prononcées du ventricule, elles contenaient une assez grande quantité de sang noir liquide; les parois du ventricule gauche étaient minces, faciles à déchirer; sa cavité et surtout celle de l'aorte, distendue par du sang liquide qu'on en faisait refluer à la moindre pression de la portion thoracique de cette dernière.

ABDOMEN. — Il ne renfermait que très peu de sérosité; le gros intestin était distendu par des gaz; il n'y avait dans l'estomac qu'une très petite quantité d'un liquide grisâtre, chymeux; il était sain ainsi que le duodénum; les vaisseaux sous-péritoneaux du jéjunum étaient très injectés, de même que ceux du mésentère, tous les intestins étaient dans l'état normal, la rate était très petite, d'un rouge pâle et tellement ramollie qu'elle s'écrasa; le foie était sain, la vésicule presque vide, les reins allongés et assez volumineux, leurs deux substances bien distinctes; la vessie était assez vaste et faiblement distendue par l'urine.

Dans cette observation, l'action de la strychnine, quoiqu'on en ait porté la dose à 136 milligrammes, fut négative. On ne remarque, en effet, chez cette femme aucunes secousses, aucune contracture musculaire, et aucune excitation, soit de l'estomac, soit de la moelle épinière. L'hémiplégie n'en fut nullement diminuée. Le ramollissement cérébral survenu autour de l'épanchement qui existait en dehors de la couche optique droite, auquel se joignaient une apoplexie du lobe inférieur du poumon droit et un épanchement pleurétique à gauche qui, probablement, avaient préexisté, mit fin à l'existence de la malade d'une manière assez prompte, les forces de l'organisme étant déjà épuisées par l'existence de ces deux dernières lésions.

CONTRACTURE DES MUSCLES DE LA JAMBE DROITE, A LA SUITE D'UNE PARAPLÉGIE, COMBATTUE INUTILEMENT PAR LA STRYCHNINE.

OBS. IV. — Josse, femme âgée de 28 ans, atteinte d'une paraplégie qui avait été vainement traitée par les bains de vapeurs et les révulsifs, commença à prendre, le 21 juin 1835, 27 milligrammes de strychnine en 3 pilules; elle n'en éprouva aucun effet.

Il en fut de même le lendemain, avec la même dose.

23. Il en fut donné 45 milligrammes, qui ne produisirent pas plus d'effet.

25. La dose fut portée à 54 milligr. La malade éprouva du soulagement dans la jambe droite qu'elle put remuer un peu, bien qu'elle fût toujours fléchie sur le bassin.

Les jours suivans, je fis donner 81 milligrammes, il en résulta quelques secousses.

29. Ballonnement et dureté du ventre; je fis suspendre les pilules, appliquer un large cataplasme sur l'abdomen, et donner une tisane laxative.

Les jours suivans, je détruisis, par l'extension forcée, la contracture des muscles de la jambe droite, et je fis passer la malade dans le service chirurgical.

Dans cette observation si incomplète, les effets de la strychnine ne commencèrent qu'à la dose de 81 milligrammes, seul phénomène que j'ai eu l'intention de constater en la relatant.

PARAPLÉGIE INCOMPLÈTE; EMPLOI SANS SUCCÈS DE LA STRYCHNINE DONT LA DOSE FUT PORTÉE A 81 MILLIGRAMMES.

OBS. V. — André, âgé de 34 ans, atteint de paralysie incomplète des membres inférieurs, entra le 17 décembre 1834, à l'infirmerie. Je le fis frictionner avec divers linimens excitans; ensuite je fis appliquer trois moxas le long du vagin, mais sans soulagement.

21. On lui fit prendre 2 pilules contenant 6 milligrammes de strychnine, le lendemain 3, et le jour suivant 4 ou 27 milligrammes. Il survint une crampe dans l'un des mollets.

25. On donna 40 milligrammes, et le 26, 54 milligrammes. Inquiétudes dans les jambes.

27. Je fis administrer 63 milligrammes. Il eut des secousses brusques dans les extrémités inférieures, et du malaise.

Cette dose fut maintenue les jours suivans. Il ne survint aucun changement dans les mouvemens de la marche; la sensibilité de la plante des pieds était toujours la même.

31. A 67 milligrammes, il y eut des secousses et de la raideur dans les membres, elles étaient provoqués par les mouvemens.

2 janvier 1835. La dose de la strychnine fut portée à 81 milligrammes. La nuit suivante, il n'y eut pas de sommeil, par suite de la fréquence des soubresauts et des secousses dans les extrémités. Je la fis diminuer et porter à 67 milligrammes et le lendemain à 41 milligrammes seulement.

Il ne résulta de cette indication aucun effet sur les mouvemens des jambes. J'avais fait appliquer l'avant-veille, à la partie interne du genou dont le malade se plaignait, un vésicatoire qui soulagea.

5. Il y eut encore des secousses douloureuses dans les membres qui troublèrent le sommeil. Je fis réduire le remède de 18 milligrammes par vingt-quatre heures.

10. Pas d'amélioration dans les mouvemens des jambes. Lorsque André essayait à marcher, il éprouvait des contractions et la même sensibilité à la plante des pieds.

Reconnaissant l'inutilité de ce traitement, je le suspendis complètement.

Dans ce cas, où la strychnine échoua complètement contre la paralysie hyposthénique qui existait, la susceptibilité à en ressentir les effets fut beaucoup plus prompte que dans l'observation précédente. En effet, il commença à les éprouver dès la dose de 27 milligrammes. A 63 milligrammes, survinrent des secousses tétaniques dans les muscles des jambes; enfin à 81 milligrammes, l'action devint assez générale et assez persistante pour troubler le sommeil, et on remarqua que les moindres mouvemens accroissaient la force et le nombre des secousses.

Tout porte à croire qu'il se fait une sorte de saturation de l'organisme, puisque ce dernier se trouvait encore d'une manière prononcée sous l'influence de la strychnine, le 5 janvier, bien que la dose en eût été réduite à 18 milligrammes par vingt-quatre heures.

PARALYSIE DES MUSCLES GRAND DORSAL PECTORAUX ET STERNO-MASTOÏDIEN DU COTÉ GAUCHE, APHONIE ET BÉGAIEMENT TRAITÉS PAR LA STRYCHNINE.

OBS. VI. — Cette observation, empruntée à M. Tanquerel Desplanche, est celle d'un homme âgé de 48 ans, qui avait eu six fois la colique saturnine, chez lequel il survint une paralysie des muscles grand dorsal, pectoraux et sterno-mastoïdien du côté gauche, de l'aphonie et du bégaiement.

Il combattit ces derniers accidens pendant huit jours par des bains sulfureux,

des vésicatoires aux avant-bras saupoudrés avec 13 milligrammes de strychnine, qui produisirent quelques légères secousses et de vives douleurs contusives.

Il appliqua un peu plus tard de nouveaux vésicatoires qui furent pansés de la même manière.

Le 12 février 1834, il fit commencer à l'intérieur la strychnine, d'abord à 5 milligrammes, qu'il augmenta et porta, au bout de quelques jours, à 27 milligrammes. Alors, il survint des spasmes, du trismus; deux heures après, des commotions brusques et passagères jusqu'à trois heures de la nuit : cette dose fut continuée pendant dix jours.

Pendant trois semaines, elle fut portée à 41 milligrammes.

Il en résulta des effets très énergiques et une diminution dans la paralysie. La dose du remède fut plus tard de 54 milligrammes, en même temps que celle du vésicatoire était de 18 milligrammes.

1er avril. Il prescrivit un bain sulfureux.

2. 54 milligrammes furent donnés à six heures du matin; à neuf, terribles secousses à l'occiput, à la colonne vertébrale, aux membres, aux mâchoires. Tout le tronc se soulevait en prenant un point d'appui sur la tête. La bouche se fermait convulsivement et se remplissait d'écume. Le malade se mordait la langue, les membres se tordaient, la respiration était suspendue, la face livide, l'asphyxie imminente, la perte de connaissance complète. Au bout de deux ou trois heures, il survint de la sueur, du calme. La strychnine fut supprimée jusqu'au 13.

Quelques jours après, elle fut reprise, mais à doses moindres, et alternée avec les vésicatoires saupoudrés. Il y fut joint des bains sulfureux et des douches jusqu'au 6 juillet.

Le malade sortit incomplètement guéri.

Si j'ai rapporté cette observation de M. Tanquerel Desplanches, c'est qu'il était important de la rapprocher de la seconde de ce mémoire, afin de faire voir l'identité des symptômes toxiques produits par cette substance si énergique chez cet homme, et ceux absolument semblables qui survinrent chez Montroux. Seulement, chez le premier, l'action de la strychnine ne fut pas portée aussi loin, ou fut insuffisante pour entraîner la mort, tandis que chez le second, déjà affaibli par l'âge, et surtout par une affection cérébrale presque toujours funeste, lorsqu'il y a travail de ramollissement au pourtour du caillot sanguin, elle ne trouva pas assez de réaction vitale pour être enrayée par quelque effort critique, tel que sueur ou tout autre; car on ne sait pas encore par quel moyen la nature conjure ou amoindrit l'énergie meurtrière de cet alcaloïde, lorsqu'elle ne succombe pas à ses effets.

Dans l'observation suivante, on verra que les symptômes qui survinrent après l'administration de la strychnine dépendirent plutôt de la nature elle-même des lésions contre lesquelles on l'employa, que du remède, ce qui pourrait jeter quelque lumière sur la cause des accidens si rapides qui mirent fin à l'existence du malade Montroux.

Obs. VII. — M. Ollivier (d'Angers) rapporte, dans son Traité des maladies de la moelle épinière, l'exemple d'un enfant âgé de 13 ans, remouleur, qui, après avoir éprouvé, à diverses reprises, des douleurs assez vives, qui furent suivies, au bout de quelques mois, d'hémiplégie, de raideur des membres du côté gauche, avec conservation de la sensibilité, fut pris peu après de raideur du tronc, de renversement de la tête en arrière, de douleurs dorsales très aiguës, avec sensibilité intacte du côté non paralysé, constipation opiniâtre, incontinence d'urine et contractions tétaniques revenant par accès. Il lui fit donner en lavement, dans 125 grammes d'eau, 54 milligrammes de strychnine, qui ne produisit aucun effet.

Le lendemain, il en prescrivit un nouveau, avec 109 milligrammes, sans plus de résultat. Le jour suivant, il en fit administrer un troisième avec 271 milligrammes, mais il fut rendu à l'instant même. Néanmoins, il survint, vingt-quatre heures après, de l'insomnie; les douleurs de jambes devinrent plus vives, celles des bras et du dos diminuèrent au contraire. La raideur tétanique du tronc augmenta. Il survint quelques contractions dans la cuisse gauche.

Un nouveau clystère avec 163 milligrammes de strychnine fut donné. Les douleurs qui suivaient le trajet des nerfs sciatiques devinrent tellement fortes, qu'elles arrachaient des cris au malade. Le pouls se ralentit, et M. Ollivier fut obligé de suspendre l'administration de ce remède.

Comme tous les symptômes ci-dessus, et particulièrement les douleurs vives ressenties dans les membres abdominaux avaient existé avant, et persistèrent pendant près de dix jours que vécut encore cet enfant, on ne peut guère les attribuer à la strychnine, mais plutôt à la maladie elle-même, qui consistait dans la présence de tubercules développés dans divers points du cerveau, et dans une exsudation sous-jacente à l'arachnoïde, dans toute l'étendue de la moelle épinière, dont le tissu était sain. (Méningite rachidienne.)

J'ajouterai qu'on ne rencontra chez Montroux, dans l'organe rachidien et ses enveloppes, comme dans la presque totalité des sujets, aucune trace appréciable de l'action de la strychnine sur ces organes, bien que ce soit sur eux qu'elle porte spécialement. En effet, elle n'intéresse jamais directement les fonctions du cerveau, et malgré que les animaux soumis à son influence périssent avec tous les symptômes du tétanos. MM. Magendie et Orfila n'ont jamais observé jusqu'ici d'altération de la moelle ou de ses membranes, pas plus que M. Ollivier (d'Angers), en injectant dans les veines de chevaux une dissolution aqueuse d'extrait de noix vomique, et prolongeant à dessein les accidens tétaniques.

Il n'y a qu'un très petit nombre de faits qui contredisent cette assertion. L'un, rapporté par ce dernier auteur, d'une femme qui s'était empoisonnée avec de la noix vomique rapée, et à l'ouverture du cadavre de laquelle il trouva la sérosité du rachis colorée par le sang, de même que celle des ventricules du cerveau, et la substance grise du renflement brachial de la moelle sensiblement ramollie. L'autre, par M. Grimaud, d'un empoisonnement par le même agent, dans lequel il trouva une injection très prononcée des membranes et du tissu du mésocéphale, dont la densité était augmentée.

On serait porté dès-lors à penser que la strychnine produit un trouble nerveux, une excitation morbide *sui generis*, assez intense sur la moelle épinière, pour susciter l'ensemble des symptômes formidables qui décèlent sa terrible énergie.

J'ai cru devoir rapprocher des sept observations précédentes la suivante, tant sous le rapport de la lésion probable de quelque partie de l'appareil cérébro-spinal, malgré que le défaut d'autopsie cadavérique ait empêché d'en préciser la nature, que sous celui de la dose progressivement croissante et effrayante à laquelle je pus porter la strychnine sans provoquer d'accidens.

Je cite ici ce fait, bien qu'il fût destiné à faire suite à un travail *sur les névroses des muscles volontaires des appareils de la locomotion et de la préhension*, que j'avais adressé, en 1831, à l'Académie royale de médecine de Paris, et qu'elle a depuis publié dans le second volume de ses mémoires.

NÉVROSE DES MUSCLES QUI PRÉSIDENT AUX MOUVEMENS VOLONTAIRES DE LA PROGRESSION; TRAITEMENT PAR LA STRYCHNINE.

Obs. VII. — Coëk, détenue, âgée de 36 ans, commença à ressentir, il y a six ans, à la suite d'une frayeur, de l'irrégularité dans les mouvemens de la marche, et de petites contractions anormales, avec tremblement, dans les muscles des bras.

Entrée à la maison centrale de détention de Rennes, elle eut à plusieurs reprises ces espèces de convulsions qui l'obligeaient à entrer de temps en temps à l'infirmerie. Mais cette lésion des nerfs des organes qui président aux fonctions de la locomotion et de la préhension cédait promptement à l'emploi de pédiluves synapisés et de potions antispasmodiques. Cette femme attribuait sa maladie aux fréquens excès d'eau-de-vie auxquels elle s'était livrée.

Admise de nouveau, le 2 novembre 1831, dans mes salles, elle offrit les phénomènes suivans : langue naturelle, appétit, nulle céphalalgie, sommeil, démarche bizarre durant laquelle la malade semble ballotée entre des forces qui la tireraient en sens contraire, s'avance par enjambées inégales ou en zig-zags, comme dans l'ivresse la plus marquée, avec reculs en arrière à pas précipités, en dépit de la lutte de sa volonté pour s'y opposer, ou bien laisse aller son corps en avant par balancemens irréguliers, ce qui l'oblige, pour rétablir le centre de gravité, à se cramponer aux lits à sa portée. En outre, elle était menacée aux moindres chocs de colbuter pendant la marche. (Demi-portion d'alimens; pédiluve synapisé; infusion de tilleul.)

3. Nul changement, tremblement des mains et des avant-bras, contractions anomales des muscles de ces parties. (Vésicatoire à la partie inférieure du col; potion antispasmodique.)

7. Nul effet de l'emploi du vésicant. La malade se plaint d'une espèce d'engourdissement le long de la partie supérieure de l'épine dorsale; l'appétit reste prononcé, toutes les autres fonctions se font avec régularité. L'application de 15 sangsues le long de la colonne vertébrale, qui n'apportèrent aucun soulagement, malgré une perte assez abondante de sang.

9. Prescription de 9 milligrammes de strychnine dans la journée, et dans la suivante de 13. (Infusion de tilleul avec 18 gouttes de laudanum, trois-quarts d'aliments et 2 décilitres de vin.)

11. Tremblement des mains un peu moindre; espoir de guérison et conviction de la part de la malade d'un mieux, que l'épreuve de la marche faite devant moi dans la salle, au milieu des rires des autres détenues qui reconnaissaient sa grossière erreur, dément complètement. (6 pilules de strychnine qu'on porte à 8 le lendemain, en y joignant un bain entier au sortir duquel Coëk se plaignit de douleurs dans les pieds et les jambes.)

13 et 14. Les pilules furent portées de 10 à 12, par jour, ou à 54 milligrammes de strychnine, sans produire aucune contraction anomale dans les muscles, ou autre effet qu'un appétit tellement fort, que la malade demandait avec instance qu'on lui accordât la livre.

15. La patiente se leva et voulut essayer à marcher devant moi, cet acte s'exécuta à enjambees et plutôt par une sorte de course irrégulière. Cependant sa volonté semblait maîtriser un peu mieux l'aberration des mouvemens; les titubations latérales étaient moins fortes, le recul moindre; mais les pieds éprouvaient encore de temps à autre une espèce d'hésitation qui semblait les attacher au sol et exiger un effort prononcé de la volition pour les en détacher. Les contractions morbides des muscles des mains et des avant-bras avaient notablement diminué. (La livre, 2 décilitres de vin, 14 pilules, infusion de tilleul.)

18. La madade prenait 81 milligrammes de strychnine par jour, sans en éprouver d'effet.

21. La marche était moins vacillante. On donna 109 milligrammes du médicament ci-dessus; il survint une douleur fixe dans les mollets et les doigts de

pieds, que Coëk comparait à des crampes. Je fis diminuer, les jours suivans, la dose de 13 milligrammes.

24 Elle ne prit que 63 milligrammes de strychnine; la démarche était presque naturelle.

28. Les doses furent progressivement moins fortes et réduites à 18 milligrammes. La malade marchait bien et n'éprouvait que quelques légers soubresauts dans les doigts.

Les jours suivans, le mieux augmenta encore; enfin, le 3 décembre, elle sortit guérie.

Ici, comme dans les deux premiers cas cités, on fut aussi obligé, parvenu à 109 milligrammes de strychnine, de diminuer cette dose, à cause des accidens qui commençaient à se développer.

Le 4 janvier 1832, ou un mois après, Coëk remonta à l'infirmerie, se plaignant de douleur le long de l'épine dorsale, de mouvemens anomaux involontaires dans la marche et offrant la plupart des phénomènes décrits ci-dessus. Je fis appliquer quinze sangsues le long du rachis, donner par cuillerées une potion antispasmodique.

Le 9, on apposa le long de la colonne vertébrale et de chaque côté un emplâtre épispastique de forme oblongue. Je prescrivis en même temps une infusion d'arnica et trois pilules de strychnine.

Le 12, il en fut donné cinq. Diminution de la douleur du dos, grand appétit, même irrégularité des contractions musculaires.

Le 13, la malade prenait 54 milligrammes de strychnine. J'augmentai d'autant, en sorte qu'elle avalait douze pilules dans les vingt-quatre heures.

Le 14, il en fut donné quinze, ou 135 milligrammes. Diminution des symptômes, marche plus assurée.

28. On avait augmenté chaque jour d'une pilule, en sorte que, sous l'influence de cette médication énergique, l'état de la malade s'était réellement amélioré.

29. La dose du remède était de 20 pilules, ou de 184 milligrammes. Coëk éprouva seulement de la raideur et des douleurs dans les mollets. L'appétit était toujours très prononcé. Une livre de pain suffisait à peine pour le satisfaire.

31. On diminua la strychnine de dix pilules, la patiente devant être libérée et sortir de prison dans quelques jours.

1er février. On suspendit entièrement ce médicament. Cette femme, quoique allant encore un peu de côté, marchait néanmoins avec assez de facilité. Elle partit le lendemain pour son pays. Ramenée vers le milieu de l'année 1833 dans la maison centrale de détention de Rennes, pour récidive de vol, j'ai pu me convaincre que la guérison a été complète.

On voit, par cette observation, qu'en ayant eu la précaution de n'augmenter les doses de strychnine que dans une progression lente, je pus outrepasser celle de 109 milligram. et aller jusqu'à 180, sans provoquer d'autres accidens que de la raideur et quelques douleurs dans les muscles des mollets, symptômes qui ne peuvent être comparés pour la gravité à ceux produits par la quantité beaucoup moindre de 100 milligrammes dans les exemples précédens.

Je ne remarquai point chez le sujet de la première observation de ce travail que les lavemens de strychnine qu'on lui administra produisirent aucune chaleur brûlante ou autre effet insolite dans le trajet des nerfs cruraux et sciatique, comme M. Ollivier (d'Angers) prétend l'avoir observé chez quelques malades; pas plus que dans aucun des cas dans lesquels j'eus occasion de prescrire la même substance, je ne lui vis produire, comme il le dit encore dans son ouvrage, le moindre effet sur l'estomac et les intestins, et provoquer sur ces organes *une irritation quelquefois très intense et excessivement douloureuse aussitôt après son ingestion, même à dose très faible.*

Des faits ci-dessus je serais porté à conclure qu'il sera toujours prudent 1° de ne pas dépasser la dose de 54 à 80 milligrammes dans les diverses maladies contre lesquelles on serait tenté de l'employer; 2° de n'y arriver que graduellement; 3° enfin, d'augmenter en proportions d'autant moindres qu'on prescrirait davantage au-dessus des premières.

Quant à celles indiquées par les divers auteurs qui ont expérimenté sur le même agent énergique, peut-être ne faudrait-il pas admettre, d'une manière trop absolue, ce qu'ils ont dit des dangers de dépasser les doses de 17, 27 ou 54 milligrammes de ce médicament. Ainsi M. Fouquier, médecin de l'hôpital de la Charité, qui l'employa en 1823, dans cinq cas de paralysie des membres, provenant de l'action prolongée des émanations du plomb, laquelle, probablement ne donne point lieu à une lésion de la moelle épinière, mais affecte directement les nerfs, dit qu'il ne put le prescrire à plus de 17, 27 ou 54 milligrammes, sans qu'il ne donnât lieu à des spasmes tétaniques et même, chez un individu devenu hémiplégique, à la suite d'apoplexie, il avoue qu'il ne put aller au-delà de 4 milligrammes.

Le même prétend, qu'employée dans les cas de paralysie dépendant d'inflammation du cerveau ou de la moelle épinière, la strychnine a aggravé l'affection, et qu'elle a été tout aussi nuisible aux hémiplégiques, chez lesquels elle a pu occasionner ou hâter l'inflammation de la substance cérébrale autour du foyer apoplectique.

M. Mauricet (ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, tome XIII) dit avoir prescrit avec succès l'extrait alcoolique de noix vomique, à 54 milligrammes par jour, dans un cas de paralysie du bras et un second d'incontinence d'urine.

M. Guibourt affirme avoir guéri un chien empoisonné avec des boulettes dans lesquelles entrait la strychnine ou le strychnos, en lui faisant avaler de force de la poudre de noix de galle, que M. Caventou dit être susceptible de se combiner avec tous les alcaloïdes végétaux. M. Breyfus a appliqué sur la surface dénudée d'un vésicatoire appliqué à la nuque, 109 à 163 milligrammes de strychnine sans accidens consécutifs.

Suivant M. Magendie, 13 milligrammes du même médicament ont souvent des effets très prononcés sur l'homme.

Enfin, qu'on consulte les autres médecins qui ont expérimenté sur cet agent thérapeutique si énergique, tels que MM. Delille, Desporte, Dufresne, Orfila, Pelletier, Christison, Husson, Balfour, etc., on verra que leurs assertions diffèrent de beaucoup des préceptes auxquel j'ai été amené par l'observation des faits cliniques précités, et de quelques autres que je n'ai pas cru devoir relater, faute d'un intérêt suffisant.

Enfin, j'ai de fortes raisons de croire que la strychnine ne réussira que dans les paralysies ou autres lésions provenant d'une altération de l'inervation rachidienne, occasionnée par des excès de masturbation ou vénériens, par l'abus des liqueurs spiritueuses ou narcotiques, par l'action des émanations de plomb, etc., qui y ont occasionné un ébranlement ou affaiblissement particulier, qu'elle peut dissiper et ramener à son rhythme normal, et jamais dans celles dues à un état phlegmasique du cerveau ou de la moelle, opinion, du reste, qui est celle de M. Ollivier (d'Angers), qui s'est plu à réunir dans son ouvrage un très grand nombre de faits propres à l'étayer, et qui est au contraire opposée à celle plus récente de MM. Rognetta et Pétrequin;

La strychnine aurait donc une action directement excitante sur la moelle épinière et secondaire, sur les organes qui en reçoivent leurs nerfs. Elle ferait cesser l'espèce de stupeur vitale dans laquelle se trouve ce puissant organe d'inervation, et, par contre, les paraplégies ou paralysies qui en résultent, soit à la suite de fortes commotions, soit à la suite de l'affaiblissement subit ou graduel de son action normale.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

Nous renvoyons au prochain numéro le compte-rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Après lecture du procès-verbal et de la correspondance ordinaire et officielle, M. le président donne la parole à M. Reynaud pour un rapport.

Cet honorable membre, au nom de la section de médecine vétérinaire, présente à l'Académie une liste de quatre candidats pour la place vacante dans cette section. Cette liste est adoptée. Elle se compose de

MM. Delafond. MM. Leblanc.
Huzard. Rigaud.

OBSERVATIONS DES BLESSÉS DANS L'AFFAIRE DE BOULOGNE; PAR LE DOCTEUR CORÉ.
(Rapport de M. Larrey.)

Nous avons rendu compte de ces faits à l'époque où communication en a été faite à l'Académie.

NOUVEL INSTRUMENT POUR LA RÉUNION DES PLAIES; PAR M. DESAIX, DE REIMS.
(Rapport de M. Velpeau.)

M. Desaix a eu pour but de remplacer par deux nouveaux instrumens, les fils et les bandelettes agglutinatives dans la réunion des solutions de continuités, plaies ou fistules. Un de ces instrumens porte le nom de ténaculum simple; l'autre de ténaculum double. Par leur aide, M. Desaix prétend obtenir la réunion immédiate plus souvent que par les autres procédés. Il faut dire cependant que, dans les observations adressées par M. Desaix à l'Académie, l'emploi de ses instrumens ne lui a point fourni de beaux résultats. Nous noterons qu'un anus contre-nature, qu'une fistule recto-vésicale, n'ont pu être fermés. Il est vrai que, dans un cas de hernie étranglée, il a pu obtenir la réunion immédiate de la plaie nécessaire pour lever l'étranglement; mais cette réunion a été suivie de la formation d'un abcès, et, en pareil cas, nous ne voyons pas quel avantage on peut retirer d'une réunion immédiate.

DES CAUSES PHYSIOLOGIQUES DE LA SOCIABILITÉ DES ANIMAUX ET DE LA CIVILISATION CHEZ LES HOMMES; PAR M. VIREY.

Ce travail échappe à l'analyse par sa longueur et surtout par l'ordre de considérations et de preuves sur lesquelles l'auteur s'est appuyé pour trouver la dif-

férence de sensibilité des divers animaux, et la différence intellectuelle des diverses races humaines.

Les idées de M. Virey ont été combattues par MM. Londe, Gerdy, Rochoux, Chervin et Dubois.

OPÉRATIONS DE STRABISME.

M. Philips présente deux individus qui ont subi l'opération du strabisme: l'un depuis six semaines, et l'autre depuis deux mois. L'opération a réussi dans les deux cas, et la guérison se maintient. Chez l'un d'entre eux, affecté d'un strabisme convergent d'un seul œil, l'œil sain, dit M. Philips, s'est dérié en dedans quelques jours après l'opération. Cette déviation s'est peu à peu corrigée, et aujourd'hui elle est à peine apparente. M. Philips espère qu'elle disparaîtra complètement par la suite.

Ce chirurgien assure que le strabisme convergent produit par les muscles droit interne et grand oblique se complique de myopie due à l'action exagérée du grand oblique. Ainsi, la section de ce dernier muscle fait disparaître instantanément la myopie et rend à l'œil la portée de vue ordinaire (1).

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, SUIVI DE CONSEILS HYGIÉNIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LES MALADIES DES YEUX, QUI AFFECTENT PARTICULIÈREMENT LES HOMMES D'ÉTAT, LES GENS DE LETTRES ET TOUS CEUX QUI S'OCCUPENT DE TRAVAUX DE CABINET; par le docteur FURNARI.

L'Allemagne est généralement considérée comme la terre classique de l'ophthalmologie. A cet égard, il y a une distinction à faire : c'est la France qui a arraché à l'empirisme cette branche de la médecine; c'est l'ancienne Académie de chirurgie, ce sont les Louis, les Lafaye, les St-Yves, et d'autres encore, qui ont publié, sur les maladies des yeux, les premiers travaux empreints d'un caractère scientifique. Mais voici ce qu'a fait l'Allemagne : d'une part, elle a continué ce mouvement avec beaucoup d'activité et d'intelligence; d'autre part, sans négliger la partie anatomique et chirurgicale de l'ophthalmologie surtout, étudiée en France, elle s'est attachée principalement à sa partie médicale; elle lui a donné la couleur de ses doctrines vitalistes; elle a étudié plus que les lésions organiques, les lésions fonctionnelles, les circonstances externes on internes qui les font naître, leur succession, leur valeur diagnostique, les remèdes particuliers qu'elles réclament, le tout sans grand souci des interprétations autres que les interprétations thérapeutiques. Voilà ce qu'ont fait l'Allemagne et l'Italie, sous la direction de MM. Barth et de ses successeurs; car les doctrines allemandes, introduites en Italie par la domination autrichienne, s'y mêlaient aux idées plus anatomiques de Scarpa. Ce fut alors que l'impulsion, partie de France, y revint, et aujourd'hui l'on peut dire que nos écrits ophthalmologiques n'ont plus rien à envier pour le nombre, et, ce qui vaut mieux, pour l'importance, aux produits des écoles étrangères: Il suffira de citer les noms de Riohé, Demours, Valentin; Maunoir, Gleize, Boyer, Dupuytren, de MM. Roux, Sanson, Sichel, Carron du Villards, Réveillé-Parise, Stœber, Ranque, Pumard, et beaucoup d'autres qu'il serait trop long de citer ici.

Placé à la tête d'un établissement spécialement destiné au traitement des maladies des yeux, M. Furnari a voulu rendre utile à la science cette position favorable, et l'expérience qu'il a pu acquérir promptement le rendait très propre à remplir la tâche qu'il s'est imposée.

Après quelques mots d'introduction et un chapitre sur l'ophthalmoscopie, l'auteur, entrant en matière, adopte la division de Fabini, avec quelques modifications. Il divise donc les maladies oculaires en *dynamiques* et *organiques*.

La première classe comprend les *ophthalmies*, *l'obstruction des conduits et des canaux lacrymaux*, les affections périodiques de l'œil, et les névroses de l'appareil oculaire.

La seconde comprend la *cataracte*, le *glaucôme*, les *solutions de continuité*, les maladies par *augmentation de volume* de l'œil et par *production de tissus nouveaux*, les *dégénérescences* de tissus, les maladies par *cohésion et situation anormales*, les *altérations des fluides*, les *anomalies* de l'organe visuel, et, enfin, dans un dernier chapitre, destiné surtout à l'hygiène des gens de lettres, il comprend la maladie appelée *mouches volantes* et la *migraine*.

Nous savons combien, dans l'ignorance où nous sommes sur la nature des phénomènes anormaux qui constituent les maladies, et en présence de la multiplicité et de la variété de ces phénomènes, une classification régulière et complète est difficile. Cependant nous ne pensons pas que de toutes les divisions proposées par les ophthalmologistes, celle de Fabini soit la meilleure et nous aurions préféré, par exemple, malgré les répétitions auxquelles elle expose, la division des maladies en maladies *nerveuses*, maladies *organiques* et *productions anormales*. Il suffit, en effet, de jeter les yeux sur la classification de Fabini pour voir les inconvéniens qu'elle entraîne, les affections analogues qu'elle sépare, les affections hétérogènes qu'elle réunit. L'auteur dit : Sous le nom d'affections dynamiques nous comprenons tous les vices essentiels de cet organe, ayant une action directe sur les fonctions vitales. Or, en quoi les opthalmies sont-elles plus *dynamiques*; en quoi sont-elles moins *organiques* que le cancer ou le fongus ? Est-ce que dans les deux cas la trame organique n'est pas altérée; est-ce que s'il faut un certain dérangement de la dynamie vitale, une surexcitation du système sanguin local, pour produire l'injection des vaisseaux capillaires, il n'en faut pas un aussi, quelle qu'il soit, pour présider à la transformation d'un tissu normal en un tissu fongueux ou carcinomateux ? Est-ce que, dans ces deux cas, la circulation, la nutrition, la secrétion ne sont pas modifiées, quoique différemment? Puis, nous n'aimons pas à voir à côté des ophthalmies, dans la classe des affections dynamiques, d'une part l'obstruction des conduits lacrymaux, et la fistule lacrymale, d'autre part les névroses, et dans la classe des affections organiques, les mouches volantes et la migraine ophthalmique, qui ne sont le plus souvent que des névroses. et si nous passons des *ordres* et des *classes* aux *variétés* morbides, nous signalerons encore comme des vices de méthode la réunion, dans l'ordre intitulé *anomalies de l'organe visuel*, de la myopie, de la presbytie et des entozoaires, et la séparation du strabisme, relégué dans l'ordre que nous venons d'indiquer, et du blépharospasme, rangé dans l'ordre des névroses, d'autant plus que ces maladies sont souvent simultanées et peut-être le résultat de la même cause.

Nous avons voulu en finir tout de suite avec ces remarques critiques pour n'avoir plus à nous occuper que de l'œuvre personnelle de M. Furnari.

Disons d'abord que l'ouvrage est un des plus complets qui aient paru sur l'ophthalmologie. Le cadre est rempli jusque dans ses moindres détails, et tout y est traité avec un développement suffisant. Des paragraphes spéciaux ont été consacrés, sans longueurs inutiles, à des petites affections que la plupart des auteurs nomment à peine, que quelques-uns ne nomment même pas, au jingnecula, au symblepharon, à l'épicanthus, au synchisis, à l'hyperkératosis. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans toute la série des maladies dont il a fait l'histoire; cela serait d'ailleurs parfaitement inutile à nos lecteurs; un livre qui traite *ex-professo* d'un sujet aussi remué que l'a été depuis trente ans l'ophthalmologie ne peut souvent que reproduire des opinions et des faits connus. Mais à cette reproduction même un auteur peut imprimer un cachet spécial; ces opinions et ces faits, il peut les passer au contrôle de son expérience; enfin à ce qui est du domaine public, il peut ajouter le fruit de ses propres investigations. C'est sous ce triple rapport que nous allons examiner, à un point de vue général, l'ouvrage de M. Furnari.

Cet ouvrage, dans toute son étendue, se distingue par deux caractères, à savoir par une bonne érudition, c'est-à-dire une érudition à la fois étendue et discrète, et par la science éminemment pratique donnée à toutes les questions. Nous signalerons, surtout à ce sujet, tout ce qui a trait aux ophthalmies. Cette partie de la pathologie oculaire est celle qui a été la plus étudiée dans les derniers temps et qui a été la plus agrandie par les travaux allemands. On peut même dire que ce sont les idées relatives à l'inflammation, considérée dans sa nature spécifique et dans les tissus qu'elle affecte, qui ont donné à ces travaux presque toute leur originalité et ont fait de l'Allemagne une école d'ophthalmologie. M. Furnari n'est resté en arrière d'aucun progrès. Après un chapitre sur l'ophthalmie en général, il décrit l'ophthalmie phlegmoneuse et la poursuit dans chacun des tissus qu'elle peut affecter, en consacrant un paragraphe entier à chaque variété. Nous avons remarqué avec plaisir le soin que mettait l'auteur à indiquer les circonstances qui font naître ordinairement cette affection, et comment son siége variait avec elle. Il paraît avoir fait une longue étude de l'influence des professions sur les maladies des yeux et consigne ses résultats dans quelques lignes précises qui en font

(1) NOTE DU RÉDACTEUR EN CHEF. Quoique nous ne voulions pas exercer de contrôle sur tout ce que notre rôle de narrateur nous oblige d'enregistrer, nous prenons nos réserves cependant au sujet des deux assertions de M. Philips; d'une part, ce qu'il y a de réel dans l'existence du strabisme consécutif à l'opération, et de la myopie qui accompagne le strabisme; nous l'avons constaté et indiqué dans nos conférences et notre mémoire à l'Académie des sciences: et quant aux explications données par ce chirurgien, nous les regardons comme entièrement inexactes

ressortir l'importance. Puis viennent les ophthalmies *spécifiques*, parmi lesquelles l'ophthalmie d'Egypte a été traitée avec un soin particulier, surtout dans sa partie thérapeutique, en mettant à profit les travaux de MM. Florent Cunier, Fallot, Hairion. Nous en dirons autant de l'ophthalmie des vidangeurs et de l'ophthalmie scrofuleuse.

L'article *Cataracte* se recommande aussi par la description comparée de différentes espèces anatomiques et l'appréciation des nombreux procédés opératoires suivis jusqu'à ce jour. L'auteur décrit d'abord avec beaucoup de lucidité les méthodes qui ont pour but le *déplacement* de la lentille, et qui sont l'abaissement, tel que le pratiquaient les anciens, la *dépression* perfectionnée par Scarpa, la *reclinaison* inventée par Wilbourg, et le *broiement* ou la *discision* due à Banister; puis les méthodes qui ont pour but l'*extraction*, c'est-à-dire le procédé de Barth, modifié par Beer et dans lequel on incise la cornée par la partie inférieure; celui de Wenzel, Santarelli et Jæger, dans lequel la cornée est incisée à sa partie supérieure; la scléroticotomie proposé par Benjamin Bell et James Earl; la kératonixis, les méthodes mixtes, dans lesquelles une incision ayant été pratiquée à la cornée, comme dans le procédé égyptien, ou à la sclérotique, comme dans le procédé de M. Gensoul, on introduit par cette voie un instrument destiné à abaisser le cristallin. Après cette exposition toute graphique, l'auteur se livre à une appréciation des différentes méthodes ou plutôt de la dépression, de l'extraction et de la kératonixis; car tous les autres procédés sont généralement abandonnés aujourd'hui. Il rejette tout d'abord la kératonixis, comme l'ont fait, après l'avoir essayée, Scarpa, Panizza, Moriggi, Defilipi, Barovero, Demours, Dupuytren, et se déclare partisan de l'abaissement. « L'abaissement, dit-il, est la méthode générale, et l'extraction la méthode d'exception. » Nous partageons cette manière de voir, et c'est pour cela que nous regrettons que M. Furnari ne l'ait pas plus longuement motivée. Il l'a fait, au reste, d'une certaine manière; car s'il n'a pas développé beaucoup les avantages de l'abaissement, il a, en revanche, dressé contre les procédés ordinaires de l'extraction une très longue liste des inconvénients auxquels ils exposent. Ce sont principalement une ouverture de la cornée trop grande ou trop petite, les blessures, le décollement et la hernie de l'iris, l'écartement de la solution de continuité sur le bord des paupières, l'hémorragie intérieure de l'œil, son inflammation, les cataractes secondaires et la perte de l'humeur vitrée; et chacun de ces inconvénients, il montre comment et pourquoi il se produit; ce qui le conduit à montrer comment on pourrait en éviter quelques-uns, et à exposer un procédé qu'il a imaginé dans cette intention. Ce procédé nécessite l'emploi de deux instrumens particuliers qui sont: 1° un kératotome à double lance, consistant en une lance ordinaire, terminée par une autre petite lance de la forme d'une aiguille à cataracte; 2° un kystotriteur formé d'une pince à double bascule montée sur un manche légèrement aplati, dans lequel sont renfermés deux points d'appui qu'il suffit de presser pour fermer la pince. « L'opérateur présente de plat la petite lance du kératotome à la cornée, l'enfonce au lieu d'élection, et la pousse dans la direction d'une ligne qui, partant du point primitivement attaqué, se rendrait au centre de la pupille. Quand la petite lance est arrivée à ce point, l'incision pratiquée à la cornée est suffisamment étendue; il ne reste plus qu'à attaquer la face antérieure du cristallin en y pratiquant une incision en zig-zag; on retire alors l'instrument en lui faisant suivre la même direction que celle qu'il avait suivi pour son introduction. Le premier temps de l'opération achevé, on introduit dans l'ouverture que l'on a faite à la cornée le kystotriteur *fermé* que l'on pousse jusqu'au cristallin. Arrivé à ce point, on laisse ouvrir l'instrument et l'on saisit le corps opaque. La plus légère traction suffit pour le retirer. Si la cataracte est molle, on en extrait tout ce que l'on peut; le reste est broyé sur place par la pression que l'on donne aux mors de la pince. Si le cristallin est dur, très volumineux, et s'il trouve de la difficulté à sortir par l'ouverture faite à la cornée, en portant la pression des pinces au plus haut degré, le cristallin sera écarté, divisé en plusieurs morceaux dont on opérera facilement l'extraction. Il serait inutile de chercher les petits fragmens; l'action absorbante de l'humeur aqueuse les détruit en peu de temps. »

Le procédé que nous venons de décrire a, nous le croyons, des avantages réels sur les autres procédés d'extraction employés jusqu'ici. L'incision est toujours uniforme, parce qu'elle est faite par ponction, à l'aide d'un couteau pyramidal; elle n'est jamais trop large, puisqu'elle ne peut dépasser les limites assignées par la forme de l'instrument; elle n'est jamais trop petite, puisque la cataracte est broyée, si elle ne peut passer par l'ouverture. La ponction étant pratiquée de cette manière, et la contreponction n'étant pas nécessaire, on évite ainsi toutes les chances de blesser l'iris; sa petitesse et le siége de l'incision ne permettent pas aux paupières de heurter contre ses bords; l'intégrité de l'iris met à l'abri de l'hémorragie intérieure; la chute de l'humeur vitrée n'est pas à craindre, et il n'y a jamais de cataractes secondaires, par la raison qu'on est toujours sûr d'enlever, en une ou plusieurs fois, la capsule avec la lentille.

Nous recommandons encore à nos lecteurs l'article consacré à l'occlusion de la pupille artificielle. Les procédés suivis jusqu'ici peuvent être classés dans l'ordre suivant: 1° incision de l'iris sans déperdition de substance; 2° excision d'une partie de l'iris; 3° hernie avec excision; 4° décollement de l'iris dans un point de sa circonférence; 5° enclavement. Il est évident que le but de tout procédé destiné à l'établissement d'une pupille artificielle est de pratiquer l'ouverture la plus régulière et la plus durable possible. La seconde de ces conditions dépend en grande partie de la première. Or, de quelque manière qu'on s'y prenne, l'incision simple ou l'excision avec des ciseaux, ou le décollement de la circonférence, ne procureront jamais que des ouvertures irrégulières qui tendront à se réunir plus ou moins complètement par leur bord voisin; et c'est ce qui arrive dans tous les procédés employés jusqu'ici. Joignez à cela que presque tous sont d'une exécution difficile. Nous approuvons donc tout à fait (en principe au moins, car nous ne connaissons pas les applications) le procédé proposé par M. Furnari. Par ce procédé, on pénètre dans la chambre antérieure avec *la pince à double bascule*, dont les deux branches sont disposées en emporte-pièce à leurs extrémités. Arrivé sur l'iris, on enfonce la branche tranchante derrière cette membrane, et l'on presse sur l'autre branche pour emporter un lambeau de l'iris. Si l'ouverture artificielle ne paraît pas suffisamment grande, on en fait une seconde. Si le cristallin est cataracté, ce qui arrive le plus souvent, on l'opère par le procédé que nous avons décrit plus haut.

Ce que nous avons dit des inconvéniens des autres procédés montre assez les avantages de celui-ci.

Dans l'histoire du strabisme, M. Furnari n'a oublié aucun des nombreux travaux récemment entrepris sur cette difformité; il a fait un examen comparatif des procédés opératoires suivis en Allemagne, avec les modifications qu'ils ont subis en Belgique, en France, en Angleterre, et la méthode sous-conjonctivale, et les opérations qu'il a vu pratiquer lui font donner la préférence à cette dernière.

Tels sont les principaux points que nous voulions signaler particulièrement dans l'ouvrage de M. Furnari. M. Furnari appartient à l'école expérimentale. On le voit surtout à sa thérapeutique, qui n'est jamais *déduite*, mais seulement posée comme un résultat d'expériences. Cet esprit, je ne dirai pas convient à l'ophthalmologie, mais est presqu'un résultat forcé des études ophthalmologiques. C'est, en effet, dans cette branche de la science médicale, qu'on trouve surtout, ou, pour parler plus exactement, qu'on voit le mieux ces espèces morbides parfaitement tranchées par les circonstances au milieu desquelles elles se développent, par leurs expressions symptomatologiques, par les remèdes qui leur conviennent, sans qu'on puisse avoir le mot scientifique de ces différences. Voyez aussi quel empirisme préside aujourd'hui au traitement des nombreuses variétés d'ophthalmies ! Et ce sont les hommes les plus expérimentés qui se condamnent à cet empirisme.

L'ouvrage de M. Furnari se distingue encore sous un point de vue qui ajoute beaucoup à son utilité; c'est qu'il est conçu d'un bout à l'autre dans un esprit, si je puis ainsi dire, prophylactique et hygiénique; c'est-à dire que l'auteur insiste beaucoup sur les moyens de se préserver des maladies des yeux. Il donne d'excellens conseils à toutes les professions et à tous les âges. Mais il s'occupe particulièrement des soldats, dans le chapitre consacré à l'ophthalmie d'Egypte, et des hommes de cabinet, dans le dernier chapitre de son livre. Les conseils adressés aux hommes d'état, aux gens de lettres, aux ecclésiastiques, révèlent une étude approfondie de la partie de l'hygiène qui regarde l'appareil oculaire, et l'ouvrage est beaucoup plus complet sous ce rapport que tous ceux qui l'ont précédé dans la même voie.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 6. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 6 FÉVRIER 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES ROTULIENNES; par MATHIAS MAYOR.

Depuis que je me suis avisé d'asseoir mes procédés et moyens chirurgicaux sur les lois de la mécanique, appliquée à chaque cas pathologique spécial, ainsi qu'aux exigences de l'anatomie et de la physiologie; et que j'ai eu l'idée de soumettre mes appareils et leur manière d'agir au contrôle de la main ou de quelques doigts, et à leur action particulière; tout est devenu de plus en plus simple, facile et précis, soit pour moi, soit aux yeux des personnes qui suivent ma clinique.

Le traitement des fractures de la rotule vient, par exemple, de faire un grand pas vers la perfection, par l'application et le concours de ces bases de toute bonne thérapeutique des lésions traumatiques des os, à l'occasion de deux cas de rupture rotulienne, qui se sont présentés à l'hôpital de Lausanne, le 8 novembre dernier et le 25 suivant. J'en ai fait l'objet de quelques leçons, à peu près en ces termes :

La première indication qui se présente, et la condition *sine quà non*, ici, ressortent exclusivement « des données anatomiques et physiologiques, et consisteront dans la position du membre, dans l'extension complète et permanente de la jambe sur la cuisse. » On obtient, par là, le plus grand relâchement possible du puissant triceps, et par conséquent, la facilité de mettre en contact les fragmens, d'en faire la coaptation exacte, et de les maintenir réunis et immobiles.

Cette extension est suffisante pour les trois buts que je viens de signaler, et on ne comprend pas trop comment les chirurgiens les plus distingués ont pu s'imaginer qu'il importait, en outre, de fléchir la cuisse sur le bassin, soit en élevant le tronc pour lui faire décrire un angle obtus avec le membre affecté, soit en soulevant ou inclinant le pied et la jambe, afin d'obtenir le même résultat, le même angle ouvert. S'ils ne s'étaient pas tous copiés, et s'ils avaient pris la peine d'y réfléchir un seul instant, ils se seraient convaincus que cette position est assez inutile, puisque les principaux extenseurs ne s'attachent pas au bassin, et que la cuisse pourrait être portée en arrière de la ligne verticale ou de l'axe du corps, sans inconvénient, pourvu qu'elle restât dans le même plan que la jambe; c'est-à-dire, que celle-ci fût maintenue dans l'extension parfaite.

Pour vous convaincre de cette vérité, jetez un coup d'œil sur le squelette, mettez un ruban en lieu et place du droit antérieur, et voyez le peu

Feuilleton.

VOYAGE MÉDICAL. — METZ ET STRASBOURG.

Il est des professions jalouses qui ne se contentent pas d'une portion de notre activité, des meilleures heures de notre journée, d'une saison de notre vie; mais qui s'imposent souverainement à l'esprit, subjuguent les instincts, règlent les habitudes, délimitent l'horizon quotidien et colorent jusques dans leurs germes les idées non encore épanouies, et par un travail de transformation graduelle finissent par nous rendre presque inaptes à respirer en dehors de leur sphère spéciale. Telle est la médecine. Nous ne parlons pas seulement des devoirs qu'elle engendre, des travaux qu'elle suscite, des intérêts et des sollicitudes qu'elle porte en croupe et qui chevauchent au devant du classique cabriolet; mais surtout de l'influence dont elle nous pénètre jusqu'aux os, et qui imprime à nos allures sociales comme au travail de notre intelligence un cachet spécifique; le néophyte résiste quelque temps à cette invasion de l'influence professionnelle: il s'est assis sur les bancs, le cœur chaud et la tête haute; la première empreinte qu'il a reçue d'une éducation littéraire ne s'est point effacée au souffle de l'amphithéâtre; sa verve juvénile s'attaque à la science comme la pensée de l'artiste au marbre, et s'efforce de circuler dans les veines étroites et rigides d'une étude sans animation, quand elle pouvait s'épancher ailleurs avec une merveilleuse abondance et se briser en jets nuancés. Mais bientôt la lutte faiblit, les tempes inspirées se refroidissent, le langage se décolore, l'originalité cède à la routine, les habitudes se forment, les vues se contractent et se resserrent; parfois cette espèce de réduction successive des forces exuberantes du noviciat est poussée trop loin, et sous la flagellation du souci, l'être moral s'est aplati pour toujours. La société conspire à ce résultat; l'opinion publique renforce les exigences de la profession medicale et lui confirme, par égoisme et crainte, le droit d'absolue possession de notre individualité: chaque instant soustrait à nos etudes spéciales lui paraît une chance de plus contre la conservation de l'espèce humaine; tout en déclamant contre l'insuffisance de l'art, on est bien aise de nous réduire à ne cultiver que lui, de nous consigner jour et nuit au lit du malade ou dans notre cabinet; peuple docile à cette vieille tyrannie de l'opinion, nous subissons la consigne avec un respect traditionnel; nous acceptons avec la bonne grâce des ilotes les conditions que nous fait la société, pour obtenir la superbe aumône de son estime. L'avocat plaide le matin, monte l'après-midi à la tribune du parlement, taille au soir sa plume pour le service de sa renommée littéraire, ou disserte, artiste improvisé, sur le mérite d'une œuvre musicale, le tout sans que sa toge le drape le tendemain avec moins de gravité, sans que les dossiers se présentent moins nombreux à sa main, sans que sa dialectique perde dans l'oreille des magistrats de sa vertu compétente ou de sa puissance persuasive. Que mal avisé serait celui de nos confrères qui en userait à cette guise et, posé sur un échelon de clientelle, oublierait un instant les conséquences de l'investiture doctorale et la rapide malignité des préventions! Permis aux savans de toute couleur de se faire leur journée et leur lendemain, s'il leur plait d'ajourner la solution d'un problème ou de congédier le public de leur pensée; les heures, les minutes du médecin sonnent au cadran de la ville,

de changement qu'éprouvera ce ruban, dans sa tension ou dans son relâchement, par les manœuvres d'extension ou de flexion que vous imprimerez au fémur.

Mais il ne faut pas perdre de vue que, lors même qu'ils sont placés dans le plus parfait relâchement, les extenseurs peuvent cependant se contracter violemment, et emporter en haut le fragment supérieur auquel ils adhèrent. Il faut donc opposer à cette fâcheuse éventualité un moyen très vigoureux et que la mécanique seule peut fournir.

Cet agent mécanique aura donc pour mission d'assurer la réunion des fragmens, d'une manière permanente et propre à empêcher leur écartement, leur vacillement et leur changement de rapport. Il peut être figuré ou formulé avec deux doigts (les deux index, par exemple) placés transversalement et immédiatement, l'un au-dessus et l'autre au-dessous de la rotule; si bien que, si ceux-ci pouvaient rester en place tout le temps nécessaire à la consolidation, nul doute que le traitement et la guérison ne laisseraient rien à désirer.

Arrêtons-nous un instant vis à vis de ces deux doigts, et prouvons par l'analyse que, grâce à leur organisation et à leur mode d'agir, ils constituent en effet des agens contentifs par excellence. Ainsi donc, leur charpente osseuse leur donne une solidité et fermeté suffisantes pour résister à la rotule et la dominer. L'articulation des phalanges permet aux doigts de se mouler sur cet os et de l'embrasser exactement.

L'état mou et pulpeux de la face palmaire de ces mêmes doigts rend leur pression inoffensive et supportable. Cette pression n'a lieu que sur deux points seulement, les deux extrémités du diamètre longitudinal de l'os fracturé, et ne gêne, par conséquent, ni la cuisse ni la jambe. Elle suffit encore pour forcer l'extension de la jambe sur la cuisse et pour empêcher leur flexion réciproque, en supposant du moins, que le membre repose sur un lit ou sur quelque autre plan résistant. L'action musculaire des doigts, qui fait de ceux-ci un instrument intelligent, presse constamment et convenablement l'un des fragmens de haut en bas, et l'autre de bas en haut, de manière à les tenir toujours rapprochés, lors même qu'il s'agirait d'imprimer au genou de légers mouvemens d'extension et de flexion, afin de prévenir une ankylose vraie ou fausse, et de faciliter plus tard les mouvemens articulaires du genou.

Ces deux doigts, ainsi posés, forment donc, en quelque sorte, un tableau de tout ce qui doit se passer dans le traitement d'une fracture transversale de la rotule, et rappellent du moins, toutes les conditions importantes de ce traitement. On voit d'ailleurs, qu'elles relèvent toutes de la mécanique, quoiqu'elles soient toutes soumises aux lois de la physique vivante; c'est donc au chirurgien à les méditer et à chercher à les imiter et réaliser, de son mieux, par tous les moyens mécaniques dont il peut disposer, en dehors de ses propres organes.

Comment va-t-il s'y prendre dans ce but? Il s'entourera d'abord de POINTS D'APPUI convenables et propres à diriger les forces dont il aura besoin, et plus il sera maître de son sujet, mieux aussi il saura les utiliser et les simplifier. Ainsi donc, des points d'appui, avant tout, et pour tout.

L'essentiel, avons-nous dit, c'est de forcer et de maintenir l'extension de la jambe sur la cuisse. Pour cet effet, l'artiste aura recours à une gouttière quelconque, qu'il garnira suffisamment du corps le plus propre à protéger les tissus sous-jacens, et qu'il placera derrière le jarret, de manière à ce qu'elle appuie, au moins, sur le tiers inférieur de la cuisse, et sur le tiers supérieur de la jambe.

Pour fixer ce corps, *résistant et mou* tout à la fois, le chirurgien prendra son point d'appui au-dessus et au-dessous du genou ou de la rotule, et dirigera de là deux liens bien rembourrés, et mollets qui, placés exactement en travers sur les deux bouts de la rotule, comme les deux doigts dont nous avons parlé, iront d'abord s'attacher aux bords de la gouttière, si elle est en fil de fer, ou passeront derrière, si c'est du simple carton gommé.

De ces deux liens transversaux, les chefs du supérieur se réfléchiront alors *obliquement en haut*, sur la cuisse, se croiseront sur sa face antérieure, pour revenir s'attacher à la gouttière même, si elle est métallique, ou pour l'entourer encore une fois, si elle est de carton, avant de se fixer ou de se nouer ensemble par leurs deux bouts, au-devant de la cuisse et sur un corps suffisamment protecteur: coton, compresse.

Les chefs du lien inférieur se réfléchiront aussi, mais en sens inverse des précédens; c'est-à-dire obliquement en bas et vers l'union du tiers supérieur de la jambe, avec son tiers moyen, et ils finiront par se fixer comme ceux du précédent lien.

On voit donc que je dirige les chefs de ces liens en sens contraire des bandes et des appareils des auteurs, lesquels indiquent toujours qu'il convient de les *croiser* derrière le jarret, en les faisant *converger* vers cette région, après avoir contourné les extrémités de la rotule, au lieu que je les fais *diverger* précisément vers cette même partie. C'est que, ainsi qu'on va le voir, je dois prendre, sur chacun de ces liens transversaux, un point d'appui réciproque, qui servira à les rapprocher l'un de l'autre. Or, cet appui n'aurait pas été solide, et les liens se seraient relâchés et auraient eu de la tendance à glisser sur le genou, si leurs chefs avaient été dirigés vers le jarret. Mais s'ils sont inclinés en sens inverse, je n'ai rien de pareil à redouter; car, plus je tirerai en dessus, en vue de les rapprocher l'un de l'autre, plus aussi je tendrai les chefs divergens, plus je presserai par conséquent sur les deux extrémités de l'os brisé. Le contraire arrivera infailliblement avec des chefs convergens, comme l'enseignent le gros bon sens et les principes élémentaires de la mécanique appliquée. Mais je reviendrai sur ce point dans un moment.

La gouttière ainsi fixée derrière le genou, il ne reste plus au chirurgien que d'agir sur les deux fragmens, et, pour cet effet, il a à sa disposition précisément le plein des deux liens qui se trouvent placés aux deux extrémités de la rotule, et qui, s'ils étaient des doigts, n'auraient qu'à tendre à se rapprocher l'un de l'autre pour serrer les fragmens plus ou moins fortement et exactement, l'un contre l'autre aussi. Mais ces liens ne jouissent tous les deux que d'une force d'inertie, d'une simple pression perpendiculaire à l'axe de la cuisse. Toutefois, cette pression, même un peu forte dans ce sens, est indispensable pour bien établir le lien en dessus et en dessous de la rotule, et pour donner au moyen mécanique une prise plus convenable sur les fragmens de cet os. Mais, dirigée uniquement dans ce sens, elle serait peu propre à retenir en place des pièces qui tendent constamment à s'écarter dans un sens différent. Il faut donc imprimer à cette pression une autre direction, et, pour cet effet encore, chercher des points d'appui convenables. Or, pour le lien supérieur, qui doit surtout fixer notre attention, nous pouvons le prendre à la pointe du pied correspondant, ou bien sur un lien circulaire

---

sa conscience en est comptable envers la souffrance et l'agonie; il n'a pas eu le temps de vivre, il n'a pas celui de mourir, distrait de l'idée de sa fin par le spectacle même de la destruction contre laquelle il lutte au profit d'autrui. S'il échappe, fortune bien rare! pour de courts instans aux fatigues de sa mission, s'il lui advient d'échanger l'atmosphère miasmatique où s'ébat tous les jours sa poitrine contre le souffle des grandes routes; s'il voyage, la profession ne lui fait point grâce; elle le suit, compagne invisible, dans les villes et les villages; sur son chemin les maladies se dressent, gémissantes et squalides, implorant son regard exercé et demandant merci à son talent; le village où il cherche une retraite se charge de l'illustrer en vingt-quatre heures; comme il est nouveau-venu, il est le bien-venu pour le soulagement de toutes les infirmités qui languissent et trébuchent à plusieurs lieues à la ronde; c'est le Messie médical qu'elles attendaient. S'il traverse une ville, comment éviter les interrogations des confrères sur le *mouvement scientifique* de Paris, lesquelles succèdent fort à propos aux mouvemens de la diligence? Puis, n'y a-t-il pas des hôpitaux, des établissemens de charité publique à visiter, parfois des institutions qui intéressent l'enseignement? Les émotions du touriste sont inconnues du médecin, ou s'il les éprouve, qu'il ait soin de les épuiser dans la limite silencieuse de son moi; les impressions naïves et pures que toute âme retrouve au moins fugitivement dans la familiarité de la nature, au milieu des champs, sur le versant des montagnes, sur le rivage des fleuves imposans, ne font pas nécessairement défaut au médecin voyageur; mais les exprimer, peindre ce qu'il voit, dire avec ferveur et style ce qui a remué son âme et reflété de vives lueurs sur son imagination, qu'il y prenne garde! le danger est patent: malades et confrères puiseront dans les pages candides de son récit un motif de légitime suspicion; sentir, admirer, s'épanouir avec la joie réminiscente d'un autre âge aux scènes tour-à-tour nobles et suaves de la nature, c'est forfaire à la vocation hippocratique, c'est presque se rendre coupable de littérature. L'été avec sa plénitude de richesses éclatantes et son généreux soleil, flamboyant sur les cîmes lointaines, l'automne avec sa sérénité rêveuse et ses mystères de graduelles métamorphoses, ne sont point faits pour le médecin: à lui les hôpitaux, les amphithéâtres; compter les lits, mesurer la hauteur des plafonds, goûter le bouillon, admirer le poli des meubles et la blancheur des rideaux qui voilent au visiteur le spectacle d'une agonie, voilà sa besogne obligée; encore si son observation s'exerçait en passant avec quelque profit pour ceux qui gisent là sous son regard; encore si des notes qu'il recueille en courant et que nulle intention ne vivifie, sortait le public éloge ou le blâme retentissant de ce qu'il approuve ou condamne dans sa bénévole inspection; mais non, il s'impose sans but l'ennui d'un labeur sans résultat; il va, il regarde, il entend gémir la douleur et n'observe peut-être en passant que la différence de l'accent local ou du patois indigène; c'est ainsi que les nobles gens d'outre Manche parcourent les beaux sites de l'Italie, sans autre satisfaction que d'en constater l'existence et laissent tomber sur les monumens de tout âge le regard hébété d'une curiosité valétudinaire.

Sur une route de cent vingt lieues, des rives de la Seine à celles du Rhin, en déviant un peu vers les Ardennes et en saluant au passage le bassin de la Moselle, il est difficile de ne point s'ébahir souvent devant des sites pittoresques, de ne point s'intéresser à quelques incidens qui signalent toute pérégrination un peu longue, de ne point retrouver en soi la trace de quelques souvenirs et au dehors

qu'on placerait au-dessous des condyles du tibia. Mais nous avons ce dernier déjà tont prêt dans le lien transversal inférieur, qui est fixé immédiatement au-dessous de la rotule, et il nous suffira donc de faire passer sur cet os, et dans le sens de l'axe dn membre, deux on trois petites attaches parallèles, qui, partant d'un des liens transversaux, iront s'unir à l'autre de ces liens, au moyen de semblables attaches qu'on y aura cousues. En serrant ces attaches, elles tireront les deux liens l'un contre l'antre, et entraîneront par conséquent avec eux les fragmens rotuliens sur lesquels ils reposent et s'appuient.

On les serre plus on moins sur nne couche de coton, et on les lie ensemble avec une rosette, afin qu'on puisse les resserrer et desserrer à volonté, et qu'on ait même la facilité de soulever le coton chaque fois qu'on aura des motifs de faire un pansement et de s'assurer de l'état des fragmens.

On voit donc, qu'au lien d'agir sur les deux extrémités de la rotule, obliquement et sous un angle assez aigu, comme l'indiquent si mal à propos la plupart des cliniciens, je tire en ligne directe sur les moyens qui maîtrisent les fragmens, et que je réunis ceux-ci presque de la même manière que si je me servais de la suture entrecoupée. Je jouis donc à peu près des mêmes avantages que je pourrais obtenir s'il me prenait fantaisie d'assembler et d'assujétir ces fragmens avec des crochets en fer, des écrous boulonnés ou des clous rivés. Ces trois moyens, les deux derniers surtout, seraient sans contredit le plus en rapport avec le cas pathologique en question, ainsi qu'avec la structure de l'organe affecté et les lois de la mécanique; et l'on conçoit donc que M. Malgaigne se soit laissé séduire et charmer par tant d'avantages réunis, quand il a proposé ses crochets. Mais il ne s'agit pas ici du squelette seulement, car les tissus vivans et les données physiologiques doivent repousser avec horreur des moyens pareils, aussi longtemps, du moins, qu'on pourra arriver aux mêmes résultats d'une manière moins chanceuse.

Il faut pourtant bien le dire, à la décharge de ce savant et zélé confrère, et comme circonstance atténuante: la plupart des chirurgiens traitent si cavalièrement les parties molles avec leurs appareils à fractures, et leurs procédés pèchent si ouvertement et si grossièrement contre toutes les exigences physiologiques, que nous sommes habitués, de longue main, à mettre de côté tout scrupule, et à n'y pas regarder de trop près, lorsqu'il s'agit de respecter et de ménager les parties éminemment irritables et sensibles.

Récapitulons maintenant comment cet ensemble de moyens remplace l'action des deux doigts que j'ai pris pour type, ici, de tout bon appareil.

La gouttière, lorsqu'elle est fixée avec des liens, représente la pression des doigts vers le genou, pour forcer et maintenir l'extension de la jambe sur la cuisse. Les liens mollets, convenablement ouatés et placés transversalement et aux deux extrémités de la rotule, figurent la pulpe des deux doigts qui sont placés vers ces mêmes extrémités; et les trois petites attaches, qui passent d'un de ces liens transversaux à l'autre, dans le but de les rapprocher ou de les maintenir rapprochés l'un de l'autre, formulant la force musculaire, qui fait agir les doigts sur les deux fragmens, et qui leur imprime, à l'un, une action directe de haut en bas, et, à l'autre, une tendance à se porter de bas en haut; ces attaches mettent donc ces fragmens hors d'état de pouvoir s'écarter l'un de l'autre.

Il n'est, du reste, point indifférent d'agir aussi sur le fragment inférieur et de le brider tout-à-fait; car la coaptation n'en sera que plus exacte, et rien alors ne pourra déranger les rapports intimes qui doivent régner entre ces deux pièces osseuses. Or, on voit avec quelle facilité ce bridement a lieu, et comment, pour cet objet, le lien transversal inférieur emprunte son point d'appui au supérieur, et comment l'un et l'autre se prêtent mutuellement cet indispensable appui.

Si je me suis étendu aussi longuement sur un objet qu'on pourrait, j'en conviens, traiter en quelques lignes, c'est que je ne suis pas fâché de saisir cette occasion de mettre de plus en plus en relief mes idées sur la mécanique et les points d'appui en médecine opératoire, sur le parti qu'on peut tirer de la main, comme type des meilleurs appareils, et sur la manière dont on doit, aux yeux des élèves, analyser tous les détails et l'action même de nos procédés et de nos moyens.

Ce sont là, du reste, autant de *ballons d'essai* que je lance dans la région de la thérapeutique chirurgicale, en attendant que je puisse m'exprimer mieux sur ces importans sujets. J'ai été amené encore à entrer dans toutes ces minuties du traitement des fractures rotuliennes, par ce motif que, malgré qu'il ait été abordé et discuté par les plus grands maîtres, il est encore passablement embrouillé; qu'on ne cherche point à en apprécier l'importance, et qu'on ne veut se résoudre à en saisir la portée pratique qu'après qu'on aura présenté aux opérateurs et aux cliniciens une série de quelques centaines de faits, et que leur ésultat ait été dûment sanctionné... par L'EXPÉRIENCE.

Mais la chirurgie n'a que faire de la fameuse *méthode numérique*; elle doit lui être complètement étrangère, et ne peut servir qu'à l'enrayer dans sa marche. Telle est, en effet, la différence énorme qui existe entre les observations chirurgicales et les médicales *qu'une seule* des premières, quand elle est présentée sous ses quatre faces, l'anatomique, la physiologique, la pathologique et la mécanique, doit toujours suffire pour baser solidement un procédé quelconque, quelque nouveau et insolite qu'il soit ou puisse paraître.

Il faut décidement plaindre le chirurgien qui, lorsqu'il peut examiner, palper, appliquer lui-même (1) et étudier, tout à son aise, longuement et dans tous ses détails, un objet matériel et exclusivement de son

(1) Le grand mal pour les chirurgiens, et qui résulte précisément de cette soif ardente, de ce profond respect pour l'expérimentation, qui les dominent, c'est de ne pas *essayer sur un membre sain* les procédés et les appareils nouveaux qu'on leur recommande, quoiqu'ils puissent être appliqués tous parfaitement, et en peu d'instans, sur le premier venu, et que leurs efforts soient mis par là complètement en évidence. Mais un pareil mode est trop simple, trop facile et trop conforme à la raison pour être du goût de certains coryphées. Fi donc! ne faut-il pas absolument qu'ils attendent que le cas pathologique se présente avec tout son cortège, afin qu'ils soient en mesure *de consulter l'expérience et de laisser parler les faits?* Mais il arrive alors que ce cas est trop urgent ou trop grave pour qu'on ose faire un essai; ou bien, si l'on se décide à expérimenter, on n'est pas suffisamment préparé et exercé; on ne sait pas se servir du moyen; on en oublie une partie essentielle; on l'applique gauchement; on se dépite, et l'on finit par rejeter le malencontreux agent et par en dire tout le mal possible, ainsi que de son inventeur. Et voilà comment les procédés les plus utiles, les innovations les plus heureuses, restent longtemps stériles et commencent d'abord par tomber dans le domaine du ridicule. L'expérience de tous les jours est là pour prouver mon dire, et pour faire honnir *l'expérience*... en chirurgie.

---

quelques endroits où l'on s'arrêterait volontiers à causer avec le lecteur..... Mais nous n'ajouterons pas cette école buissonnière à celles de notre adolescence collégienne, et si notre pensée nous ramène aujourd'hui vers des lieux parcourus aux vacances dernières, c'est pour parler de quelques établissemens médicaux de Metz et de Strasbourg, deux jalons que la science nationale a posés de Paris à l'extrême frontière.

Metz n'est point, ne sera jamais une cité scientifique, une métropole médicale; ce n'est point qu'il soit dénué d'institutions qui ont pour objet la culture des hautes facultés de l'esprit, ou qui fournissent particulièrement à l'exercice de notre art un théâtre étendu; Metz a des hôpitaux bien tenus, une école médicale, des associations académiques, des praticiens éclairés; mais le bruit du tambour et le cliquetis des armes y couvrent la voix de la science; une garnison de dix mille hommes, des états-majors nombreux de toutes armes, un essaim d'officiers qui s'épand dans les rues et dans les salons, sans compter la pépinière populeuse que l'artillerie et le génie possèdent dans l'école d'application, étendent, pour ainsi dire, sur la population une couche militaire, où germe et se développe toute une végétation d'idées spéciales. Il faut aux sciences comme aux lettres un souffle excitateur du dehors; ce n'est point dans une atmosphère saturée d'esprit militaire, chargée de poudre à canon, qu'elles prennent un facile essor. Les mathématiques et les sciences physiques y sont professées sans doute avec talent, dans les limites de leurs applications belliqueuses; elles sont représentées à Metz par des hommes qui font autorité, et dont plusieurs sont connus à l'Institut; mais cette prospérité ne s'étend pas aux sciences naturelles et médicales; ceux qui s'y adonnent manquent d'encouragemens et ne doivent pas en attendre; quoi qu'ils fassent, leur savoir ne jettera point aux yeux des Messins autant d'éclat qu'une grosse épaulette; une université complète, avec cinq facultés, avec robes et toques, avec sa mobile population d'élèves, ne réagirait que médiocrement sur les mœurs de cette ville et ne déposséderait point de leur magique ascendant la phalange sémillante des élèves sous-lieutenans de l'école d'application.

Les établissemens hospitaliers de Metz ne composent point un seul système, mis en jeu par les mêmes ressorts administratifs; ils ont conservé le caractère de leurs fondations respectives et ne sont point liés entre eux par une solidarité financière qui constitue l'un des avantages ou des inconvéniens de la centralisation. La congrégation dont saint Vincent de Paul est le créateur et l'âme toujours vivante dirige trois hospices, la maison dite de charité et des orphelins, fondée en 1821 par le bureau de bienfaisance, et où sont élevées plus de cent orphelines; l'hôpital de Bon-Secours et celui de St-Nicolas. La destination de ce dernier établissement est mixte et répond à celle des hospices qui portent, dans la plupart de nos villes importantes de province, le nom d'hôpital général; comme les hôpitaux généraux de Montpellier, Toulouse, etc., l'hôpital de St-Nicolas sert à la fois de retraite à la vieillesse indigente, et d'habitation médicale aux scrofuleux, aux épileptiques, à diverses affections frappées d'incurabilité; on y reçoit encore les enfans trouvés et abandonnés. Malgré l'ordre qui règne dans cette demeure occupée par des hôtes si divers, il est impossible d'approuver la promiscuité des misères et des souffrances dont elle présente le spectacle. Ce n'est point à Metz seulement qu'il y a lieu de déplorer l'extension donnée à un établissement hospitalier; les vastes hôpitaux sont une vanité municipale, quand ils ne sont pas le résultat malsain de constructions successives, agglomérées par économie ou par

ressort, ne peut cependant se résoudre de juger la portée clinique de ce même objet qu'après qu'on le lui aura mis sous les yeux un très grand nombre de fois encore, et accompagné toujours et très exactement des mêmes résultats techniques.

Si donc je me décide à cumuler ici, et assez mal à propos, deux faits identiques, c'est moins pour me conformer à l'usage reçu et pour aller au devant de susceptibles exigences, que parce que ces deux observations tendront à compléter ce que j'avais à dire sur la matière; qu'on ne l'a jamais présentée dans tous ses détails, comme je le fais aujourd'hui, et que la plupart des auteurs s'imaginent encore « qu'une fracture transversale de la rotule ne peut pas être réunie très exactement, et que les fragmens laissent constamment entre eux un intervalle plus ou moins grand, que remplit un tissu ligamenteux particulier. » D'ailleurs, si l'un de ces cas n'était compliqué que d'un gonflement considérable, l'autre présentait ce même état et deux plaies contuses. On sait, du reste, que les fractures de l'os qui nous occupe sont presque toujours directes et, par conséquent, accompagnées, le plus souvent, de désordres des parties molles, désordres d'autant plus graves qu'ils se passent dans le voisinage d'une articulation fort délicate, et qui, très probablement, n'aura pas été épargnée au moment de l'accident, par les causes occasionnelles.

M. Malgaigne et tous les partisans des appareils inamovibles n'ont pas assez tenu compte de ces circonstances impérieuses, car leurs procédés semblent plutôt faits pour *ajouter*, comme on dit vulgairement, *l'affliction à l'affligé*, au lieu que le mien permet de lui prodiguer sans cesse et *ouvertement* les consolations *médico*-chirurgicales les plus variées.

Obs. I. — Le 6 novembre 1840, Samuel Clerc, de Lausanne, veillard de 75 ans, fait une chute au bas des escaliers, tombe à genoux sur le carreau; le lendemain, 8 novembre, au soir, on l'apporte à l'hospice où je constate une fracture transversale de la rotule gauche, entre son tiers moyen et son tiers inférieur, et un écartement d'au moins 27 millimetres entre les deux fragmens; un gonflement considérable occupait tout le genou. Je plaçai sur le champ un appareil provisoire, que M. le docteur Mayor remplaça le lendemain matin par un autre, qui consistait:

1° En une gouttière en fil de fer, longue de 325 millimètres, et dont la largeur représentait en haut la demi circonférence postérieure et inférieure de la cuisse, et en bas, celle de la face postérieure et supérieure de la jambe; cette gouttière, bien matelassée au moyen de plusieurs doubles de ouate (1), fut placée sur l'espace poplité qu'elle dépassait de 162 millimètres en dessus et en dessous: le membre est dans l'extension complète.

2° En deux cravates rembourrées de coton; l'une d'elles est appliquée par son plein (son milieu), sur le bord supérieur de la rotule, dont on tient rapprochés les fragmens; l'autre est placée de la même manière sur le bord inférieur. Les chefs ou les bouts de chacune de ces cravates sont dirigés ensuite de chaque côté et tout droit, vers les bords correspondans de la gouttière, où ils trouvent un point d'appui solide. De là, ils sont ramenés obliquement en haut et croisés sur la face antérieure du membre, pour aller enfin se fixer aux deux extrémités de la gouttiere.

3° On coud ensuite, sur l'une des cravates et vis à vis de la rotule, trois petites boucles de fil auxquelles correspondent autant de doubles attaches fixées sur l'autre cravate; ces petits liens, passés les uns dans les autres, sont serrés et attachés sur une épaisse couche de coton, et font effort sur les deux pleins des cravates qui agissent de cette manière en sens inverse sur les fragmens rotuliens, et les maintiennent exactement immobiles et rapprochés. Ils pressent, d'un côté, le ligament inférieur de la rotule, et de l'autre, les tendons du droit antérieur et du triceps crural. Les bouts des cravates prenant leur point d'appui en arrière, sur la gouttière, on comprend que celles-ci ne peuvent glisser, ni abandonner leur position, lors même qu'elles sont tirées par les petites attaches.

Le membre abdominal gauche fut ensuite suspendu, au moyen d'un mouchoir en echarpe passé sous la jambe et fixé à une corde verticale qui était attachée au plafond (1).

Tel est l'appareil qui fut appliqué à Clerc; mais un gonflement considérable existait, avons-nous dit, sur le genou; c'est pour cela que chaque matin on détachait et desserrait les petits liens, on mettait ainsi à découvert le genou, on le frictionnait avec un liniment résolutif, on le recouvrait de coton, après quoi on attachait les liens; n'omettons pas de dire que durant ce pansement, et pour qu'il n'y ait pas de déplacement possible des fragmens, M. Mayor les maintenait lui-même en rapport et remplaçait momentanément avec les mains placées, l'une en dessus, l'autre en dessous de la rotule, la constriction exercée par les cravates et les petites attaches.

A mesure que le gonflement disparaissait, ces attaches furent serrées davantage, et quand il fut tout à fait dissipé, on n'y toucha plus. Au bout de trois semaines, M. Mayor commença cependant à faire exécuter de légers mouvemens à l'articulation du genou, afin d'en éviter l'ankylose (2). Pour cela, il soutenait la rotule en pressant sur chacune de ses extrémités, comme il le faisait déjà, lors des pansemens journaliers; pendant ce temps, je pressais d'une main sur l'espace poplité, tandis que de l'autre, appliquée sur le coude-pied, je faisais mouvoir la jambe; ces manœuvres, très légères d'abord, furent répétées tous les matins jusqu'au 12 décembre, où l'appareil fut enlevé.

On put alors constater, au doigt, à l'œil et au moyen du compas d'épaisseur, que la consolidation de la rotule avait eu lieu sans le moindre écartement des fragmens. C'est à peine si l'on sent une légère ligne indiquant le lieu où a existé la solution de continuité.

---

(1) On ne doit jamais épargner celui-ci, surtout vers les bords et les extrémités.

M. M.

(1) Cette pièce sert essentiellement à faciliter les mouvemens horizontaux dans le lit. Ils se font en effet, sans aucun effort musculaire; mais elle est utile aussi pour le transport du malade et son placement sur un fauteuil particulier.

M. M.

(2) Les mouvemens du genou se rétablissent, au surplus, complètement et à la longue, malgré les plus fâcheuses apparences. J'en ai eu la preuve dans un cas grave, où tout semblait annoncer que l'inflammation avait gagné les surfaces articulaires et provoqué leur adhérence. Je l'ai rompue quelquefois violemment, ainsi que celle vers le coude pour des cas analogues, et sans qu'il en résultat d'inconvéniens. Il ne faudrait donc pas trop se presser de lancer les foudres de l'anathème sur le procédé, tant soit peu brutal, de M. Louvrier, et réserver du moins ce puissant agent mécanique pour les cas où la perte du ginglyme serait l'effet de lésions traumatiques, et où la constitution et les autres conditions de l'individu ne s'opposeraient pas trop à l'effet d'un semblable moyen. Quelle est l'opération qui, au milieu des plus brillans succès, ne nous laisse pas déplorer aussi les plus cuisans revers?

La médecine, avec ses heureux tâtonnemens, ne pourrait-elle pas ici, comme dans tant d'autres circonstances, nous amener un jour sur la voie de quelques moyens thérapeutiques, propres à rendre moins casuel celui, si rationel d'ailleurs que nous indique le chirurgien de Pontarlier et mettre, par conséquent, la mécanique pure en harmonie avec les exigences de la physiologie? Les opérations de la lithotomie, de la lithotripsie, de l'obstétrique et de la cataracte auraient-elles si souvent des résultats heureux, si elles n'étaient pas mitigées à propos, avant, pendant et après, par les voies et moyens de l'observation et de l'expérience, et qui sont étrangers aux voies et moyens de la médecine opératoire?

M. M.

---

routine; ce sont d'énormes polypiers où circule laborieusement la plèbe bigarrée des infirmités les plus différentes, où se multiplient les contrastes hideux des formes infinies de la destruction humaine, où l'on a condensé, sous l'action des mêmes agens extérieurs, une multitude d'états morbides qui sollicitent un milieu différent, une hygiène opposée.

L'hôpital de Bon-Secours est le véritable hôpital de Metz, le théâtre clinique qui exprime d'année en année, de saison en saison, les phases de la pathogénie locale; là seulement les maladies se succèdent, l'observation se renouvelle; mais nous avons regret de le dire, il est loin de remplir les conditions d'une institution dont le double but doit être le large déploiement de la charité publique et le progrès de l'art de guérir. Situé près des remparts, regardant par sa façade postérieure le cours de la Moselle, dont il n'est séparé que par un petit jardin, dans un quartier où s'entassent les classes indigentes, il ne compense point par sa distribution intérieure le vice de son exposition. Il ne peut recevoir environ que 140 à 160 malades; à l'époque où je le visitai avec mon ami, le professeur Forget, alors en tournée à Metz, comme président des jurys, le nombre des lits était plus que suffisant; on n'y comptait pas cinquante malades; mais nous tenons de la bouche de la supérieure, qui nous a fait gracieusement les honneurs de la maison, qu'à certaines époques de l'année, par l'augmentation subite des maladies, on est obligé de refuser l'admission à un grand nombre de postulans, réduits alors à se contenter des visites à domicile et des bons de médicamens gratuits. Deux grandes salles existent au rez-de-chaussée; elles sont dallées et doivent être difficilement chauffées en hiver; cette distribution se répète dans l'étage supérieur, avec quelques attenances; l'air s'y renouvelle aisément et l'on y remarque cette coquetterie de lustre et de propreté qui distingue toutes les maisons confiées aux soins des corporations féminines; toutes les salles ne sont pas encore garnies de lits en fer; l'espacement des lits nous a paru peu proportionné avec les masses atmosphériques; des piliers énormes ajoutent encore à cet inconvénient, et seraient utilement remplacés, comme on l'a fait au Val-de-Grâce, par des colonnettes de fonte, sveltes et élégans supports des étages supérieurs. En parcourant les salles, nous avons pu assister à une saignée pratiquée par l'une des sœurs, et nous apprîmes à cette occasion, mais non sans quelque surprise, que l'hôpital n'a ni externes ni internes, et que les pansemens, ainsi que les petites opérations de chirurgie ministrante, sont exécutés par les sœurs, de telle sorte que tout le service médico-chirurgical repose sur les médecins ou chirurgiens traitans et les sœurs, leurs seuls auxiliaires. Point de chirurgien de garde; point de pharmaciens; la pharmacie est aussi dans les attributions des sœurs; l'une d'elles est préposée à la tisanerie et à la préparation des prescriptions journalières; l'hôpital reçoit, par abonnement passé avec un pharmacien de la ville, les principaux médicamens et produits chimiques; une sœur, dextre et scrupuleuse, pèse, dose, associe, mélange, triture, dissout, édulcore, et ajoute à la série quotidienne de ses élaborations l'ornement accoutumé d'une étiquette. Il nous aurait été impossible de ne point rendre justice à la symétrie des arrangemens intérieurs de l'officine, à la netteté des vases et ustensiles, au poli brillant de la balance et des plateaux, à la blancheur immaculée du linge dans les salles, à l'empressement affectueux des sœurs pour les malades, à la prestesse de leurs évolutions autour des lits où des pansemens étaient à faire; mais nous avouons que tout cela n'a pu nous convertir à l'idée d'un hôpital sans élèves internes ni externes, sans

OBS. II. — Marc Jeanoet, des Verrières, âgé de 24 ans, couvreur, tombe d'un toit le 18 novembre, d'une hauteur de 25 pieds, et se fracture la rotule droite transversalement. Il entre à l'hospice le 25; son genou était énorme, et présentait, de plus, deux plaies contuses; on sentait, quoique imparfaitement, les deux fragmens rotuliens à une assez grande distance l'un de l'autre (1). On applique le même appareil que sur le malade qui fait le sujet de l'observation précédente; des pansemens journaliers avec du coton cératé et des frictions avec un liniment éthéré et camphré font toute la différence du traitement des deux malades; on y procédait, du reste, exactement de la même manière. Dans quinze jours, les plaies furent cicatrisées et le gonflement dissipé. Le 16 décembre, on a supprimé la suspension du membre; dès-lors, on fait exécuter des mouvemens à l'articulation du genou, comme on le faisait pour Clerc. Aujourd'hui, 25 décembre, le gonflement est encore assez considérable, mais le malade ne ressent aucune douleur. Quant aux fragmens, on sent que l'inférieur fait une légère saillie en avant, et qu'il recouvre en partie le fragment supérieur. L'appareil sera mis de côté dans quelques jours (2).

ROGIVE, interne.

Lausanne, ce 26 décembre 1840.

POST-SCRIPTUM. — Aujourd'hui, 29 décembre, 41 jours après l'accident, nous avons enlevé l'appareil, et pu constater, avec le compas d'épaisseur, que la rotule brisée est de 5 millimètres plus courte que l'autre. Je signale cette incroyable imbrication, ce magnifique *insuccès*, avec un *rare* orgueil, parce qu'ils sont en faveur de mon appareil, et que si celui-ci peut *le plus* (l'entrecroisement des fragmens), à coup sûr il pourra *le moins*, c'est-à-dire leur exacte coaptation, leur réunion normale intime et parfaite.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDICINISCHE ANNALEN, publié par PUCHELT, CHÉLIUS et NAEGELÉ.

Le quatrième cahier du sixième volume contient : 1° *De la manière la plus avantageuse et la plus sûre de faire l'accouchement prématuré artificiel*; par le docteur Meissner. 2° *Cas de ponction de la vessie*; par le docteur Hauff. (L'opérateur a eu le malheur de voir échapper la canule de la vessie après que celle-ci s'était fortement contractée, l'urine s'est infiltrée dans le bas-ventre; l'individu, âgé de 76 ans étant mort, on a trouvé à l'autopsie la vessie tout à fait saine, et on voyait sur sa partie supérieure le trou pratiqué par le trocart dont la canule était restée dans le tissu cellulaire qui sépare la vessie du pubis.) 3° *Observation de fongus médullaire chez une jeune fille de 23 ans, qui a succombé*; par le même. 4° *Sur le diagnostic des tubercules et des fongus médullaires dans l'appareil urinaire et dans le cœur*; par le docteur Seeger. (Dans ce mémoire, assez intéressant, nous trouvons entre autres, l'observation d'un individu à l'autopsie duquel on a rencontré des tubercules dans les poumons, dans l'appareil génito-urinaire et une tumeur encéphaloïde de la grosseur d'un œuf de pigeon dans le cœur, qui était hypertrophié.) 5° *Remarques et observations sur l'huile de foie de morue*; par le docteur Osius. (L'auteur a employé ce médicament avec beaucoup de succès dans une foule de maladies.) 6° *Cas d'empoisonnement par le colchique*; par le docteur Schilling. (Un enfant de six ans, qui avait avalé une quantité considérable de colchiques d'automne, éprouva tous les symptômes d'un empoisonnement par les narcotico-âcres : convulsions, trismus, opisthotonos, etc. Les symptômes tantôt plus, tantôt moins prononcés ont duré près de deux mois, durant lesquels l'enfant n'a jamais repris l'usage de ses facultés intellectuelles; il a fini par succomber. Outre une foule d'autres symptômes, on a principalement noté une affection toute particulière de l'œil gauche; il y avait taches sur la cornée, inflammation de la conjonctive, opacité du cristallin et de la capsule, flocons albumineux dans les chambres, exophthalmie; ces symptômes n'ont pas toujours existé ensemble, ils ont paru et disparu à plusieurs reprises.) 7° *Du tænia de l'homme, de son diagnostic et de son traitement*; par le docteur Schneider. (Article d'érudition.)

DE LA MANIÈRE LA PLUS AVANTAGEUSE ET LA PLUS SURE DE FAIRE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, par le docteur MEISSNER, de Leipzic.

L'accouchement prématuré artificiel est une de ces opérations dont l'utilité, dans certains cas, ne peut plus être révoquée en doute aujourd'hui; c'est une des plus belles acquisitions que l'obstétrique ait faites dans notre siècle. M. Meissner, un des accoucheurs les plus occupés de l'Europe, puisque dans une pratique de vingt-un ans il a fait plus de 2,500 accouchemens artificiels, sans pourtant avoir jamais mis la main à l'œuvre tant que les efforts de la nature seuls pouvaient suffire, expose sa manière de voir sur le procédé à employer dans l'accouchement *prématuré* artificiel, et d'abord il dit que ni la ponction ordinaire de l'œuf, ni la dilatation du col à l'aide des éponges préparées, ni le décollement des membranes, ni l'emploi des bains, des frictions, des titillations de la portion vaginale de l'utérus, ni l'administration des médicamens à l'intérieur, tels que le seigle ergoté, le borax, etc., ne sont des moyens inoffensifs; l'écoulement trop précoce des eaux, qui suit la ponction de l'œuf, donne fréquemment la mort à l'enfant, et l'introduction de l'éponge préparée demande trop de temps, échoue souvent pendant plu-

(1) Ce gonflement extrême, et qui masquait complètement le rapport des fragmens entre eux, a eu un résultat qui, s'il n'est pas unique dans les fastes de la chirurgie, doit du moins être fort rare. Ne sachant pas trop si ces pièces étaient suffisamment rapprochées l'une de l'autre, j'ai tellement exagéré les tractions avec les petites attaches, qu'il s'en est suivi le *chevauchement* du fragment inférieur sur le supérieur. Il est, du reste, facile d'obtenir ce même chevauchement sur un cadavre, avec mon appareil, en sciant l'os en travers. C'est d'ailleurs le meilleur moyen de juger comparativement l'effet de mon moyen avec celui de tous les autres connus. M. M.

(2) On ne sait pas encore bien exactement quand il convient de laisser le membre libre. On dit après quatre ou six semaines de traitement, mais quand on réfléchit à la force prodigieuse des extenseurs de la jambe, force qui est capable de rompre la rotule et son ligament inférieur, il est prudent de ne pas livrer trop tôt ces parties à la merci de ces muscles.

Il est, du reste, assez curieux de constater l'impuissance presque absolue des fléchisseurs de la cuisse, pendant bien des jours après l'entière guérison des fractures de la rotule. Les malades ne peuvent pas soulever le membre ou fléchir sur le bassin, et quand on insiste pour qu'ils s'élèvent au-dessus du lit, ils commencent par le coucher sur le côté interne et le soulèvement se fait alors dans le sens de l'abduction et par les muscles chargés de cette dernière. Pourquoi le psoas, l'iliaque et autres ne peuvent-ils pas se contracter ? Est-ce instinctivement qu'ils ne le veulent pas?

M. M.

pharmaciens, sans impulsion scientifique dans les détails, sans un contrôle assidu de compétence hiérarchique. Il est trop évident que, jalouses de leurs prérogatives actuelles et de leurs attributions exagérées, les sœurs s'appliquent à les conserver par un innocent artifice d'ensemble qui peut frapper les visiteurs étrangers aux mille et un détails du service hospitalier : c'est merveille que l'ordre et la symétrie avec lesquels on a disposé la lingerie; le magasin de la pharmacie tient presque du boudoir, tant il brille et reluit, tant il est frotté, lustré, caressé; mais regardez ce bras : la bande n'est-elle point trop serrée? cette potion, est-elle dosée avec rigueur? ce médicament extrait du bocal qui le garde depuis plusieurs années s'est-il conservé sans altération? cette formule, dictée à la visite, et qui ne peut être remplie, faute d'une substance, quel succédané y introduire? Non, nous ne voulons point que les bandages et les menues opérations, dont l'importance varie d'ailleurs, soient dévolues aux mains féminines, pas plus que le sort des prescriptions pharmaceutiques, si pieuses et si bénignes que soient ces mains dont le contact est une caresse angélique; non, il ne faut pas que les hasards d'une journée d'hôpital ne puissent être corrigés que par les inspirations cliniques d'une sœur; donnez un chirurgien de garde à cette collection de malades pour qui la science doit être, comme la divinité qu'invoque leur douleur, toujours présente, toujours attentive; livrez ces salles à l'observation intelligente de quelques élèves qui, plus tard, après avoir reçu le baptême doctoral d'une faculté, seront pour Metz des praticiens familiarisés de bonne heure avec les formes morbides de la localité, et pour ainsi dire avec le génie de la pathologie indigène.

Il est encore une chose que nous n'aurions scrupule d'enlever aux sœurs, c'est le seul jardin de la maison, qui leur appartient à titre de promenoir, que nul autre pied n'est admis à fouler. Quant aux pauvres malades ou convalescens qui ont besoin d'essayer leurs forces musculaires, ils ne peuvent circuler que dans une cour étroite, inéclairée, ou, s'ils aiment mieux, dans une galerie qui longe la façade postérieure de l'hospice et prend vue sur le jardin privilégié, ce qui leur permet au moins d'apprécier de loin les agremens et les convenances hygiéniques du promenoir de la congrégation. Une chapelle nouvelle vient d'être construite; elle occupe un espace qui aurait plus utilement servi à l'agrandissement de l'hôpital; néanmoins il faut approuver cette mesure, car l'ancienne chapelle existait aux dépens de la grande salle du rez de chaussée, dont elle n'était séparée par aucune cloison, et comme les enterremens se célébraient devant ce seul autel de la maison, les malheureux, couchés sur deux rangs dans cette salle, avaient ainsi le fréquent spectacle des cercueils drapés de noir, entendaient les chants lugubres de l'office funéraire, comptaient les coups que la mort frappait par semaine sur la pâle population du lieu. Il est incroyable qu'un tel état de choses ait subsisté longtemps dans une des grandes villes de France, justement renommée par son esprit de charité et son ardeur pour tous les genres de progrès. Nous avons soigneusement interrogé la supérieure sur le régime alimentaire de la maison, et nous avons acquis la conviction, M. Forget et moi, qu'il est insuffisant pour les convalescences, qu'il importe de sustenter tant par la qualité que par la quantité de la nourriture. Cette défectuosité, ainsi que beaucoup d'autres, telles que le manque de vêtemens particuliers pour les malades, provient de la modicité des ressources pécuniaires dont l'administration dispose; la ville elle-même n'est point tellement à l'aise dans son budget annuel qu'elle

sieurs jours et occasionne toujours une irritation dangereuse à l'utérus; les frictions et les titillations de la portion vaginale sont aussi nuisibles, et les bains sout superflus.

Sus 900 accouchemens qu'il a faits dans cinq ans, il a pratiqué huit fois l'accouchement *prématuré* artificiel et toujours avec succès, tant pour la mère que pour l'enfant et toujours aussi sur des femmes contrefaites ou rachitiques, dont le diamètre antéro-postérieur était évidemment trop petit et dont sept avaient été délivrées antérieurement par la perforation du crâne.

M. Meissner n'a jamais entrepris cette opération qu'à la treute-sixième semaine de la grossesse, et c'était toujours dans des cas où le diamètre antéro postérieur du bassin n'avait que 7 à 8 centimètres. Le procédé qu'il emploie est le suivant: Il fait une ponction à l'œuf, mais à sa partie supérieure à 0,271-0,325 mètres au-dessus de l'orifice de l'utérus, afin de prévenir l'entier écoulement des eaux; à cet effet, il se sert d'un instrument composé d'une canule et de deux mandrins, dont l'un est terminé par un bouton arrondi et l'autre par un dard. Les deux mandrins sont employés successivement dans la canule selon le besoin; la canule elle-même est longue de 0,325 mètre, épaisse de 0,004 mètre et exactement courbée comme un arc d'un cercle dont le diamètre aurait 0,406 mètre; à son extrémité inférieure et sur sa convexité est soudé un anneau qui sert en même temps à bien le fixer et à connaître la direction de son bec, lorsqu'elle est introduite dans l'utérus. Pour la faire pénétrer dans cet organe on l'arme d'abord d'un mandrin émoussé qui rend son bec arrondi et inoffensif; on la place sur la face palmaire du doigt indicateur et on la porte sur l'orifice inférieur du col de l'utérus; à cet effet, on fait rester la femme debout, tandis que l'accoucheur lui-même se met à genoux devant elle, comme pour le toucher ordinaire, ou bien on peut encore faire asseoir la personne sur le fond d'un fauteuil ou d'un lit; on fait ensuite glisser doucement l'extrémité supérieure de l'instrument à travers le col jusqu'à ce qu'on ait franchi l'orifice supérieur, bien entendu que la convexité de la sonde doit correspondre à la concavité du sacrum. Une fois que l'extrémité supérieure de l'instrument a dépassé le col, on peut le faire glisser avec la plus grande facilité entre les parois de l'utérus et les membranes de l'œuf, sans trop largement décoller ces dernières; le bec de la canule étant arrivé à la hauteur d'environ 0,271 mètre au-dessus du col, on retire le mandrin émoussé et on le remplace par le mandrin à dard ou à trocart; puis on presse l'anneau de la canule vers le périnée ou l'anus, afin de s'assurer sur quelle partie appuie son extrémité supérieure; si c'est un corps résistant qui ferait présumer qu'on touche une partie du fœtus, on déplace le bec jusqu'à ce qu'on rencontre un point élastique et fluctuant qui prouve qu'on appuie sur les membranes et on enfonce le trocart avec sa canule. Cette opération faite, on retire le mandrin et on laisse écouler environ une cuillerée de liquide par la sonde qu'on retire ensuite aussi; on peut permettre alors à la femme de marcher, de s'asseoir ou de se coucher à volonté; peu à peu il s'écoule, goutte à goutte, de petites quantités de liquide qui préparent les voies et rendent l'introduction de la main dans le vagin facile, déjà, dès le lendemain, 24 48 heures après la ponction, les contractions se déclarent et souvent l'accouchement est déjà terminé au bout de 36 heures.

Obs. I. — A..., âgée de 27 à 28 ans, rachitique, avait déjà été accouchée deux fois par M. Meissner lui-même à l'aide de la perforation du crâne. L'accoucheur a pu s'assurer que le diamètre antéro postérieur du bassin n'avait pas plus de 7 centim. Le 11 juin 1835, à dix heures du matin, l'accouchement prématuré artificiel fut entrepris; le lendemain, à quatre heures du soir, les contractions commencèrent et à neuf heures l'enfant était né. La mère s'est bien portée, mais elle n'a pu nourrir son enfant qui, ayant été élevé à l'eau, mourut de marasme quelques semaines après.

C'est le seul enfant qui ait succombé; à cette occasion M. Meissner fait la remarque que l'allaitement naturel est indispensable pour des enfans nés avant terme.

Obs. II. — M....., âgée de 29 ans, rachitique, ayant été délivrée trois fois par la perforation du crâne, était à la trente-sixième semaine de sa grossesse lorsque M. Meissner fit la ponction d'après sa méthode, le 24 janvier 1836, à trois heures de l'après midi; il s'écoula beaucoup d'eau; 34 heures après la ponction, commença le travail et au bout de trois heures l'orifice était entièrement dilaté et l'enfant présentait le coccyx; on laissa encore passer une heure; puis on se décida à faire l'extraction par les pieds; les premiers temps de l'opération se passèrent très bien; mais lorsque les épaules furent dégagées, on s'assura que la tête était encore retenue au détroit supérieur; on appliqua le forceps et on fut assez heureux pour amener un garçon vivant. La mère l'a nourri et il est aujourd'hui plein de santé. Le diamètre antéro-postérieur du bassin a 75 millimètres.

Obs. III. — La même femme, de nouveau enceinte en 1837, était arrivée à la trente-sixième semaine de sa grossesse; le 15 novembre M. Meissner fit la ponction de l'œuf très haut; pendant la nuit subséquente il s'écoula beaucoup d'eau, mais les contractions ne commencèrent que 58 heures après l'opération. Le travail dura cinq heures, au bout desquelles vint au monde, sans autre secours de l'art, une petite fille qui prit bientôt le sein de sa mère et continua à bien se porter.

Dans l'observation suivante, la ponction de l'œuf a été pratiquée dans des circonstances particulières: il ne s'agissait pas d'un rétrécissement du bassin, mais d'une maladie aiguë très grave qui menaçait la vie de la mère: nouvelle indication pour l'accouchement prématuré artificiel.

Obs. IV. — La femme A....é avait déjà accouché plusieurs fois avec facilité; était de nouveau enceinte et ne comptait plus que quatre semaines jusqu'au terme de sa grossesse, lorsque, le 23 mai 1838, chargée d'un lourd fardeau, elle tomba à la renverse sur son escalier et se fit de fortes blessures au sacrum. Il survint immédiatement une néphrite, caractérisée par de violentes douleurs dans les lombes, et par une hématurie. A la suite d'une saignée, d'une émulsion huileuse, d'une infusion de graines de lin et du repos, il ne parut plus de sang dans les urines, mais les douleurs dans la région rénale devinrent plus intenses. (Emulsions huileuses, sinapismes.)

Le 25, symptômes de péritonite. (16 sangsues, synapismes, 0,025 grammes de calomel toutes les trois heures, frictions d'onguent mercuriel gris dans la région lombaire, d'où la douleur partait en tous sens vers le bas-ventre.)

Le 26, abdomen extrêmement sensible, respiration anxieuse, vomissemens de toute espèce de boisson. (Nouvelle saignée sans soulagement.)

Le 27, même état. (Sangsues, synapismes, sans amélioration.)

La malade paraissait perdue, et M. Meissner ne pouvant plus avoir d'espoir dans les antiphlogistiques par la circonstance de la grossesse, qui tenait le ventre, et surtout le péritoine malade, dans une forte distension, crut trouver un moyen de dernier salut dans l'accouchement, qui, d'une part, ferait diminuer la tension du ventre, et, d'autre part, donnait lieu à un écoulement sanguin abondant, et aux sécrétions qui se manifestent pendant la puerpéralité.

Le 28 (sixième jour de la maladie), M. Meissner fit la ponction de l'œuf d'après sa méthode; déjà cinq à six heures après, le travail commença avec de vio-

puisse y remédier complètement; toutefois on ne saurait douter que l'intervention plus directe et plus décisive de l'autorité médicale dans la gestion des établissemens hospitaliers réussit à corriger une partie des inconvéniens graves qui y règnent et s'y perpétuent par routine et tolérance autant que par abus. C'est probablement encore la pénurie des moyens d'exécution qui maintient l'hôpital de Bon-Secours dans l'humble limite d'une infirmerie plutôt que d'une institution nosocomiale digne d'une grande cité; aussi n'y reçoit-on que les malades indigens de la ville; ceux du département n'y sont admis que si les communes auxquelles ils appartiennent s'engagent à payer le prix des journées. Triste et avare nécessité! Les portes d'un hôpital devraient s'ouvrir à la souffrance, de quelque village ou bourg d'alentour qu'elle se soit traînée jusque-là! Pourquoi demander son acte de naissance et d'origine locale à celui qui va mourir? Est-ce que la charité connaît les frontières des départemens, marque ses actes du sceau d'une commune, choisit sa moisson sur un sol privilégié? Nos pères construisaient la maison des malades à côté de la maison du Seigneur, et ils l'appelaient Hôtel-Dieu, la consacrant comme une pieuse et secourable hôtellerie à toutes les douleurs qui cheminent, boiteuses et courbées, de par ce monde. De même que la porte de l'église est ouverte à toute dévotion, ainsi celle de l'hôpital doit céder à toute main languissante qui vient y frapper; laissez venir à vous tous les malades, administrateurs et médecins, comme le divin maître laissait venir à lui tous les enfans; les infirmes et les faibles ne composent-ils point la perpétuelle enfance de l'humanité? L'autel accueille toute prière, la main du prêtre élève sur toutes les têtes inclinées vers le parvis le symbole mystique du salut; la médecine, sacerdoce conservateur de l'organisation que Dieu nous a faite avec tant de complaisance et d'intentions, doit, sur une ligne parallèle, marcher de front avec la religion; elle veut des asiles libres et ouverts comme les temples. Je sais bien qu'à cette généreuse exigence les chiffres répondent avec une rigueur fatale; je sais bien qu'à côté de l'Évangile existent les réglemens administratifs, des lois spéciales, des conditions de toute nature, qu'il n'est pas donné à l'enthousiasme d'abolir soudainement, comme il lui advint des titres féodaux en un jour de séance de l'assemblée constituante; hélas! ces entraves, ces nécessités, sont les correctifs de l'influence chrétienne, qui fit bâtir autrefois les hôpitaux et qui nous souffle encore au visage, chaude et vivifiante, quand nous entrons dans ces établissemens. Il nous est revenu à Metz une idée, un vœu, dont les colonnes de ce journal ont déjà reçu l'expression, et que notre plume ne se lassera point de reproduire, parce qu'il contient toute une série de réformes et d'améliorations, parce qu'il acquittera, sans plus de frais, et avec infiniment plus d'efficacité, la dette de la charité nationale, à savoir, que le gouvernement prenne en main, par une salutaire centralisation, les affaires de la gent malade et infirme de tous les départemens, de toutes les communes; que les legs, dons, biens, immeubles, revenus de tout genre dont jouissent les hôpitaux et hospices de France, affluent dans un trésor commun, patrimoine de l'indigence aux prises avec la maladie; que chaque département soit doté d'un système hospitalier, proportionné aux données statistiques de sa population générale et de son contingent annuel de malades pauvres; que tous ces établissemens se rattachent à un système général, ayant pour âme une administration homogène, pour règle un statut uniforme, pour contrôle l'examen parlementaire des chambres, etc. Le voilà encore une fois énoncé au lecteur le vœu que nous joignons aux desiderata de chaque année

lentes douleurs, et fut terminé en peu d'heures par la naissance d'une fille bien portante; bientôt après, la malade se trouva soulagée, mais elle se plaignit de tranchées extraordinaires qui lui coupèrent même la respiration. Pour les calmer, et dans la vue de favoriser la transpiration puerpérale, on administra des poudres composées à parties égales d'ipécacuanha et d'opium, 0,009 gramme toutes les deux heures.

Le 29, amélioration sensible sous tous les rapports; pouls moins fréquent et moins dur; lochies et transpiration abondantes; bas-ventre à peine sensible au toucher.

Le 31, plus de sensibilité au bas-ventre; la mère, dans un état très satisfaisant, nourrit son enfant, mais elle éprouva une légère salivation par l'effet du mercure. Bientôt, guérison complète. L'enfant continua à bien se porter et à prendre le sein de la mère. Il est évident que les contractions suivirent de si près la ponction dans ce cas, à cause de l'état d'irritation du péritoine et des reins.

OBS. V. — La femme qui fait le sujet de la deuxième et troisième observation avait le bassin assez spacieux pour laisser passer la tête d'un enfant assez volumineux. Elle devint de nouveau enceinte, et M. Meissner résolut de ne provoquer l'accouchement que dans la trente-septième semaine de la grossesse.

Le 17 avril 1838, on entreprit la ponction, qui présenta une difficulté que M. Meissner n'avait jusqu'alors pas rencontrée; il ne put découvrir, avec l'extrémité supérieure de la sonde, aucune partie élastique, caractère d'une membrane distendue; toujours il tomba sur des parties de fœtus, il n'osa donc faire avancer le trocart; mais son habitude dans ce genre d'opération lui permit de découvrir un repli des membranes et de l'entamer avec la pointe du trocart, pendant qu'il recommandait à la mère de conserver la plus parfaite immobilité. Après avoir enfoncé le trocart à 4 millimètres, il fit passer la canule par dessus et le retira; il ne s'écoula point de liquide; ce n'est qu'après avoir placé la femme sur le dos qu'on vit quelques gouttes de liquide sortir par l'extrémité inférieure de la sonde; l'instrument fut retiré, et la femme se livra à ses occupations ordinaires. Durant la nuit subséquente, il s'écoula quelque liquide par le vagin.

Le lendemain, dix-huit heures après la ponction, le travail d'accouchement commença; en peu d'heures, l'orifice était complètement dilaté et la tête fortement appuyée sur le détroit supérieur; il se forma bientôt une tumeur sur le vertex, et M. Meissner, commençant à craindre pour l'enfant, se décida à appliquer le forceps et amena bientôt un garçon vivant, non sans avoir exercé quelques fortes tractions. La mère a nourri son enfant, qui se porte encore très bien aujourd'hui.

Dans cette observation, nous avons vu combien il peut devenir quelquefois difficile de faire la ponction de l'œuf, lorsqu'il y a peu d'eau, et que ce n'est qu'une main très habile qui oserait, dans ce cas, entreprendre l'opération. Ce cas nous apprend encore combien le volume de la tête et la fermeté des os du crâne peuvent augmenter dans huit jours, vers la fin de la gestation.

OBS. VI. — A....t, qui a fait le sujet de la première observation, s'est trouvée de nouveau enceinte en 1839. Le 26 avril, dans la trente-sixième semaine de sa grossesse, il s'écoula spontanément une certaine quantité de liquide par le vagin, comme si la nature s'était déjà habituée à la délivrance prématurée.

Le 28, au matin, M. Meissner trouva le col dilaté et les pieds à l'orifice; bientôt le tronc est descendu, mais comme la tête avait de la difficulté à suivre, M. Meissner la retira avec le forceps.

L'enfant était bien portant, et comme la mère n'avait pas de lait, il fut confié à une nourrice; il se porte encore bien aujourd'hui.

OBS. VII. — F....e était âgée de 24 ans, lorsque, le 10 mars 1836, elle fut délivrée, par M. Meissner, d'un enfant à terme, au moyen de la perforation du crâne; on s'assura alors que le diamètre antéro-postérieur du bassin rachitique n'avait pas tout à fait 8 centimètres. De nouveau enceinte, cette femme était arrivée à la trente-sixième semaine de sa grossesse, lorsque M. Meissner fit la ponction (le 12 septembre 1838); il s'écoula environ une cuillerée de liquide, et le suintement continua pendant toute la nuit.

Le lendemain, les contractions commencèrent et se suivirent avec beaucoup de rapidité. Lorsque l'orifice fut dilaté, il se forma même une poche; bientôt la tête se présenta et l'enfant vint au monde sans le secours de l'art. C'est un garçon bien portant qui a été allaité par sa mère, et qui a aujourd'hui huit mois.

OBS. VIII. — M....r avait été délivrée quatre fois par la perforation du crâne; son bassin rachitique n'avait pas même 75 millimètres. De nouveau enceinte, elle se trouvait dans la trente-sixième semaine de sa grossesse, le 13 février 1840, lorsqu'on entreprit la ponction; celle-ci fut très difficile à pratiquer, en ce que, chez cette petite femme, le bas-ventre était en biseau et qu'on eut les plus grandes difficultés à atteindre le col; ce n'est qu'après avoir fait coucher la femme et remonter le ventre par des aides, que l'opérateur parvint à trouver l'orifice et à introduire l'instrument. Quoique celui-ci glissât très bien entre l'utérus et les membranes, il ne fut pas possible d'entamer celles-ci par derrière, parce qu'il n'y avait pas assez d'espace près de la vulve pour pousser le pavillon de la sonde en arrière; l'opérateur fut donc obligé de chercher un point sur le côté gauche de l'œuf pour le traverser; il réussit après beaucoup de difficultés. Quatorze heures après la ponction, le travail commença, mais il était très lent; après avoir attendu encore quinze heures, M. Meissner fit l'application du forceps et amena une petite fille vivante que la mère a nourrie et qui se porte encore bien aujourd'hui.

Ces observations parlent hautement en faveur de la méthode employée par M. Meissner. Aucune femme n'a succombé et tous les enfans sont nés bien portans et pleins de force. Les mères qui ont été délivrées antérieurement par la perforation du crâne sont restées plus longtemps malades qu'après l'accouchement prématuré artificiel; dans la quatrième observation, nous voyons même qu'une maladie aiguë, loin d'être toujours une contre-indication de l'accouchement prématuré artificiel, comme on l'a avancé, a été ici, au contraire, combattue avec succès par la délivrance. Ce n'est pas dire qu'il faille avoir recours à l'accouchement dans toutes les maladies graves compliquées de grossesse, mais seulement dans celles où la plénitude de l'utérus peut entretenir et aggraver la maladie. Les présentations autres que celles de la tête ne sont pas non plus des contre-indications de l'accouchement prématuré artificiel. Deux de ces observations ont prouvé que non seulement les enfans peuvent naître vivans lorsqu'ils arrivent par les pieds, mais même lorsqu'on a été obligé d'appliquer le forceps après la sortie du tronc; encore l'enfant dût-il succomber dans ce cas, cette opération serait moins grave que ne le sont les perforations du crâne.

Il résulte de ce mémoire 1° que M. Meissner n'entreprend l'opération qu'à la trente-sixième semaine de la grossesse, afin d'avoir toujours un enfant viable; 2° qu'il n'a recours à aucun autre procédé qu'à la ponction de l'œuf pratiquée très haut; 3° qu'il préfère que la femme soit debout pendant l'opération; ce n'est que lorsque le ventre est pendant qu'il la fait coucher horizontalement, avec le sacrum très élevé; 4° qu'il ne laisse écouler qu'une très petite quantité de sérosité (une cuillerée), et qu'il ne cherche à faire qu'une très petite ouverture; 5° qu'il a une grande confiance dans l'effet produit par le suintement de la sérosité, pour opérer la dilatation du col; il ne cherche à provoquer celle-ci par aucun autre moyen, le travail commence presque toujours au bout de vingt-quatre heures; 6° que pendant l'accouchement il tient la même conduite qu'après les parturitions faites à terme, et qu'avant l'opération il ne s'inquiète nullement de la position du fœtus.

---

nouvelle; qu'il germe, qu'il fructifie, si faire se peut; qu'il monte un jour à la tribune, dans la personne de quelque honorable, pénétré des intérêts réels du pays; qu'un ministre, capable de se préoccuper d'autre chose que de la conservation de son portefeuille, le formule en projet de loi; en attendant ce miracle, achevons de jeter un coup-d'œil rapide sur ce que Metz présente d'institutions médicales. L'une des plus utiles est l'école pratique d'accouchement du département; elle est placée sous la direction de M. le professeur Morlanne, qui partage avec deux collègues le fardeau de l'enseignement; il s'y fait un cours d'accouchement, une clinique des maladies des enfans et des femmes en couches; des consultations gratuites s'y donnent tous les jours aux malades de la ville et de la campagne; cette ressource pourrait être appréciée, car dans l'année qui vient de finir, il ne s'est pas présenté moins de 1423 personnes à ces consultations. L'hospice de la Maternité, distinct de l'École d'Accouchement, est une fondation spéciale, qui remonte à l'an 1334; c'est un citoyen de Metz, nommé Jean La Hungre, qui a créé et doté cet établissement, en faveur des pauvres femmes enceintes; l'œuvre du pieux Messin fut confirmée, en 1337, par des bulles du pape Clément VI. Ce sont les sœurs de Sainte-Félicité qui desservent la maison et qui, ministère assez étrange pour des religieuses, sont à la fois accoucheuses et gardes-malades.

Indépendamment de ces secours organisés sous forme d'institutions publiques, Metz présente encore aux malades pauvres d'autres moyens de soulagement : les sœurs de Sainte-Chrétienne, qui ont dans cette ville leur chef-lieu et leur noviciat, s'y consacrent aux soins des malades, en même temps qu'à l'instruction gratuite des pauvres; leur utile assistance est sollicitée par les malades de tous les cultes, et c'est le meilleur éloge qui puisse être décerné à ces saintes filles. Le bureau de bienfaisance municipale a partagé la ville en cinq sections, et dans chacune d'elles sont instituées des consultations gratuites avec secours à domicile; les médecins de Metz se partagent avec une honorable sollicitude ce domaine où la science se rencontre avec la religion pour amener quelques eaux vives dans une terre desséchée et revivifier dans les mêmes êtres le corps qui tombe et l'âme qui dégénère.

L'hôpital israélite établi par une ordonnance royale du 5 mai 1832 mérite à peine d'être mentionné, vu le peu d'importance du service qui s'y trouve installé; onze lits seulement y existent jusqu'à présent; il se soutient par des dons particuliers et par une allocation municipale. C'est une pensée malheureuse que celle de cette fondation; les établissemens municipaux s'adressent aux besoins de toutes les classes de la population, à quelque secte qu'ils appartiennent; il ne doit pas plus exister d'hospice israélite que d'hospice catholique ou luthérien. Les israélites sont assez intéressés à la fusion qui tend heureusement à s'opérer entre eux et la société générale pour qu'ils ne la retardent point par des efforts maladroits et des créations inopportunes : que leurs malades se présentent avec confiance dans les hôpitaux ouverts à leurs concitoyens des autres cultes; le temps n'est plus où le zèle outré du prosélytisme exploitait la faiblesse physique et torturait l'agonie, pour ajouter une conquête moribonde à celles de la propagande extérieure. Notons toutefois cet hommage rendu par le judaïsme qui s'en va à la civilisation chrétienne qui commence à peine, quand d'autres en proclament orgueilleusement le terme échu : l'hôpital est une œuvre d'origine chrétienne; le judaïsme se l'assimile; à la bonne heure; il a bien autre chose à s'incorporer pour arrêter sa décomposition.

M. le docteur Guntz, de Leipzic, encouragé par les succès obtenus par M. Meissner, a suivi la même méthode opératoire, et a également réussi.

II. WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE, publié par CASPER.

SUR LE VOMISSEMENT SPONTANÉ APRÈS LA SECTION DU NERF VAGUE; par le docteur HOPPE, de Berlin.

L'auteur, après avoir rappelé brièvement les expériences qui ont été faites sur le vomissement, et les opinions des auteurs sur le rôle que joue le nerf vague dans cet acte, nous communique le résultat de ses propres observations qui sont, dit-il, très nombreuses.

1° Jamais il n'a vu vomir spontanément après la section du nerf vague aucun autre animal que les carnivores dont l'estomac est rond, et convenablement disposé pour les vomissements, comme le dit Schnetz (GAZETTE MÉDICALE, p. 519. 1835); c'est ainsi qu'il n'a jamais vu vomir un lapin ou un cheval après la section du nerf vague, mais bien des chiens et des chats;

2° Le vomissement a rarement lieu après la division d'un seul nerf vague, mais presque toujours après la section des deux;

3° Le vomissement commence immédiatement après l'opération et continue d'une manière très violente et par accès jusqu'à la mort, surtout chez les chiens;

4° D'abord les animaux rendent les alimens, puis du mucus et du suc gastrique autant de fois qu'il s'en est amassé dans l'estomac une quantité assez considérable pour être vomie;

5° Le vomissement a chaque fois lieu pendant l'expiration, et les symptômes de strangulation ne continuent pendant l'inspiration que quand le mucus gastrique est difficilement expulsé; alors l'animal fait des efforts pour essuyer sa gueule contre le sol;

6° Lorsque l'estomac est complètement vide, il n'y a que des vomiturітions;

7° Le vomissement cesse lorsqu'on coupe les muscles du bas-ventre;

8° Lorsqu'on pratique la section du nerf vague pendant que l'estomac est complètement vide, l'animal fait au moins des efforts pour vomir;

9° Il n'y a point de vomissemens lorsque l'animal respire autrement que comme il respire ordinairement après la section du nerf vague;

10° Le vomissement déjà commencé cesse lorsque la manière de respirer qui suit la section du nerf vague est modifiée par des lipothimyes, ou par des épuisemens, et en général le vomissement disparaît lorsque l'expiration ne se fait plus que par des efforts violens des muscles abdominaux;

11° Les animaux auxquels on a coupé le pneumo-gastrique, respirent d'une manière toute particulière; c'est une inspiration lente, profonde, opérée avec beaucoup d'efforts, suivie d'une expiration brusque et saccadée. Pendant l'inspiration les chiens et les chats ouvrent largement la gueule et la ferment pendant l'expiration; mais ils la tiennent ouverte durant cet dernier acte lorsqu'ils éprouvent des vomituritions ou qu'ils vomissent.

12° Les efforts d'inspiration sont en général si violens que l'air pénètre dans l'œsophage et le distend; mais jamais M. Hoppe ne l'a rencontré dans l'estomac

Il résulte donc de ces recherches que le vomissement qui suit immédiatement la section d'un ou des deux nerfs vagues est provoqué par les efforts considérables que font les animaux pour inspirer; ils ouvrent alors largement la bouche, compriment l'estomac, et provoquent l'évacuation de tout ce qui peut être contenu dans cet organe.

ILÉUS GUÉRI PAR L'ÉVACUATION DES GAZ, AU MOYEN DE LA POMPE ASPIRANTE; par le docteur SCHOEPFER.

OBS. — Un homme, âgé de 22 ans, de constitution scrofuleuse, allant journellement deux fois à la selle, eut subitement, sans cause connue, une constipation opiniâtre. Il se plaignait de violens borborygmes et de tenesme. Le ventre était tuméfié, non douloureux, la langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre, la peau d'une chaleur normale, le pouls petit, fréquent, la respiration précipitée, la tête tout à fait libre. Le troisième jour de la constipation, le malade eut des vomissements accompagnés de violens hoquets. On employa successivement pendant trente heures, sans le moindre effet, des lavemens, de légers purgatifs, des cataplasmes, puis 10 gouttes de l'huile de croton tiglium, six à sept doses de calomel de 50 centigrammes chacune, des lavemens chauds et froids, de l'eau froide à l'intérieur et à l'extérieur, enfin des lavemens de sel et de tabac jusqu'à produire un commencement de narcotisme. L'état du malade devenant toujours plus inquiétant, ses forces diminuant, on introduisit, à trois reprises dans l'anus la canule d'une seringue bien calibrée qui s'est remplie chaque fois de gaz à moitié ou au tiers on retirait le piston. Quelques minutes après, le tenesme devint très fort et il s'échappa des matières liquides suivies de 360 grammes de matière aqueuse et fétide contenant quelques restes de pruneaux que le malade avait mangés le premier jour de son indisposition; une demi-heure à trois quarts d'heure après, on appliqua encore deux fois la seringue; au bout de quelques minutes le malade eut une selle liquide très fétide, il but de l'eau d'orge et eut quelques selles consistantes dans la nuit. Guérison complète.

SPASMES D'ESTOMAC GUÉRIS PAR L'APPLICATION DE RAIFORT SUR LES DERNIÈRES VERTÈBRES DORSALES; par le docteur ARNOLDI.

OBS. — Une femme, âgée de 40 ans, bien nourrie, souffrait souvent de spasmes d'estomac; ceux-ci devinrent un jour presque intolérables. La douleur siégeant dans la région de l'estomac s'étendit de deux côtés jusqu'au dos; elle fut augmentée par une légère pression sur les dernières vertèbres dorsales; on appliqua sur cette région un cataplasme fait avec du raifort râpé et du vinaigre. L'action rubéfiante fut presque instantanée. La douleur diminua et disparut complètement en moins de dix minutes.

SUR LE POULS DIFFÉRENT; par le professeur ALBERS DE BONN.

Aux observations déjà publiées en 1839 (GAZETTE MÉDICALE, p. 633), M. Albers en joint aujourd'hui encore d'autres où le pouls différent a été noté, sans qu'on ait pu l'attribuer à une pression inégale quelconque, déterminée par les vêtemens ou par une position gênée. De tous ces faits il résulte:

1° Qu'il peut exister, dans certaines artères, une variété de pouls qui ne coïncide pas avec les pulsations du cœur;

2° Que le pouls différent des pulsations du cœur s'observe ordinairement sur tout un côté du corps, tandis que le pouls du côté opposé est isochrone aux battemens du cœur;

3° Qu'ordinairement entre les deux membres inférieurs la différence

---

Voilà pour la charité, en grande partie, car l'école d'accouchement est d'un ordre secondaire et ne s'adresse qu'aux sages-femmes. Voici pour la science: un hôpital militaire d'instruction et une société médicale. Celle-ci participe à la fortune de toutes les associations académiques de la province: des alternatives de langueur et de vitalité; des années de silence et de mort apparente, puis un signe de vie inscrit dans un volume. La société de Metz vient de donner un volume, je suis arrivé fort à propos pour le recevoir des mains de l'habile et savant docteur Maréchal. Nous y reviendrons quelque jour, car il contient des productions et des documens intéressans, notamment un rapport très bien fait sur l'épidémie cholérique de Metz; mais dès aujourd'hui signalons dans ce recueil une tendance aussi sage que propre à consacrer dans l'opinion générale l'utilité de la société médicale de Metz; elle s'est préoccupée surtout, à ce qu'il semble d'après les mémoires imprimés, de l'hygiène publique dans les limites de la cité. Elle a visé à l'utilité, aux applications locales: tant d'autres sociétés ressemblent à l'astrologue de la fable. L'hôpital d'instruction est sans contredit la véritable représentation de la science médicale à Metz, par le cadre de son enseignement, par le mérite des hommes qui l'ont successivement dirigé, par l'étendue du théâtre pratique que l'art y possède, par l'action qu'il exerce sur un personnel d'élèves fréquemment renouvelé et dont beaucoup ont pris un rang distingué dans la médecine civile et militaire. L'hôpital d'instruction de Metz a de plus possédé l'honorable privilége de fournir à la ville ses praticiens favoris; il n'est pas un habitant de Metz qui ne prononce avec respect et reconnaissance les noms des Gorsy, Marchand, Rampon, Moizin, Wuillaume; l'hôpital militaire de Metz a fourni un chimiste éminent à l'Institut, Serullas; deux inspecteurs au conseil de santé des armées, MM. Moizin et Brault. Le chirurgien en chef actuel du Val-de-Grâce, M. Bégin, a fait partie de cette laborieuse école; l'auteur de la PYRÉTOLOGIE PHYSIOLOGIQUE, Boisseau, y est mort; elle vient de donner pour chef à l'hôpital de Strasbourg l'auteur de la méthode ovalaire, M. Scoutteten; beaucoup d'autres notabilités se rattachent à l'hôpital d'instruction de Metz et lui ont créé une solide tradition de science et de distinction sociale. Il ne dépend pas des hommes honorables qui le dirigent aujourd'hui d'en recueillir tout le fruit et de soutenir la dignité de cet établissement contre l'injustice de l'esprit militaire qui domine à Metz et s'offusque de toute supériorité, non formulée dans une grosse épaulette. Heureusement la science échappe aux influences de garnison et se meut à l'aise dans un vaste et bel établissement qui peut recevoir jusqu'à 900 malades; heureusement les officiers de santé de l'armée, et à leur tête, le corps enseignant qu'ils possèdent, n'ont jamais cherché ailleurs qu'en eux-mêmes les mobiles de leur émulation et de leur dévouement.

De Metz à Strasbourg, la distance est courte: nous la franchirons prochainement; ce ne sera pas trop d'un article pour toucher du bec inoffensif de notre plume à toutes les questions, nous dirons presque à toutes les affaires médicales de cette vieille cité universitaire, assise entre l'Allemagne et la France et condamnée par cette position à une sorte de strabisme intellectuel, à la divergence des idées et des sentimens, qui ne peut, hélas! trouver son remède dans les ingénieuses témérités d'une chirurgie novatrice.

MICHEL LÉVY.

du pouls n'est pas aussi sensible qu'aux extrémités supérieures. La différence peut porter 1° sur la force : pouls filiforme d'un côté, normal ou plus développé de l'autre ; 2° sur la fréquence : pouls très rare d'un côté, isochrone au cœur du côté opposé. Ce phénomène curieux du pouls différent, déjà connu des anciens, a été surtout observé par M. Albers chez des individus d'un tempérament nerveux et souffrant depuis plusieurs années d'affections spasmodiques, chez des sujets atteints de fièvre gastrique et de paralysie ; mais l'auteur n'a pas encore pu s'assurer si dans le courant d'une maladie, le pouls différent change de siége, ou bien s'il persiste au même côté pendant toute la maladie ; dans plusieurs cas c'est cette dernière circonstance qui a été remarquée. Il est évident, d'après cela, que la circulation, quoique mise en jeu par l'impulsion du cœur, reçoit aussi quelques modifications par les artères, et il semblerait que les notions générales que nous avons sur cette fonction devraient subir quelques rectifications ; cependant, en réfléchissant sur les causes de pouls, on s'assure que lors même qu'on ne sent pas ce dernier, la circulation ne continue pas moins dans le vaisseau qu'on explore; car sur les animaux épuisés et privés de pouls, on voit encore le sang circuler dans les artères mises à nu, qui ne présentaient plus de pulsations sensibles au toucher. Le pouls ne consiste pas dans une véritable systole et diastole des artères, mais simplement dans un mouvement latéral et d'autant plus grand que les organes jouissent d'une inervation plus prononcée ; les mouvemens diminuent et disparaissent même par la diminution de l'influx nerveux, dans la paralysie, par exemple, sans que la colonne du sang cesse de se mouvoir dans le vaisseau du membre paralysé.

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE AVEC UN PLEIN SUCCÈS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT; par le docteur KOENINGSFELD.

OBS. — La femme qui fait le sujet de cette opération avait le bassin déformé, suite de rachitisme. Le diamètre antéro-postérieur semblait n'être que de 5 cent., toujours ne dépassait-il pas 7 centimètres. Le sacrum et les dernières vertèbres lombaires étaient si fortement déprimés au dedans, que l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale présentait en dehors l'aspect d'une forte gouttière, bornée latéralement par les bords postérieurs des os des îles. Le travail durait déjà depuis plusieurs jours lorsque M. Kœningsfeld fut appelé ; il fit l'opération césarienne dans la ligne blanche et la termina en moins d'un quart-d'heure; elle ne fut contrariée par aucun accident. Un mois après l'opération, la mère se portait parfaitement bien et nourrissait elle-même son enfant.

CAS DE FISTULE GASTRO-COLIQUE ; par le docteur LEVINSTEIN, à Berlin.

OBS.—Fischer, cordonnier, âgé de 61 ans, grand, maigre, de bonne constitution, vint consulter M. Levinstein en septembre 1839. Déjà il avait eu recours à deux médecins, dont l'un le croyait atteint d'une affection du foie, l'autre d'un carcinome à l'estomac. Le malade se plaignit d'une pression douloureuse dans la région du foie, d'anorexie complète, d'éructations fétides très pénibles, de borborygmes et de selles paresseuses; la langue était fuligineuse, les dents blanches, l'haleine extrêmement fétide. Le malade, qui ne prenait pas plus de 256 grammes de nourriture dans les vingt-quatre heures, vomissait au commencement toutes les quatre à six semaines, plus tard tous les huit jours, et enfin, dans les derniers temps, presque tous les jours. Les matières vomies, souvent si considérables qu'elles remplissaient plus que la moitié d'un seau, faisaient tantôt croire à un carcinome de l'estomac, tantôt à un flux hépatique, mais toujours elles étaient couvertes d'une légère couche de bile. Les matières fécales, colorées comme dans la jaunisse, étaient tantôt dures, tantôt ténues, en général parcimonieuses et ne ressemblant jamais à celles de la lienterie. Toute la région méso-gastrique, sans être tuméfiée, donnait un son tympanique; la région hypogastrique était un peu tuméfiée et pâteuse au toucher. A l'endroit douloureux indiqué ci-dessus, il existait une légère élévation, assez circonscrite, non douloureuse au toucher et seulement un peu plus dure qu'à l'état normal. La percussion donnait un son légèrement mat ; mais, au moyen du sthétoscope, on entendait à cet endroit, le malade étant debout, un gargouillement bien circonscrit, simulant le râle caverneux. Les bruits du cœur et des poumons étant normaux, on diagnostiqua *une fistule interne de l'estomac*. Ce n'est que quinze jours avant la mort que le malade a eu un peu de fièvre; maigreur extrême, légère hydropisie générale; tous les sens, sauf celui du goût, étaient à l'état normal, les facultés intellectuelles intactes. Mort au mois de juin 1840.

AUTOPSIE. Le bas-ventre seul fut ouvert. Intestins grêles tout-à-fait blancs, foie un peu plus grand qu'à l'ordinaire, foncé en couleur ; vésicule du fiel distendue par beaucoup de bile ; rate très petite, au reste normale ; les autres organes tout-à-fait sains. L'estomac, à sa grande courbure, où il est en contact avec le colon transverse, présentait une perte de substance de l'etendue de la paume de la main et adhérait par son pourtour au colon transverse. Cet intestin, lui-même perforé, faisait paraître l'ouverture principale partagée en deux portions, dont l'une se continuait avec le bout supérieur et l'autre avec le bout inferieur de l'intestin, et offrait ainsi l'aspect d'un anus artificiel.

Le diagnostic que l'auteur avait porté en s'appuyant sur les symptômes ictériques, sur la douleur dans la région du foie, et enfin sur le gargouillement dans l'épigastre, etc., tout en ne tombant pas tout-à-fait juste, s'en approchait cependant d'une manière remarquable.

Il serait curieux de s'assurer, dans les auteurs anciens, si les descriptions qu'ils donnent du flux hépatique et du flux cœliaque ne se rapprochent pas des symptômes observés chez notre malade, et si ces deux maladies ne peuvent pas, dans quelques cas, être expliquées par le résultat cadavérique que nous venons de rapporter. Chose remarquable sous le rapport physiologique, c'est qu'on n'ait pas observé de lienterie, quoique les alimens aient passé directement de l'estomac dans le colon ; non seulement il n'y avait point de lienterie, mais la consistance des matières fécales faisait admettre une digestion assez parfaite. D'après le dire du malade, il est à supposer qu'à la suite d'une gastrite aiguë un abcès s'était formé et ouvert dans le colon, et que la fistule, qui en a été la suite, n'a conduit l'individu au tombeau qu'au bout d'un an.

III. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN, publié par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cahiers de novembre, de décembre 1840 et de janvier 1841 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Du chatouillement des muqueuses ;* par le docteur Nathan. 2° *Sur l'usage des empreintes du col de l'utérus ;* par le docteur Pauck. (La forme du col de l'utérus varie à l'infini; aussi les empreintes sont complètement inutiles et peuvent induire en erreur. 3° *Est-il indispensable de recourir à quelque opération lorsque le placenta tarde à être expulsé?* par le docteur Flamm. (Il y a des cas où le médecin doit nécessairement agir). 4° *Sur les bains de sublimé corrosif ;* par le docteur Erzdorff. (L'auteur dit avoir souvent employé avec succès ce moyen contre les dartres ; pourtant il rapporte deux cas malheureux dans lesquels sont survenus des accidens, qui, à la rigueur, ne doivent pas être attribués au sublimé corrosif.) 5° *Sur la radesyge ;* par le docteur Bjort. (L'auteur, qui a soigné près de 400 individus atteints de cette maladie, expose avec grand soin et longuement les symptômes. Ce mémoire, très bien fait, échappe à l'analyse. — Voyez sur cette même maladie GAZ. MÉD., p. 728, 1840.) 6° *Gibbosité du sacrum, ayant produit une paralysie des extrémités inférieures chez une femme en couches ;* par le docteur Fabricius. (La paralysie a cédé à l'application de deux cautères sur la région sacrée.)

IV. MEDICINISCHE JAHRBUCH DES OSTERREICHISCHEN STAATES.

Le trentième volume contient les articles originaux suivans : 1° *Constitation médicale de la Lombardie pendant les années* 1834, 35 *et* 36. 2° *Recherches anatomico-pathologiques sur les organes de l'ouïe et de la parole des sourds et muets;* par le professeur Bochdalek. (Sur six individus sourds et muets dont l'auteur nous donne le résultat cadavérique, il a trouvé cinq fois des altérations diverses dans les organes de l'ouïe ; une seule fois il n'a pas pu découvrir de désordre appréciable. 3° *Sur une épidémie de miliaire qui a régné à Tarnow (Gallicie); pendant les mois de février et mars* 1839 ; par le docteur Kellermann. (Rien de saillant.) 4° *Compte-rendu de la clinique chirurgicale de Prague, pendant l'année scolaire* 1838 ; par le professeur Fritz. (Observations intéressantes, mais n'offrant rien d'inconnu.) 5° *Sur la rétention prolongée du placenta après l'accouchement ;* par le docteur Zackner. (Mémoire entièrement conforme à une pratique sage, mais nullement nouvelle.) 6° *Excision d'une tumeur enkystée placée au-dessous du muscle sterno-cleido-mastoïdien ;* par le docteur Hryniewicz. 7° *Cyanose avec hypertrophie et dilatation du côté droit du cœur, et persistance du trou ovale ;* par le docteur Flechner. 8° *Sur la curabilité et le traitement des déviations latérales produites par adynamie, et sur l'importance des établissemens orthopédiques ;* par le docteur Schœpf. 9° *Matériaux pour servir à une police médicale des ports de mer contre la peste ;* par le professeur Berut. 10° *Nouvelle manière de fixer le globe de l'œil des animaux domestiques pour y pratiquer des opérations ;* par le professeur Hayne. 11° *De la constitution médicale de Vienne, pendant les mois d'avril, de mai et de juin* 1839. 12° *Du choléra qui a régné dans la Lombardie pendant* 1836. 13° *Du bain de Truskawice (Gallicie) ;* par le docteur Friedlaender. 14° *Observation de gynécomaste ;* par le docteur Knaffl. 15° *Trois observations de maladies de l'œsophage ;* par le professeur Rokitansky. 16° *Observations ;* par le docteur Herschmann. 17° *Remarques sur les muscles de la face et sur un nouveau muscle de l'oreille ;* par le docteur Hyrtl. 18° *Analyses chimiques de quelques produits morbides ;* par le docteur Wolff. 19° *Plan raisonné d'une bonne monographie de sources d'eau minérale ;* par le docteur Sigmund. 20° *Sur le diagnostic des tumeurs anévrismales à l'aide de l'auscultation ;* par le docteur Schuh. 21° *Observation d'une maladie qui a duré seize ans ;* par le docteur Barach. 22° *Rapport médico-légal sur un empoisonne*

ment de sept individus par l'arsenic ; par le docteur Kellermann. (Les personnes ne sont pas mortes, mais la présence de l'arsenic a été constatée dans les alimens.) 23° *Compte-rendu de la clinique vétérinaire de Vienne, pendant l'année* 1838 ; par le docteur Eckel. 24° *Rapport sur la saison des bains de Carlsbad en* 1839 ; par le docteur Fleckles. 25° *Absence des règles pendant treize ans, durant lesquels sont survenues six grossesses ;* par le docteur Flechner. 26° *De la pneumonie des nouveau-nés ;* par le docteur de Kiwisch. 27° *Quelques cas de luxations et de fractures des vertèbres cervimales ;* par le docteur Schüch. 28° *Polype volumineux dans l'utérus chez une femme enceinte pour la douxième fois ; chute sur un escalier ; naissance d'un enfant en état de putréfaction ; mort de la mère ; déchirure considérable au segment inférieur de la matrice ;* par le docteur Eiselt. 29° *Observations ;* par le docteur Weiglaiu. (Rien de saillant.) 30° *Nouvel instrument pour faire la vaccination.* (Appareil complètement inutile.)

EXCISION D'ONE TUMEUR ENKYSTÉE PLACÉE AU-DESSOUS DU MUSCLE STERNO-CLEÏDO-MASTOÏDIEN ; par le docteur HRYNIEWICZ.

OBS.—La personne qui fait le sujet de cette observation était âgée de 25 ans, et sujette à des accès d'hystérie; il lui était survenu, sans cause connue, une tumeur circonscrite dans cette région latérale gauche du cou, qui est bornée en dehors par le sterno-cleido-mastoïdien, en avant et en bas par l'omoplate hyoïdienne, et en haut par l'os hyoïde. Cette tumeur était formée par un kyste qui était implanté sur la grande corne de l'os hyoïde, et reposait sur l'endroit où la carotide fournit la faciale, la sub-linguale et la thyroïdienne supérieure ; elle était longée en arrière par la jugulaire interne, et se trouvait immédiatement en contact avec le nerf vague et le rameau descendant du grand hypoglosse. Dans le commencement, cette tumeur avait exercé peu de gêne; mais à mesure qu'elle avait augmenté de volume, elle a fait naître des symptômes de suffocation, des vertiges, etc. Après avoir employé inutilement plusieurs moyens pour obtenir la résolution, on eut enfin recours à l'instrument tranchant. A cet effet, on incisa la peau dans une étendue de 9-10 centimètres le long du bord interne du muscle sterno-cleido-mastoïdien ; on disséqua la peau avec précaution pour mettre le kyste à nu; mais celui-ci étant trop volumineux pour être circonscrit avec facilité, sans s'exposer à blesser quelques parties voisines importantes, on prit le parti de le vider par une petite incision; il s'en écoula à peu près 150 grammes de liquide, et on put alors facilement contourner le sac affaissé; on l'attira et on l'excisa avec des ciseaux courbes, tout près de son insertion à l'os hyoïde. L'enfant a guéri.

CYANOSE AVEC HYPERTROPHIE ET DILATATION DU CÔTÉ DROIT DU COEUR, ET PERSISTANCE DU TROU OVAL ; par le docteur FLECHNER, de Vienne.

OBS. — Quoique, dans ce cas, le trou oval eût conservé le diamètre de 0,007 mètre, le sujet est arrivé à l'âge de 54 ans, et a exercé la profession pénible de fondeur de cobalt, sans avoir jamais été malade ; seulement, on a toujours observé sur lui un teint livide, des lèvres bleuâtres et un peu de dyspnée. Cette dernière a pris, dans les dernières années de sa vie, la forme d'un asthme humide, et s'est terminée par une hydropisie de poitrine.

A l'autopsie, on a trouvé le péricarde très aminci, le cœur très volumineux, et le ventricule droit dilaté et à parois épaissies, le trou oval avait persisté, mais le canal artériel était complètement fermé. Pas de vestiges de tubercules dans aucune partie du corps.

D'après l'auteur, la dyspnée observée pendant la vie devrait être attribuée à une cyanose du poumon participant à une cyanose générale, qui aurait ralenti la circulation dans l'organe de la respiration, et ainsi favorisé la formation du mucus dans les bronches ; il est encore à noter que la famille de l'individu qui fait le sujet de cette observation est également asthmatique, avec un teint cyanosé, et que plusieurs membres de sa famille se font remarquer par leur couleur livide.

NOUVELLE MANIÈRE DE FIXER LE GLOBE DE L'ŒIL DES ANIMAUX DOMESTIQUES, POUR Y PRATIQUER DES OPÉRATIONS ; par le professeur HAYNE.

De tous les temps on a essayé de pratiquer des opérations, et notamment celle de la cataracte sur les yeux des chevaux; mais toutes les tentatives ont échoué jusqu'à ce jour, parce qu'on n'a pas encore trouvé un moyen de fixer le globe de l'œil ; en vain les vétérinaires ont-ils inventé toutes sortes de fixateurs de l'œil, ou en ont emprunté à l'ophthalmie humaine. M. Hayne a vu essayer et a essayé lui-même pendant de longues années à surmonter ces obstacles, et a déclaré aussi l'impossibilité d'opérer la cataracte sur les chevaux. Ce n'est qu'en 1833, lors d'un voyage dans l'Autriche supérieure, qu'il remarqua que l'œil de l'homme attiré au-dehors avec force perdait pour un moment sa mobilité, sans inconvénient pour la faculté de voir; il tenta alors inutilement de comprimer le globe de l'œil des chevaux au-dessus de l'orbite, pour le faire saillir au-dehors, et se décida enfin à faire une incision de 4 à 5 centimètres dans la salière, et à y engager un doigt jusque sur le tissu graisseux qui soutient le globe de l'œil, et, de cette manière, il parvint facilement à faire proéminer l'organe. L'essai a complètement réussi; seulement on remarqua que la compression exercée sur l'œil fit paraître sa face antérieure terne et bleuâtre effet probablement du à la constriction de ses vaisseaux. L'auteur, étant parvenu à surmonter la difficulté de fixer le globe de l'œil, s'assura qu'on pouvait pratiquer sur ce dernier toutes sortes d'opérations, telles que l'abaissement de la cataracte, la kératonyxis, l'opération du staphylôme, de la pupille artificielle, etc. ; mais l'extraction du cristallin ne sera guère suivie de succès, parce que la compression trop forte du globe de l'œil fera toujours échapper une trop grande quantité du corps vitré. Depuis, M. Hayne a fait des abaissemens de cataracte sur des chevaux qui devaient être sacrifiés peu de temps après l'opération; toujours il a vu guérir les plaies; le cristallin était convenablement déplacé, rapetissé et de couleur trouble ; malheureusement les animaux n'ont pas été conservés assez longtemps pour s'assurer du succès, quant à leur faculté de voir.

TROIS OBSERVATIONS DE MALADIES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE ; par le professeur ROKITANSKY.

La première est une énorme dilatation fusiforme de l'œsophage, avec épaississement des parois de l'estomac et induration du cardia.

La seconde porte sur une espèce de fistule borgne interne à la partie inférieure du pharynx, qui, pendant treize ans, a occasionné de temps à autre une grande gêne dans la déglutition lorsque l'individu avait mangé. Une partie des alimens passait par cette fistule dans un cul-de sac placé derrière la paroi postérieure de l'œsophage, faisait tumeur au cou et comprimait la trachée et l'œsophage, et le malade n'éprouvait du soulagement qu'après avoir rendu, par une espèce de vomissement, les matières qui se trouvaient dans le sac anormal.

Dans la troisième observation, il est question d'un polype fibreux pyriforme de 25 centimètres de long et de 7 centimètres de diamètre à sa grosse extrémité, qui pendait dans l'œsophage, depuis le niveau du larynx jusqu'à 7 centimètres au-dessus du cardia.

OBSERVATIONS ; par le docteur HERSCHMANN.

1° Fièvre intermittente quarte tétanique. Mort au troisième accès. L'autopsie ne fut pas faite.

2° Ophthalmie intermittente tierce guérie par le sulfate de quinine.

3° Fièvre intermittente tierce compliquée de scarlatine guérie par le sulfate de quinine.

4° Fièvre typhoïde au plus haut degré guérie par ou plutôt malgré un traitement des plus excitans.

5° Deux cas de pneumonie et un de cardite guéris par les saignées et le tartre stibié à haute dose.

6° Anus artificiel chez une femme en couche.

OBS. — Une femme récemment accouchée, âgée de 36 ans, mère de plusieurs enfans, éprouva pendant vingt-trois jours des symptômes d'inflammation du bas-ventre avec vomissemens opiniâtres; enfin, il se forma un abcès dans l'hypogastre, qui donna issue, avec beaucoup de pus, à de la matière fécale et à un lombric vivant. Dès ce moment, tous les symptômes diminuèrent ; il se forma un anus contre-nature qui persista pendant six mois et finit par guérir spontanément.

REMARQUES SUR LES MUSCLES DE LA FACE ET SUR UN NOUVEAU MUSCLE DE L'OREILLE ; par le professeur HYRTL, à Prague.

L'auteur passe en revue plusieurs espèces de variations auxquelles sont sujets les muscles de la face, et il décrit un nouveau muscle de l'oreille qu'on rencontre au moins une fois sur six cadavres. Ce muscle n'est autre chose qu'un trousseau de fibres qui s'élèvent du stylo-glosse le long du bord externe de l'apophyse styloïde jusqu'à la portion cartilagineuse du conduit auditif externe, et pourrait être nommé stylo-auriculaire.

SUR LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS ANÉVRISMALES A L'AIDE DE L'AUSCULTATION ; par le docteur SCHUH, de Vienne.

Tout le monde connaît la difficulté qu'il y a à distinguer un anévrisme d'une autre tumeur à laquelle sont communiquées des pulsations par l'artère sous-jacente ; l'auscultation lève en quelque sorte cette difficulté, en ce que le bruit de soufflet que transmet une artère comprimée n'est appréciable qu'au moment de la diastole, ou n'est pas entendu du tout, tan-

dis que le même bruit produit par un anévrisme est entendu pendant toute la durée d'une pulsation, lors de la systole et de la diastole. L'intensité du bruit dans les anévrismes est due au choc des colonnes de sang contre les parois rugueuses du sac anévrismal, ou contre des caillots et des lamelles irrégulières, tandis que le bruit produit par une artère comprimée n'est dû qu'au frottement plus prononcé contre des parois rétrécies, mais qui restent toujours lisses. Cette assertion est appuyée par une observation d'anévrisme variqueux.

ABSENCE DES RÈGLES PENDANT TREIZE ANS, DURANT LESQUELS SONT SURVENUS SIX GROSSESSES RÉGULIÈRES; par le docteur FLECHNER, de Vienne.

OBS. — A. S. a eu ses règles à l'âge de 14 ans; la menstruation, au commencement régulière, se supprima pendant neuf mois, pendant lesquels on observa des phénomènes chlorotiques, suivis d'un état fébrile qui dura quelques semaines. Dans la convalescence, la menstruation se manifesta de nouveau et resta régulière pendant plusieurs années, si ce n'est qu'elle était souvent accompagnée de congestions vers la tête et les poumons. S. se maria à l'âge de 22 ans, devint enceinte et mit au monde un enfant bien portant; elle ne put nourrir que quelques mois, car la sécrétion de lait, peu copieuse dans le principe, se supprima bientôt. A la place de la menstruation, qui était complètement nulle, on observa périodiquement des accès plus ou moins violens de céphalalgie, avec un sentiment de pression et de chaleur au front et aux pariétaux, accompagné d'anxiétés, de battemens de cœur, de dyspnée et même d'asthme. Deux années plus tard, elle devint de nouveau enceinte, accoucha très heureusement, et, comme après la première grossesse, la menstruation fut remplacée par des phénomènes morbides, qui revinrent régulièrement tous les mois. C'est ainsi que, dans un espace de treize ans, cette femme, aujourd'hui âgée de 35 ans, mit au monde six enfans, sans qu'il se soit manifesté le moindre vestige de la menstruation, ou de toute autre sécrétion qui aurait remplacé celle-ci.

Ce qui est surtout frappant dans cette observation, c'est cette céphalalgie périodique, accompagnée d'un sentiment de chaleur et de pression dans la substance osseuse du front et des pariétaux. L'auteur dit avoir souvent observé ce phénomène dans des affections qui sont dans un rapport de causalité avec l'aménorrhée, et pense devoir l'attribuer à une exsudation plastique, périodique, dans l'intérieur du crâne, entre la lame vitrée et la dure-mère, ainsi que le professeur Rokitansky l'a observé chez des femmes en couches. (GAZ. MÉD., p. 798, 1840.)

DE LA PNEUMONIE DES NOUVEAU-NÉS; par le docteur KIWISCH, de Prague.

Cet article est le résultat d'un grand nombre d'observations recueillies dans les hôpitaux de Prague, et principalement pendant une épidémie qui a régné en 1839 dans la clinique d'accouchement. M. Kiwisch a fait plus de quarante autopsies d'enfans nouveau-nés morts de pneumonie. Cette maladie diffère, sous beaucoup de rapports, de celle des nourrissons plus avancés en âge; et d'abord, si la constitution atmosphérique a une grande influence sur la production de cette maladie, elle n'agit pas seulement d'une manière évidente sur l'enfant, mais encore par l'intermède de la mère, en ce que beaucoup d'enfans, tombés malades immédiatement après la naissance, provenaient de mères déjà malades, ou qui le sont devenues peu après l'accouchement.

A l'autopsie, on trouve les poumons des nouveau-nés morts de pneumonie fortement gorgés de sang. D'après quelques auteurs, cet état consisterait dans un engorgement passif, que M. Kiwisch regarde, au contraire, comme une véritable inflammation, en ce que l'affection, outre beaucoup d'autres symptômes inflammatoires, est fréquemment accompagnée d'exsudations pleurétiques, de péritonite, de bronchite et de cardite, et que la texture du poumon devient plus friable et plus granuleuse et que la maladie s'améliore par les émissions sanguines. L'auteur a rencontré des ramollissemens et des foyers purulens: les ramollissemens ont été trouvés déjà au bout de douze heures de maladie, tandis qu'on n'a vu les abcès qu'après une durée de dix jours. La pleurésie, contrairement à l'assertion de Billiard, forme la complication la plus fréquente; il n'en est pas de même de la bronchite, que Louis de la Berge dit avoir constamment trouvée, probablement sur des sujets plus âgés, particularité qui fait différer la pneumonie des nouveau-nés d'avec celle d'enfans plus avancés en âge. L'endocardite ne fut trouvée qu'une fois; il y avait exsudation couenneuse sur les valvules; trois fois l'estomac était aussi enflammé: puis on a vu des concrétions de sang couenneux dans le cœur ou dans les gros vaisseaux. Les symptômes de la pneumonie sont très obscurs; la gravité du mal n'est révélée que par l'auscultation, qui seule fait connaître l'anomalie de la respiration, qui, en même temps qu'elle est diaphragmatique, est accompagnée de râle crépitant et muqueux. La percussion ne fournit que rarement des données précises; ce n'est que lorsque la pneumonie est à la partie supérieure que la sonorité se trouve diminuée; elle est nulle dans la pleuro-pneumonie et persiste à un haut degré dans la pneumonie lobulaire. Souvent les enfans n'ont pas de toux, leur voix est normale et ne devient enrouée que plus tard; ils sont tranquilles et ne poussent aucune plainte; quelquefois ils vomissent des matières glaireuses, parfois teintes de sang. Le pronostic est d'autant plus fâcheux que l'enfant est récemment né. Une forte cyanose, l'écume devant la bouche et le nez, les extrémités froides, le rhonchus dans toute la poitrine, et une tranquillité toute particulière ne sont pas des symptômes éminemment mortels; par contre, une respiration diaphragmatique, très précipitée, plaintive, et une forte dépression des deux dernières côtes, le son mat, l'œdème des extrémités sont des précurseurs de la mort.

Le traitement consiste à laisser s'écouler deux à trois cuillerées de sang par le cordon ombilical, dans l'application de 3 à 5 sangsues sur le sternum; il vaut toujours mieux faire une déplétion sanguine prompte que trop lente. Une dérivation sur le canal intestinal par le calomel peut souvent être utile, et dans les cas d'un fort râle trachéal, on peut donner un vomitif composé d'oximel scillitique et de tartre stibié; dans une période plus avancée on peut avoir recours aux bains, aux légères irritations cutanées et aux moyens mucilagineux avec le tartre stibié donné à l'intérieur.

QUELQUES CAS DE LUXATIONS ET DE FRACTURES DES VERTÈBRES CERVICALES; par le docteur SCHUH, de Vienne.

L'observation suivante est remarquable par la cause très légère qui a produit la luxation et surtout par le succès dont ont été couronnés les efforts de réduction.

OBS. — François Hubner, âgé de 24 ans, de forte constitution, était occupé à son travail, le 5 décembre 1838, lorsqu'il tourna brusquement la tête à l'appel de son camarade qui avait poussé un fort cri derrière lui, et à l'instant même il entendit un fort craquement dans le cou et ne put plus remuer la tête. Le lendemain matin on trouva les symptômes suivans: face vultueuse, tête tournée à droite et rapprochée de l'épaule du même côté, cou un peu bombé à gauche, excavé à droite, douleur augmentant par la pression de la partie qui correspond à la troisième, quatrième et cinquième vertèbre cervicale, impossibilité absolue de donner à la tête une autre direction; toute tentative était douloureuse; on ne pouvait pas exactement reconnaître la direction des apophyses épineuses supérieures; les muscles du cou n'étaient nullement contractés; le malade se plaignait de faiblesse du membre supérieur droit et ne pouvait le soulever qu'avec beaucoup d'efforts; la pression exercée par la main de ce côté était aussi moins forte qu'à gauche; les autres fonctions étaient à l'état normal. On fit quelques tentatives de réduction en tirant d'abord la tête directement en haut, le tronc étant fixé sur le col; elles n'eurent aucun succès, mais n'occasionnèrent pas de douleurs. (Sangsues, fomentations froides.) Le 7 décembre, la faiblesse et l'engourdissement du bras droit étaient augmentés, on entreprit de nouveau la réduction, et dans l'intention d'exercer graduellement des tractions plus fortes, on fit placer le malade dans une position horizontale; les épaules furent fixées avec des draps plies en long et l'opérateur passa un essuie-main au-dessous du menton pour opérer l'extension, tandis qu'un aide soutenait avec ses deux mains l'occiput. Après une forte traction, qui ne fut augmentée que graduellement, le malade et l'aide perçurent un craquement; on relâcha lentement et dès lors la tête et le cou restèrent dans la position normale, et le malade pouvait remuer la tête. La faiblesse du membre droit persista, le lendemain elle était encore plus prononcée. Le 9, vertiges, éblouissemens, pouls fréquent, secousses dans le sommeil. (Saignée de 320 grammes suivie de lipothymies et de convulsions.) Le 10, sommeil tranquille, pouls moins fréquent, plus de vertiges, bras droit plus mobile, et dès ce moment convalescence; le malade quitta l'hôpital le 13.

La seconde observation n'a pas eu une issue aussi heureuse; l'individu qui en fait le sujet est un garçon boulanger, âgé de 35 ans, qui tomba, durant le travail, d'une hauteur assez considérable et se luxa la colonne cervicale. Immédiatement après l'accident, excepté la torsion du cou, il n'y avait point de symptômes très alarmans; mais peu à peu la paralysie se déclara et finit par devenir générale. Le diaphragme était le dernier à cesser ses fonctions, probablement parce que la lésion était au-dessous de la naissance du nerf diaphragmatique. Mort le douzième jour de l'accident. A l'autopsie on reconnut que l'apophyse articulaire droite de la cinquième vertèbre cervicale était passée par-dessus la facette articulaire de la sixième vertèbre et s'était logée au-devant d'elle; la moelle épinière était contuse, amollie et aplatie; les poumons œdémateux.

La troisième observation est une luxation complète de la cinquième vertèbre cervicale sur la sixième. A l'autopsie, on a trouvé que les deux apophyses articulaires de la vertèbre supérieure avaient passé au-devant de celles de l'inférieur, les ligamens et le fibro-cartilage étaient déchirés, la moelle épinière aplatie et molle; il y avait exsudation de sang dans le canal. Les corps des quatrième et cinquième vertèbres étaient fendus sans écartement. L'individu qui fait le sujet de cette observation était

tombé en arrière, chargé d'un sac de pommes de terre; il est mort quatre jours après l'accident.

Dans la quatrième observation, il est question d'une fracture oblique de la quatrième et cinquième vertèbre cervicale. Pendant les quatre jours que l'individu, tombé d'un second étage, a survécu à son accident, il a conservé l'usage de ses facultés intellectuelles, le cou était dans une immobilité parfaite, et toute tentative de mouvement devenait très douloureuse; sur le cadavre, au contraire, il était plus facile qu'à l'ordinaire de fléchir le cou dans toutes les directions. Parmi les symptômes, on a surtout noté des érections continuelles avec rétention d'urine, et des matières fécales.

V. ARCHIV FUR DIE GESAMMTE MEDICIN, publié par le docteur HAESER.

Les deux premiers cahiers du premier volume de ce nouveau journal contiennent les articles suivans : 1° *Hippocrate*; par le docteur Henschel. 2° *De quel droit peut-on appeler Paracelse le réformateur de la médecine?* par le docteur Haeser. (Articles historiques.) 3° *Sur le typhus abdominal*; par le docteur Roesch. (Dans son premier chapitre, l'auteur cherche à démontrer que la fièvre typhoïde a présenté partout et dans tous les temps la même physionomie; elle n'offre de légères variations dans les symptômes que suivant les individus qu'elle atteint, les natures, les circonstances endémiques et épidémiques, et consisterait dans une altération primitive du sang. Cette dernière opinion, qui compte de grandes autorités, a été réfutée dans ces derniers jours dans un ouvrage remarquable de M. Forget (TRAITÉ DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE, p. 479). Dans le second chapitre, M. Roesch fait un résumé de tout ce qu'on a dit du traitement de cette fièvre par le calomel à haute dose. La GAZETTE MÉDICALE a publié presque tous ces travaux; au reste, les opinions de M. Roesch sont à peu près celles de M. Sicherer, que nous avons données avec beaucoup de détails (GAZ. MÉD., p. 620, 1840). 4° *Sur l'état actuel de la physiologie*; par le docteur Vogel. (Rien d'inconnu.) 5° *Revue des progrès de la science concernant les eaux minérales*; par le docteur Vetter. (L'auteur énumère et fait une courte analyse des principaux ouvrages qui ont paru sur cette matière. 6° *Sur la doctrine des stases et des fièvres*; par le docteur Eisenmann. (Article non achevé.) 7° *De l'huile considérée comme spécifique dans les scrofules*; par le docteur Baur. (GAZ. MÉD., p. 796, 1840.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 JANVIER.

MÉMOIRE SUR L'ÉTIOLOGIE DU STRABISME; LU PAR LE DOCTEUR JULES GUÉRIN.

L'objet de ce mémoire est d'établir la véritable étiologie, l'étiologie expérimentale du strabisme; de démontrer qu'il y a deux sortes de strabismes d'une nature tout à fait différente, dans lesquelles se résolvent toutes les variétés connues et à connaître de cette difformité; l'une que l'auteur appelle strabisme *mécanique* ou *musculaire actif*, l'autre *optique* ou *musculaire passif*; que le strabisme actif et le strabisme passif ont des caractères parfaitement distincts; que l'un est toujours susceptible de guérison, ou au moins d'amélioration par la section des muscles de l'œil; que l'autre au contraire ne doit jamais être opéré, parce qu'il est toujours réfractaire à l'opération.

L'auteur présente une série de propositions à l'aide desquelles il cherche à établir la doctrine que nous venons d'indiquer.

I. Les mouvemens du corps humain, ceux de l'œil comme ceux de toutes les autres parties, doivent être distingués en mouvemens *subordonnans* et mouvemens *subordonnés*. Les muscles de l'œil peuvent imprimer à cet organe des mouvemens *directs primitifs* qui précèdent l'acte de la vision, et sont le produit immédiat de la volonté et des mouvemens *indirects consécutifs* qui suivent l'acte de la vision commencé et dont la volonté n'a pas conscience. L'auteur appelle les premiers les mouvemens *mécaniques*, parce qu'ils déplacent l'œil, indépendamment du but final auquel ils peuvent être employés, et il appelle les seconds les mouvemens *optiques*, parce qu'ils reçoivent d'un mode particulier de la vision, auquel ils sont subordonnés, une impulsion que l'instinct seul dirige, comme lorsque les deux globes oculaires convergent pour concourir simultanément et s'adapter à la vision distincte d'un objet graduellement rapproché.

II. Les deux espèces de strabismes, le strabisme *mécanique* et le strabisme *optique* correspondent aux deux espèces de mouvemens de l'œil; le strabisme mécanique aux mouvemens subordonnans; le strabisme optique aux mouvemens subordonnés. L'auteur rejette en dehors du cadre du strabisme les déplacemens de l'œil produits par une tumeur de l'orbite ou quelque cause analogue, parce qu'ici, en effet, la déviation de l'œil n'est que l'apparence extérieure et grossière du fait, et non le fait lui-même, tandis que dans le véritable strabisme, c'est le changement de direction qui constitue le caractère essentiel de la difformité.

En théorie, l'existence des deux espèces de strabismes est facile à concevoir : qu'un des muscles de l'œil soit atteint de raccourcisssement permanent : il est évident qu'il devra arriver deux choses : d'une part, l'axe oculaire sera dévié dans le sens du muscle raccourci, et d'autre part les deux yeux cesseront d'être dirigés symétriquement, et ne parcourront plus pendant leurs mouvemens simultanés les mêmes espaces; en d'autres termes, il y aura strabisme, strabisme musculaire primitif ou mécanique. Au contraire, qu'en vertu d'une disposition organique particulière, le trajet de l'axe oculaire qui, à l'état normal, se confond avec l'axe visuel ou optique, soit fermé dans un de ses points au passage de la lumière, l'œil modifié, ne pouvant plus recevoir l'image de l'objet dans la position où l'œil normal la reçoit, en cherchera une qui permettra à la lumière d'arriver directement, sans être interceptée, du point distinctement regardé à la rétine. Il se déviera donc et il en résultera une désharmonie dans la situation relative des deux yeux, c'est-à-dire strabisme consécutif, musculaire passif ou optique, subordonné à une altération des conditions de la vision.

L'auteur établit expérimentalement l'existence des deux espèces de strabismes il commence d'abord par le strabisme mécanique, et il démontre que le *strabisme mécanique est le produit de la rétraction musculaire active, et les variétés de cette difformité le produit des divers modes, des divers degrés de la rétraction différemment distribuée et combinée dans les muscles de l'œil.*

C'est, comme on le voit, la même formule que pour les difformités articulaires du système osseux, et l'auteur fait reposer la démonstration de cette formule sur la même base que la démonstration de la formule relative aux difformités articulaires, c'est-à-dire sur la *série étiologique*, c'est-à-dire encore sur la disposition des produits de la cause qui a déterminé le strabisme en série d'actions décroissantes, depuis le strabisme permanent des deux côtés, avec difformités de toutes les articulations et altérations matérielles des centres nerveux, jusqu'au strabisme qui ne conserve plus aucun reflet évident de l'affection nerveuse dans les autres muscles du corps, mais avec les caractères spécifiques qui se retrouvent dans les autres termes de la série.

Voici maintenant à l'aide de quels caractères l'auteur remonte du dernier anneau de la chaîne jusqu'au premier.

Ces caractères sont de deux ordres : les caractères *indirects* et les caractères *directs*.

Les premiers sont fournis par les circonstances relatives : à l'origine, au mode de développement, à la marche et à la terminaison de la difformité. Le strabisme mécanique naît ordinairement aux époques de l'enfance, fertiles en affections convulsives, aux époques de la dentition, à la suite des affections des centres nerveux. Une fois développé, il persiste ordinairement, augmente avec le développement de l'organe et la croissance du sujet, et devient de plus en plus permanent. Les émotions violentes peuvent l'accroître momentanément. Jamais le strabisme mécanique un peu prononcé ne guérit sans l'opération, quand le spasme musculaire est passé à l'état de rétraction.

Les caractères *directs* se résument dans les suivans :

1° DIRECTION DU GLOBE OCULAIRE.—L'auteur établit que la déviation de cet organe ne se fait pas toujours en dedans, comme le voulait Buffon; qu'il n'y a pas, dans le strabisme, un fait uniforme exprimant constamment un but uniforme, comme le serait le besoin supposé par ce naturaliste de faire dévier l'œil le plus faible pour le soustraire à des images confuses; mais une série de directions anormales, aussi nombreuses et aussi variées que peuvent l'être les mouvemens physiologiques de l'œil. L'auteur établit aussi par l'observation l'existence du strabisme double, et trace les combinaisons qui reproduisent les mouvemens physiologiques de l'œil, et il fait remarquer combien toutes ces variétés de la difformité sont propres à caractériser leur véritable origine.

2° FORME DU GLOBE OCULAIRE. — Elle est le siége d'une modification caractéristique, qui consiste en un changement de sphéricité du globe. Ordinairement la partie qui occupe le milieu de l'espace entre les deux paupières est plus bombée que le reste du globe oculaire. La portion qui correspond au muscle rétracté offre une dépression qui devient plus sensible à mesure qu'on provoque le redressement de l'œil. Dans le plus grand nombre des cas, la pupille est plus dilatée du côté du strabisme; dans les cas un peu prononcés, elle est élargie dans le sens opposé à la déviation. Enfin, tout le globe oculaire frappé de strabisme est plus petit que celui du côté opposé.

3° MOUVEMENS DU GLOBE OCULAIRE. — Le degré de mobilité dans le sens opposé à la déviation varie depuis l'immobilité presque complète dans laquelle le malade dit sentir son œil bridé, et qui constitue ce que l'auteur appelle le strabisme *fixe*, jusqu'à la mobilité presque complète qui constitue le strabisme *rudimentaire* ou *insuffisant*. En outre, à chaque effort prononcé pour redresser l'œil dévié, l'œil sain obéit à la même impulsion d'une quantité proportionnelle, de manière à simuler un strabisme du côté opposé. Elle est, dit l'auteur, l'expression d'un effort considérable du muscle opposé au muscle rétracté; or, les mouvemens simultanés des deux yeux étant subordonnés pour le degré à une même somme de contraction dans leurs muscles homologues, il en résulte un déplacement extrême de l'œil sain sous l'influence d'une contraction exagérée dans les muscles correspondans de l'œil affecté.

Les mouvemens *optiques*, dans le strabisme mécanique, ne sont pas moins importans à considérer. En général, quand on veut regarder avec l'œil strabique, il tend à se redresser, et ce redressement est toujours en raison inverse du degré de raccourcissement musculaire, en sorte que dans le strabisme insuffisant, la difformité n'existe que dans la vision distraite, et constitue ce que Buffon appelle un *faux trait* dans les yeux. Enfin, lorsque le strabisme est double, dans le même sens et au même degré, chaque œil se redressant alternativement pour regarder, la difformité semble voyager d'un œil à l'autre.

4° ETAT ET MODE D'EXÉCUTION DE LA VISION. —Les louches voient moins bien

de l'œil dévié. Buffon s'appuyait de ce fait pour soutenir sa théorie sur l'étiologie du strabisme. M. J. Guérin montre le peu de fondement de cette théorie, en lui opposant ce simple fait du développement plus ou moins rapide de la force visuelle dans l'œil opéré, presque immédiatement après l'opération. Cette faiblesse relative de l'œil strabique et la myopie qui l'accompagne presque toujours, et, comme elle, disparaît après l'opération, ne sont donc que consécutives, et on ne peut méconnaître leur relation intime avec la cause de la difformité, puisqu'elles cessent avec elle.

L'exercice de la vision, dans le strabisme mécanique, présente une dernière circonstance à noter, c'est son mode d'exécution. Un grand nombre de strabiques ne regardent que d'un œil, et ce fait seul explique le crédit qu'a conservé jusqu'ici la théorie de Buffon. Mais il n'en est pas toujours ainsi : 1° dans le strabisme rudimentaire, les malades regardent des deux yeux ; 2° dans le strabisme double, égal des deux côtés, certains malades regardent alternativement de l'un et de l'autre œil ; 3° beaucoup de strabiques continuent à regarder longtemps avec les deux yeux, mais voient double ; 4° enfin, presque toujours les opérés, avant de récupérer la vue distincte par les deux yeux, sont quelque temps diplopes. Or, toutes ces particularités sont dans un rapport parfait avec la cause de la difformité. Enfin, un dernier caractère direct du strabisme mécanique, c'est la transformation fibreuse des muscles rétractés, produits, comme M. J. Guérin l'a établi depuis longtemps, par les tractions permanentes auxquelles les muscles sont soumis.

M. J. Guérin termine son mémoire par quelques considérations sur la véritable signification du fait de la rétraction musculaire. Cette rétraction est un fait complexe produisant des effets relatifs à tous les modes, à tous les degrés, à toutes les combinaisons dont il est susceptible, et le strabisme mécanique peut présenter diverses variétés, suivant que la rétraction est arrivée à sa complète réalisation, ou suivant que la contracture qui le précède existe à l'état de contracture fixe, à l'état de contracture spasmodique intermittente et à l'état de relâchement paralytique, ou enfin suivant le mode de distribution, de combinaison et d'association des différens degrés et des différens modes de la rétraction, par rapport aux différens muscles d'un seul œil ou des deux yeux.

(Nous donnerons, dans le prochain numéro, le compte-rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Lecture du procès-verbal et de la correspondance est faite.

M. Bouvier lit un mémoire dans lequel il se propose de démontrer à sa manière : 1° qu'il n'y a pas de déviations de l'épine produites par la rétraction musculaire; 2° que la section des muscles du dos, dans le traitement de ces difformités, est une méthode qui n'est ni nouvelle, ni utile. — Nos lecteurs connaissent depuis longtemps les idées de M. Bouvier. Nous avons toujours espéré du bon esprit de ce médecin qu'il finirait par se ranger à notre opinion, en ce qui concerne l'origine et le traitement chirurgical des déviations de l'épine, comme il l'a fait pour le pied-bot, le torticolis, etc. ; mais le temps n'est pas encore arrivé.

DE LA RÉVULSION MORALE DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE ; par M. LEURET.

Jusqu'à présent on s'est adressé pour combattre la folie, aux traitemens médicaux, et au travail corporel. M. Leuret n'approuve point ces deux méthodes, dont la première est au moins inutile, puisque dans la majeure partie des cas, la folie ne reconnaît point pour cause de lésions anatomiques, et dans la seconde ne peut assez occuper l'esprit de l'aliéné pour l'éloigner des idées habituelles de sa folie. Cette maladie consiste plutôt en un trouble des fonctions, et c'est aux fonctions qu'il faut s'adresser pour les guérir; il faut en un mot exercer sur le moral des aliénés une révulsion énergique mais morale aussi, qui s'emparant à chaque instant de son esprit, l'occupant, le tourmentant même quelquefois, le dérobe pour ainsi dire malgré lui aux folles conceptions de son esprit. Pour chaque espèce d'aliénation, il faut varier convenablement cette révulsion, et c'est au tact du médecin à faire habilement ce choix. Quelquefois on a conseillé de heurter de front les idées d'un maniaque, de ne rien lui céder, et de ne pas craindre même d'engager des luttes avec lui. C'est un moyen qui peut réussir quelquefois, mais qui lorsqu'il échoue laisse un grand ascendant au malade.

Il faut, pour établir la révulsion morale, avoir recours à tous les genres de distractions et les multiplier. A Bicêtre, M. Leuret a institué une école pour les aliénés où les arts, l'histoire, la géographie, la grammaire sont des sujets habituels de travail pour les aliénés. Plusieurs profitent de ces leçons, outre le bien moral qu'ils en retirent. Il en est cependant qui sont plongés dans un tel état de torpeur, qu'ils restent indifférens à tout ce qui les entoure. A ceux là on ne peut appliquer la révulsion morale, qu'après les avoir arrachés à leur apathie.

M. Leuret termine son intéressant mémoire par deux observations qui viennent à l'appui de ses idées.

Une jeune demoiselle devint en proie à des scrupules. Ayant assisté à la prise de voile d'une de ses amies, elle se crut engagée elle-même, et il fallut lui faire consulter le registre de tous les couvens voisins pour lui prouver qu'elle n'était point religieuse. Bientôt elle assiste à la bénédiction nuptiale d'une de ses amies et elle se croit mariée; on a toutes les peines du monde à l'en dissuader, quand il s'agit de la marier elle-même. Enfin elle se maria, et sa raison semblait revenir, quand ayant été obligée de se séparer de son mari, elle devint complètement folle; elle se croyait pape. On l'engagea à consulter M. Leuret; on lui persuada même que lui seul pouvait la soulager. Poursuivie sans cesse par mille scrupules elle était en proie aux tourmens moraux les plus vifs, et avait déjà songé au suicide pour s'en débarrasser. Elle vint donc consulter M. Leuret qui prit sur elle un grand ascendant, et lui fit donner sa parole qu'elle se soumettrait à tout ; elle y consentit, et ce n'est qu'en retour presque d'être délivrée de toutes ses souffrances. Elle fut placée loin des siens, dans une maison où elle était inconnue, et reçut, de M. Leuret lui-même, des leçons journalières d'histoire, de géographie, etc. Peu attentive d'abord, elle finit par y prendre goût; le professeur augmenta peu à peu les tâches, et après six mois de persévérance, la malade était à peu près guérie. Cependant un jour qu'elle paraissait très bien, elle écrivit en cachette une lettre désespérante à sa mère. La lettre fut adressée à M. Leuret qui vint aussitôt chez elle, lui demanda sévèrement l'emploi de sa journée, le jour où elle avait écrit cette lettre. Elle raconta tout, hors la lettre; profitant de ce moment, M. Leuret déplia la lettre, et éclata contre elle en reproches sanglans sur sa dissimulation, son manque de confiance, la peine inutile qu'elle lui donnait, le mal qu'elle faisait à sa mère, le manque d'affection qu'elle avait pour cette dernière. La leçon fut sévère et profitable, car à partir de ce moment, la guérison fut complète et s'est bien maintenue depuis.

La deuxième observation est celle d'une jeune institutrice ayant une manie ambitieuse. Elle faisait la muette, refusait de répondre autrement que par écrit, et rapportait tout son mal au pharynx. Instruit de ces particularités, M. Leuret pour la visiter fit aussi le muet, et se fit passer à ses yeux pour un médecin affecté de mutisme, mais qui avait guéri beaucoup d'affections semblables. Il examina avec brusquerie sa gorge, où il ne trouva rien. Un traitement fort pénible, consistant en lotions astringentes dans le pharynx, plusieurs fois par jour à l'aide d'un pinceau, fut prescrit. Elle alla, de concert avec sa mère, chez le pharmacien qui devait préparer les médicamens, et arrivée là quand elle les vit préparer, elle déclara qu'elle était guérie, par la seule peur de tous ces remèdes. Depuis elle a continué à parler; mais la guérison de la manie ambitieuse ne paraît pas encore très complète.

Dans d'autres circonstances, M. Leuret entraîne les aliénés dans les spectacles, dans les plaisirs, et cherche à ranimer chez eux des passions opposées à celles qui les occupent.

Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Parisel, Double et Louis.

EMPLOI DE LA SOLUTION D'UNE PARTIE DE CAMPHRE DANS DOUZE PARTIES D'EAU ; par M. BOURNON. (Rapport de M. Lecanu.)

M. Bournon attribue les plus merveilleuses propriétés à ce mélange. M. Lecanu déclare n'avoir jamais pu l'obtenir lui-même dans cette proportion.

NOUVELLES REMARQUES SUR LA LÈPRE ; par M. le docteur GIBERT, médecin de l'hôpital St-Louis.

Un mémoire étendu sur la lèpre a été publié récemment dans un journal de médecine (cahiers de juillet et d'août 1840 de la REVUE MÉDICALE) par M. le docteur Gibert. Le nouveau travail qu'il soumet à l'Académie a pour but d'appeler l'attention de cette savante compagnie sur la partie pratique de la question.

Le curieux et intéressant code de la lèpre, tracé dans les livres sacrés, le touchant épisode du moyen-âge, auquel se rattachent tant de souvenirs précieux à la religion, à la médecine, à la patrie..; le fait si remarquable de la persistance du mal à l'état endémique dans certaines localités, tandis qu'il a disparu d'un grand nombre d'autres.., voilà, sans doute, des objets bien propres à exciter notre intérêt !

Mais, envisagé seulement sous le point de vue pratique, ne serait-ce pas un sujet bien digne de l'attention de l'Académie royale de médecine, qui entretient des relations dans toutes les parties du monde, que l'examen attentif des caractères de la *lèpre*, maladie hideuse et presque inévitablement mortelle, qui sévit encore de nos jours dans cette France d'outre-mer, fruit de nos découvertes et de nos conquêtes ?

Le premier point à établir dans l'étude de cette intéressante question serait le suivant : Y a-t-il identité ou seulement analogie dans les symptômes de la maladie observée dans les diverses contrées du globe ? Celle maladie elle-même offre-t-elle plusieurs formes distinctes qui doivent être désignées par des noms particuliers ? Il est évident que ce n'est que de la comparaison établie sur les renseignemens fournis par les médecins qui pratiquent dans les pays où la lèpre est endémique, que pourrait sortir la description fidèle de la maladie.

Pour ma part, ajoute M. Gibert, les recherches auxquelles je me suis livré, les cas assez nombreux d'éléphantiasis que j'ai eu occasion d'observer dans les salles de l'hôpital St-Louis, et dont quelques-uns ont été retracés dans mon TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, me portent à regarder l'éléphantiasis tuberculeux décrit par Arétée, dans le premier siècle de l'ère chrétienne, comme le type spécial de l'affection à laquelle les historiens et les médecins de notre pays se sont accordés à donner le nom de *lèpre*. Mais cette affection offre des degrés et des nuances qui lui impriment une physionomie assez différente, pour que les auteurs se soient montrés peu d'accord, dans les divers pays et aux diverses époques de la science, sur les caractères propres à une maladie regardée comme multiple par les uns, et comme unique par quelques autres.

Suivant quelques médecins étrangers, il existe deux formes distinctes d'éléphantiasis, savoir : l'éléphantiasis *tuberculeux*, anciennement décrit, et l'éléphantiasis *anæsthétos*, plus récemment signalé.

M. Gibert, à l'aide des détails circonstanciés qu'il puise dans un travail inédit qui lui a été confié par le docteur Boek, médecin norwégien, étudie la marche et les caractères de cette seconde forme de l'éléphantiasis. Le docteur Boek, chargé par son gouvernement d'explorer la côte ouest de la Norwège, a eu occasion d'observer 128 sujets affectés d'éléphantiasis, savoir : 87 d'éléphantiasis tuberculeux, et 41 d'éléphantiasis anæsthétique. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description détaillée qu'il donne des principales circonstances de la maladie. Nous dirons seulement que M. Gibert ne trouve pas suffisamment établies les bases

sur lesquelles on a cherché à fonder une distinction absolue entre les deux formes d'éléphantiasis : évidemment, ce sont seulement des variétés d'un même genre.

En somme, dit en terminant M. Gibert, on pourrait, en se rattachant aux opinions déjà émises par Schilling, réunir, comme des nuances d'une seule et même maladie, à laquelle on continuerait de donner le nom de *lèpre*, les six espèces suivantes :

1° La lèpre antique, on lèpre des livres sacrés : les *taches insensibles*, qui en forment le principal caractère, se retrouvent dans la lèpre de nos jours.

2° Les *leuce*, *alphos* et *mélas*, d'Hippocrate ; *vitiligo*, de Celse, qui présentent également des taches cutanées diversement colorées, avec insensibilité dans le plus haut degré de la maladie.

3° L'éléphantiasis grec si bien décrit par Arétée, et dont la physionomie sert de frontispice au livre latin qui contient les mémoires de Schilling.

4° L'éléphantiasis arabe décrit exactement pour la première fois, au dixième siècle, par Rharès, et qui, au plus fort de son développement, offre (dans une région partielle du corps, il est vrai), une altération des tégumens, d'un aspect fort analogue à celui qu'on observe dans l'espèce précédente.

5° La lèpre de Jérusalem, mal de St-Lazare, lèpre des croisades ou lèpre du moyen-âge, qui paraît avoir présenté le plus ordinairement tous les traits de l'éléphantiasis grec.

6° Enfin, le *boasi*, ou lèpre d'Amérique et des Indes, qui est encore endémique dans nos colonies d'Amérique, ainsi que dans diverses autres contrées du globe.

D'après le médecin belge cité plus haut, ces espèces, quoique distinguées en apparence par quelques signes particuliers, ne diffèrent cependant pas plus les unes des autres que les plantes nées des mêmes semences et qui conservent la même nature, quoique la diversité du climat, du sol et de la culture ait pu imprimer un aspect différent à leurs feuilles, à leurs fleurs ou à leurs fruits.

Cette opinion, séduisante par sa simplicité, permettait d'établir l'exacte filiation de la lèpre, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. En effet, le berceau de la lèpre étant placé sur les bords du Nil, ce qui est conforme à l'opinion de la plupart des écrivains, et notamment à celle du savant Lorry, on verrait la maladie accompagner les Hébreux à leur sortie d'Egypte et les suivre en Asie, se communiquer à la Grèce dès le temps d'Hippocrate, suivre le grand Pompée en Italie au retour de ses expéditions sur les côtes de Grèce et d'Asie, envahir toute l'Europe au temps des Croisades, enfin, persister de nos jours dans certaines contrées plus ou moins éloignées, où se trouvent réunies les conditions locales les plus favorables au règne de la lèpre.

Mais il ne faut pas se dissimuler qu'aujourd'hui encore cette opinion reste plus spécieuse que solide, et que s'il demeure bien prouvé que l'éléphantiasis grec est réellement le type de la lèpre bien caractérisée, il n'est pas également démontré que toutes les espèces morbides signalées ci-dessus doivent être confondues avec lui.

Il existe en outre d'autres affections endémiques graves des tégumens dans les contrées où se rencontrent les lépreux, par exemple, le *pian* en Amérique, la *radesyge* sur les côtes de Norwège, et il faudrait d'abord que toutes ces affections fussent bien distinguées de celle qui fait l'objet de ce mémoire. M. Gibert pense que, sous ce rapport, l'Académie pourrait tirer de précieuses lumières de ceux de ses membres correspondans qui habitent sur les lieux.

Le travail de M. Gibert est envoyé à une commission composée de MM. Rayer, Emery et Chervin.

COMMUNICATIONS. — MORVE AIGUE COMMUNIQUÉE DU CHEVAL AU CHEVREAU, ET AYANT DÉTERMINÉ CHEZ CE DERNIER UNE MORVE CHRONIQUE; par M. RAYNAUD.

M. RAYNAUD présente les fosses nasales d'un chevreau auquel il a inoculé, dans le mois d'octobre dernier, la matière morveuse, recueillie sur un cheval affecté de morve aiguë. C'est sur la muqueuse nasale que l'inoculation a été faite; il s'est bientôt développé des ulcérations, qui, peu à peu, ont gagné l'intérieur du nez, puis les ganglions du cou se sont pris, et l'on a pu observer tous les signes de la morve chronique. L'animal, d'ailleurs, se portait bien. Il est mort dans les derniers jours de janvier d'un coup de pied de cheval. On voit, sur la préparation de M. Raynaud, les ulcérations de la muqueuse nasale.

M. FOVILLE lit une observation d'hydrophobie chez l'homme que nous reproduirons en entier dans notre prochain numéro.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

CLINIQUE MÉDICALE OU CHOIX D'OBSERVATIONS RECUEILLIES A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ ; par G. ANDRAL, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8°, quatrième édition, revue, corrigée et augmentée. Paris 1839. Chez Crochard et compagnie, place de l'Ecole-de-Médecine, 13.

De tous les ouvrages de médecine de quelqu'étendue qui ont paru depuis vingt ans, il y en a peu qui aient eu un succès comparable à celui qu'a obtenu et que continue encore d'obtenir la CLINIQUE MÉDICALE de M. Andral, surtout si nous en jugeons par la rapidité avec laquelle les dernières éditions ont été épuisées. Ce succès est d'autant plus remarquable qu'il a eu lieu malgré l'étendue de l'ouvrage et malgré la direction que l'auteur y a suivie dans le développement de ses études, et qui, au premier abord, paraîtrait avoir dû être peu favorable à un prompt débit; car, ainsi que le reconnaît M. Andral lui-même dans son avant-propos de la troisième édition, cet ouvrage n'est point un traité dogmatique de médecine, ni une suite de monographies complètes, ni un traité de diagnostic, ni un recueil de médications ou de formules thérapeutiques; enfin ce n'est point un de ces ouvrages complets où l'on trouve la science toute faite, des indications plus ou moins positives et d'une application ordinairement facile; c'est en vain qu'on y chercherait quelque chose de semblable : la CLINIQUE MÉDICALE est un cours d'étude, d'instruction, ou plutôt d'éducation médicale et, après quinze ans de publication, c'est encore l'ouvrage où l'on peut le mieux apprendre la manière d'observer les faits et même, jusqu'à un certain point, de les interpréter, sous le point de vue des lésions anatomiques. Or, si nous nous reportons à l'époque où il fut publié et si nous considérons le peu de progrès qu'a faits la science depuis cette époque dans l'art d'interpréter les faits et d'en tirer de légitimes et d'utiles conclusions, nous nous expliquerons facilement toute la popularité qu'il obtint dès le commencement et celle qu'il conserve encore.

La lutte qui existait à cette époque entre des athlètes plus vifs et plus alertes que vigoureux, plus habiles à discuter qu'à étudier les faits sous leur différens points de vue, fournit à l'auteur une occasion précieuse de se lancer au milieu des partis sans adopter précisément la couleur d'aucun. On se rappelle l'impression que produisirent ses premières publications remplies de faits recueillis en silence et rapportés avec quelques développemens sur ceux qui avaient observé aussi un grand nombre de faits dans les hôpitaux, dans la pratique, dans les camps, mais qui n'avaient pris que des notes fugaces, ou qui s'étaient contentés de les confier à la mémoire où on sait à quelles étranges métamorphoses ils sont exposés; dès lors on crut voir tout l'avenir de la science dans l'observation des faits et dans leur interprétation immédiate, et l'auteur de la CLINIQUE eut de nombreux imitateurs.

Une autre circonstance contribua plus encore à la popularité de cet ouvrage, ce fut l'ardeur avec laquelle l'auteur embrassa la cause de l'anatomie pathologique qui, déjà, jouissait de tant de faveur, et le parti qu'il fut amené presque nécessairement à prendre dans les deux luttes que Broussais venait d'engager à la fois, d'un côté avec les anatomistes dont il repoussait les prétentions exclusives, soutenant avec raison que la pathologie ne saurait se déduire de l'anatomie pathologique, et que l'étude des faits de vitalité doit précéder ou marcher de pair avec celle des faits d'anatomie; de l'autre, avec le monde entier en faveur du système physiologique. On sait quel a été le sort de ce système; mais ce qu'on ne sait pas assez, c'est que sa chute entraîna parmi nous, sans combat ni défense, celle du vitalisme, dont Broussais peut être regardé comme le dernier défenseur à l'école de Paris, comme si ces deux chutes avaient été inséparables et que le renversement de la doctrine physiologique eût dû nécessairement entraîner celui du vitalisme. Presque tous les travaux d'anatomie pathologique contribuèrent à amener ce résultat, et ceux de l'auteur de la CLINIQUE MÉDICALE plus que tous les autres, en raison même des ménagemens qu'il apporta dans ses attaques contre le célèbre réformateur; car la lutte ne fut pas engagée avec toute la vigueur que l'on aurait pu attendre d'une conviction bien arrêtée et basée sur des faits bien démontrés. En effet, l'auteur, soit respect pour un système qui, bien que si récemment et en apparence si solidement établi, menaçait déjà ruine, soit pour prolonger la lutte plus longtemps et conserver l'occasion de nouveaux triomphes, soit peut être par l'effet d'une défiance en ses propres forces, mit dans ces attaques, que nous retrouvons encore à chaque pas dans la quatrième édition, une mesure, une retenue, une timidité dont on ne lui sut pas toujours gré ; souvent même nous le voyons fournir à son adversaire des armes d'une meilleure trempe que celles avec lesquelles il se défendait lui-même. Il est vrai encore qu'ordinairement il ne l'attaque ensuite qu'avec plus de vigueur. Au reste, jamais M. Andral n'est si près de porter un coup redoutable à son adversaire que quand il le loue et l'élève outre mesure, soit qu'il veuille par ses louanges se faire pardonner sa victoire, soit au contraire qu'il ait pour but de la rendre plus éclatante.

Toutes ces circonstances ont contribué pour beaucoup à la popularité de la CLINIQUE MÉDICALE pendant que le nombre des faits sur lesquels s'appuyait l'auteur, la manière sévère dont il les recueillait et les commentait, mettaient la plupart de ses jugemens au-dessus de toutes les attaques dont ils auraient pu être l'objet.

Il y en a pourtant encore une qui n'a pas moins contribué que toutes

les autres au succès de cette publication, c'est que l'auteur s'y borne presque constamment au rôle de critique. A l'occasion d'un fait ou d'une collection de faits, il examine certaines croyances, certains principes, et les combat ou les approuve, ou les compare avec d'autres opinions, mais rarement il émet des idées neuves, rarement même il admet d'une manière complète et absolue une explication quelque innocente qu'elle soit, quelque bien appuyée qu'elle paraisse. Le plus souvent il apporte les raisons pour et contre la même opinion, et laisse entrevoir que quelque parti qu'on adopte, il reste toujours quelque chance de se tromper.

Nous venons de signaler quelques-unes des causes, et nous croyons les plus importantes de la popularité qu'a obtenue dès les premiers temps de sa publication et depuis cette époque la CLINIQUE MÉDICALE. Nous devrions maintenant examiner si cette publication offre encore aujourd'hui les mêmes élémens de succès et ceux qu'elle peut conserver pour l'avenir. Bien que de grands changemens se soient opérés dans l'esprit médical depuis quelques années, et bien surtout que l'on ait commencé à reconnaître l'insuffisance de l'anatomie pathologique comme base de la médecine, cependant cette partie importante de la science est loin d'avoir encore parcouru toute sa carrière; nous serions même disposés à croire qu'elle ne fait que de naître, tant sont imparfaites encore les recherches considérées comme les plus avancées et les mieux établies, et cependant ce n'est que quand les principaux points de l'anatomie morbide auront été discutés et complètement arrêtés qu'on en reconnaîtra tout à fait l'insuffisance et qu'on sentira la nécessité de demander à d'autres élémens les bases de la science.

Ce n'est pas cependant que cet ouvrage n'ait subi, dans les différentes éditions qui se sont succédés, des modifications assez importantes pour qu'on doive en tenir compte. « Ma manière d'interpréter les faits, dit M. Andral lui-même, n'a pas toujours été la même que dans les précédentes éditions; car la science marche sans cesse, et à mesure que l'horizon s'agrandit devant elle, il faut bien que l'observateur vienne se placer sous le jour des nouveaux points de vue qu'elle découvre. C'est donc beaucoup moins sur mes opinions changeantes et progressives, comme la science, que sur les faits eux-mêmes, que j'appelle l'attention des praticiens. » Il serait, sans doute, d'un grand intérêt de suivre pas à pas M. Andral dans cette quatrième édition, et de chercher à apprécier exactement s'il a suivi le progrès de la science comme il l'affirme. Mais ce travail, où il nous faudrait passer en revue presque toutes les questions qu'embrasse la pathologie, dépasserait de beaucoup nos forces et les limites qui nous sont imposées. Probablement même il y aurait de la témérité de notre part à designer, parmi les opinions différentes qui existent sur tant de points divers, celles qui sont en progrès de celles qui sont dans une direction opposée. Comment prononcer, malgré la plus grande indépendance, entre les progrès par M. Louis, et ceux par M. Bouillaud, entre ceux de M. Piorry et ceux de M. Trousseau? Ce serait tenter l'impossible. Aussi ne nous arrêterons-nous que quelques instans sur quelques points spéciaux, sans nous soumettre à suivre l'auteur régulièrement, et encore moins à l'analyser, même de la manière la plus sommaire. La première observation que nous présenterons est relative à l'une des questions les plus vivement agitées de nos jours, à celle de la fièvre typhoïde, que M. Andral voudrait, pour des raisons plus spécieuses que réelles, que l'on appelât d'un autre nom. Nous reconnaissons très volontiers avec lui tout ce que l'expression de *fièvre typhoïde* pour désigner un état pathologique si variable dans ses manifestations extérieures, où même il arrive assez fréquemment qu'il n'y a pas de symptômes typhoïdes, a de vicieux et de peu scientifique; mais il en est de même de beaucoup d'autres expressions admises dans la science, qui ont le défaut d'avoir un sens étymologique souvent différent de celui qui leur conviendrait, et cependant on les conserve pour s'entendre, et on ne les regarde plus que comme des expressions de convention. Il en sera nécessairement de même du mot fièvre typhoïde. Aujourd'hui que cette affection a été sous ce nom l'objet de si nombreux travaux, et que l'expression qui la désigne est universellement admise, on doit accepter cette dernière sans tenir compte, s'il est possible, de son étymologie, et seulement en attendant que de nouveaux progrès aient indiqué une meilleure base pour établir un nouveau nom. Les expressions même sous lesquelles M. Andral la désigne (*exanthème intestinal; entérite folliculeuse*), nous semblent non moins vicieuses que celle qui est aujourd'hui généralement admise, car l'une repose sur une hypothèse qui n'est nullement démontrée, tandis que la seconde n'exprime que l'une des périodes de la maladie, celle pendant laquelle la muqueuse qui recouvre les follicules malades s'enflamme et s'ulcère.

Admettrons-nous, avec M. Andral, que l'expression *fièvre typhoïde* doive être repoussée parce que l'on observerait des symptomes adynamiques dans d'autres affections? nous ne le pouvons, car ce serait commettre une grave erreur que de confondre l'adynamie de la plupart des autres maladies, même celle de la phlébite et de la fièvre de résorption, avec l'état typhoïde de la fièvre qui en a pris son nom; il y a dans ce dernier état pathologique un cachet particulier qu'on ne rencontre peut-être dans aucune autre maladie, et qui n'a pu échapper à l'attention d'un pathologiste d'un ordre aussi élevé que l'auteur de la CLINIQUE MÉDICALE.

Après avoir fait connaître que nous ne partageons pas entièrement l'opinion de M. Andral sur ce point de l'étude de la fièvre typhoïde, nous devons dire qu'il est d'autres points dont on commence à s'occuper aujourd'hui, et qui auraient gagné à être examinés par lui. Nous citerons surtout la spécificité de la fièvre typhoïde et la nature des productions qui se développent dans les follicules intestinaux, et qu'on est trop disposé à regarder comme un produit de nature inflammatoire; sur ces deux questions la clinique médicale nous semble être réellement en arrière de l'état actuel de la science.

Les fièvres continues, qui, dans la première édition, avaient fait l'objet d'un travail à part, et sous le titre général de *Fièvres*, se trouvent dans celle-ci, comme dans les deux précédentes, comprises sous le titre de *Maladies abdominales*. Ce n'est pas cependant sans que l'auteur laisse entrevoir quelquefois un regret sur ce sacrifice, qu'il se crut obligé de faire en 1829, et un retour vers des idées moins exclusives. C'est ainsi que, plusieurs fois, il va jusqu'à dire que, dans un certain nombre de cas, la cause de la maladie ne doit plus être cherchée dans les lésions du tube digestif, ni d'aucun autre organe, mais probablement dans les centres nerveux ou dans le sang, dont les altérations sont encore si peu connues. Un paragraphe même est consacré, dans le premier volume, au récit de quelques-uns de ces cas. Si nous ne nous trompons pas, M. Andral paraîtrait disposé à donner une grande prépondérance à la dernière de ces deux hypothèses, à celle qui tend à chercher dans l'altération du sang la cause des fièvres continues à la suite desquelles on n'observe pas d'altération organique, et il nous semble croire que le nombre des cas appartenant à cette catégorie serait beaucoup plus considérable qu'il ne le pensait tout récemment encore.

Cette modification d'une opinion trop exclusive nous paraît d'un heureux augure pour l'avenir de la science parmi nous; car nous ne doutons pas que quand l'enthousiasme qu'ont inspiré les travaux des anatomistes modernes, et qui n'avait pas permis d'examiner avec toute l'attention désirable leur portée réelle, aura été calmé, on ne reconnaisse que, même parmi les cas où on croit trouver encore des lésions suffisantes pour l'explication de tous les phénomènes morbides, dans un grand nombre d'entre eux, ces lésions ne sont que consécutives à d'autres troubles dont la connaissance et l'étude peuvent seules mettre sur la vraie voie pour arriver aux moyens de les prévenir. Nous espérons que cette hypothèse, qui pour nous est presque démontrée, et qui semble devoir être si féconde en heureux résultats, s'agrandira encore et arrivera au degré de démonstration pour tous, et que, dans la prochaine édition de la CLINIQUE MÉDICALE, nous ne verrons plus les fièvres continues, ainsi que la fièvre typhoïde, ces classes de maladies si distinctes jusqu'à ces derniers temps, confondues pêle-mêle au milieu des maladies abdominales, avec lesquelles elles n'ont aucun rapport, ou n'en ont que par leurs dernières périodes.

Nous ferons pourtant remarquer, avant de quitter le premier volume, que les opinions de l'auteur se sont modifiées sur d'autres points encore, et non moins importans. C'est ainsi qu'à l'occasion des vomitifs et des purgatifs qui, il y a quelques années, étaient proscrits d'une manière si sévère du traitement des fièvres et de toutes les affections gastriques, il revient sur cette proscription, et, « d'après de nouvelles expériences, ne craint pas d'affirmer toute leur utilité en pareille circonstance. » Avons-nous besoin de dire qu'en admettant l'efficacité de ces moyens énergiques dans certaines conditions déterminées, il repousse la ridicule explication qui a été renouvelée de nos jours, et qui attribue les ulcérations intestinales à la prolongation de séjour des matières intestinales dans le tube digestif: « c'est pour moi, dit-il poliment, une pure hypothèse? »

Nous trouverions encore moins de certitude, si nous nous occupions des maladies de l'estomac, sur lesquelles tant de travaux n'ont pu jeter qu'une bien faible lumière. Pour reconnaître l'obscurité qui couvre encore cette partie importante de la science, ne suffit-il pas de cet aveu, par lequel l'auteur, après s'être donné beaucoup de peine pour décrire la gastrite aiguë, en rapporter de nombreuses observations où les lésions trouvées après la mort sont décrites de la manière la plus minutiense, et après avoir cherché à établir un rapport entre les symptômes et les altérations, termine en avertissant que, dans des cas où il avait observé les mêmes symptômes, il n'a plus retrouvé les mêmes altérations, ou qu'il a trouvé les mêmes lésions anatomiques, dans des cas où il avait observé des symptômes tout différens? La seule conclusion qu'il

soit permis de tirer de cet aveu, c'est que les lésions de l'estomac sont encore mal connues, que les rapports de la plupart de ces lésions avec les symptômes sont encore à trouver, et que, sous ce point de vue, la science est beaucoup moins avancée que ne le pensent les médecins organiciens.

On a voulu attribuer toutes les souffrances de l'estomac à des lésions organiques, et on a regardé comme telles toutes les variétés de couleur et de densité que présente la muqueuse gastrique après la mort, et qui souvent n'ont réellement en aucune influence sur les phénomènes morbides observés pendant la vie, en même temps qu'on négligeait l'étude des troubles fonctionnels de cet important organe, les altérations de sécrétion, d'inervation et de nutrition.

Après tous les travaux publiés sur le squirrhe et le cancer depuis plusieurs années, nous éprouvons quelque étonnement de retrouver encore ici le cancer de l'estomac rangé parmi les gastrites chroniques, et considéré comme une simple hypertrophie inflammatoire des tissus sous-muqueux. Il est vrai que l'histoire des gastrites chroniques n'est pas moins obscure que celle des gastrites aiguës, et c'était un motif de ne pas ajouter à cette obscurité, en rangeant parmi les inflammations de l'estomac le cancer de cet organe, qui en est distingué aujourd'hui par la plupart des pathologistes.

M. Andral, en avançant que le tubercule est un produit de sécrétion et non un résultat direct de l'inflammation, s'est cependant moins éloigné qu'on ne le pense communément de l'opinion des physiologistes; car, d'après le rôle qu'il fait jouer à l'hypérémie active, et à toutes les causes excitantes parmi les dispositions aux tubercules, il est évident que pour lui, comme pour les médecins physiologistes les plus purs, la seule ancre de salut pour les malheureux phthisiques se trouve dans les évacuations sanguines et le traitement antiphlogistique; conclusion qui serait vraie si les prémisses sur lesquelles elle repose étaient solidement établies. Mais de tous les motifs apportés à l'appui de l'origine inflammatoire des tubercules, il n'en est pas un seul qui ait une valeur réelle et incontestable, tandis qu'une foule de preuves puisées dans des considérations d'un ordre plus élevé appuient, nous dirions presque jusqu'à la démonstration, l'opinion opposée, condamnent cette médication antiphlogistique dont les résultats sont si constamment funestes et appellent une médication plus rationnelle. Cependant, tout en sachant gré à M. Andral de la direction qu'il a imprimée à la science lorsqu'il a avancé et à peu près démontré que la matière tuberculeuse est le produit d'une sécrétion anormale, nous regrettons de ne pas trouver, dans cette quatrième édition, de nouveaux progrès dans la même direction; la seule qui ne s'oppose pas aux efforts que fait la nature, et qui au moins ne ferme pas l'avenir aux essais que font en ce moment de nombreux praticiens pour trouver, soit la cause ou le point de départ de cette sécrétion, soit les moyens de la prévenir, de la combattre ou d'arrêter ses effets. Il est de toute évidence aujourd'hui pour tous ceux sur lesquels les principes de l'école physiologique n'ont pas conservé une puissance trop absolue, que la médication antiphlogistique employée d'une manière active dans le traitement de la phthisie tuberculeuse est non seulement inutile, mais même nuisible dans la plupart des cas et qu'on doit chercher ailleurs les moyens à opposer à une maladie qui dans quelques contrées enlève le quart de la population.

Tout en exprimant ce regret nous ne devons pas oublier que la Clinique médicale n'est ni un traité complet de pathologie, ni une série de monographies complètes, mais un historique des recherches de M. Andral lui-même, des impressions qu'elles lui ont laissées et de l'état de la science à l'époque où commençait la décadence de l'école physiologique à laquelle ses travaux ont contribué plus que ceux d'aucun autre contemporain. Si, depuis, la science a fait quelques progrès sur plusieurs des points dont il est question dans la Clinique, il y en a aussi un certain nombre sur lesquels elle est restée tout à fait stationnaire. Ainsi, on n'a ajouté que peu de choses à ce qui concerne l'étude des phlegmasies du poumon et de ses membranes, malgré les nombreuses recherches dont le diagnostic, surtout de ces affections, a été l'objet dans ces dernières années. On a, il est vrai, changé bien des dénominations, introduit de nombreuses divisions dans la classification des râles et des autres bruits thoraciques, mais on a réellement peu ajouté à ce qu'avait laissé Laënnec et peut être même en multipliant ou en changeant sans besoin les expressions adoptées jusqu'ici, a-t-on peut-être jeté une confusion fâcheuse sur la plus belle page de l'histoire des progrès de l'école de Paris.

Si M. Andral, dans le cinquième volume tout entier consacré aux affections de l'encéphale, n'a pu arriver à la solution définitive d'aucune des questions importantes qui se rattachent à l'étude des maladies de cet organe, il a au moins détruit par la puissance des faits et de l'induction beaucoup d'erreurs qui étaient fondées sur des faits mal observés ou mal interprétés et a rappelé le doute sur une foule de questions que l'on s'était plu à croire résolues avec un empressement trop précipité.

Pour résumer les observations générales que nous venons de présenter sur la Clinique médicale et les réflexions que nous avons faites sur la quatrième édition en particulier, nous devons reconnaître que cet ouvrage a exercé depuis quinze ans une grande influence sur la marche de la science, d'abord en précipitant la chute de la doctrine physiologique dans ce qu'elle avait d'exclusif, sans cependant la bannir entièrement, et ensuite en cherchant à la remplacer par un mélange d'emprunts faits aux diverses doctrines, et présenté sous l'apparence d'un nouveau système. Mais ce dernier manquant de base, ou plutôt n'en ayant pas d'autre que l'anatomie pathologique, est exposé à de fréquens bouleversemens dont l'histoire des différentes éditions de ce travail nous offre déjà quelques exemples, et n'atteint qu'une partie du but réel de la médecine, puisqu'il ne tient compte presque exclusivement que des effets, souvent même des derniers effets de la maladie, et non de la maladie tout entière et considérée sous tous les points de vue sous lesquels elle se manifeste. En effet, les révélations de l'anatomie pathologique ne peuvent s'étendre au-delà des effets des maladies, des ravages qu'elles laissent dans les organes; mais cette science reste muette sur leurs premières périodes, et se tait même complètement sur un grand nombre d'affections et sur celles-là mêmes sur lesquelles l'art peut exercer une influence plus efficace; elle est impuissante à signaler la trace des forces qui ont produit ces ravages, et encore plus à indiquer celles qu'on pourrait employer pour les prévenir; bien plus, même l'anatomie pathologique, par la satisfaction que procurent ses résultats tout positifs, tend plutôt à détourner de leurs études. Or, bien que l'auteur de la Clinique médicale n'ait pas suivi dans tous leurs travers les ardens promoteurs de la médecine organique, et qu'il ne se soit avancé qu'avec une certaine mesure, et même en se ménageant quelques réserves sur ce terrain qui semblait si solide à tant d'autres, cependant ses travaux ayant été presqu'uniquement dirigés vers l'application de l'anatomie pathologique à la médecine et même à la médecine pratique, ils ont dû se ressentir de la stérilité du sol sur lequel ils ont été faits.

On est obligé de reconnaître que la Clinique médicale a déjà perdu une grande partie de l'influence qu'elle possédait il y a quelques années, et que, placée aujourd'hui entre les médecins organiciens purs pour lesquels la médecine n'embrasse qu'une série de phénomènes appartenant aux sciences physico-chimiques, à l'hydraulique et à la mécanique, et les médecins qui, sans rejeter les explications que les progrès continuels des sciences nous apportent chaque jour, pensent cependant qu'il y a en outre un ordre de phénomènes différens qui ne sont explicables jusqu'ici par les lois d'aucune des sciences physiques, les phénomènes vitaux, et sans l'étude desquels on peut être un très habile chimiste, un physicien fort expérimenté, un profond mécanicien, mais non un véritable médecin, placée, disons-nous, entre ces deux opinions opposées, la Clinique médicale ne répond plus à aucune opinion tranchée et ne peut plus servir de drapeau à aucun parti. Comme monument historique, le travail de M. Andral se trouvera certainement au premier rang parmi ceux de l'époque actuelle; comme élément de progrès à venir, nous avons assez fait pressentir notre opinion: le temps seul apprendra combien doit durer l'empire exclusif de l'anatomie pathologique; mais il est bien certain que les nombreux travaux qu'elle a déjà produits, et ceux bien plus nombreux qui lui restent encore à exécuter, occuperont plus tard une place importante dans l'édifice scientifique quand toutes les parties dont il doit se composer auront été étudiées avec toute l'attention qu'elles méritent et mises à la place qui leur convient.

G.

— M. Maisonneuve, chargé par intérim du service chirurgical de M. Blandin, à l'Hôtel-Dieu, a commencé, jeudi 4 février, des leçons cliniques qu'il continuera es mardi, jeudi et samedi.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 7. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 13 FÉVRIER 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent daler que du commencement d'nn trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, an bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

RECHERCHES SUR LES LUXATIONS CONGÉNITALES, EXPOSÉES DANS LES CONFÉRENCES CLINIQUES DU 29 JANVIER ET DU 3 FÉVRIER 1841, A L'HÔPITAL DES ENFANS MALADES; par M. le docteur JULES GUÉRIN (1).

J'ai aunoncé que je suspendrais pour deux séances le sujet anquel j'ai consacré les conférences de cette aunée, l'histoire des DÉVIATIONS DE L'ÉPINE, pour m'occuper des LUXATIONS CONGÉNITALES. Je vons dois compte des motifs de cette interversion. Il a été donné, parmi les sujets de thèse du couconrs actnellement ouvert à la Faculté de médecine, la qnestion des LUXATIONS CONGÉNITALES. Cette qnestion a fait longtemps l'objet de mes recherches; et, par le peu de mots qne je vous en ai dits à propos des cas qui se sont présentés dans le service et à la consultation, vous savez qne je rattache les lnxations cougénitales, comme toutes les difformités articulaires cougénitales, à la même théorie et à nne seule et même cause. Or, mes idées, en ce qui concerne spécialement les lnxations congénitales, n'ayant pas encore été exposées nulle part avec les détails qu'elles exigent pour être snffisamment comprises, j'ai cru devoir, à l'occasion d'une circonstance où elles seront nécessairement examinées, lenr donner quelqnes développemens qui empêchassent de les juger sans les connaître. Je crois devoir vons faire remarqner de prime abord que la date de lenr première apparition dans la science n'est pas anssi récente qne ponrrait le faire croire le silence de certains anteurs qui se sont occupés de cette matière. Ainsi, deux rapports, qui ont été faits il y a peu de temps à l'Académie de médecine, sur plnsieurs cas de luxations cougénitales, et dont l'un a donné lieu à une longue discussion sur la matière, ne mentionnent même pas les idées et les faits que j'avais fait connaître il y a déjà quatre ans, idées et faits qni se tronvent explicitement indiqués dans le rapport de l'Académie des scieuces snr les ouvrages euvoyés au concours pour le grand prix de chirurgie, onvert en 1832, 1834 et 1836. Cette remarqne n'est pas une réclamation; car je pouvais mieux la placer, si j'en avais eu l'intentiou, à l'époqne des rapports et de la discussion que je viens de rappeler. Je ne veux par là que prévenir des objections contre la date que j'assigne à mes idées, et montrer en même temps qn'il m'importait assez pen qu'on en tînt compte avant que j'eusse publié les vues et les faits sur lesquels elles reposent. Il n'en est pas de même aujourd'hui. Il y a un temps de maturité pour toute chose. Mes recherches et mes idées sur les difformités congéniales antres qne les luxatious sont maiutenant connnes de tous; elles éveillent naturellement les conséquences et les applications dont elles sont susceptibles : et parmi ces dernières, on peut compter leur application aux luxations congéniales. Or, pour ne pas laisser à d'autres le soin de faire ces applications, et surtout pour ne pas les laisser incomplètes ou iuexactes, j'ai cru devoir vons les exposer dans les couférences qui vont suivre.

Je diviserai ce qne j'ai à vous exposer sur les luxations cougénitales

(1) Nous avous conservé à l'exposition de ces recherches la forme sous laquelle nons les avons préseutées.

Feuilleton.

DE LA TRANSLATION DU CONCOURS POUR DEUX CHAIRES DE CHIRURGIE, DE LA FACULTÉ DE STRASBOURG A CELLE DE PARIS.

Un incident préoccupe en ce moment tous les esprits à Strasbourg; non seulement le monde médical de cette métropole universitaire s'eu est ému, mais encore il est devenu l'aliment des conversations de tous les salons, il a retenti dans la presse politique de la localité, il a fait naître une polémique personnelle, dont une brochure, déjà bien counue à Paris, n'est, pour ainsi dire, que le prélude, il a défrayé les débuts feuilletonuiens d'un nouvel organe, qui vient d'être fondé à Strasbourg eu l'honneur de la médecine alsacienne. La presse médicale de Paris, à sou tour, vient d'établir, vers le chef-lieu du Bas-Rhin, un courant d'électrique curiosité et de controverses passiounées. Quel est donc l'événement, nous dirions presque heureux, qui vaut à la Faculté de Strasbourg le regard de tout le public médical de France? Quelle secousse a troublé la quiétude de son professorat, gravement assis sur la base de ses traditions germaniques, promenant agréablement sou érudition de l'une à l'autre rive du Rhin, déversant à ses rares auditeurs les lumières de sa science familière? A-t-il été question de transférer l'un des trois centres de notre enseignement médical de Strasbourg à Lyon, d'uue ville qui n'aura jamais d'élèves, à une vaste et puissante cité, qui en compte déjà uu grand nombre sur les bancs de sou école secondaire? Un arrêt du grand maître a-t-il suspendu pour des motifs politiques ou autres l'un des cours de la faculté où le nombre des anditeurs varie, suivant les années et surtout suivant la température de un à six...? Pour ne point abuser de l'atteution qui, nous le supposons, uous est accordée par le lecteur, pour ne point discréditer par la prolixité une des jolies figures que nous avons apprises en rhétorique, et que l'on appelle suspension, nous allons énoncer, sans plus amples préliminaires, la cause de tant de polémique et d'émoi, de tant de douleur et de joie, car la Faculté de Strasbourg a sur place des amis et des ennemis; on dit les uns consternés par l'événement, les autres réjouis et triomphans; deux camps sont là qui se mesurent, se défient, se menacent; l'injure même et surtout la personnalité font partie des armes en usage parmi les contendans; semblables aux héros d'Homère, ils ne craignent point de ternir leur bravoure par l'insulte; des accusations graves sonnent aux oreilles de quicouque veut en avoir; adversaires et fauteurs de l'école, il semble que tous ont à cœur de la consoler du silence accoutumé de son enceinte par l'éclat de cette bienheureuse querelle; tel nom, parfaitement ignoré dans la science, et qui se serait éteint sous le bonnet professoral, se trouve illuminé d'une soudaine notabilité; quoi qu'il advienne de la lutte commencée, elle aura profité même aux vaincus; elle aura mis en train la grande œuvre que rêve et poursuit nécessairement la province, l'œuvre de la décentralisation; oui, jusqu'à présent, la province ne connaissait le scandale médical qu'à des intervalles tellement éloignés qu'il n'en restait trace dans l'opinion publique; Paris avait presque seul le fâcheux privilège des collisions profession-

en deux parties, l'une *théorique* ou *scientifique*, comprenant l'étiologie, l'histoire topographique et le mécanisme de production de ces luxations; l'autre, *pratique*, comprenant l'exposition de toutes les circonstances pathologiques relatives à la réductibilité des luxations, et l'indication des moyens propres à préparer, effectuer et consolider la réduction de ces luxations.

PREMIÈRE PARTIE. — PARTIE SCIENTIFIQUE.

Dans la première partie de cette conférence, je me propose d'établir :

1° Que les luxations congénitales sont, comme les autres difformités articulaires de même origine, le produit de la rétraction musculaire active ou primitive, considérée dans ses différens modes et ses différens degrés. J'appelle modes de la rétraction les états variés par lesquels un muscle peut passer depuis la contracture jusqu'à la paralysie, c'est-à-dire l'état de contracture simple ou raccourcissement spasmodique du muscle, l'état de contracture paralytique qui n'est qu'un degré plus avancé de la contracture, et dans lequel la contractilité volontaire est plus ou moins anéantie; et enfin la résolution paralytique, dans laquelle le muscle est relâché et tout à fait privé de mouvemens volontaires. La contracture et la rétraction sont donc deux états différens. Dans la contracture, le raccourcissement et l'état spasmodique sont simultanés, le premier subordonné au second. Aussi longtemps dure l'un, aussi longtemps dure l'autre. Dans la rétraction, l'état spasmodique a disparu, le raccourcissement est resté. La contracture, c'est la contraction pathologique, c'est le simple plissement des fibres musculaires qu'on peut plus ou moins faire cesser, soit indirectement en combattant l'état spasmodique qui le produit, soit directement par les moyens mécaniques. La rétraction, c'est l'état du muscle contracturé guéri, mais resté court et offrant des altérations propres de texture subordonnées à des conditions que j'ai indiquées et développées ailleurs.

2° Que toutes les variétés de luxations congénitales sont, comme les variétés des autres difformités articulaires, le produit de la rétraction ou de la contracture paralytique, différemment distribuées et combinées dans les muscles qui desservent les articulations.

3° Que les luxations congénitales peuvent occuper successivement ou simultanément toutes les articulations du squelette, depuis celles de la mâchoire inférieure jusqu'à celles des os du pied.

4° Que la marche et le développement de ces luxations sont soumis aux mêmes causes auxiliaires ou accessoires que le pied-bot, la déviation de l'épine, le torticolis, etc., c'est-à-dire à l'arrêt de développement du muscle rétracté à la contraction physiologique, et à l'action verticale de la pesanteur.

5° Que les luxations congénitales offrent, indépendamment des caractères mécaniques propres à chacune d'elles et différens pour chaque articulation, des caractères spécifiques locaux et généraux qui sont communs à toutes, et qui répètent ceux des autres difformités articulaires congénitales.

6° Que la thérapeutique des luxations congénitales doit comprendre un ensemble de moyens corrélatifs aux différens élémens étiologiques qui président à leur développement, et notamment la section sous-cutanée des muscles rétractés et l'adjonction des moyens propres à préparer, à effectuer et à consolider la réduction de ces luxations.

§ I. — LES LUXATIONS CONGÉNITALES SONT, COMME LE PIED-BOT, LE TORTICOLIS, LES DÉVIATIONS DE L'ÉPINE, LE PRODUIT DE LA RÉTRACTION MUSCULAIRE ACTIVE CONSIDÉRÉE DANS SES DIFFÉRENS MODES ET SES DIFFÉRENS DEGRÉS.

Cette théorie de l'origine des luxations congénitales peut être démontrée à l'aide de la formule qui m'a déjà servi à établir l'origine des autres difformités articulaires, et comprenant : 1° les faits qui établissent l'existence de la cause éloignée, c'est-à-dire de la lésion du système nerveux; 2° ceux qui établissent l'existence de la cause prochaine, c'est-à-dire de la rétraction musculaire active; 3° ceux qui établissent la relation de la cause éloignée avec la cause prochaine, c'est-à-dire de la lésion nerveuse avec la rétraction musculaire; 4° enfin, ceux qui établissent la relation de la cause prochaine avec la difformité, c'est-à-dire de la rétraction avec les luxations.

L'observation de certains monstres nous présente, d'une manière frappante, la réunion de ces quatre ordres de faits, c'est-à-dire qu'on y observe tout à la fois une lésion matérielle des centres nerveux, la rétraction de la totalité ou de la plus grande partie du système musculaire, et des luxations concomitantes; un rapport rigoureux entre le siége, l'étendue et le degré de la lésion nerveuse et le siége, l'étendue et le degré de la rétraction; et enfin, un rapport de direction, d'étendue et de degré entre cette rétraction et les luxations qu'elle réalise.

1° Je vous ai déjà montré plusieurs fois, chez certains monstres, la coïncidence d'une destruction partielle ou totale du système nerveux central, avec une rétraction plus ou moins générale du système musculaire, et la déformation de presque toutes les parties du squelette, et surtout des articulations. Voici une série de pièces anatomiques et de planches dessinées d'après des pièces que je n'ai pu conserver, où ce double fait apparaît dans ses manifestations les plus variées, depuis son expression la plus faible et la plus circonscrite jusqu'à son expression la plus énergique et la plus étendue. Ainsi, vous pouvez voir, dans ces faits, des cas où l'altération des centres nerveux a été superficielle et passagère, d'autres où ils ont été détruits partiellement; et dans chacun de ces cas se rencontrent simultanément la rétraction d'un plus ou moins grand nombre de muscles et des luxations des membres. Et plus loin, vous voyez représentés des monstres chez lesquels il y a à la fois disparition complète du système nerveux central et rétraction de la totalité du système musculaire. Je vous présente, en particulier, un fœtus anencéphale-symèle, chez lequel vous observerez, avec cette même rétraction des muscles, non seulement un renversement de la tête en arrière, d'énormes plicures de la colonne vertébrale, mais encore des luxations plus ou moins complètes des principales articulations, des hanches, des genoux, des pieds, des épaules, des coudes, des poignets.

On voit donc que les luxations congénitales font partie d'un vaste ensemble de difformités nées d'une commune origine, et qu'elles ne sont que des dépendances partielles d'un même fait, qui ne peuvent être considérées d'une manière isolée qu'abstractivement et par rapport aux différentes portions déterminées du squelette qu'elles occupent.

Les circonstances anatomiques qui accompagnent les deux faits dont nous venons de constater l'existence, c'est-à-dire l'absence plus ou moins complète du système nerveux central, et le raccourcissement des muscles de l'autre, montrent bien que la première est le résultat d'un travail

---

nelles, des tournois récriminatoires, des duels de personnalités, des guet-apens des révélations, des aménités hyperboliques de l'orgueil médical; ces tristes exhibitions étaient pour Paris comme une expiation de sa fortune scientifique où s'absorbent tous les efforts de la province, et pour celle-ci comme un dédommagement de son vasselage perpétuel. Mais voici le scandale décentralisé, et c'est la faculté de Strasbourg qui s'est chargée d'assurer à la province cette première conquête; nous en sommes fâché : elle pouvait attaquer par un côté meilleur l'œuvre de la décentralisation; nous en sommes fâchés, car elle avait autre chose à tenter pour sortir de ses langueurs et remédier à la décadence dont elle est visiblement frappée. Sans doute elle n'a point volontairement institué le scandale, loin de nous d'aggraver ses torts; il en est qui ne sauraient jamais lui être imputés : jamais une réunion d'hommes graves et sensés, parmi lesquels il en est d'éminens, ne s'engagera directement dans aucun conflit qui aboutit forcément aux récriminations, aux personnalités; mais il ressortira de l'impartial historique qui va suivre, que la faculté a provoqué, peut être sans le vouloir, ce qui est arrivé, qu'elle est entrée témérairement dans une voie que n'autorisaient ni les intérêts bien compris de l'enseignement médical, ni le degré d'action administrative dont elle est pourvue par les statuts et les réglemens universitaires.

Deux chaires, l'une de clinique, l'autre de pathologie externe, étaient vacantes à la Faculté de Strasbourg; la liste des candidats était close, l'ouverture du concours imminente; juges et compétiteurs allaient prendre siége, quand une décision du grand maître vint frapper, comme un coup de foudre, l'école et le public, en transférant le concours à la Faculté de Paris. Voilà ce qui a remué, ce qui remue encore tout Strasbourg. Les circonstances qui ont amené ce résultat veulent être connues; personne ne les ignore dans la localité où elles se sont accomplies; ce que nous allons en émettre ne sera point démenti; il va sans dire que nous écartons des deux coudées les personnes, les intérêts exprimés par des noms propres; pas un d'entre ceux qui sont en cause ne se rencontrera sous notre plume; il n'est point de plus sûre analyse, de critique plus impartiale que celle qui constitue les faits à l'état anonyme, et ne se préoccupe, supérieure à la sphère des ébats personnels, que de la valeur des principes et du sort des institutions.

La Faculté de Strasbourg doit une partie de sa notabilité à la médecine militaire, qui, de tout temps, a possédé dans son sein quelques représentans; sans citer MM. Coze père, Noël, Flamant, qui ont quitté cette carrière pour entrer comme professeurs dans cette école, elle s'est associé successivement M. Tourdes père, feu Goupil, M. Bégin, M. Fée, M. Tourdes fils; les agrégés Malle, Girod, Strohl sont aussi revendiqués par le corps médical de l'armée. De telles acquisitions avaient établi entre la Faculté et l'hôpital d'instruction de Strasbourg une sorte de solidarité, un lien d'héréditaire fraternité qui semblait devoir se fortifier par le temps. Une circonstance encore récente est venue troubler cette harmonie, ce sage et mutuel échange de gloire et de lumières : l'un des professeurs qui appartenait à l'un et à l'autre établissement a dépouillé la toge universitaire pour aller prendre à Paris la direction chirurgicale de la première école que possède en France la médecine militaire. Ce départ a laissé au sein de la Faculté un grand vide; la crainte des mutations de ce genre vint s'ajouter à la prévention jalouse dont quelques esprits, d'ailleurs distingués, ne pouvaient

pathologique, et non d'un arrêt de développement, comme l'ont pensé la plupart des auteurs modernes, et que le second n'est pas le produit d'une rétraction passive ou consécutive.

En premier lieu, on peut s'assurer par l'étude comparée de tous les monstres où une plus ou moins grande portion du cerveau ou de la moelle a disparu, que la portion absente de la pulpe nerveuse a réellement existé, mais a été emportée par voie de destruction graduelle. Sans doute, si l'on se bornait à déterminer ce fait dans l'anencéphalie complète, il serait peut-être difficile de démontrer rigoureusement l'existence antérieure de ce travail morbide, dont les principales traces peuvent avoir plus ou moins disparu depuis longtemps. Mais si vous considérez que les pièces et les planches que vous avez sous les yeux montrent tous les degrés de la destruction des centres nerveux, suivant une série décroissante, qui commence à la disparition complète de l'encéphale et de la moelle, et finit à la simple lésion des membranes, vous comprendrez facilement par quel enchaînement de faits et d'inductions j'ai pu établir rigoureusement la réalité de cette destruction dans les cas où l'on ne retrouve plus la rénion de tous les caractères qui lui appartiennent.

En second lieu, la rétraction des muscles qui desservent les articulations déplacées a des caractères spéciaux qui permettent de la distinguer de la retraction consécutive. Ainsi les muscles ne sont pas, comme dans ce dernier cas, raccourcis seulement dans les limites de la contraction physiologique, et simplement tendus entre leurs deux points d'insertion. Mais d'une part, leur raccourcissement déborde de beaucoup le champ de cette contraction; on voit, par exemple, chez le même fœtus, les muscles de l'épine, les muscles jumeaux, réduits au tiers ou au quart de leur longueur normale; d'autre part, ils sont dans un état de tension extrême, et les parties osseuses sur lesquelles il s'insèrent ou qu'ils bordent, sont souvent le siége d'altérations, d'avulsions et même de fractures, indiquant qu'elles ont été soumises à des violences considérables. Indépendamment de cette tension, ces muscles présentent encore, en raison de la transformation fibreuse plus ou moins complète qu'ils ont subie, une dureté extrême, tout à fait en opposition avec la consistance molle que donne aux muscles consécutivement raccourcis leur transformation graisseuse. Enfin, la généralité de la rétraction, dans un grand nombre de cas, et le fait remarquable qu'elle a lieu alors simultanément et symétriquement dans les mêmes articulations des deux côtés, montrent bien qu'elle n'est pas consécutive, et ne peut en aucune manière être rapportée à des influences extérieures et locales.

Voilà donc établis déjà deux ordres de faits : l'existence de la lésion du système nerveux et celle de la rétraction musculaire, considérées isolément. Maintenant, le rapport qui unit directement ces deux faits ressort de l'harmonie constante qu'ils présentent à leurs différens degrés de manifestation et en égard aux différentes portions du système nerveux et du système musculaire qu'ils occupent. Il est d'abord évident que la contractilité du système musculaire est subordonnée à l'action du système nerveux. Ce principe vulgaire est vrai pour l'état pathologique aussi bien que pour l'état physiologique; c'est-à-dire que les muscles ne peuvent pas plus être *contracturés* pathologiquement, que physiologiquement *contractés*, sans l'influence active du système nerveux; en sorte que là où il y a contracture spasmodique des muscles, on peut aussi bien conclure à la lésion du système nerveux, qu'on peut induire de la contraction physiologique des muscles l'intervention de l'inervation. Mais ce n'est pas tout, Quand, de plus, il y a harmonie, harmonie de siége, harmonie de degré entre les altérations du centre céphalo-rachidien et les altérations des muscles, il est impossible de ne pas admettre un rapport immédiat entre les unes et les autres. Cela se voit tous les jours en pathologie cérébrale. Eh bien ! cette harmonie existe dans les cas qui nous occupent. Examinez les pièces qui sont sous vos yeux et vous verrez, dans quelques unes, coïncider avec l'absence de la portion inférieure de la moelle, des luxations bornées aux membres inférieurs; avec l'absence de la portion supérieure, des luxations s'étendant aux membres correspondans; avec l'absence d'une moitié du cerveau, des luxatians dans les membres d'un seul côté. Et ici encore, je ne puis vous donner que de rapides indications; mais j'ai établi une série décroissante de cas de luxations, subluxations et pseudo-luxations produites par la rétraction musculaire dans ses différens modes de combinaison, série dans laquelle on peut lire une relation très manifeste entre le siége et le degré de la destruction du cerveau ou de la moelle, et le siége et le degré des difformités dont il s'agit. Les exemples que je mets sous vos yeux appartiennent à cette série et suffisent déjà pour établir l'existence de cette relation.

Enfin, le rapport entre la rétraction musculaire et les luxations est établi par ces deux faits, que celles-ci ont lieu dans le sens d'action des muscles, et que l'étendue du déplacement est toujours relative au degré et au mode de distribution de la rétraction. Cette harmonie parfaite qui existe entre la direction et l'étendue du déplacement des os, et le sens et le degré de la rétraction des muscles, je l'ai déjà fait ressortir dans l'histoire du torticolis, du pied-bot, des déviations de l'épine. Elle conserve ici la même signification. Mêmes causes, mêmes résultats, variés seulement en raison des diverses conditions anatomiques et dynamiques des parties où ils se produisent.

Et pour qu'on n'invoque pas l'influence de la pression, de la position des membres, ou de toute autre circonstance analogue, sur la production des luxations, il suffira, je pense, de faire remarquer, en appliquant aux luxations une partie de ce que j'ai dit plus haut de la rétraction, 1° que la plupart de ces luxations s'effectuent presque toujours des deux côtés dans les mêmes articulations, avec les mêmes directions et au même degré; 2° que les déplacements articulaires ne se font pas toujours dans le sens des mouvements physiologiques, mais souvent dans un sens directement opposé, et à un degré qui dépasse de beaucoup les limites d'un déplacement immédiat; 3° qu'ils affectent toujours une direction relative au sens d'action des muscles rétractés. C'est ainsi qu'on voit, dans plusieurs exemples placés sous vos yeux, la rétraction du triceps fémoral et du droit antérieur opérer un mouvement de flexion de la jambe sur la cuisse dans le sens opposé à la flexion normale, de telle sorte que la jambe et la cuisse forment à l'articulation du genou un angle plus ou moins ouvert en avant, et que le tibia se luxe en avant des condyles du fémur; 4° enfin, que les luxations, maintenues fixes par la tension rigide des muscles dans la direction desquels elles ont été effectuées, ne sont pas extemporanément réductibles.

Ainsi se trouve complétée, par l'interprétation des faits qui établissent une harmonie entre la cause prochaine, ou rétraction musculaire, et les déplacemens articulaires, la démonstration de tous les termes de la formule par laquelle j'ai exprimé, en commençant cette première partie de la conférence, toute l'étiologie des luxations congénitales.

Ces luxations s'enchaînent donc à la même théorie générale que les

---

de longue date se défendre contre leurs collègues dotés d'un prospère et honorable cumul. La pensée d'exclure les officiers de santé militaires du concours pour le professorat de la Faculté germa dès-lors dans certaines têtes, se propagea avec faveur au sein de la compagnie, et dès le concours de médecine légale, qui coïncida avec l'évènement de la mutation précitée, des engagemens furent imposés par des juges aux candidats militaires; nous savons, tout Strasbourg sait que le candidat nommé qui fait partie en même temps du professorat de l'hôpital militaire est lié par une formelle promesse de démission de ce dernier emploi, démission que des considérations toutes spéciales ont seules retardée jusqu'à ce jour. Ceux qui avaient organisé cette espèce de croisade contre les officiers de santé militaires, prévoyant que la succession de M. Bégin serait disputée par son remplaçant à l'hôpital militaire, conçurent le projet de faire établir en principe l'incompatibilité de la chaire de clinique de ce dernier établissement avec celle de la Faculté; restait encore une seule porte ouverte aux candidats de l'hôpital militaire pour pénétrer dans la docte compagnie : la chaire de pathologie externe était devenue vacante par la permutation du professeur Royer; vite la Faculté s'assemble, et par une délibération dont le but n'a pas été peut-être également senti, sollicite du ministre la promiscuité de cette chaire et de la chaire de clinique; c'est-à-dire le partage semestriel de l'enseignement théorique de la chirurgie et de la clinique externe entre les deux professeurs à nommer. Ce n'est point ici le lieu d'apprecier cette innovation, sanctionnée par le conseil royal; nous la condamnons, et point ne serions embarrassés de déduire nos raisons; elle dénature deux chaires et les détruit en les confondant; la Faculté de Strasbourg, en demandant cette fusion, a sacrifié à des preoccupations diverses l'intérêt de l'instruction médicale, bien comprise, bien distribuée; elle paraît avoir oublié l'importance de l'enseignement dogmatique et historique, et placé en première ligne la dextérité du bistouri, sachant bien que le clinicien qui opère et pratique incessamment n'a ni le loisir ni peut-être la direction d'esprit nécessaires pour s'adonner aux recherches, pour méditer le passé de la science, et donner à l'exposition de ses principes l'ampleur et l'élévation sans lesquelles il ne sera que le rhapsode mesquin de ses gestes personnels, le dissertateur annuel des programmes didactiques. Quoi qu'il en soit, la combinaison préparée par les uns dans un but voilé, a séduit les autres par une apparence d'utilite; le conseil royal se rendit à l'avis unanime de la Faculte, et à la satisfaction concentrée de qui de droit, les deux chaires vacantes se trouvaient ainsi soustraites à l'appétit du nouveau professeur de clinique de l'hôpital militaire; il se presenta toutefois sur le seuil de l'arène; fort des droits inherens au diplôme, il inscrivit son nom sur la liste de candidature; un autre compétiteur d'origine militaire s'annonça de loin à la Faculte, et la voilà de rechef mise en demeure de delibérer, par suite des répugnances hautement avouées par plusieurs des juges désignés contre les candidats militaires; ceux-ci ne trouvèrent d'appui qu'auprès de deux professeurs; le reste de la compagnie s'accorda sur les deux points suivans : 1° incompatibilite des fonctions cliniques en l'école militaire et à la Faculté; 2° à mérite egal, et même à moindre valeur des epreuves respectives, préférer un candidat civil à un candidat militaire. Il paraît même que certains juges ne se sont point cachés de leur résolution de voter, quoi qu'il advînt des épreuves, contre tout candidat militaire, à moins qu'il ne s'engageât solennellement à se demettre de ses fonctions d'officier de santé de l'armée.

déviations de l'épine, le pied-bot, le torticolis. Le fait de la rétraction musculaire est un fait d'une large application, que vous retrouvez à chaque pas dans l'histoire des difformités. Quelle que soit la multiplicité des effets qu'elle peut produire, qu'elle agisse sur l'épine ou sur les articulations des membres, qu'elle occupe tout un système de muscles ou quelques faisceaux isolés, vous n'en reconnaissez pas moins partout le fait uniforme d'un déplacement osseux en rapport de direction et de degré avec les actions musculaires, sauf des modifications particulières, dépendantes de constitution matérielle spéciale des différentes parties du squelette.

Pour vous donner un exemple de la certitude des principes que je viens de vous exposer sur la subordination des luxations à la rétraction musculaire et de celle-ci à la lésion des centres nerveux, je vais soumettre à votre examen un fœtus présenté, il y a six ans, à l'Académie des sciences, et sur lequel on a pu constater, à cette époque, par la dissection de la moitié droite du sujet, des déplacemens des principales articulations de ce côté. Les articulations du côté gauche avaient été conservées à dessein, afin qu'elles pussent servir, au besoin, à une démonstration publique. On vient de disséquer à l'instant devant vous les principales articulations du côté gauche, et vous voyez qu'elles présentent également des luxations, semblables pour le siége, pour la direction et pour le degré à celles du côté opposé, et notamment la sub-luxation scapulo-humérale en haut et en dehors, la luxation cubito-humérale en arrière, la luxation fémoro-iliaque complète en haut et en dehors, et la sub-luxation en avant du tibia sur le fémur.

§ II. — TOUTES LES DIFFORMITÉS COMPRISES DANS LA CATÉGORIE DES LUXATIONS, SUB-LUXATIONS ET PSEUDO-LUXATIONS CONGÉNITALES SONT, COMME LES VARIÉTÉS DES AUTRES DIFFORMITÉS ARTICULAIRES, LE PRODUIT DE LA RÉTRACTION MUSCULAIRE ACTIVE OU DE LA CONTRACTURE PARALYTIQUE, DIFFÉREMMENT DISTRIBUÉES, COMBINÉES ET GRADUÉES DANS LES MUSCLES QUI DESSERVENT LES ARTICULATIONS.

Au point de vue étiologique, il importe de suivre la démonstration dans l'histoire des variétés des difformités comprises sous le nom générique de luxations congénitales. Pour cela, il faut considérer les faits dans leur succession, et les mettre constamment en regard des différentes manières d'être de la cause qui les produit. Car les luxations, comme les déviations de l'épine, peuvent offrir des variétés, se présenter à des degrés différens et revêtir des caractères différens, suivant le siége, le mode et le degré de la rétraction.

Les luxations congénitales peuvent être complètes, ce sont les luxations proprement dites, c'est-à-dire les déplacemens complets des surfaces articulaires; elles peuvent être incomplètes, ce sont des sub-luxations, c'est-à-dire les déplacemens commençans et incomplets de ces surfaces. En outre, elles peuvent être simulées par d'autres difformités que j'appelle pseudo-luxations.

Jusqu'ici les fausses idées qu'on s'était faites de l'origine et du mode de formation des luxations congénitales avaient conduit à attribuer aux diverses difformités comprises sous cette dénomination commune des causes différentes. Pour moi, toutes ces difformités sont le produit de l'action musculaire, mais de distributions, de combinaisons et de degrés différens de cette action. Les luxations complètes résultent de la rétraction énergique et simultanée des principaux muscles qui desservent l'articulation. Que si la rétraction est moins forte, on n'atteint qu'une portion moins considérable du système musculaire, la luxation reste en chemin, pour ainsi dire, et il ne se produit qu'une sub-luxation. Joignez à cela que ces deux variétés ne sont souvent que l'expression d'un même degré de la même affection musculaire, mais développée à des époques différentes de la vie fœtale; que la première survient ordinairement, à une époque peu avancée, quand l'insuffisance du développement des surfaces articulaires, leur défaut de coaptation complète et l'extrême laxité des moyens d'union, rendent plus facile le déplacement des os; et que la seconde se rencontre surtout à une époque rapprochée de la vie extra-utérine.

Enfin, les *pseudo-luxations* consistent dans une direction *anormale permanente* des membres, qui ne dépend plus, comme les autres variétés, de ce que l'action musculaire est plus ou moins énergique, mais de ce qu'elle se localise dans des muscles dont le raccourcissement ne peut effectuer le déplacement des surfaces articulaires, mais imprime aux membres une direction permanente, relative aux sens de leur action physiologique. Les pseudo-luxations ne se rapprochent donc des luxations que par une communauté d'origine et une ressemblance quelconque dans les apparences extérieures de la difformité; mais elles en diffèrent complètement, en ce sens qu'il n'y a jamais de déplacements articulaires.

Ces trois sortes de difformités, qui ont des rapports plus ou moins intimes, peuvent être le résultat de la rétraction active, de la contracture et de la résolution paralytique. Dans les deux premiers modes de la rétraction, les muscles affectés exercent des tractions plus ou moins violentes sur les extrémités articulaires; dans le troisième, au contraire, ils sont relâchés, et ce sont les muscles antagonistes qui, n'étant plus contrebalancés dans leur action, impriment aux membres des directions anormales. Mais ces trois modes de rétraction ne peuvent pas produire indifféremment toutes les variétés de luxations dans la même articulation. La puissance d'action de chacun d'eux varie en raison de la résistance qu'il rencontre, et de la direction des surfaces. C'est ainsi qu'à l'articulation du pied, à celle du poignet, et en général aux articulations diarthrodiales, j'ai vu la résolution paralytique entraîner, par l'action des muscles antagonistes restés sains, la luxation complète; tandis qu'à la hanche, elle ne produit ordinairement que des sub-luxations.

En résumé, les luxations, sub-luxations et pseudo-luxations congénitales, quel que soit leur siége, quel que soit leur degré, ne sont que l'expression multiple d'une même cause, diversifiée dans son action; on peut donc dire d'elles ce que j'ai dit souvent du pied-bot, du torticolis, des déviations de l'épine, qu'elles sont le produit de distributions, de combinaisons et de degrés différens de la rétraction musculaire active.

§ III. — LES LUXATIONS CONGÉNITALES PEUVENT OCCUPER SUCCESSIVEMENT OU SIMULTANÉMENT TOUTES LES ARTICULATIONS DU SQUELETTE, DEPUIS CELLE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, JUSQU'A CELLES DES OS DU PIED.

Je vous ai dit en commençant que les luxations congénitales pouvaient affecter toutes les articulations du squelette, depuis la mâchoire inférieure jusqu'aux os du pied. Cette proposition ressortira de l'inventaire que je vais vous présenter de tous les cas que j'ai eu occasion de ren-

---

Evincé de la liste de candidature, le chirurgien en chef de l'hôpital militaire s'adresse au conseil royal d'instruction publique qui, après mûr examen de tous les faits, dissout le jury de la faculté de Strasbourg et transporte le concours par devant la faculté de Paris. Là-dessus grande rumeur; et dans le journal médical qui venait de naître en cette ville sous les auspices de la majorité des professeurs de la faculté, la mesure suggerée au ministre par le conseil royal est appréciée avec une irritation mal déguisée; on la déclare inique, injurieuse pour l'école alsacienne qu'elle place sous la suzeraineté scientifique de celle de Paris; on ne se borne point à stigmatiser avec les griffes de l'orgueil offensé l'édit ministériel, à faire vibrer l'indignation au cœur des juges dépossédés de leur mandat; on va plus loin : on se demande jusqu'à quel point des fonctionnaires qui relèvent de l'état militaire peuvent être admis au sein d'une institution éminemment civile; question qui n'est autre chose que le *quousque tandem* d'une classe de compétiteurs lancée contre une autre classe de compétiteurs dont Strasbourg sait le talent et les succès presque constans dans les luttes académiques. La conclusion de ce manifeste, évidemment rédigé sous l'inspiration de ceux qu'a frappés l'arrêté ministériel, qui ne la devine? L'exclusion des officiers de santé militaires de tout concours pour le professorat des facultés devient le *delenda Carthago* des rancunes et des intérêts aigris par l'inopportune décision du conseil royal; notre homonyme de Strasbourg, dont nous reconnaissons volontiers le bon esprit en matière scientifique, a déployé toute la verve de sa naissante polémique contre le talent à collet brodé qui se permet d'aspirer à une chaire de faculté; elle a voué son premier feuilleton aux dieux infernaux, et en a fait une parole de proscription : qu'il soit permis à un officier de santé militaire d'affirmer que le conseil royal a fait acte de justice : peu de mots suffiront pour en convaincre nos lecteurs.

Il n'y a qu'une manière d'apprécier un fait avec justice, avec netteté; c'est d'en abstraire tout ce qui se rattache aux hommes et aux lieux, c'est de le placer sous l'optique des principes et, s'il touche à quelque institution, de lui appliquer sévèrement la mesure de l'intérêt public, non celle des coteries et des combinaisons d'egoïsme honteux. En principe, il existe une somme définie de qualites requises pour être apte à concourir; quiconque les réunit use en inscrivant son nom sur la liste de candidat, non d'une licence, mais d'un droit positif qu'il ne peut perdre que dans des conditions également déterminées. Officier de santé de régiment, professeur d'hôpital militaire, n'importent vos fonctions actuelles, n'importe votre étiquette sociale; pourvu que porteur d'un diplôme et justifiant des autres qualités, vous arriviez dans la lice à point de délai légal. En inventant un cas d'incompatibilité, la Faculté de Strasbourg s'est substituée au législateur, ou du moins à l'autorité régulatrice qui a circonscrit à chaque portion, à chaque organe du corps universitaire sa sphère de compétence et d'activite; elle s'est méprise, nous le croyons, sur la portée d'une semblable détermination; car, en y réfléchissant de plus près, aurait-elle entrepris d'établir une exception qui porte atteinte aux droits du diplôme, à la signification du doctorat? Par ses dispositions contre les candidats militaires en général, par cette fin de non admission formulée tacitement et de concert contre tous les officiers de santé, elle ne tendait à rien moins qu'à créer deux catégories de docteurs, les uns aptes à la compétition professorale, les autres eunuques en cet endroit; ceux-ci en jouissance plénière des prérogatives attachées au doctorat

contrer. Mais avant d'aller plus loin, je vous ferai remarquer que cet inventaire ne vous donnera pas le dernier mot de l'observation. Car je n'ai pas la prétention d'avoir rencontré toutes les combinaisons possibles des élémens étiologiques que je viens de vous faire connaître ; mais quand la cause d'un fait est bien connue en elle-même, et dans toutes ses diversités possibles de siége, de mode ou de degré, l'on peut prévoir une foule d'autres faits relatifs à toutes les combinaisons, et supposer même que l'avenir en réalisera beaucoup d'autres qui seront relatifs à des combinaisons ou modes d'association, en dehors de nos prévisions actuelles.

Les exemples que j'ai constatés jusqu'ici sont les suivans :

1° Sub-luxation occipito-atloïdienne, 2 variétés.

A. *En arrière*, consistant dans une flexion exagérée de la tête sur la face antérieure du cou et de la poitrine, avec un commencement de glissement en arrière des condyles occipitaux sur les facettes articulaires de l'atlas. En voici deux exemples chez des fœtus monstres anencéphales.

B. *En avant*. Les personnes qui suivent mes consultations peuvent se rappeler avoir vu l'année dernière un enfant d'environ deux à trois mois, qui en offrait un exemple remarquable. La tête était exactement appliquée contre la partie postérieure du cou et supérieure du dos. Il y avait probablement glissement des condyles en avant, avec élongation des ligamens antérieurs.

2° Sub-luxations dans d'autres régions de la colonne vertébrale. J'en ai observé plusieurs cas. Voici, entre autres, un fœtus dont le rachis présente, outre le déplacement occipito-atloïdien, une série de flexions anguleuses dans le sens antéro-postérieur, avec glissement des surfaces articulaires.

3° Luxation complète de la machoire dans les fosses zygomatiques. Je l'ai observée sur un fœtus dérencéphale que voici ; la tension et le raccourcissement des muscles abaisseurs et des ptérygoïdiens contrastent avec l'allongement et l'amincissement des temporaux et des masséters.

4° Luxation sterno-claviculaire, 3 variétés.

A. *Luxation en dedans et en avant* : déplacement de la clavicule au-devant de la fourchette du sternum. Voici le plâtre d'une jeune fille de 8 ans, remarquable par la saillie résultant du déplacement des têtes des deux clavicules.

B. *Id. en dedans et en haut* : déplacement de l'extrémité sternale de cet os dans le sens indiqué pendant les mouvemens du membre correspondant, et pendant les contractions du cleido-mastoïdien, chez une jeune fille de 11 ans.

C. *Sub-luxation sterno-claviculaire en arrière*. Consistant dans un glissement incomplet des têtes claviculaires derrière la fourchette du sternum. Voici un fœtus monstre symèle qui offre cette variété des deux côtés.

D. *Luxation de l'extrémité scapulaire de la clavicule en haut et en dehors*. Cette portion de la clavicule avait chevauché au-dessus de l'acromion, et venait soulever les tégumens au-dessus de la fosse sus-épineuse. Je l'ai observée sur un fœtus de trois mois.

5° Luxations scapulo-humérales, 3 variétés.

A. *Directement en bas*, la tête de l'humérus étant située à 2 centimètres au-dessous du rebord inférieur de la cavité glénoïde, chez un jeune homme de 10 ans, dont voici le plâtre. Cette luxation s'est effectuée à la suite d'une paralysie complète du deltoïde et de la plupart des autres muscles scapulo-huméraux et d'un allongement de la capsule, par le seul poids du membre. L'épaule gauche du même sujet présentait la même difformité à un degré beaucoup moins prononcé.

B. *Luxation de l'humérus en dedans et en bas, complète d'un côté et incomplète de l'autre, sur le même individu*. La tête de l'humérus était appliquée contre les côtes, et les bras maintenus dans une abduction presque horizontale, sous l'influence de la rétraction des muscles deltoïdes. (Le même cas a été constaté par M. Roux.)

C. *Sub-luxation en haut et en dehors*, caractérisée par un glissement de la tête de l'humérus dans le sens indiqué. Ce glissement est favorisé par le refoulement des apophyses coracoïde et acromion. J'ai observé cette variété chez un jeune homme de 15 ans dont voici le plâtre. Le fœtus symèle que voici la présente également des deux côtés.

6° Sub-luxation cubito-humérale en arrière, caractérisée par la flexion en arrière de l'avant-bras sur le bras et par un certain degré d'ascension du cubitus le long de la face postérieure de l'humérus, avec saillie de l'extrémité inférieure de ce dernier dans le pli du coude. Voici deux plâtres, l'un d'une demoiselle de 14 ans, l'autre d'un jeune homme de 13 ans, qui en offrent des exemples, et voici deux autres exemples bien plus prononcés de la même difformité chez ce monstre symèle.

7° Luxation de la tête du radius en avant et en haut, consistant dans le glissement de cet os au-devant de l'humérus, vers la fossette coronoïde de ce dernier. Cette luxation est nécessairement accompagnée de diastase des articulations radio-cubitales et de pseudo-luxation du carpe. Nous avons eu l'année dernière, dans notre service, une jeune fille de 7 ans offrant la même difformité des deux côtés.

8° Luxations du poignet. — Quatre variétés. A. *en avant*, caractérisée par le glissement du carpe au-devant des os de l'avant-bras et par la dépression antérieure et la saillie postérieure des extrémités inférieures du radius et du cubitus. Voici le plâtre d'un enfant de six mois qui en offrait un curieux exemple, avec rétraction considérable des extenseurs et des fléchisseurs. J'en ai observé deux autres exemples chez des adultes.

B. *id. en arrière et en haut*, avec glissement du carpe derrière la face postérieure des os de l'avant-bras. J'en ai observé un exemple chez un sujet de six ans. Il y avait paralysie incomplète de tous les muscles de l'avant-bras et de la main. La luxation n'était pas permanente.

C. *id. en arrière et en dehors*, glissement du carpe derrière la face postéro-externe du radius, observé dans mon service chez une jeune fille de 14 ans, dont voici les plâtres. Il y avait, comme chez le précédent, paralysie incomplète avec rétraction de quelques muscles.

D. *pseudo-luxations du poignet*. Je n'en ai observé que de latérales en dedans, par suite d'absence, de raccourcissement ou de glissement en haut du radius. Le poignet se trouve dans une abduction plus ou moins prononcée, quelquefois la main est étendue le long du bord radial de l'avant-bras, et remonte presque parallèlement à la direction de ce dernier. Voici des exemples remarquables de cette difformité chez ce fœtus-monstre où les radius manquent. J'ai observé le même fait trois fois. Dernièrement on a présenté à ma consultation un enfant nouveau-né avec une luxation apparente du poignet en dedans. Le radius existait, mais il était plus court que le cubitus. Enfin, je rappelle-

---

ceux-là n'en exerçant qu'une portion et dans une limite arbitrairement définie. Aucune loi, aucun réglement, aucune disposition administrative n'armait la Faculté de Strasbourg du pouvoir de frapper d'ostracisme universitaire quatorze cents docteurs en médecine qui composent le corps médical de l'armée, ce corps dont la gloire se mêle à la fois aux plus vénérées traditions de la science française et aux plus nobles illustrations de la patrie. Que pouvait, que devait faire le conseil royal, sur l'appel de la partie lésée? Déclarer l'abus du pouvoir, l'usurpation d'un droit qui n'existe pas ; et de plus, soustraire à des juges prévenus le sort d'une candidature qui n'était plus désormais pour eux, hommes qu'ils sont de chair et de prévention, une candidature ordinaire. Le conseil royal a dû supposer que les juges de Strasbourg avaient proscrit consciencieusement les compétiteurs militaires ; or, une délibération de conseil, un arrêté de ministre, ne modifie point l'assiette des consciences honnêtes ni surtout ne désarme le ressentiment d'une opinion vaincue : je dis que si le conseil royal n'eût dispensé les juges de Strasbourg de leur mission, leur devoir eût été de la récuser, avec la certitude qu'ils ne pouvaient ni soumettre leur conscience à l'arrêté ministériel, ni éluder celui-ci par l'élasticité des appréciations académiques.

La mesure qui transporte à Paris le concours pour deux chaires vacantes à Strasbourg n'a rien qui doive blesser la dignité bien comprise de la faculté de cette ville : elle était nécessaire, indispensable ; cette mesure pouvait seule concilier les difficultés créées par l'école de Strasbourg, assurer l'intégrité du principe même du concours et l'impartialité dans ses applications. Qui peut s'ingénier à y saisir je ne sais quel grief d'amour-propre et nous montrer la faculté de province aux pieds de celle de Paris? Les écoles de droit de Poitiers, d'Aix et de Toulouse sont-elles humiliées parce que récemment des chaires vacantes dans leur sein ont été mises au concours par devers l'école de droit de Paris? Le ministre a fait venir à Paris des professeurs de ces écoles pour les associer dans le jury à ceux de la capitale et proclamer, par cette réunion, l'égalité des facultés de province et de Paris ; il est probable qu'il en usera de même pour la formation du jury médical qui décernera les deux chaires vacantes à Strasbourg ; mais quand le jury ne serait composé que de professeurs et d'académiciens de la capitale, quel sujet de mortification y puiserait donc la faculté alsacienne? Refuserait-elle à un semblable aréopage la capacité d'appréciation nécessaire, ou présenterait-il moins de garanties d'équité qu'une réunion d'hommes pris dans une localité provinciale, dont les intérêts se coudoient tous les jours dans les mêmes chemins, livrés au travail des menues réactions d'une sociabilité étroite, difficile, passionnée, bridés par des considérations de multiple nature, et dont la conscience heurte parfois au fond du scrutin contre les prévisions d'avenir ou contre les aises de la vie intime? Quant à nous, nous n'avons pas attendu cet incident pour demander d'une manière générale et constante la fixation du siége de tous les concours à Paris ; la composition des jurys auxquels seront ainsi confiées les destinées de la médecine enseignante dans toute l'étendue du pays, demande à être discutée ; mais nous ne pensons pas que les avantages de la mesure que nous proposons puissent être contestés ; elle est appliquée depuis quatre ans révolus à l'enseignement de la médecine militaire, c'est au Val-de-Grâce qu'ont lieu les concours pour les chaires vacantes dans les hôpitaux d'instruction de Metz, Lille et Strasbourg ; c'est là que s'est recruté depuis quatre ans le professorat militaire dont notre homonyme

rai ici la luxation apparente des poignets chez la jeune fille déjà citée, qui avait les radius luxés sur les humérus.

9° Luxations du bassin. — Deux variétés. A. *Luxation sacro-iliaque en haut et en arrière*. Les cas que j'ai pu observer n'étaient que de simples chevauchemens, dans le sens indiqué, de l'os iliaque sur le sacrum, accompagnant des luxations coxo-fémorales congénitales ou des déviations de l'épine.

B. *Diastase des pubis*. Écartement considérable de la symphise des pubis, accompagné d'un certain degré d'écartement des symphises sacro-iliaques et même du renversement des pubis sur la face externe des ischions, chez le fœtus monstre agénosome que voici.

10° Luxations coxo-fémorales, 5 variétés. — A. *en haut et en dehors*; la tête du fémur est entièrement située au-dessus du sourcil cotyloïdien, dans la fosse iliaque. C'est la variété la plus commune des luxations congénitales du fémur. J'en ai observé jusqu'ici plus de cinquante exemples, tant sur le vivant que sur le cadavre. Le fœtus symèle que nous avons déjà cité en présente également deux. La jeune fille que nous allons opérer sous vos yeux offre la même variété.

B. *Luxation directement en haut*. La tête du fémur est placée immédiatement en dehors de l'épine iliaque antéro-inférieure. J'en ai observé un exemple chez le fœtus agénosome déjà cité pour la diastase des pubis.

C. *Luxation en avant et en haut*. La tête du fémur repose sur l'éminence iléo-pectinée et forme une tumeur très prononcée dans l'aine. Le même fœtus qui offre la variété précédente présentait simultanément cette dernière.

D. *Sub-luxation en arrière et en haut*, caractérisée par la sortie incomplète de la tête du fémur, qui ne dépasse pas le sourcil cotyloïdien. Cette variété se remarque souvent chez les nouveau-nés et chez ceux où les luxations musculaires se sont spontanément effectuées après la naissance. Voici le dessin d'un fœtus agénosome offrant cette difformité des deux côtés. Je l'ai observée en outre sur le cadavre d'une femme de 40 ans, dont voici la pièce, et sur le vivant chez deux jeunes gens affectés simultanément d'une foule d'autres difformités.

E. *Pseudo-luxations du fémur*, 2 variétés, dont la première : A. simule une *luxation en haut et en dehors*; voici une pièce offrant une destruction de la tête du fémur, avec comblement de l'acétabulum, par un tissu fibro-cartilagineux. L'autre variété : B. simule la luxation en bas et en avant. Abduction et légère flexion permanentes du membre et allongement apparent par suite de l'inclinaison du bassin et de l'abduction de la cuisse. Le toucher fait reconnaître qu'il n'y a aucun déplacement de la tête du fémur, et que le bridement de certains mouvemens dépend de la rétraction du tenseur du fascia lata et de quelques autres muscles. J'ai observé des exemples de cette difformité chez une jeune fille de trois ans et chez une autre de quatorze ans.

11° Luxations du genou, 4 variétés.

A. *Sub-luxation en avant*, caractérisée par une flexion du genou en avant et par le glissement en avant des condyles du tibia sur ceux du fémur; ces derniers font saillie dans l'espace poplité. En voici deux exemples chez ce fœtus monstre symèle. Il y a rétraction extrême des muscles extenseurs de la jambe, et les muscles couturier et droit interne sont devenus extenseurs.

B. *Sub-luxation en arrière*, avec rotation légère en dehors, dans le sens de l'action des biceps, caractérisée par une flexion permanente de la jambe sur la cuisse et glissement des condyles du tibia en arrière, tandis que ceux du fémur les débordent en avant. Voici les moules d'une jeune fille de quatorze ans, traitée dans mon service et qui les représentent.

C. *Sub-luxation en dedans et en arrière*, avec rotation de la jambe en dedans. J'ai opéré, la semaine passée, sous vos yeux, un enfant de deux ans qui en offrait un exemple.

D. *Luxation en arrière et en dehors, avec rotation dans le même sens*. Le genou paraît dévié en dedans: le condyle interne du fémur déborde celui du tibia, tandis que l'externe est affaissé et débordé par le condyle correspondant du tibia. Cette difformité, très fréquente, apparaît plus spécialement après la naissance, bien que les agens qui la produisent aient donné la première impulsion pendant la vie intra-utérine.

12. Luxations du pied. Variétés très nombreuses et susceptibles de combinaisons très multiples. Ces déplacemens, qui sont rarement complets, font partie de la difformité complexe constituant le pied-bot. Leur direction varie suivant les formes particulières de cette difformité. Je me contenterai d'en indiquer les principales.

A. *Sub-luxation tibio-astragalienne*. Elle peut s'effectuer en avant, en arrière, en dehors et en dedans.

B. *Sub-luxation calcanéo-astragalienne*; en dehors ou en dedans.

C. *Astragalo-scaphoïdienne*; en dehors, en dedans, en haut ou en bas.

D. *Calcanéo-cuboïdienne*; en dehors.

E. *Phalango-métatarsienne*, résultant d'une extension et d'une flexion simultanées extrêmes des orteils, dont les facettes articulaires ont glissé en haut et en arrière, ou latéralement. En voici de nombreux exemples parmi lesquels je citerai particulièrement cette sub-luxation transversale du gros orteil.

Telles sont les différentes difformités, comprises sous le nom générique de luxations congénitales, que j'ai eu occasion de constater. Quant aux *pseudo-luxations* j'en ai constaté aussi un assez grand nombre; mais leur catégorisation n'est pas aussi facile à établir, attendu la variabilité infinie de leurs formes et de leurs élémens. Du reste, je ne les ai jamais rencontrées isolément, mais toujours concurremment avec d'autres difformités, et particulièrement avec des luxations. Entre autres exemples, j'ai été appelé une fois à voir un enfant chez qui la cuisse droite était fortement fléchie sur le bassin et portée dans l'abduction. Plusieurs chirurgiens ayatent diagnostiqué une luxation du fémur en bas et en avant: moi-même, à la première vue, j'avais porté le même jugement; mais je m'assurai bientôt, par l'examen des signes anatomiques de la difformité, que je n'avais affaire qu'à une rétraction des muscles tenseur du fascia lata, petit fessier, couturier et droit antérieur. La section de ces muscles permit de rétablir le membre dans sa rectitude.

Vous venez de voir que je rapporte toute l'étiologie essentielle des luxations congénitales au fait de la rétraction musculaire. Je vous dois à cet égard une courte explication; car, déjà, quand je vous ai fait l'histoire étiologique de quelques autres difformités de même origine, on m'a demandé si je n'en admettais pas qui fussent produites par d'autres causes. J'admets, en effet, qu'il peut exister très exceptionnellement dans le sein de la mère, sous l'influence d'un travail morbide quelconque, certaines modifications matérielles des élémens des articulations,

---

de Strasbourg reconnaît elle-même le mérite progressif; à tous les motifs que l'on peut faire valoir en faveur de la centralisation des concours à Paris, la faculté de Strasbourg se charge d'en ajouter un dont la gravité n'a pas besoin de commentaires : c'est le manque de concurrens pour la plupart des chaires qui ont vaqué successivement dans son sein : les chaires de chimie, de botanique, d'accouchement, d'hygiène et de physique médicale, précédemment celle de physiologie (M. Lauth) ont été données à la suite de concours sans concurrens, au seul candidat qui s'est présenté pour chacune d'elles; sans les ressources que la faculté a trouvées dans le personnel de l'hôpital d'instruction, la pénurie aurait été plus grande encore, s'il est possible, comme aussi les vides apparaîtraient plus larges encore sur ses bancs, car les élèves de l'hôpital d'instruction sont en même temps ceux de la faculté: jusqu'à présent elle n'a pas songé à s'en débarrasser par un décret d'incompatibilité entre les bancs *civils* et les bancs *militaires*.

Les rigueurs étranges dont la faculté de Strasbourg s'est armée contre les médecins militaires ne sont motivées en définitive, il serait permis de dire prétextées que par les mutations auxquelles sont sujets ces derniers. Un seul exemple de mutation, celui de M. Bégin, existe dans le passé; un fait unique peut-il servir de considérant à un arrêt d'exclusion prononcé contre quatorze cents docteurs? Encore le déplacement de M. Bégin s'est opéré de son plein consentement; ce chirurgien avait déjà attaché son nom au Val-de-Grâce; à nul autre ne convenait mieux qu'à lui la direction chirurgicale de cette école, et l'impulsion qu'il lui a imprimée justifie la confiance du choix ministériel. Que si l'on déclare le cumul du double professorat trop lourd pour les mêmes épaules, atten- dons; il faut voir l'artisan à l'œuvre, un sursis est de droit, la prohibition *à priori* est une iniquité. Aussi bien, M. Tourdes père a professé trente ans durant et à l'hôpital militaire et à la faculté; feu Goupil enseignait l'anatomie dans l'un, la médecine légale dans l'autre : avec quelle vigueur d'intelligence et quel éclat de formes littéraires! ingrats, vous ne pouvez l'avoir oublié.

Ingratitude, en effet, que cette levée de boucliers contre la corporation médico-militaire qui a donné à la faculté de Paris, Percy, Desgenettes, Broussais, sans compter Richerand, Dubois, Marjolin, qui ont été officiers de santé militaires; qui lui donne encore aujourd'hui les agrégés Broussais, Sédillot, Larrey, sans compter MM. Monneret et Malgaigne, ex-sous-aides du Val-de-Grâce; Montpellier lui doit MM. Lallemand et Broussonnet, et est représenté en ce moment par un de ses agrégés (M. Goffres) dans les concours du Val-de-Grâce. La faculté de Strasbourg, trois fois ingrate, a emprunté à la médecine militaire Noël, Flamant, Coze père, et a partagé depuis avec elle, ou partage encore MM. Tourdes père, Fee, Goupil, Begin, Tourdes fils, Malle, Strahl, etc. — Ingrats, vous dis-je; car ceux que votre délibération exclurait du prochain concours ne seront pas, on peut le prédire, les plus médiocres lutteurs, et, s'ils sont nommés, vous les adopterez avec orgueil, tout en boudant au conseil royal.

M. L.

permettant aux surfaces réciproques de se déplacer; de la même manière que des maladies des articulations du pied, en déformant les surfaces, peuvent, même chez le fœtus, donner lieu à une difformité particulière. Mais les caractères de ces difformités, comme ceux des lésions accidentelles des articulations, qu'on pourrait rapporter à des luxations, diffèrent complètement des caractères appartenant au véritable pied-bot et à la véritable luxation congéniale. Ainsi, voici un exemple du déplacement coxo-fémoral, dans lequel il y a apparence de luxation du fémur sur le bassin; mais les muscles qui entourent l'articulation sont à peine raccourcis passivement; de plus, si l'on pénètre dans cette articulation, on voit qu'une partie de la cavité manque, et a été comblée par un tissu fibro-cartilagineux; que la tête fémorale est partiellement détruite, et que les caractères de cette destruction sont tout-à-fait différens de ceux qui appartiennent aux déformations consécutives dans les véritables luxations congéniales. C'est donc une maladie articulaire. Or, qu'à cette difformité, et à toutes les difformités analogues qui pourraient s'offrir, on donne, si l'on veut, le nom de luxations; toujours est-il qu'elles forment une catégorie spéciale, qui n'a qu'une analogie grossière avec les luxations par rétraction musculaire.

§ IV. — LA MARCHE ET LE DÉVELOPPEMENT DES LUXATIONS CONGÉNITALES SONT SOUMIS AUX MÊMES CAUSES AUXILIAIRES OU COMPLÉMENTAIRES QUE LE PIED-BOT, LA DÉVIATION DE L'ÉPINE, C'EST-A-DIRE A L'ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DES MUSCLES RÉTRACTÉS, A LA CONTRACTION PHYSIOLOGIQUE ET A L'ACTION VERTICALE DE LA PESANTEUR.

Les deux premières catégories de difformités que nous avons admises ne sont pas des difformités absolument différentes les unes des autres, mais deux degrés différens de la même difformité. Il est même rare que la luxation soit immédiatement complète par le seul effet de la rétraction musculaire active. Il en existe cependant des exemples; mais leur production est subordonnée à deux conditions principales qui sont, 1° une rétraction très énergique de la totalité ou de la plus grande partie des muscles appartenant à l'articulation déplacée, ce qui implique une lésion très profonde du système nerveux, et 2° leur production à une époque encore peu avancée de la voie intra-utérine. Je vous ai dit précédemment quelle était l'influence de cette dernière condition. Voici plusieurs fœtus chez lesquels s'observent des luxations complètes des diverses articulations; mais vous remarquerez que tous ne sont encore arrivés qu'à une période peu avancée de leur évolution, et que les altérations du système nerveux qui ont produit des rétractions très énergiques et très générales du squelette sont d'un ordre incompatible avec la vie extra-utérine.

Ainsi, comme je l'ai dit, en dehors de ces conditions, les choses se passent différemment. Les surfaces articulaires subissent d'abord, avec une rapidité variable et relative au degré d'intensité et de permanence de la rétraction, un déplacement qui ne dépasse pas ordinairement, pendant la durée de la vie fœtale, le champ d'une sub-luxation; ce n'est que plus tard, sous l'influence de causes complémentaires, et d'une manière graduelle, que le déplacement augmente jusqu'au point de former une luxation complète.

Ces remarques s'appliquent également aux pseudo-luxations. On ne les rencontre d'ordinaire, au moins à un degré prononcé, qu'à une époque voisine de la naissance, et même, le plus souvent, elles ne deviennent très manifestes qu'à des époques plus ou moins avancées de la vie extra-utérine.

Mais sous quelles influences les subluxations se changent-elles en luxations, et les pseudo-luxations arrivent-elles au point de simuler les véritables déplacemens articulaires? Sous les mêmes influences accessoires qui impriment à la marche et au développement du pied-bot, du torticolis et des déviations de l'épine, des modifications particulières qui compliquent plus ou moins les effets spécifiques de la cause essentielle. Je veux parler de l'intervention de trois causes auxiliaires ou complémentaires qui sont: 1° l'arrêt de développement des muscles consécutif à leur rétraction; 2° la contraction physiologique; 3° l'action verticale de la pesanteur.

Vous savez, en effet, que sous l'influence de ces trois conditions, les difformités dont je viens de parler s'accroissent souvent d'une manière considérable, et que les divers élémens anatomiques qui les constituent deviennent ordinairement le siége d'altérations secondaires qui augmentent toujours les difficultés du redressement et peuvent quelquefois le rendre impossible, même après la destruction de la cause primitive, c'est-à-dire après la section des muscles. Le même fait se représente pour les luxations congéniales.

1° J'ai dit tout-à-l'heure que les déplacements articulaires congéniaux survenus à une époque avancée de la vie fœtale n'étaient presque toujours, au début, que des subluxations. Si, pendant la vie extra-utérine, à mesure que le sujet grandit, les muscles rétractés et les différentes parties du squelette se développaient toujours dans la même proportion, il est évident que, abstraction faite de la contraction physiologique, de l'action de la pesanteur, ou de toute cause *intercurrente*, le rapport anormal des surfaces articulaires n'éprouverait aucune variation; mais il n'en est pas ainsi. Le premier effet de la rétraction active est précisément de frapper d'arrêt de développement les muscles qu'elle occupe. Il résulte de là une disproportion de longueur graduellement croissante entre ces muscles et les portions du squelette comprises entre leurs points d'insertion; et comme ces portions osseuses ne sont déjà plus, à leurs surfaces contiguës, dans des rapports normaux, elles glissent de plus en plus l'une sur l'autre, d'une quantité toujours égale à la somme de disproportion qui existe entre leur longueur et celle des cordes musculaires.

On voit d'après cela que l'influence de l'arrêt de développement musculaire sur la marche des luxations et des subluxations doit varier suivant les articulations qui en sont le siége. Quand une subluxation s'est faite dans une articulation dont le déplacement plus considérable est rendu difficile par la puissance des moyens de coaptation et la direction des surfaces, les extrémités osseuses, au lieu de glisser parallèlement l'une sur l'autre, s'inclinent dans le sens du muscle ou des muscles rétractés, en rapprochant ainsi leurs points d'insertion. C'est ce qu'on voit, par exemple, dans les subluxations latérales, soit en dedans, soit en dehors, de l'articulation tibio-fémorale. A la hanche, au contraire, la tête du fémur une fois placée sur la partie supérieure et externe du rebord cotyloïdien s'adapte facilement à la brièveté relative des muscles fessiers, en remontant dans la fosse iliaque.

Quant à l'influence qu'exerce l'arrêt de développement des muscles sur la marche et sur l'accroissement des *pseudo-luxations*, elle se déduit naturellement de tout ce que nous venons de dire à propos des luxations.

2° L'influence de la contraction physiologique sur le déplacement plus complet des surfaces articulaires n'est pas moins facile à comprendre, ni moins certaine.

Et d'abord, par cela même que la luxation, dès son premier degré, se fait sous l'influence d'une action musculaire et dans le sens de cette action, chaque contraction physiologique des muscles rétractés, agissant dans le même sens, tend nécessairement à augmenter le déplacement. En outre, nous avons fait voir, en faisant l'histoire des autres difformités, qu'elles ont toutes pour résultat de changer les rapports et les angles d'insertion des muscles aux leviers qu'elles déplacent, et nous avons fait ressortir les conséquences de ce double fait sur la somme d'action des contractions musculaires par rapport aux parties déplacées du squelette. C'est ainsi que, dans le pied-bot, varus-équin, les muscles extenseurs et fléchisseurs des orteils deviennent, par suite de l'adduction primitive de l'avant-pied, de véritables adducteurs qui ajoutent leur action à celle des adducteurs normaux. De là un accroissement incessant de la difformité sous l'influence de la contraction de ces muscles. Il en est de même pour les différentes catégories des luxations congéniales. Ainsi, dans une luxation fémoro-iliaque en haut et en dehors, tous les muscles internes de la cuisse, adducteurs, demi-tendineux, demi-membraneux et droit interne, tendent tous les jours à ajouter au déplacement, dans le sens vertical, en vertu de l'absence d'un point de résistance à l'extrémité supérieure du fémur, et en vertu d'une ouverture plus grande de leurs angles d'insertion.

3° Enfin, l'action verticale de la pesanteur tend incessamment à augmenter les principaux déplacemens articulaires qu'on observe aux membres inférieurs. Par exemple, dans le renversement de la poulie astragalienne en dehors, le malade se tenant debout et le pied appuyant sur le sol par son bord externe, l'action de la pesanteur tombe obliquement sur la surface articulaire de l'astragale, et tend de plus en plus à compléter le renversement. Dans la luxation congéniale en haut et en dehors du fémur sur l'os iliaque; ce déplacement étant presque toujours double, ainsi que je l'ai dit précédemment, le poids du corps enfonce le bassin comme un coin entre les deux têtes fémorales; aussi cette luxation est-elle une de celles qui se complètent le plus facilement. Et non seulement, la luxation est ainsi augmentée; mais elle est encore modifiée dans sa forme et sa direction.

Il en est de même des autres difformités comprises dans la même catégorie.

Il suit de l'examen que nous venons de faire de l'influence exercée sur la marche et le développement des luxations, sub-luxations et pseudo-luxations par les trois causes *accessoires*, que cette marche et ce développement sont gradués et continus. Il peut y avoir dans l'intervention de ces causes tant de nuances, de combinaisons et de degrés; dans les articulations elles-mêmes, tant de variations sous le rapport du siége des déplacemens, de la direction des surfaces, de la puissance de leurs

moyens d'union, qu'il est impossible, à un point de vue général, de préciser le temps que met une luxation commençante à se compléter. Cependant, on peut dire que la luxation du fémur, dans laquelle se résume, pour beaucoup d'auteurs, toute l'histoire des luxations congénitales, est rarement complète avant trois ou quatre ans. C'est même ce fait qui a induit en erreur quelques chirurgiens, et leur a fait penser qu'elles n'étaient jamais congénitales, et se développaient plus tard sous l'influence de causes particulières.

§ V. LES LUXATIONS CONGÉNITALES OFFRENT, INDÉPENDAMMENT DES CARACTÈRES MÉCANIQUES PROPRES A CHACUNE D'ELLES, ET DIFFÉRENS POUR CHAQUE ARTICULATION, DES CARACTÈRES SPÉCIFIQUES LOCAUX ET GÉNÉRAUX, QUI SONT COMMUNS A TOUTES, PROCÉDANT DE LEUR COMMUNE ORIGINE, ET QUI RÉPÈTENT CEUX DES AUTRES DIFFORMITÉS ARTICULAIRES CONGÉNITALES.

Ce n'est pas tout d'établir l'origine et le mode de développement des luxations congénitales; il faut encore pouvoir reconnaître sur le vivant les faits dont nous venons d'analyser la constitution, et vérifier par l'observation clinique les déterminations de la théorie. Car si l'étiologie que nous venons de vous exposer est vraie, les faits qui en ressortent doivent offrir dans leur extériorité toutes les circonstances matérielles qui lui appartiennent, la représentation exacte de leurs différens élémens de production : en d'autres termes, nous devons pouvoir leur appliquer la loi de spécificité des effets, subordonnés à la spécificité des causes, loi que nous avons établie et appliquée à toutes les difformités, et que nous croyons applicable à tous les faits de la nature. Or, c'est ce que donne la connaissance des caractères mécaniques et spécifiques des luxations congénitales.

Et d'abord nous entendons par caractères mécaniques des luxations, les modifications matérielles immédiates qui résultent des nouveaux rapports imprimés aux surfaces et aux extrémités articulaires par la luxation. Ces caractères existent dans toutes les luxations, quelle que soit leur origine : un déplacement quelconque de deux portions du squelette correspondantes, entraîne après lui une modification corrélative dans les apparences extérieures de l'articulation, ce qui constitue les caractères mécaniques de la luxation. On pourrait croire au premier abord que ces caractères, différens pour chaque articulation déplacée, pour chaque genre et chaque variété de déplacement, dussent être les mêmes pour tous les déplacemens analogues, quelle qu'en soit la cause primitive; mais il n'en est pas ainsi. Les caractères mécaniques des luxations congénitales empruntent toujours quelque chose de la spécifité de leur cause, de la rétraction musculaire, et donnent un complément de lumière aux caractères plus directement spécifiques de cette cause. Ainsi la forme des hanches, la forme du genou, la forme du tarse, des orteils, ne seront pas exactement les mêmes dans les luxations congénitales de ces parties que dans les variétés quelconques des mêmes luxations, résultant de violences extérieures qui les réalisent et immédiatement. Cette forme offrira toujours quelques particularités de siége, de direction, de dimension, qui dépendront du siége, de la direction, du degré d'action des muscles qui auront effectué ce déplacement; ce ne seront donc pas indistinctement les formes de tout déplacement produit par les forces mortes, dont l'action, la direction d'action et le degré d'action ne sont soumis à aucune condition régulière, et produisent autant de combinaisons dans leurs effets, qu'il peut exister de combinaisons dans leur manière de violenter l'articulation, et de modes de réaction des dispositions mécaniques de cette dernière. Voici une luxation du genou qui consiste dans un glissement partiel du tibia en arrière sur les condyles du fémur, avec un certain degré de rotation et de flexion de la jambe sur la cuisse. Eh bien, le sens du déplacement, la rotation et la flexion partielle de la jambe, sont des circonstances mécaniques qui font partie de la luxation au même titre que le glissement du tibia en arrière sur le fémur. Si l'on se bornait à étudier empiriquement la luxation, on n'embrasserait pas toutes les circonstances qui lui appartiennent, et l'on ne verrait pas la signification toute particulière de chacune de ces circonstances qui forment l'ensemble des caractères mécaniques de la luxation; tandis qu'en les mettant en présence, en cherchant à établir leur relation de connexion et de subordination à la même cause, on voit distinctement le rapport de chaque caractère mécanique, avec l'élément étiologique qui le subordonne plus immédiatement. Le glissement du tibia en arrière sur le fémur est en rapport avec la rétraction simultanée de tous les muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, et d'un certain degré de rétraction du quadriceps fémoral; la flexion *fixe* de l'articulation en rapport avec la rétraction des mêmes muscles, plus grande dans les fléchisseurs que dans les extenseurs, et enfin, la rotation partielle de la jambe sur la cuisse en rapport avec une rétraction plus considérable du biceps-fémoral que celles du couturier, du droit interne, demi-tendineux et demi-membraneux. Ce que nous venons de vous démontrer pour ce cas de luxation du genou, peut se démontrer pour toutes les variétés de luxation de la même origine. Dans toutes on trouvera aux moindres circonstances extérieures qui constituent leurs caractères mécaniques, une même empreinte de la cause qui les domine.

Les caractères directement et exclusivement spécifiques des luxations congéniales sont ceux qui appartiennent exclusivement à la cause elle-même, qui la constituent en quelque façon. Ils sont, avons-nous dit, locaux et généraux. Les caractères spécifiques locaux sont les muscles rétractés et les caractères propres de cette rétraction; les caractères généraux sont ceux qui traduisent l'action générale de la cause, c'est-à-dire les traces de l'affection nerveuse et de la rétraction musculaire en dehors du siége même de l'articulation. Les premiers ont à peine besoin d'être définis; les muscles rétractés des articulations déplacées sont comme tous les muscles rétractés appartenant à toutes les difformités articulaires, durs, saillans sous la peau, tendus entre leurs points d'insertion, bridant les mouvemens de l'articulation, et offrant plus ou moins la consistance fibreuse. Les seconds consistent, ainsi que nous l'avons dit à propos des déviations de l'épine, du torticolis, du pied-bot, dans les reflets généraux de l'affection nerveuse, les traces des convulsions dans les muscles du visages, dans les yeux, dans les muscles autres que ceux appartenant à la luxation. Il n'est pas rare, ainsi que nous l'avons vu plusieurs fois, de rencontrer cette coïncidence sur le vivant, qui n'est elle-même qu'un diminutif de la coïncidence bien plus marquée qui s'observe dans les monstres et les fœtus non viables, ainsi que vous pouvez le voir dans tous les exemples de difformités générales et multiples qui m'ont servi à établir ma théorie générale des difformités. En résumé, les caractères mécaniques, aussi bien que les caractères spécifiques ou étiologiques, permettent de reconnaître parfaitement les luxations congénitales, et de lire dans leur physionomie extérieure leur véritable origine, de la même façon qu'on peut reconnaître dans les caractères mécaniques et étiologiques du torticolis, des déviations de l'épine et du pied-bot, les manifestations de la même cause, c'est-à-dire de la rétraction musculaire.

Faisons remarquer cependant que cette caractéristique si nettement établie et si rigoureusement vérifiable dans les cas où elle n'a pas été altérée par l'intervention de causes intercurrentes ou consécutives, perd progressivement de sa netteté et de sa spécificité originaires, à mesure que ces causes viennent mêler leurs effets à ceux de la rétraction. Nous vous avons fait souvent la même remarque à l'occasion des autres difformités : elle a peut-être plus d'importance encore dans les luxations congénitales, parce que dans ces difformités, l'action de la pesanteur, et la contraction physiologique jouent un rôle plus actif encore que dans les autres. La conséquence de ce fait, c'est que les caractères mécaniques de la luxation, et les caractères spécifiques de sa cause, de la rétraction, s'altèrent peu à peu, se compliquent et même finissent par s'effacer tout à fait pour faire place aux caractères qui ressortent plus directement de l'action des causes consécutives. Ainsi les extrémités articulaires cessent d'être dirigées rigoureusement dans le sens d'action des muscles; leur déplacement n'est plus subordonné au mode et à la somme d'action de ces derniers, et les muscles rétractés ont perdu les caractères de la rétraction : ils ne sont plus tendus, durs, saillans, fibreux, mais peuvent être relâchés, mous, déprimés et graisseux. Mais cette défiguration consécutive de la caractéristique primitive des luxations congéniales, n'invalide pas plus son exactitude et sa rigueur, que la défiguration des végétaux par la vétusté, n'invalide la rigueur et l'exactitude de leur caractéristique donnée par la méthode naturelle.

§ VI. — LA THÉRAPEUTIQUE DES LUXATIONS CONGÉNITALES DOIT COMPRENDRE UN ENSEMBLE DE MOYENS CORRÉLATIFS AUX DIFFÉRENS ÉLÉMENS ÉTIOLOGIQUES QUI PRÉSIDENT A LEUR DÉVELOPPEMENT, ET NOTAMMENT LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES MUSCLES RÉTRACTÉS ET L'ADJONCTION DES MOYENS MÉCANIQUES PROPRES A PRÉPARER, A EFFECTUER ET A CONSOLIDER LA RÉDUCTION DE CES LUXATIONS.

Il est à peine nécessaire de donner du développement à cette proposition; elle découle si naturellement, et j'ose dire si rigoureusement de ce qui précède, que son seul énoncé suffit pour la faire admettre. En effet, s'il est parfaitement démontré que la rétraction musculaire est l'agent primitif des luxations congénitales, comme elle l'est des autres difformités articulaires, il en résulte la nécessité de leur appliquer le traitement chirurgical essentiel, appliqué avec tant de succès au traitement des autres difformités de même origine; c'est-à-dire la section sous-cutanée des muscles rétractés. Je n'ai pas besoin de m'étendre sur la légitimité de cette conséquence, ni sur les conditions particulières propres à régler cette nouvelle application de la ténotomie. Il me suffit de rap-

peler que la section des muscles de la cuisse peut s'effectuer au même titre, avec le même succès immédiat, et avec la même innocuité que celle des muscles de l'épine ou des extrémités, pourvu qu'on applique la méthode sous-cutanée dans toute la rigueur de ses principes : car ici les plaies sont nécessairement plus considérables et plus profondes; elles réclament par conséquent une plus grande observance des précautions qui doivent les affranchir de tout travail d'inflammation suppurative et leur procurer le bénéfice de l'organisation immédiate. Ce n'est pas le cas d'insister ici sur ces particularités; je me bornerai à vous dire pour le moment que j'ai déjà appliqué neuf fois la section sous-cutanée des muscles à la cure des luxations congénitales sans aucun accident, et avec un complet succès immédiat, c'est-à-dire la disparition des principaux obstacles à la réduction. Vous jugerez, d'ailleurs, par une application que je vais faire sous vos yeux de cette méthode, de son importance et des services qu'elle est capable de rendre au traitement des luxations congénitales.

Mais, par cela même que les luxations congénitales comprennent dans leur constitution des altérations qui ressortent de l'action des causes complémentaires et consécutives, la formule de leur traitement doit comprendre aussi des moyens parallèles à ces altérations; en effet, de ce que la myotomie est aussi rigoureusement et aussi logiquement indiquée dans le traitement de ces difformités que dans celui du pied-bot et des difformités de l'épine, il ne s'en suit pas que cette méthode doive réaliser les mêmes avantages dans les trois ordres de faits. Les conditions matérielles d'une luxation, le déplacement complet des surfaces articulaires et les altérations consécutives de ces surfaces et des annexes articulaires, sont des élémens différentiels qui changent beaucoup les conditions du problème thérapeutique dans les trois cas. De même que certains pieds-bots réclament un traitement mécanique consécutif, de même que certains autres ne guérissent pas avec l'auxiliaire de ce traitement, ajouté aux bienfaits de la ténotomie; de même certaines luxations et sub-luxations congénitales réclament le concours d'autres moyens appropriés aux conditions matérielles qui les différencient du pied-bot, et qui les différencient entre elles; et c'est ainsi que certaines d'entre elles présentent des difficultés et des complications qui les rendent complètement réfractaires à la myotomie, aux agens mécaniques, enfin qui les rendent tout-à-fait incurables. Il y a donc dans les luxations congénitales, considérées au point de vue de leur constitution accomplie, des élémens d'origine différente, des conditions matérielles de différens ordres, des états différens de ces conditions, qui appellent une série de moyens corrélatifs pour préparer, effectuer, et consolider leur réduction. Mais nous voici parvenus sur les confins de la partie pratique de ce sujet, c'est-à-dire des questions qui ont plus directement trait à la réductibilité, à la réduction et à la permanence de la réduction des luxations congénitales : l'examen de ces questions formera, comme je vous l'ai dit, la matière d'une seconde conférence.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR DIFFÉRENS POINTS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE EN ALGÉRIE; communiquées par M. le docteur GUYON.

STATISTIQUE DES AMPUTATIONS PRATIQUÉES A L'ARMÉE D'AFRIQUE, TANT DANS LES HÔPITAUX QUE DANS LES CAMPS, PENDANT LES ANNÉES 1837, 1838 ET 1839, NON COMPRIS CELLES QUI EURENT LIEU DANS LA CAMPAGNE DE CONSTANTINE, EN 1837 (1).

Ces amputations s'élèvent à 63, savoir :

Désarticulation	scapulo-humérale	6
—	de l'avant-bras	2
—	radio-carpienne	6
—	fémoro-tibiale	1
—	partielle du pied	1
—	tarso-métatarsienne	1
Amputation	de la cuisse	16
—	de la jambe	7
—	du bras	15
—	de l'avant-bras (1)	8

Sur ces 63 amputations, 46 malades ont guéri, 17 ont succombé. Dans le nombre de ceux-ci, trois avaient été opérés dans un état qui offrait peu d'espoir de guérison, un quatrième était atteint d'une fracture de crâne compliquant la blessure qui avait nécessité l'amputation, un autre mourut d'hémorragie dans son transport de Tunis où il avait été opéré, dans un hôpital de la côte; un autre encore périt des suites d'une ingurgitation d'alimens, au moment où son état était le plus satisfaisant, de sorte que le chiffre de la mortalité fournie par les 63 amputés ne s'élève en réalité qu'à onze.

Pareil résultat obtenu de nos jours dans la pratique des amputations laisse loin derrière nous le temps où, sur 300 amputés, on n'en sauvait que 30, comme à la bataille de Fontenoy. Toutefois, bâtons-nous de le dire, si, dans cette différence de résultats, nous devons constater un progrès, il ne faut pas négliger non plus de mettre en ligne de compte les circonstances différentes dans lesquelles pouvaient se trouver les opérés. Les circonstances fâcheuses contre lesquelles les armées ont si souvent à lutter, telles que le froid, le chaud, le manque ou la mauvaise nature de l'alimentation, l'encombrement, des maladies épidémiques, les peines de l'âme, doivent exercer l'influence la plus délétère sur les opérés, comme sur tous les blessés en général. Déjà nous en avions, pour l'Afrique, un exemple bien mémorable dans le siége de Constantine, en 1837, lorsque, tout récemment, l'été dernier, Médéah et Blidah sont venus nous en offrir de nouveaux (2).

Sur les 63 amputations qui font le sujet de ma statistique, 44 ont été pratiquées immédiatement, et 19 consécutivement.

Les premières ont donné :

Guérisons	32
Morts	12

Les secondes ont donné :

Guérisons	14
Morts	5

D'où il résulte que, sur les 63 amputations ci-dessus mentionnées, la moyenne proportionnelle des guérisons obtenues dans les amputations consécutives n'a pas été moins satisfaisante que celle des guérisons fournies par les amputations immédiates. Le précepte d'amputer immédiatement, lorsque le désordre des parties l'exige impérieusement, n'en reste pas moins pour nous tel que l'ont établi les grands maîtres de l'art, à la tête desquels se place naturellement l'illustre baron Larrey. Certes, dans notre opinion aussi, de grands regrets seront toujours réservés au chirurgien qui, dans la pratique des amputations, se laissera aller à une temporisation qui ne serait pas suffisamment justifiée par l'état des parties. A coup sûr, on peut dire que, sur dix individus pour lesquels des motifs plus ou moins plausibles auront engagé à temporiser, à peine un seul, après avoir couru bien des dangers, arrivera à guérison. D'un autre côté, dans notre opinion encore, l'opération alors pratiquée présente au moins autant de chances de succès, que pratiquée immédiatement (3); si elle a lieu sur des parties plus ou moins éloignées du tronc, mais beaucoup plus dans le cas contraire, c'est-à-dire si elle a lieu plus ou moins près du tronc, comme à la cuisse et à l'articulation coxo-fémorale surtout. On sait que jusqu'à présent nous ne possédons aucun exemple de guérison d'amputation immédiate dans cette dernière partie. Ainsi, par exemple, la désarticulation coxo-fémorale pratiquée par Guthrie, à la bataille de Waterloo, d'après les conseils de M. le baron Larrey, l'a été quinze jours après la blessure. Deux autres guérisons obtenues dans la même opéra-

---

(1) Vingt-neuf amputations, dont trois révulsions de la tête de l'humérus, ont été pratiquées dans cette campagne. (Voir GAZ MÉD. du 14 juillet 1838 : STATISTIQUE DES AMPUTÉS DE L'EXPÉDITION DE CONSTANTINE.)

Une erreur typographique s'est glissée dans ce travail, où il faut lire :

Guérisons : 6, ou 20 morts.

Au lieu de : Guérisons : 6, 9 ou 20 morts.

(1) Nous n'avons pas cru devoir faire figurer, dans notre statistique, les amputations de doigts et d'orteils, qui ont été nombreuses à l'armée d'Afrique, pendant les années 1837, 1838 et 1839.

(2) Sur 10 amputations pratiquées à Médéah, dans les premiers jours de juillet dernier, un seul malade a guéri ; il avait été amputé du bras.

A Blidah, sur 62 amputations, faites dans le courant de l'été, 39 malades sont morts. La mortalité a été en raison de l'importance du membre amputé. Ainsi, par exemple, sur 30 amputés de cuisse, 4 seulement ont guéri.

Je reviendrai ailleurs sur la mortalité des amputés de Blidah et de Médéah, et je signalerai en même temps les circonstances fâcheuses dans lesquelles ils se trouvaient.

(3) Cinq amputations consécutives, dont trois de cuisse, une de jambe et une de bras, successivement faites par moi à l'hôpital du dey, du 1er au 11 juin 1837, ont toutes très promptement guéri. Quatre autres amputations consécutives, toutes quatre de bras, dont une dans l'articulation scapulo-humérale, que j'ai

tion, et dont les malades vivent encore (1), nous sont offertes par des militaires dont les cas pathologiques remontaient à une époque plus ou moins éloignée de celle de l'opération.

En résumé, un certain degré d'affaiblissement, de débilité, constitue bien évidemment une condition de succès pour la désarticulation coxo-fémorale. Cette opinion me paraît partagée aujourd'hui par tous nos anciens collaborateurs de l'armée d'Afrique. Et puis, d'ailleurs, n'est-elle pas, à vrai dire, une conséquence de l'observation des faits ? N'en est-elle pas l'expression naturelle ? Ainsi, par exemple, le blessé de Guthrie, outre qu'il était affaibli par l'étendue et la durée de sa blessure, avait beaucoup souffert sur le champ de bataille, après le combat ; il y était resté sans secours pendant plus de quarante-huit heures, n'ayant pour tout aliment, comme nous l'apprend M. le baron Larrey, que quelques fragmens de biscuit qui étaient restés dans son sac, et pour boisson, que l'eau de pluie qu'il recevait dans son shako. Le malade devait donc être dans un assez mauvais état de santé, et par conséquent, très affaibli, débilité, lorsqu'il fut soumis à l'opération. Tels étaient aussi les malades des quelques cas de guérison cités par les auteurs, après la désarticulation coxo-fémorale. Dans tous ces cas, en effet, l'opération avait eu lieu par suite de maladies chroniques, qui avaient plus ou moins épuisé les forces des malades, telles que caries, *spino-ventosa*, gangrènes, etc. Je me propose de revenir, dans un prochain article, sur la désarticulation coxo-fémorale, qui, cette année seulement, a été pratiquée trois fois sans succès à l'armée d'Afrique.

SUR DES URÉTRITES OBSERVÉES L'ÉTÉ DERNIER DANS LA PROVINCE DE CONSTANTINE.

Beaucoup de soldats et bon nombre d'officiers qui, l'été dernier, faisaient partie d'une expédition dans la province de Constantine, furent atteints tout à coup d'urétrites très douloureuses, avec difficulté plus ou moins grande d'uriner, parfois même avec suppression complète des urines. L'écoulement concomitant était peu abondant. Les accidens se dissipaient ordinairement dans l'espace de quelques jours. On ne pouvait en voir la cause dans un contact vénérien, la colonne à laquelle appartenaient les malades étant, depuis près d'un mois, éloignée de toute population. Médecins, officiers et soldats s'accordèrent à les attribuer aux grenouilles dont avaient fait usage les militaires qui en étaient atteints. D'un autre côté, il était bien peu de nos militaires qui n'eussent mangé de ces animaux, alors très multipliés sur tous les cours d'eau voisins des campemens de nos troupes.

En admettant que telle était, en effet, la cause des accidens dont nous parlons, il faudrait bien reconnaître qu'ils ont dû être aggravés par les fortes chaleurs de l'époque (2) ; car on sait combien deviennent rares, et par conséquent irritantes, les urines, sous l'affluence des abondantes et incessantes transpirations déterminées par une haute température. Dans des circonstances semblables, j'ai souvent vu, ici et ailleurs, des personnes se plaindre d'ardeur dans la vessie, de difficultés d'uriner, etc.

Les urétrites dont nous parlons ont été observées principalement à *Sétif*, par M. le docteur Larger, chirurgien-major de la colonne expéditionnaire, et à *Aïn Babouche* (3), par son collaborateur, M. Boulian. Elles paraîtraient avoir été à la fois plus nombreuses et plus intenses sur ce dernier point que sur l'autre.

Si, d'après ce que nous venons de rapporter, il fallait reconnaître dans la chair de grenouilles une action particulière sur les voies urinaires, il resterait à déterminer si cette action est naturelle ou accidentelle. Que si elle était naturelle, il serait bien étonnant qu'elle n'eût pas encore été aperçue dans nos contrées, d'autant plus que la grenouille des eaux de l'Algérie est absolument la nôtre, la *Rana escusenla*. D'un autre côté, M. Larger fait remarquer qu'à l'époque où il observait des urétrites dans la colonne expéditionnaire, une espèce de cantharide et d'autres coléoptères voisins du même genre (4) étaient alors très répandus sur les plantes baignées par les eaux où nos soldats allaient prendre des grenouilles, et que les insectes entraient pour beaucoup dans la nourriture des batraciens dont nous parlons. On voit de suite que notre confrère serait disposé à admettre que les propriétés de certains coléoptères sur l'homme pourraient passer dans l'organisations des batraciens, sans être dénaturées par le travail de la nutrition. C'est une grande question à laquelle je craindrais de toucher ici ; qu'il me suffise d'avoir signalé le fait qui l'a soulevée, appelant sur son explication les recherches de ceux de nos confrères à qui il pourra s'offrir de nouveau, en Afrique ou ailleurs.

En attendant les nouvelles lumières qui ne peuvent manquer de nous arriver sur ce point, nous ferons remarquer qu'avant de rechercher une cause particulière à un fait quelconque, il faut qu'on n'en ait pu trouver l'explication dans des circonstances générales. Or, et ainsi que je l'ai fait pressentir, il me semble que celui que je viens de rapporter trouverait en partie son explication dans les fortes chaleurs auxquelles les troupes étaient exposées, en tenant compte aussi du régime plus ou moins échauffant auquel elles étaient soumises.

NOTE SUR UN VER TROUVÉ DANS LE TISSU CELLULAIRE SOUS-CONJONCTIVAL.

Votre feuille résume, dans son numéro du 5 de ce mois, un article du LONDON MEDICAL GAZETTE, intitulé : CYSTICERQUE TROUVÉ DANS LE TISSU CELLULAIRE SOUS-CONJONCTIVAL, par M. Estlin. Après avoir rapporté l'observation qui fait le sujet de cet article, vous rappelez que des observations à peu près semblables ont déjà été consignées dans votre feuille. Sur quoi, je prendrai la liberté de vous faire remarquer, monsieur et cher confrère, que le ver dont était atteinte la jeune négresse des Antilles françaises n'appartenait pas au genre *cysticerque*; il n'appartenait pas non plus au genre *filaria*, comme l'a cru l'estimable naturaliste à qui mon observation a fourni le sujet de rapprochemens avec quelques observations de *filaria*, recueillies par lui en Amérique (1). Le ver de la jeune négresse de la Martinique n'a pas encore trouvé sa place dans l'échelle zoologique. Puisque j'en trouve l'occasion, je donnerai, sur ce ver, de nouveaux détails que j'ai reçus tout récemment d'Amérique.

Ainsi que je disais dans ma communication à l'Institut, la jeune malade portait deux vers ; qui, tous deux, étaient logés dans la conjonctive de l'œil gauche. La jeune fille assurait qu'ils passaient l'un œil à l'autre, ce qu'elle sentait aux forts picotemens qu'elle éprouvait alors dans le trajet qui existe entre les deux parties, à la hauteur de la racine du nez. « Tout ce que je puis assurer à cet égard, me mande le médecin qui a fait l'extraction des vers, le docteur Block, c'est que lorsque je fus appelé par la malade pour lui examiner les yeux, elle avait un ver dans chaque œil ; que je procédai d'abord à l'extraction du ver de l'œil gauche, et que quelques heures après, m'étant présenté pour faire l'extraction de l'autre, il n'y était plus ; il était passé, disait la malade, dans l'œil gauche, où, en effet, j'en aperçus un autre dont je fis l'extraction par une petite incision que je pratiquai à côté de celle qui m'avait servi pour la sortie du premier ver. »

La lettre qui renferme ces derniers renseignemens est du 12 juin de cette année. A cette date, la négresse se sentait bien, ainsi qu'un enfant dont elle venait d'accoucher, et aucun autre ver ne lui était survenu.

ANALYSE DE QUELQUES EAUX THERMALES DE L'ALGÉRIE.

EAU DE BENI SERMEN, VILLAGE DE LA TRIBU DES BENI BERBAEHA, DANS LES MONTAGNES DE BOUGIE.

La température de la source est très élevée, au rapport des kabyles du pays. Aucun Européen n'a encore pu la visiter. Deux bouteilles d'eau ont été soumises à l'analyse.

Bouteille n. 1.

Chaque litre contient :

Acide carbonique, quantité indéterminée.

pratiquées dans le même établissement, du 27 mai au 17 juin de cette année, ont eu le même résultat. A ces quatre amputations, j'ajouterai une opération non moins importante, faite aussi consécutivement, à la même époque, je veux parler d'une résection de l'humérus, avec désarticulation de sa partie inférieure. Le malade était atteint d'une fracture comminutive, par coup de feu, du tiers inférieur de l'os. Pas le plus léger accident, malgré la grande perte de substance, n'est venu entraver la guérison. Le malade est aujourd'hui en France, à Digne, où est le dépôt de son régiment, le 41e de ligne.

(1) L'opéré de Guthrie est mort l'année dernière.

(2) Au camp d'*Aïn Babouche*, où les troupes expéditionnaires ont passé quelque temps, le thermomètre, librement suspendu au soleil, s'est élevé jusqu'à 58°, échelle centigrade. Le sirocco soufflait très fréquemment à cette époque.

(3) A cinq à six lieues au S.-O. de *Sétif*.

(4) Une grande espèce de *mylabre*, entre autres.

(1) Deux cas de *filaria* se sont présentés à Alger dans ces derniers temps. L'un des malades était un Maure, de retour de la Mecque depuis deux ou trois mois ; l'autre, un matelot anglais, du nom de Rudramm, venant d'Angleterre, après un séjour de trois années dans les mers de l'Inde. Ce malade était encore tout récemment sous nos yeux, le 16 dernier, jour de son départ pour l'Angleterre. Il était entré à l'hôpital civil, service du docteur Méardi, le 9 du même mois ; il en est sorti avec son ver, n'ayant pas voulu laisser partir, sans lui, le bâtiment sur lequel il était embarqué, la *Galatée*, capitaine Morwolt.

Rudramm avait quitté Bombay en septembre 1839, pour se rendre à Liverpool, où il était arrivé en février dernier.

Chlorure de sodium...........	0 075
Sulfate de magnésie......... }	0 550
— de soude (fort peu).... }	
— de chaux..............	0 450
Carbonate de chaux...........	0 445
— de magnésie, traces.	
— de strontiane, traces.	
Oxide de fer.................. }	0 100
— de manganèse, traces.... }	
Matière organique azotée, quantité notable.	
Total...	1 620

Bouteille n. 2.

Chaque litre contient :

Chlorure de sodinm........... }	0 150
— de magnésium...... }	
Sulfate de magnésie...........	0 300
— de soude..............	0 100
— de chaux...............	0 250
Carbonate de chaux............	0 710
— de magnésie, traces.	
— de strontiane, traces.	
Oxide de fer.................. }	0 133
— de manganèse, traces... }	
Matière organiq. azotée, environ.	0 150
Total...	1 793

EAU D'HAMMAM SIDI BOU ABDALLAH, PROVINCE D'ORAN.

Chaque litre contient :

Acide carbonique libre, quantité indéterminée.	
Nitrate de magnésie........... }	
— de chaux............... }	0 70
— de potassse, traces........ }	
Chlorure de sodinm............	0 40
Sulfate de chaux...............	0 30
Carbonate de chaux............	0 20
— de magnésie, traces.	
Matière orgaoique, traces.......	
Total...	1 60

M. le docteur Warnier donne sur Hammau Sidi Bon Abdallah les renseignemens suivans :

« Sur la rive ganche dn Chéliff, à nne liene an-dessus de son confinent avec la Mina, sur le territoire des Ouled Sidi Abdaliah de la plaine de Thell. Sa source est considérahle ; elle alimente un hassin carré, doot chaque côté a douze pieds de longueur. L'eau est honillante à sa source ; elle perd de sa température au contact de l'air, sans quoi on ne ponrrait s'y haigner. Sept gros oliviers dérobent les baigneurs à la vue des passans. Qnelqne pen au-dessus de la sonrce est la maison du gardien, construite snr un rocher.

» De toutes les sources thermales des bords du Chéliff, celle de Sidi Bou Abdallah est la plus fréqnentée. Les Arabes ont l'habitude d'y faire cuire des œufs, des poules, etc. »

EAU D'HAMMAM SIDI BOUZIDE, PROVINCE D'ORAN.

Chaqne litre contient :

Acide carhonique, quantité indéterminée.	
Nitrate de chaux............... }	
— de magnésie............ }	1 25
— de potasse............. }	
Chlorure de sodium............	1 00
Sulfate de chaux...............	0 50
— de magnésie..............	0 15
Carbonate de chaux............	0 20
— de magnésie, traces.	
Matières organiques, traces.	
Total...	3 10

« Hammam Sidi Bouzide, dit M. Warnier, est situé an confinent de la Mina avec le Chéliff, sur la rive gauche de ces deux cours d'eau et près des ruines de l'ancienne ville romaine, connne sous le nom de Ragueba, dont on retrouve des restes d'édifices. La sonrce sort du rocher grosse comme le corps d'un homme (expression des Arabes) et alimente un grand bassin ; sa température est d'environ 50°, échelle centigrade. »

EAU D'HAMMAM SIDI BEN CHAA, PROVINCE D'ORAN.

Chaque litre contient ;

Acide carhoniqne libre, quantité non déterminée.	
Nitrate de potasse............ }	
— de chaux............... }	0 80
— de magnésie.......... }	
Chlorure de sodinm...........	0 60
Sulfate de chaux	0 50
— de magnésie...........	0 05
Carbonate de chaux...........	0 20
— de magnésie, traces.	
Matière organique, traces.	
Total...	2 15

« Hammam Sidi Ben Chââ, dit M. le doctenr Wanier, est an nord d'Hammam Sidi Bou Abdallah, snr la rive droite du Chéliff, an milien des ruines de Techa, ville romaine, dont les murailles d'enceinte, encore debont, touchent an Chéliff, lui servent de digue et empêchent qne les déhordemens ne convrent la ville. Une cave immense, taillée dans le roc, sur le flanc du rocher qui aboutit au Chéliff, se voit à 600 pas des murailles. Au pied de la cave est le hain dont nous parlons. La source est faible et coule dans un bassin. Sa température est de 35° à 40°, échelle centigrade. Les Arabes de la rive droite dn Chéliff seuls la fréquentent. »

EAU D'HAMMAM SIDI BEN ENNEFIA, PROVINCE D'ORAN.

Chaque litre contient :

Acide hydro-sulfurique, provenant de la réaction des matières organiques sur les sulfates, quantité inappréciable.	
Snlfate de chaux..................	0, 050
— de magnésie...............	0, 060
— de soude..................	0, 037
Carbonate de chaux...............	0, 170
— de magnésie............	0, 033
— de fer..................	0, 163
Chlorure de magnésie..............	0, 027
— de sodium..............	0, 467
Silice ou matière terreuse...........	0, 017
Matière organique (barégine).........	0, 126
Total.........	1, 267

La température de la sonrce est de 63° à 65° centigrades.

Hammam Sidi Ben Ennefia est sitié sur la ronte de Mascara à Tlemesen, à nne journée de marche de la première de ces villes (de 6 à 7 lieues). L'ean sonrde d'un terrain calcaire, d'où elle s'écoule dans plusieurs petits bassins. De là elle pénètre dans un marabont, où elle est reçue daos des haignoires, pour l'usage des malades. Le marabout a été construit il y a environ cinquante ans, d'après les ordres du Bey de la province. L'ean en sort pour se jeter dans l'Ooued-el-Hammam, qui, un pen plus loin, dans le nord, prend le nom d'Oned Hahra. Celle-ci se joint bientôt après an Sig, et forme avec elle l'Oued-Macta, qui va se jeter à la mer, à l'est du vieil Arzew.

Les eaux d'Hammam Ben Ennefia jouissent d'nne grande renommée dans la province et jusques dans le Maroc, d'où viennent des malades pour en tirer usage. Elles sont sous la direction d'nn marahout non moins vénéré pour sa réputation de sainteté que pour la facilité qn'on lui accorde de donner des sorts et des maladies aux infidèles.

Les maladies dominantes parmi les Arabes qui se rendent anx eaux d'Hammam Sidi Ben Ennefia, sont des maladies de la peau, des affections syphilitiques, des engorgemens abdominaux, etc.

Hammam Ben Ennefia a été aperçu par le hotaniste Desfontaines, qui en parle en ces termes :

« On y voit, parlant de la vallée de l'Oned-el-Hamman, on y voit de gros rochers de roche calcaire percés d'un grand nomhre de trous. Il en sort plusieurs ruisseanx d'ean-chaude, dont l'un fit monter le thermomètre à 50°. Les eaux ne laissent aucun dépôt ; elles sont limpides et bonnes à hoire, lorsqu'on les a laissés refroidir. » FRAGMENS D'UN VOYAGE DANS LES RÉGENCES DE TUNIS ET D'ALGER, FAIT DE 1783 A 1786. (Paris, 1838.)

Nous devons à M. le doctenr Viton, alors chirnrgien en chef de l'hôpital de Bongie, l'envoi des eaux thermales de Beni-Sermen ; à M. le doctenr Warnier, alors chirurgien attaché an consulat de Mascara, celui des eaux de Sidi Ben Abdallah, de Sidi Bouzide, de Sidi Ben Chââ ; à M. le docteur Varlet, alors chirurgien à l'hopital d'Oran, celui des eaux d'Hammam Ben Ennefia. L'analyse que nous venons de donner de ces différen-

tes eaux, est due à M. Tripier, pharmacien aide-major, à l'exception de celle d'Hammam Ben Ennefia, qui a été faite par M. Laporte, pharmacien major.

Nous donnerons prochainement l'analyse des eaux thermales de l'oasis de Constantine, et celle des eaux thermales de Ma-Allah, situées sur la route de Milah à Sétif.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER.

SUR L'ORGANE ÉLECTRIQUE DU MALAPTÉRURE.

M. Duméril fait le rapport suivant sur un mémoire de M. Valenciennes, relatif à l'organe électrique du Malaptérure :

« Nous venons rendre compte à l'Académie d'un mémoire qui lui a été présenté par M. le professeur Valenciennes, et qui a pour titre : *Observations sur l'organe électrique du Malaptérure*, sur lequel MM. Geoffroy père, Serres, Milne Edwards et moi avons été chargés de faire un rapport.

» On sait que plusieurs poissons, de genres très différens, sont doués de la faculté de transmettre subitement et à volonté de fortes commotions électriques, soit pour éloigner leurs ennemis, soit afin de subvenir à leurs propres besoins en foudroyant ainsi ou en paralysant les animaux dont ils doivent se nourrir. Les organes qui paraissent destinés à produire le fluide électrique, à le condenser et à le retenir de manière à le laisser cependant échapper tout à coup et volontairement pour communiquer de vives commotions, n'ont été reconnus et décrits que dans certaines espèces. La structure et le siége de ces parties sont souvent très différens; dans la plupart ils ne sont même pas connus ou déterminés; de sorte que, sous ce point de vue, l'organisation n'a rien de général et qu'elle laisse encore beaucoup à désirer, quoique cette étude soit véritablement curieuse et importante pour la physique et l'économie animale.

» Ce sont surtout les torpilles et quelques autres genres de la même famille des raies, qui ont fourni aux physiciens et aux naturalistes des occasions faciles de faire ou de répéter des expériences, et de se livrer à des recherches d'organisation qui ont commencé à éclairer cette intéressante question.

» D'autres observations ont été faites en Amérique sur le gymnote ou anguille électrique; il suffit de rappeler à ce sujet les belles expériences de M. de Humboldt, consignées dans la relation de son voyage.

» Les naturalistes et les physiciens n'avaient pas eu occasion de faire des recherches sur le siége de l'organe sécréteur ou condensateur de l'électricité chez les sept ou huit autres espèces de poissons indiquées comme douées de cette propriété singulière, jusqu'en 1802. C'est à cette époque que l'un de vos commissaires, M. Geoffroy père, ayant observé vivant en Égypte et rapporté de ce pays le silure trembleur d'Afrique, désigné par M. de Lacépède sous le nom de *Malaptérure électrique*, en fit l'objet de ses recherches.

» Ce premier travail a été d'abord inséré dans le tome I des *Annales du Muséum d'histoire naturelle* de Paris; mais ensuite l'auteur le présenta avec beaucoup plus de détails et avec de belles gravures, pl. XII, dans le grand ouvrage sur l'Égypte.

» En 1824 M. Rudolphi a donné, dans les Mémoires de l'Académie de Berlin une description anatomique plus complète, et en particulier des figures très soignées de l'organe électrique de ce même poisson.

» M. le professeur Valenciennes ayant à faire connaître l'histoire des silures dans le grand ouvrage sur l'ichtyologie qu'il a entrepris de publier avec G. Cuvier, a dû, pour le tome XV qui vient de paraître, se livrer à de nouvelles recherches. Il a reconnu des faits nouveaux qui font le sujet du mémoire dont nous rendons compte. Il a mis sous les yeux de vos commissaires les préparations anatomiques qui lui ont permis de vérifier et de rectifier quelques-unes des observations de ses prédécesseurs.

» Le fait le plus curieux et le plus important qui résulte de ses recherches, c'est la véritable structure de l'organe électrique, qui est composé d'un beaucoup plus grand nombre de feuillets aponévrotiques superposés que ne l'avaient indiqué et figuré les zootomistes qui l'avaient précédé dans ces investigations.

» Cette structure de l'organe électrique, quoique bien différente sous le rapport des formes et de la division des lames aponévrotiques et cellulenses de celles qui ont été reconnues dans les torpilles, indique cependant une sorte d'analogie qu'il était intéressant de constater. Elle pourra peut-être en effet expliquer un jour l'action de cette sorte de pile voltaïque, formée par des lames ou cloisons membraneuses renfermant des cellules remplies d'une matière muqueuse et autour desquelles se subdivisent à l'infini les ramifications nombreuses du nerf latéral, qui, chez les autres poissons, provient, comme on le sait, du pneumo-gastrique, dont les branches se joignent et se lient à tous les filets nerveux sortant des intervalles que laissent entre elles les conjugaisons de chacune des vertèbres. »

MÉMOIRE SUR L'AMPUTATION DANS L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE; par M. BAUDENS.

Dans ce mémoire, dit l'auteur, nous avons exposé le procédé opératoire que nous avons créé pour cette opération; nous avons tracé l'histoire de notre amputé, et nous terminons par des considérations d'ensemble et comparatives; nous nous bornerons ici à exposer sommairement notre procédé opératoire.

Et d'abord, disons que nous avons étendu à l'amputation tibio-tarsienne la méthode mixte que nous avons créée et généralisée en 1836 pour toutes les amputations. Cette méthode mixte, nous l'avons faite en prenant dans les autres méthodes ce qu'elles offrent d'avantageux, et en rejetant ce qu'elles ont de vicieux.

Dans le premier temps opératoire, toutes les parties sont coupées en arrière et sur les côtés de l'articulation, en prolongeant l'incision sur le dos du pied jusqu'à la racine des orteils, de façon à découper une vaste guêtre tégumentaire, comme on le voit sur la gravure n. 1.

Dans le deuxième temps, cette guêtre est relevée jusqu'au-dessus des malléoles.

Dans le troisième temps, on abat les deux malléoles au niveau de la partie moyenne articulaire de la mortaise péronéo-tibiale. Chez les enfans, les malléoles n'existant qu'à l'état d'épiphyse, il suffirait pour les retrancher de recourir au couteau et non à la scie, suivant les remarques judicieuses qui m'ont été faites par le savant M. Serres.

Dans le quatrième temps, on procède au pansement. Le militaire que nous avons amputé de cette manière, il y a huit mois, est ici présent. Depuis longtemps il marche à l'aide d'une bottine grossière, de 10 à 12 fr., et en appuyant de tout le poids de son corps sur le pilon sans éprouver de souffrances.

Un coussinet adipo-celluleux se développe par la marche, le tissu cutané se durcit, les parties molles débordent la circonférence osseuse, et donnent au moignon l'aspect d'un pied d'éléphant.

Au point de vue de la guérison, cette amputation devra compter plus de succès que l'amputation de la jambe au-dessous de la rotule, et comme conséquence elle est infiniment préférable à celle-ci, parce que, conservant à la jambe son intégrité, elle rend la marche plus facile, et permet de dissimuler la perte du pied.

Comparée à l'amputation sus-malléolaire, elle doit lui être préférée pour des raisons essentielles : la première, parce qu'elle se pratique plus loin du tronc; la deuxième, parce qu'elle n'emprunte pas, comme elle, de point d'appui sur l'ischion et sur le genou; et enfin parce qu'elle n'exige point, pour la marche, une machine dont le prix élevé et les complications la feront repousser du pauvre. »

SUR L'ANATOMIE DES APONÉVROSES ET DES MUSCLES DE L'ŒIL.

M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse la lettre suivante :

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie l'exposé de recherches nouvelles sur l'anatomie des aponévroses et des muscles de l'œil. Ces recherches conduisent à l'interprétation scientifique de la persistance d'action des muscles de l'œil, après la section de leur partie antérieure, dans l'opération du strabisme; elles éclairent sur la méthode à suivre dans cette opération, et peuvent jeter quelques lumières sur les mouvemens de l'œil et des paupières étudiés dans l'état normal.

L'œil n'est pas en contact, comme l'écrivent les anatomistes, avec les graisses de l'orbite: il en est séparé par une capsule fibreuse dans laquelle il peut se mouvoir avec facilité. Cette capsule concave et ouverte en devant s'insère sur l'extrémité antérieure du nerf optique, entoure les deux tiers postérieurs de l'œil, sans être en contact avec eux, et se termine aux paupières qui en forment le prolongement. Les muscles droits et obliques la traversent pour se rendre à l'œil, et contractent avec elle des adhérences intimes; ils ont ainsi deux insertions : l'un à la sclérotique, l'autre à la capsule fibreuse, et ils ne peuvent se mouvoir sans transmettre à celle-ci tous les mouvemens qu'ils exécutent.

L'existence autour de l'œil d'une aponévrose non décrite jusqu'à présent et la double insertion en avant des muscles oculaires, sont les deux dispositions anatomiques que je me propose de faire connaître dans cette lettre. En les décrivant, je montrerai quelle est leur influence sur les mouvemens de l'œil et des paupières. Les faits, ainsi rapprochés de leurs conséquences, seront plus aisément compris dans leurs détails, mieux appréciés dans leurs applications.

On sait que lorsqu'un des muscles de l'œil a été coupé dans l'opération du strabisme, l'action exagérée d'où résultait la maladie cesse immédiatement, et que les mouvemens qu'on attribue au muscle divisé s'exécutent comme dans l'état normal. L'explication de ces effets doit, pour être satisfaisante, s'appliquer indistinctement à tous les muscles de l'œil, puisque la persistance de leurs fonctions s'observe après qu'on a coupé l'un ou l'autre d'entre eux; elle ne doit supposer aucun phénomène qui exige, comme la cicatrisation, un travail de plusieurs jours, puisque les mouvemens que déterminent les muscles divisés se manifestent immédiatement après que leur section a été faite. L'explication anatomique que je vais présenter est la seule qui réunisse cette double condition. Elle est fondée sur ce fait que les muscles de l'œil s'insérant tout à la fois à la sclérotique et à la capsule fibreuse, on ne coupe dans l'opération du strabisme que la première de ces insertions. La seconde persiste tout entière, le muscle continue à agir sur la capsule, et, par l'intermédiaire de celle-ci, transmet à l'œil ses contractions simplement affaiblies. Les dissections et les expériences suivantes sont nécessaires pour vérifier ces assertions.

On enlève le globe de l'œil en ayant soin de couper les muscles qui s'y attachent, ainsi que le nerf optique, aussi près que possible de la sclérotique. La capsule fibreuse se voit alors distinctement avec toutes les dispositions que j'indiquais plus haut; les muscles coupés peuvent être retrouvés à la surface interne, et l'on peut s'assurer qu'ils la traversent obliquement, et contractent, avec elle, les adhérences les plus intimes. Celles-ci sont si fortes, qu'en découvrant les muscles à leur partie postérieure, et exerçant des tractions sur eux, on les déchire plutôt que de les séparer de la capsule, et que tous les mouvemens qu'on leur imprime se communiquent à cette dernière.

Lorsqu'on a bien reconnu de la sorte que les muscles de l'œil ne peuvent se contracter, sans faire mouvoir la capsule, on cherche à déterminer comment celle-ci adhère à l'œil et peut lui communiquer les mouvemens qu'elle reçoit. Sur une autre pièce anatomique, on écarte fortement les paupières et l'on enlève la conjonctive, après avoir reconnu l'adhérence circulaire qu'elle établit entre l'œil et la capsule fibreuse. Ces deux parties se montrent alors écartées l'une de l'autre de 2 à 4 millimètres; l'intervalle qui les sépare est rempli d'un tissu cellulaire très lâche que traversent les colonnes formées par les muscles qui vont se rendre à la sclérotique.

Après ces dissections doivent venir les expériences sur une pièce qui n'a pas encore servi; on enlève la paroi supérieure de l'orbite dans ses deux tiers postérieurs et l'on met à découvert un muscle, le droit interne, par exemple. On s'assure qu'une traction exercée sur lui tire l'œil en dedans, et on le coupe ensuite à son attache à la sclérotique. Cette section terminée, on peut imprimer à l'œil les mêmes mouvemens qu'avant qu'elle eût été faite, en ayant soin toutefois d'exercer sur la portion orbitaire du muscle des tractions beaucoup plus étendues qu'on ne l'avait fait d'abord.

La même expérience, répétée sur les autres muscles, réussit également, mais il faut pour cela changer de pièces; car, si l'on pratique plusieurs sections sur le même sujet, les adhérences de la capsule fibreuse à l'œil, successivement divisées, sont impuissantes à transmettre les mouvemens de l'une à l'autre. La dissection étendue de la conjonctive suffit même, à elle seule, pour détruire la possibilité de cette transmission, preuve expérimentale que si un muscle détaché de la sclérotique par des sections aussi bornées que possible, peut encore agir, quoique plus faiblement, sur le globe oculaire, cette dernière action peut être détruite, si l'on a disséqué la conjonctive dans une trop grande étendue. Sans doute c'est dans des cas de ce genre que l'on a produit des strabismes en sens inverse de ceux que l'on voulait guérir.

La double insertion en avant des muscles de l'œil et les adhérences de cet organe à sa capsule fibreuse expliquent, il est vrai, la persistance d'action des muscles après qu'on les a coupés, et indiquent les conditions de cette persistance, mais ils ne conduisent pas à connaître la méthode à suivre dans l'opération du strabisme.

Cette connaissance ne paraît ressortir, en partie du moins, des dispositions d'une membrane fibreuse immédiatement appliquée sur toute la surface externe de la sclérotique, à laquelle elle adhère seulement autour de la cornée, et que Ténon a fait connaître sous le nom de membrane nouvelle de l'œil. Cette membrane bien distincte de la capsule que j'ai décrite, se confond avec les gaînes fibreuses des muscles, et sert à les unir les uns aux autres, formant ainsi une couche intermédiaire à la conjonctive et à la sclérotique.

Il faut la traverser dans l'opération du strabisme, et lorsque par sa section on est arrivé dans le tissu cellulaire lâche qui l'unit à l'œil, le stylet glisse sans obstacle derrière la gaîne des muscles, et l'on peut couper ceux-ci avec leurs aponévroses sûrement et en totalité. Je me suis assuré sur le vivant comme sur le cadavre de la facilité étonnante que la connaissance de la membrane de Ténon donne à la section des muscles de l'œil. Cette connaissance est aussi importante dans l'opération du strabisme que celle de la gaîne des artères dans la ligature de ces vaisseaux.

Il est plusieurs particularités que présente l'action physiologique des muscles de l'œil et dont la cause se trouve dans les dispositions anatomiques que je décris dans cette lettre. Je me bornerai à indiquer celles qui sont relatives à l'influence des muscles droits sur le mouvement des paupières. On s'est demandé, sans en trouver la solution, quel muscle abaisse la paupière inférieure, et comment s'établit cette harmonie admirable qui met toujours en rapport les mouvemens d'élévation et d'abaissement des paupières avec ceux que le globe de l'œil exécute dans le même sens. Ces phénomènes sont faciles à comprendre, dès qu'on sait que les cartilages tarses sont la continuation d'une capsule fibreuse à laquelle s'insèrent et que mettent en mouvement les muscles élévateur et abaisseur de l'œil. Ces derniers ne peuvent se contracter sans agir tout à la fois sur l'œil et sur les paupières; et la cause de cette action simultanée est tellement anatomique, que sur le cadavre on ne peut tirer ces muscles en arrière après avoir découvert leur moitié postérieure sans que les paupières ne se meuvent en même temps et dans le même sens que le globe oculaire.

Je pourrais entrer dans des détails beaucoup plus étendus sur l'anatomie des annexes de l'œil, et sur les conséquences que l'on en peut déduire; mais je dois me borner, dans une lettre, à esquisser le travail que je me propose de faire sur ce sujet. Il me suffit dans ce moment, où l'importance physiologique des muscles de l'œil sur les phénomènes de la vision ressort si évidemment des suites de l'opération du strabisme, d'avoir ouvert une voie nouvelle, par une anatomie plus exacte, à l'étude de ces muscles dans l'état de santé, et d'avoir donné une raison incontestable de la persistance d'action des muscles de l'œil après la section de leurs adhérences à la sclérotique. Sous le rapport de cette persistance de fonctions, l'expérience avait démontré des faits que les connaissances acquises ne permettaient pas de prévoir, qu'elles ne pouvaient même pas expliquer; la science s'était laissée dépasser par la pratique, je crois l'avoir, par mes recherches, conduit au point où la pratique elle-même était arrivée (1).

Veuillez agréer, etc.

BONNET.

M. Dieffenbach écrit pour rappeler ses titres à l'invention de la cure chirurgicale du strabisme.

M. Lucien Boyer adresse les conclusions d'un mémoire sur le strabisme. Nous reproduisons les trois suivantes :

« 1°. La section complète des agens qui produisent le strabisme fait cesser immédiatement la déviation. La fonction du muscle coupé doit être supprimée entièrement;

» 2°. La réunion du muscle divisé ne se fait jamais par soudure immédiate de ses deux bouts, mais toujours par son adhésion au tissu cellulaire intermédiaire à lui et à l'œil, tissu qui, par suite des tractions du muscle, revêt peu à peu les caractères d'une aponévrose qui a toujours une insertion directe distincte des insertions primitives;

» 3°. La vue s'améliore souvent après l'opération. Cette amélioration, quelquefois lente, d'autres fois subite, peut franchir en un instant tous les degrés qui séparent cette cécité presque complète que l'on a pu confondre avec l'amaurose, d'une perception à peu près distincte des objets; et les suites de l'opération sont presque nulles, ou du moins infiniment moins graves qu'on ne l'aurait pu supposer. »

M. L. Boyer, qui espérait obtenir la parole dans cette séance, pour la lecture d'un mémoire sur ce mode de traitement, avait amené plusieurs individus sur lesquels il a pratiqué avec succès l'opération, et qu'il désirait soumettre à l'inspection de MM. les membres de la section de médecine et de chirurgie. La date de ces huit opérations varie du 19 décembre au 24 janvier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. le secrétaire fait part à l'Académie d'une lettre de M. le docteur Philips, dans laquelle ce médecin annonce avoir pratiqué sur la langue une opération qui a amené la guérison d'un bègue.

RAPPORT SUR LE FILTRE DE M. SOUCHON.

Par une lettre officielle, M. le ministre du commerce s'est enquis auprès de l'Académie des avantages que pouvait offrir un filtre nouveau, présenté par M. Souchon, filtre qui a déjà servi dans plusieurs manufactures, et a également fourni l'eau à plusieurs quartiers de Paris. Le rapport de M. Soubeiran est la réponse de la commission chargée d'examiner le filtre Souchon. La nouveauté du filtre Souchon consiste dans l'emploi de la laine, dont les fils, lassés en masses nombreuses, et sous un arrangement particulier, retiennent les corps les plus petits tenus en suspension dans l'eau. Il semble, au premier abord, étonnant, dit M. le rapporteur, qu'on ait songé à débarrasser l'eau de ses impuretés à l'aide d'une substance animale, qui pourrait lui abandonner quelques-unes de ses molécules. L'examen microscopique a levé ces craintes. Deux micrographes, M. Bayard, puis plus tard M. Biot, ont étudié cette eau, et n'y ont trouvé aucune trace de débris de laine. Il se dépose dans le filtre laineux une peuplade d'infusoires et quelques espèces de conferves. La quantité d'eau que débite cette espèce de filtre est très abondante, et la limpidité en est toujours parfaite. D'ailleurs, ce n'est que des corps en suspension que cette espèce de filtre prive l'eau; elle est sans action sur les corps à solution.

CONCLUSIONS. — 1° Ce filtre est d'une exécution facile et économique.

2° Il débite une grande quantité d'eau.

3° Son emploi est avantageux, et il peut rendre des services véritables.

Ces conclusions ont soulevé, dans le sein de l'Académie, une vive opposition, et la discussion qu'elles ont soulevée a rempli presque toute la séance. Nous ne donnons à nos lecteurs que la substance de cette discussion.

Dans le sein d'une autre société savante, MM. Emery et Boutron Chariard ont été également chargés de l'examen du filtre Souchon, et étant arrivés à des résultats contraires à ceux de la commission, ils ont été peu à peu amenés à adresser toutes leurs objections au rapporteur de la commission académique. Ils ont dit que l'eau filtrée par le procédé de M. Souchon contenait des particules laineuses véritables, qui ont été vues par eux, par M. Guérard, et que, pour mieux s'assurer de la nature de ces petits corps, ils avaient ajouté à l'eau distillée des débris de laine auxquels ils trouvaient la plus parfaite ressemblance avec ceux trouvés dans l'eau du filtre Souchon. De plus, M. Emery a conservé exactement bouchées vingt bouteilles remplies d'eau Souchon, et vingt bouteilles remplies d'eau venant d'un autre mode de filtrage. Au bout de six semaines, l'eau Souchon avait déjà de l'odeur, et l'autre était potable au bout de cinq mois. Enfin, le filtre nouveau ne peut, en aucune façon, priver l'eau des matières animales qu'elle contient, et c'est ce que font d'autres modes de filtrage où le charbon est employé.

MM. SOUBEIRAN, rapporteur, et CHEVALIER, membre de la commission, répondent que la lettre du ministre ne leur avait demandé aucune comparaison entre le filtre Souchon et les autres filtres, et qu'ils se sont abstenus de mettre en présence des intérêts nombreux et variés; qu'occupés depuis le mois de juin de

(1) Nous avons signalé depuis longtemps dans nos conférences cliniques, et en présence d'un grand nombre de médecins français et étrangers qui ont assisté à nos opérations de strabisme, plusieurs des dispositions anatomiques observées par M. Bonnet, notamment celles relatives aux enveloppes fibreuses de l'œil. Ces dispositions sont, en effet, la base de la méthode sous-conjonctivale, et sans leur connaissance précise la méthode n'est pas applicable. Nous nous bornons, pour le moment, à cette simple remarque.

Notre honorable confrère, M. Bonnet, a pu déjà s'assurer, par son savant collègue, M. Pétrequin, et par M. le professeur Dubowitski, que nous avions fait connaître longtemps avant la publication de sa lettre quelques unes des dispositions anatomiques qu'elle signale. Nous dirons cependant que nos remarques n'avaient nullement porté sur l'insertion des muscles de l'œil à leurs gaînes, ni sur les conséquences de ce fait nouveau par rapport aux mouvemens de l'œil après la section des muscles dans leur partie antérieure. La coïncidence de nos recherches avec celles de M. Bonnet ne porte que sur les enveloppes fibreuses de l'œil et sur la manière dont elles se comportent à l'égard de l'œil et ses muscles.

JULES GUÉRIN.

l'examen dont ils viennent de soumettre les résultats à l'Académie, ils ont fait des études consciencieuses, et que jamais eux, MM. Bayard et Biot, n'ont trouvé de débris de laine dans l'eau en question; que la prétendue action du charbon dans les differens filtres est tout à fait illusoire, puisque les uns ne changent jamais leur charbon, qui est alors bientôt saturé; que d'autres le lavent bien, mais point assez souvent, et tous n'en emploient qu'une quantité trop minime, ce qui se conçoit, quand on songe que, si véritablement il y avait un véritable filtrage par le charbon, le prix de l'eau deviendrait exorbitant; qu'enfin, les eaux qui se conservent si longtemps ont été soumises à des procédés chimiques qui agissent sur les corps tenus en dissolution.

Beaucoup de membres prennent la parole pour ou contre la commission; parmi eux, M. Moreau, pensant que la question était loin d'être éclairée, propose de renvoyer le travail à la commission, à laquelle on joindrait M. Emery.

MM. Bégin et Husson proposent d'ajouter aux conclusions du rapport, que le filtre Souchon n'agit, comme les autres filtres, que sur les corps tenus en suspensoir dans l'eau, et ne saurait la préserver de la putréfaction.

La proposition de M. Moreau, mise aux voix, est rejetée à la majorité d'à peu près 28 contre 18.

Celle de M. Bégin est adoptée, et des conclusions ainsi amendées sont elles-mêmes adoptées.

PIERRE DE 40 GRAMMES, RENDUE SPONTANÉMENT PAR UNE FEMME DE 80 ANS.

M. Ségalas: Je place sous les yeux de l'Académie une masse de pierres rendues spontanément par une vieille fille de 80 ans. Voici d'abord 430 graviers rendus par cette femme il y a trois ans, dans l'espace d'une année; ils pèsent ensemble 4 grammes. Voici ensuite 20 petites pierres rendues dans l'année suivante; elles pèsent près de 5 grammes. Voici enfin 4 pierres rendues en même temps et en dernier lieu. Les quatre pèsent 50 grammes. L'une d'elles, à elle seule, pèse 40 grammes et offre 135 millimètres de circonférence. L'expulsion de celle-ci a nécessité de grands efforts, et donné lieu à une perte de sang assez considérable, et une incontinence d'urine. Cette incontinence, complète d'abord, a cessé de l'être bientôt et maintenant au vingtième jour de l'expulsion, elle est très peu notable. La malade garde les urines une heure et plus.

Les exemples de grosses pierres rendues par les femmes sont nombreux. On en trouve de fort remarquables dans les collections scientifiques et dans les ouvrages qui traitent des maladies des voies urinaires. Plusieurs de ces pierres sont plus volumineuses que celle que je soumets à l'Académie: il y en a, en effet, qui pèsent 2 onces, 2 onces 1/2 3 onces, et au-delà. Moi-même j'ai présenté à l'Académie des sciences, il y a six ou sept ans, une pierre pesant 105 grammes, et qui avait été rendue spontanément par une ville fille. Nonobstant ces exemples, j'ai pensé que la pierre que je présente aujourd'hui pourrait intéresser d'abord par son volume, puis par le très grand nombre de graviers et pierres qui l'ont précédée (453), enfin par l'incontinence d'urine à laquelle son expulsion a donné lieu, et qui, contrairement à ce qu'on observe le plus souvent en pareil cas, a cédé en grande partie en vingt jours, et semble devoir bientôt cesser complètement; de telle sorte que cette espèce de taille naturelle aurait ici le même résultat que la taille la plus heureuse faite par l'urètre.

BIBLIOGRAPHIE.

LEÇONS SUR L'ANATOMIE MORBIDE DES MEMBRANES SÉREUSES ET MUQUEUSES; par M. le docteur HODGKIN. — Deux volumes (en anglais).

De toutes les branches des sciences médicales, c'est l'anatomie pathologique qui a fait le plus de progrès, et, bien qu'elle soit loin encore de l'état de perfection que quelques enthousiastes lui supposent, il est incontestable qu'elle marche avec plus de rapidité encore que toutes les autres, et que chaque jour voit naître de nouvelles recherches destinées à étendre son domaine; mais au milieu de cet accroissement continuel, il est bon, il est même nécessaire, que quelqu'un se charge de temps en temps de revoir tous ces faits qui s'accumulent journellement, de les étudier, de les comparer, de rejeter ceux qui sont sans valeur, et, au contraire, d'indiquer la place que doivent occuper les autres parmi les connaissances déjà acquises. Tel paraît avoir été le principal but du travail du docteur Hodgkin, qui, chargé pendant longtemps de la direction du musée anatomique de l'hôpital Guy et des démonstrations anatomiques au même hôpital, a eu de si nombreuses et de si belles occasions d'observer la nature et d'étudier ses vérités mystérieuses. Le cadre qu'il a adopté est assez large pour que nous puissions le suivre avec intérêt et examiner la part qu'ont prise aux progrès récens de l'anatomie pathologique les médecins du pays qui a produit les J. Hunter et les Baillie, et où sont encore sir Astley Cooper et le docteur Bright, sans pourtant négliger ceux de nos compatriotes avec lesquels l'auteur est très familiarisé, et dont il s'est plutôt exagéré l'importance qu'il n'a cherché à la déprécier. Nous nous abstiendrons cependant, dans l'analyse que nous allons faire de cet ouvrage, de rappeler les faits qui sont ou au moins doivent être connus de tous, et nous ne signalerons que ceux qui, soit par leur nouveauté, soit par la manière dont l'auteur les considère, s'éloignent des idées généralement reçues parmi nous.

Dans le premier volume, l'auteur s'occupe des membranes séreuses et de quelques-uns des produits anormaux que l'on rencontre dans les organes de l'homme, commençant d'abord par présenter quelques considérations générales et historiques sur l'anatomie pathologique dont il est loin de s'exagérer l'importance, puisqu'il reconnaît qu'il y a beaucoup de points qu'elle n'a pu encore et qu'elle ne pourra jamais éclairer; il repousse aussi les expressions hypérémie et autres proposées parmi nous pour remplacer le mot inflammation qu'il regarde avec raison comme bien préférable, si on ne lui donne pas une extension démesurée, comme on l'a fait depuis bien des années, et comme le font encore aujourd'hui beaucoup de pathologistes, pour lesquels le mot *inflammation* est à peu près synonyme de *maladie*.

Avant de passer à la description des lésions de chacune des séreuses en particulier, M. Hodgkin présente un aperçu sur l'anatomie normale et pathologique des séreuses considérées d'une manière générale, et signale parmi les faits qui se rattachent à cette étude le passage des membranes séreuses aux membranes muqueuses, et les caractères qui appartiennent à ce passage; puis, parmi les lésions communes aux séreuses, il note la suppression de la transpiration dont elles sont le siége, la sécrétion des gaz qui est moins commune qu'on ne croit généralement, et les divers autres états morbides auxquels ces membranes sont sujettes et sur lesquels nous ne trouvons rien qui mérite une mention spéciale, l'auteur adoptant sur presque tous ces points les opinions émises par Dupuytren, Laënnec, Villermé, Baillie et les autres anatomistes.

L'auteur admet les phlegmasies sèches des séreuses, et regarde cet état comme le premier effet de l'inflammation qui suspend la sécrétion du fluide chargé de lubréfier ces membranes dans l'état normal. Cette question mériterait un examen sérieux, auquel nous regrettons de ne pouvoir nous livrer en ce moment. Nous devons signaler en l'approuvant l'opinion que l'auteur émet sur les différentes altérations que présentent les séreuses à la suite des phlegmasies, et qui seraient plutôt, selon lui, le résultat de différences dans la nature ou la marche de la phlegmasie que des produits appartenant à des périodes différentes; car il pense que les membranes séreuses peuvent éprouver toutes les différentes phlegmasies auxquelles les autres tissus sont sujets. Cette manière de voir adoptée dans certaines limites est d'une grande importance sous le point de vue pratique; car elle peut mettre sur la voie d'expliquer l'efficacité, dans certains cas, de médications qui sont sans utilité dans d'autres.

Nous signalerons une opinion de l'auteur qui n'est pas nouvelle; car, comme il le dit lui-même, elle n'est qu'un retour à la doctrine de Hunter, mais qui diffère de celle admise par la plupart des anatomo-patologistes, c'est relativement aux propriétés coagulables que l'on attribue au pus et aux produits purulens, et que le docteur Hodgkin leur refuse, les regardant avec raison comme des liquides excrémentitiels, tandis que la formation de fausses membranes qui se développent si fréquemment dans les inflammations du sérum serait le résultat d'un travail analogue à la coagulation du sang; aussi distingue-t-il deux sortes d'épanchemens, l'un qu'il appelle plastique ou coagulable et qui forme ces adhérences celluleuses transparentes qui se développent quelquefois avec tant de rapidité; l'autre qui a des propriétés entièrement opposées, qui est non plastique ou incoagulable, plus ou moins opaque, trouble, d'un jaune sale, et d'une consistance un peu visqueuse. L'épanchement qui se forme dans la cavité du péritoine, dans beaucoup de cas de fièvre puerpérale, est de ce second genre, tandis que celui qu'on détermine pour obtenir la cure radicale de l'hydrocèle appartient au premier. Enfin dans des cas nombreux les épanchemens sont formés de ces deux matières différentes, dans des proportions diverses et avec des effets nécessairement très variables aussi. Nous voudrions suivre l'auteur dans cette étude; mais nous devons aussi rendre compte de ses recherches sur les altérations propres à chacune des séreuses en particulier.

La plupart des lésions de l'arachnoïde sont les produits de l'inflammation, telle est au moins l'opinion admise généralement aujourd'hui, et que partage M. Hodgkin. Ainsi, la simple augmentation de la sérosité de l'état normal, la présence de fausses membranes et du pus, l'opacité de l'arachnoïde, seraient constamment le résultat d'un travail inflammatoire. Notre auteur partage l'arachnoïde en quatre parties différentes, et dont il étudie séparément les lésions, mais sans qu'il en résulte, à notre avis, aucun avantage bien réel. La première division comprend toute la partie de l'arachnoïde qui est en dehors du cerveau; la seconde, celle qui tapisse les ventricules; la troisième, celle qui appartient aux plexus choroïdes; et la quatrième, celle qui entoure la moelle épinière.

Les lésions du péricarde dépendent presque toutes comme celles de l'arachnoïde, dans l'ordre des idées qui dominent aujourd'hui, de l'inflammation, mais elles sont assez variées pour exiger une étude sévère des

circonstances dans lesquelles elles se développent. Nous trouvons ici une heureuse application de la distinction établie par l'auteur entre les produits organisables et ceux non organisables des séreuses. Par exemple, c'est au mélange de ces produits d'une nature si différente qu'est due l'apparence extérieure de ces cœurs qui sont enduits d'aspérités, qu'on prit quelquefois pour des poils, et sur lesquels on a conté d'absurdes histoires. Les fausses membranes déposées à la surface du péricarde, lorsqu'elles sont récentes et épaisses, offrent quelquefois la consistance de blanc d'œuf coagulé, ce qui a donné lieu à l'opinion erronée qu'elles sont composées d'albumine; mais le docteur Dowler a démontré que la partie la plus organisable des épanchemens séreux est de la fibrine. Quant à la différence chimique qui existe entre cette partie organisable ou plastique, et celle qui ne l'est pas, elle n'a été encore ni signalée, ni même étudiée.

Les taches laiteuses qu'on observe à la surface du péricarde paraissent à l'auteur être le résultat d'une pression exercée sur cette membrane; soit par le sternum, soit par le foie ou par quelque plaque osseuse développée dans l'épaisseur du péricarde pariétal.

La plèvre et le péritoine font le sujet des cinquième et sixième leçons, et nous fourniraient l'occasion d'utiles citations, si l'espace nous permettait d'en faire; nous en dirons autant de la septième leçon, consacrée aux animaux parasites de l'homme, et des animaux qui offrent tant d'intérêt sous le point de vue de leur origine, de leur mode de développement et de propagation, de leurs habitudes mêmes, toutes circonstances sur lesquelles le docteur Hodgkin a recueilli des faits et des observations qui donnent à cette septième leçon un intérêt qu'on chercherait en vain dans certains ouvrages publiés sur le même sujet.

S'il y a quelque analogie entre les membranes séreuses et les hydatides, il y en a plus encore entre ces membranes et les kystes qui font le sujet de la septième leçon, et que l'auteur divise en deux classes bien distinctes: les kystes simples, qui le plus souvent sont solitaires, et qui se développent dans le crâne, dans les paupières, dans le poumon, dans les mamelles et autour de l'utérus, et les kystes qui jouissent de la propriété singulière de produire d'autres kystes semblables à eux-mêmes. Ces derniers sont assez souvent confondus avec des hydatides, tandis qu'ils en diffèrent, parce que chacun des kystes n'est jamais isolé, qu'au contraire ils sont tous attachés les uns aux autres, ou continus, et parce qu'on voit des vaisseaux déliés se ramifier en passant de l'un à l'autre. Des faits intéressans offrant des exemples des différentes variétés sous lesquelles se présentent ces kystes, et quelques recherches sur les organes où ils se développent, et sur les causes qui les déterminent, complètent la huitième leçon, après laquelle l'auteur passe dans les trois suivantes aux productions accidentelles d'une mauvaise nature (*malignant disease*).

Avant de définir ce que l'on entend par maladie d'un mauvais caractère, le docteur Hodgkin fait voir combien est vicieuse la méthode que l'on suit ordinairement pour disséquer les tumeurs de cette nature, et qui n'est pas moins obscure que celle que l'on emploie tous les jours pour étudier le cerveau, et qui, au reste, est la même, et consiste à couper la masse que l'on examine par tranches plus ou moins épaisses; il veut, et avec raison, que l'on distingue dans ces produits hétérologues les membranes ou kystes des produits qui les séparent; il veut qu'on suive ces kystes dans toutes leurs distributions, au milieu des tumeurs, dans tous les enfoncemens où ils pénètrent, qu'on y étudie les propriétés des différens solides et fluides dont elles se composent, et qu'on y observe les différentes transformations qu'elles subissent. Nous n'indiquerons pas la définition que donne M. Hodgkin de ces maladies, ni ce qu'il dit des causes qui les préparent, ni des effets qu'elles produisent sur toute l'économie; et passons immédiatement à la dixième leçon, où il traite du squirre et des tumeurs fongueuses, deux altérations que les médecins anglais distinguent avec le plus grand soin, tandis que chez nous on les confond le plus souvent.

Avant de s'occuper de la cirrhose et de la mélanose, par lesquelles il termine le premier volume, l'auteur jette un coup-d'œil sur les différentes couleurs que l'on observe chez l'homme, et même chez quelques animaux; il entre, sur les causes de ces couleurs, dans des développemens qui font de cette portion de son travail une question tout à fait à part, et composée de faits qui n'avaient point encore été, nous pensons, réunis sous ce point de vue.

M. Hodgkin, avant de terminer la description des maladies dont nous venons de parler, examine les théories qui ont été avancées pour expliquer leur formation, et dont aucune ne le satisfaisait pleinement; il repousse également l'opinion de la plupart des médecins français, pour lesquels ces différentes altérations sont toutes le résultat de l'inflammation, et celle du docteur Carswell, qui les considère comme le résultat d'une altération du sang, et cherche à les remplacer par une qui lui est propre; nous nous bornerons à l'indiquer sans citer les différens argumens qu'il apporte à l'appui, et dont peut-être il s'est aussi exagéré la valeur. Ces altérations seraient dues primitivement, si nous l'en croyons, à un léger épanchement de lymphe plastique, qui, venant à se concréter, formerait le noyau autour duquel de nouveaux épanchemens de lymphe plastique et des productions nouvelles viendraient se déposer successivement et produire avec le temps les masses squirrheuses et cancéreuses qu'on trouve souvent dans les organes.

Le second volume comprend, comme le premier, douze leçons, dont la première est consacrée à l'étude de l'anatomie générale des membranes muqueuses, de leur origine, de leurs difformités, de leurs sécrétions et des troubles auxquels elles sont sujettes, de leurs états pathologiques, de leurs différens modes d'inflammation, et enfin des sympathies qui existent entre elles.

Si nous devions suivre l'auteur pas à pas dans cette seconde partie de son travail, nous aurions à décrire avec lui toutes les altérations des membranes muqueuses des voies aériennes, et tous les états pathologiques de l'appareil de la respiration auxquels la membrane muqueuse participe presque constamment, toutes celles du canal alimentaire, et qui sont si nombreuses; ne pouvant nous livrer à ce travail, nous nous bornerons à signaler quelques-uns des points principaux, et ceux surtout sur lesquels la manière de voir de l'auteur différera de celles qui sont le plus généralement admises.

Nous venons de voir, en parlant des membranes séreuses, que M. Hodgkin distingue deux modes d'inflammation de ces membranes; l'une plastique, dans laquelle la partie la plus solide du produit de l'inflammation n'est que de la fibrine, forme une substance concrète, continue, susceptible d'organisation et conséquemment douée de propriétés vitales énergiques; l'autre, dans laquelle le produit de l'inflammation conserve une forme plus ou moins fluide, composée de parties qui n'ont aucune disposition à se réunir, à s'organiser, et qui peuvent être regardées comme entièrement privées de propriétés vitales; c'est cette seconde forme de l'inflammation qu'il a désignée sous le nom de non-plastique, inorganisable ou puriforme; nous avons vu que ces deux formes peuvent se compliquer mutuellement, et produire des effets bien différens suivant la prédominance de l'une ou de l'autre; l'auteur retrouve également ces deux formes dans les phlegmasies des muqueuses. Ainsi, si nous voulons examiner les maladies des muqueuses de l'appareil respiratoire, nous trouvons parmi les inflammations plastiques de cette membrane, d'abord les productions membraneuses qui se forment à la surface du larynx et des bronches, le croup, puis arrivant au tissu même du poumon, nous voyons que l'altération désignée sous le nom d'hépatisation rouge est rangée dans la même catégorie. Voici comment l'auteur s'exprime sur ce point, après avoir parlé de l'obstacle que la sécrétion normale du mucus oppose à la formation des couches continues de lymphe et des fausses membranes:

« Les exemples les plus tranchés de ce mode d'inflammation se rencontrent dans le poumon des enfans, et surtout des petits enfans. La lymphe épanchée dans ces cas est presque invariablement teinte par la matière colorante du sang. Le tissu pulmonaire perd sa texture spongieuse et devient tout à fait solide; il présente, au lieu du rouge léger ou grisâtre, un rouge foncé assez semblable à celui du foie à l'état normal; des tranches minces de ces tissus lavées dans l'eau perdent bien un peu de leur matière colorante; mais ne recouvrent pas leur structure celluleuse; tout ce qu'on peut voir, c'est un certain degré de mobilité des parties qui quelquefois même est visible avant l'ablution et qui se passe dans le tissu cellulaire interlobulaire; quand ce mouvement limité a lieu entre les lobules indurés, la partie du poumon qui en est le siége ressemble alors au pancréas. Le plus souvent les tuyaux bronchiques qui conduisent à la partie du tissu malade ne participent pas à l'inflammation; cependant il en est quelquefois autrement; dans un cas surtout de pneumonie lobulaire qui compliquait la coqueluche chez un enfant et qui m'offrit les caractères les plus tranchés de l'inflammation plastique, je trouvai les tubes bronchiques qui allaient à la partie du poumon malade tapissés d'un épanchement plastique très fin, semblable à ce que l'on observe dans la trachée dans les cas de croup les mieux caractérisés. »

La pneumonie opposée, non plastique ou incoagulable, est représentée par ce que l'on appelle l'hépatisation grise, et qu'on regarde comme le résultat d'un degré plus avancé de la maladie, tandis que d'après le docteur Hodgkin, la coloration serait la même dans le commencement de la maladie. Voici les principales raisons sur lesquelles il s'appuie: 1° beaucoup de cas où l'on a trouvé cette forme de l'altération ont eu une trop courte durée pour qu'on admette que la pneumonie a passé du rouge au gris; 2° dans l'hépatisation rouge la forme des parties du poumon qui en est le siége n'est que peu altérée; dans la pneumonie non coagulable ou dans l'hépatisation grise, le tissu du poumon est au contraire quelquefois extrêmement distendu, au point que le lobe supérieur, qui

est fréquemment le siége de la maladie, s'étend sur l'inférieur et paraît presque occuper tout un côté de la poitrine; la plèvre est lisse et tendne et les lobules offrent un volume plus considérable; 3° le tissu du poumon est, dans cette forme comme le tissu de tous les autres organes, extrêmement ramolli; 4° une menne tranche de ce tissu, enlevée avec soin et soumise à un léger filet d'eau, perd si complètement le produit de l'inflammation qu'elle revient pour ainsi dire à son état normal.

Cette inflammation occupe ordinairement un lobe tout entier du poumon et le plus souvent le supérieur; elle est extrêmement grave et ne paraît pas susceptible de guérison, lors même qu'elle n'occupe qu'un seul lobe; la matière est trop visqueuse pour être chassée facilement par les bronches, et le tissu trop ramolli, et par conséquent incapable d'une réaction assez puissante pour revenir à l'état normal. Quand la lésion n'est pas assez étendue pour détruire la vie, le tissu pulmonaire altéré est entraîné et laisse une cavité qui est confondue quelquefois avec celles que laisse la fonte des tubercules.

Entre ces deux formes extrêmes, le docteur Hodgkin admet de nombreux intermédiaires, dont il décrit les altérations et même les symptômes, mais sur lesquels nous ne pouvons nous arrêter, ayant déjà insisté assez longuement sur cette distinction, sur le mérite de laquelle nous ne pouvons nous prononcer, mais qui nous semble assez importante pour être examinée sérieusement.

De toutes les autres affections pulmonaires dont s'occupe M. Hogdkin dans cette partie de son travail, nous ne signalerons que la phthisie tuberculeuse; il la regarde comme le résultat d'une sécrétion morbide, qui non seulement n'est pas essentiellement liée à un travail inflammatoire, mais qui, au contraire, survient ordinairement dans des conditions opposées. Le développement de ces idées occupe une partie importante du second volume, et malgré le grand nombre de travaux publiés en France sur ce sujet, il sera lu avec intérêt par tous ceux qui se contentent de progrès lents, mais réels et ayant un but pratique; car le travail de M. Hodgkin, bien qu'uniquement consacré à l'anatomie pathologique, a pourtant plus de portée, dans le point de vue pratique, que certains gros volumes, sur des sujets en apparence plus fertiles pour le médecin praticien.

La fin du second volume est consacrée à la description des altérations de la muqueuse du tube digestif, depuis la bouche jusqu'à la fin du rectum. Nous aimerions à suivre l'auteur dans ce travail important où il donne à chaque instant des preuves d'un savoir étendu et d'une juste appréciation des faits. Mais tant de questions mériteraient de nous arrêter, et nous nous trouverions entraînés dans tant de développemens que nous n'osons pas entreprendre cet examen. D'ailleurs, les matériaux dont s'est servi ici M. Hodgkin, ayant été la plupart empruntés aux auteurs français, nous trouverions dans cette partie moins d'originalité que dans les autres, peut-être aussi trouverions-nous que sur quelques points son travail laisse à désirer; ainsi nous n'engagerions pas à y étudier les lésions des follicules intestinaux dans la fièvre typhoïde; car l'auteur qui paraît avoir observé peu de cas de ces lésions ne les décrit que d'après les recherches de M. Louis publiées en 1829, et semble n'avoir point eu connaissance de ce qui a été fait depuis cette époque parmi nous. A l'exception de ce point et de deux ou trois autres moins importans le travail de M. Hodgkin est parfaitement au courant de la science actuelle et ne contient pas une foule d'erreurs qu'on trouve encore aujourd'hui dans nos auteurs classiques, par exemple, sur le ramollissement, l'épaississement, l'état mameloné de la muqueuse de l'estomac qu'il est loin de rapporter uniquement, comme on le fait encore parmi nous à un travail phlegmasique; aussi nous ne balançons pas à l'encourager de tous nos vœux, et nous espérons que la suite de ce travail ne tardera pas à être publiée.

VARIÉTÉS.

— Un nouveau concours vient de s'ouvrir au Val-de-Grâce pour deux chaires de pathologie externe, vacantes dans les hôpitaux d'instruction de Metz et Lille. Le jury est composé de MM. baron Larrey, président; Bégin, Lacroix, Choquet, Baudens, Michel Lévy, Duponchel, Desruelles; MM. Piron et Daenzer, suppléans.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Permettez que je me serve de la voie de votre excellent journal pour rendre publiques quelques réflexions qui m'ont été suggérées par la lecture du compte-rendu de l'association médicale de Paris (n. du 30 janvier), tout en rendant justice à la bonne intention qui dirigeait M. le docteur Renonard dans la présentation de la proposition suivante :

« Adresser à M. le ministre de l'instruction publique une pétition collective, tendant à provoquer une disposition de loi qui interdirait aux officiers de santé la résidence des localités dont la population excède 2,000 âmes. »

Je cherche par mes faibles paroles, et s'il en est temps encore, à empêcher une pareille demande.

Croyez-vous, en effet, qu'en reléguant dans les campagnes les officiers de santé, ces praticiens subalternes, on aura sapé un abus, on aura ennobli notre profession? non, sans doute, mais ne voyez-vous que, par le seul fait de cette proposition, on blesse au cœur tout le corps médical des campagnes, on cherche à établir une distinction entre le docteur qui, protégé par la fortune on par un de ces hasards heureux fixe, sa résidence dans une ville, et celui qui, plus modeste dans ses prétentions, mais non moins instruit, sacrifie sa vie au soulagement des malheureux, et trouve la récompense de ses longs travaux dans la considération dont l'honorent les braves paysans qui l'entourent.

C'est avec reconnaissance que les médecins de toute la France apprendront que l'association de Paris s'occupe des moyens d'améliorer notre professsion, mais je suis persuadé que tous pensent, qu'avant de provoquer de nouvelles dispositions à la loi du 19 ventose an XI, mieux vaudrait se réunir et faire entendre de justes réclamations auprès de l'autorité judiciaire et administrative pour l'exécution complète de la loi; car, si on l'exécutait strictement, nous n'aurions pas tant d'abus à déplorer, et nous n'aurions pas vu, ces jours derniers, la cour de cassation déclarer que prendre le titre de *docteur en médecine* était une action blâmable, mais non susceptible d'être atteinte par la pénalité.

Quoi! un officier de santé pourra, dans un rapport judiciaire ou autre, prendre le titre de docteur, et attirer ainsi la confiance, en commettant un faux, et il n'encourra aucune peine, tandis qu'une personne qui aura porté un uniforme ou une décoration qui ne lui appartenait pas sera punie d'un emprisonnement de deux ans!

Est-ce là, je vous le demande, l'égalité devant la loi?

Contentons-nous donc de réclamer d'abord l'exécution de la loi, et espérons, pour me servir de l'expression de mon honorable collègue, « que les enfans qui sont à la mamelle n'auront point atteint l'âge viril, lorsqu'on fera droit à nos justes réclamations, et qu'on nous accordera enfin une loi qui, tout en supprimant les officiers de santé, facilitera, par une disposition particulière et ayant trait seulement aux frais de réception, l'admission au doctorat des jeunes gens peu aisés. »

Agréez, etc.

MORÈRE, D. M. P.

Palaiseau, 3 février 1841.

CONFÉRENCES CLINIQUES

SUR LE TRAITEMENT DU STRABISME PAR LA MÉTHODE SOUS-CONJONCTIVALE.

M. le docteur JULES GUÉRIN exposera, mercredi prochain, à dix heures précises, à l'hôpital des Enfans, la methode SOUS-CONJONCTIVALE pour le traitement chirurgical du strabisme; cette conférence sera suivie de démonstrations anatomiques et de plusieurs applications de la méthode sur le vivant.

DES NÉVRALGIES ET DE LEUR TRAITEMENT; observation de guérison d'une paralysie complète de la cinquième paire, suivie de considérations générales sur les causes et le traitement de ces paralysies; par le docteur C. JAMES. Chez Fortin-Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine, 1.

La GAZETTE MÉDICALE ayant publié en entier le travail qui fait l'objet de la première brochure, nous n'avons pas à y revenir.

Quant au second travail, les considérations générales qu'il renferme sur les causes et le traitement de la paralysie de la cinquième paire, sont présentées sous une forme concise, et sous un point de vue pratique qui rendent une analyse difficile. Aussi préférons-nous renvoyer nos lecteurs à la brochure elle-même.

L'observation détaillée qui en fait la base, et dont la GAZETTE MÉDICALE a déjà dit un mot à l'époque où l'auteur l'a communiquée à l'Académie de médecine, (séance du 20 octobre 1840) est extrêmement curieuse sous le double rapport de la physiologie et de la thérapeutique du système nerveux. En effet, la paralysie de la sensibilité tactile de toute une moitié de la face, coïncidait avec l'abolition complète de la vue, du goût, de l'ouïe et de l'odorat du même côté. Le malade qui, depuis plusieurs années, avait épuisé inutilement la série des moyens employés d'ordinaire en pareils cas, a été radicalement guéri par le galvanisme, administré d'après des principes et des procédés particuliers que l'auteur expose avec beaucoup de clarté.

— TRAITÉ COMPLET THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DU FOIE, par Anc. BONNET, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc. Nouvelle édition revue, corrigée et considérablement augmentée; 1 vol. in-8°, prix : 6 fr., franco 7 fr. 50 c.

Paris, à la librairie des sciences médicales de Just Rouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8.

La Société médicale d'Emulation de Paris, a décerné à M. Bonnet, pour ce travail, une médaille d'or et le titre de correspondant.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 8. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 20 FÉVRIER 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE ANIMALE.

NOUVELLES RECHERCHES CONCERNANT L'ACTION DE LA GARANCE SUR LES OS; par M. FLOURENS. — (Quatrième mémoire.)

DÉVELOPPEMENT DES OS EN LONGUEUR.

Je me suis servi, dans un précédent mémoire (1), de l'action de la garance pour suivre la marche de l'accroissement des os en grosseur. C'est ce que Duhamel, c'est ce que J. Hunter avaient déjà fait avant moi, du moins en partie. Mais ni Duhamel ni J. Hunter n'avaient songé à profiter de l'action de la garance pour démêler et suivre la marche de l'accroissement des os en longueur.

Et cependant l'action de la garance ne démontre pas moins l'accroissement des os en longueur que leur accroissement en grosseur. On peut s'en assurer par les pièces que je mets sous les yeux de l'Académie.

La pièce n. 1 est le *tibia* d'un jeune porc.

L'animal a d'abord été soumis au *régime de la garance* (2) pendant un mois, puis il a été rendu à la nourriture ordinaire pendant quatre mois; enfin, il a été soumis de nouveau au *régime de la garance* pendant un mois, et il a été tué.

Le *tibia*, scié en long, offre, selon toute sa longueur, trois lignes ou couches parfaitement distinctes: une interne, rouge; une intermédiaire, blanche, et une externe, rouge.

(1) Voyez Compte-rendu des séances de l'Académie, séance du 24 février 1840, p. 305.

(2) *Régime de la garance*, c'est-à-dire garance mêlée à la nourriture ordinaire. (Voyez mes précédens mémoires, Compte-rendu des séances de l'Académie, année 1840.)

Feuilleton.

PHILOSOPHIE MÉDICALE. — LETTRE A M. LE PROFESSEUR LORDAT.

Nous nous empressons d'adhérer au désir exprimé dans la lettre qui suit. Nous pensons que cette discussion sur les premiers principes de la sience médicale, établie entre deux penseurs et deux écrivains si capables de la traiter, ne sera pas sans intérêt pour nos lecteurs.

A M. LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Me serait-il permis, Monsieur, de me servir de la voie de votre excellente feuille pour faire parvenir à M. le professeur Lordat quelques remarques à l'occasion du savant et ingénieux article inséré par lui dans le Journal de la société de médecine pratique de Montpellier (septembre 1840), dont je n'ai eu connaissance qu'assez tard. Je pense que les questions en litige entre nous sont assez directement liées à la spécialité de la Gazette Médicale pour trouver une place naturelle dans ses colonnes.

Agréez etc.

L. Peisse.

A M. LORDAT, PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Monsieur,

J'étais loin de penser que quelques lignes relatives à l'École de Montpellier, insérées incidemment, sous forme de *Note*, dans un ouvrage tout à fait étranger à la science médicale (1), exciteraient quelque attention à Montpellier; mais je de-

(1) L'ouvrage dont il s'agit a pour titre: Fragmens de philosophie, par M. W. Hamilton, *professeur à Edimbourg*, traduit de l'anglais, avec une préface, des notes et un appendice du traducteur. Paris, 1840. La *note* citée se trouve dans la *préface*, p. cxxvi. Elle est ainsi conçue: « Je dois, à propos des médecins et de la médecine, réparer ici une omission qui m'a échappée (p. vi, viii, xiii). Ce reproche de tendances sensualistes et matérialistes s'adresse en général à l'école de Paris, où les exceptions, d'ailleurs, ne sont pas du tout rares; mais il faut excepter plus spécialement l'école de Montpellier, qui a toujours professé des principes opposés, et qui s'y est tellement attachée, que la métaphysique lui a fait souvent oublier la médecine. Il suffit de rappeler les travaux des hommes qui, depuis un siècle, se sont passés de main en main, comme un héritage, l'esprit de cette école: Sauvages, Lacaze, Bordeu, Roussel, Grimaud, Fouquet, Barthez, Dumas, Bérard, et leur dernier successeur vivant, l'illustre professeur Lordat. »

Nous joindrons ici, pour l'intelligence de la discussion, les courts passages

La conche interne est la portion d'os qui s'était formée pendant le premier *régime de la garance* (1) ; l'intermédiaire est la portion d'os formée pendant l'usage de la nourriture ordinaire, et l'externe est la portion d'os formée pendant le second et dernier *régime de lu garance*.

Mais, ce qui nous importe surtout ici, nn il s'agit de démêler et de suivre, comme je l'ai déjà dit, l'accroissement de l'os en longueur, c'est que si l'on examine les deux extrémités de l'os, tant la snpérieure que l'inférieure, on y voit deux masses on portious de tissu spongieux on réticulaire, juxtaposées et parfaitement distinctes l'une de l'autre par leur couleur.

La première de ces masses, celle qui tonche an canal médullaire, est blanche (2); et la seconde, celle qui termine l'os, est rouge.

Or, de ces deux masses, l'interne, ou la plus ancienne puisqu'elle répond aux quatre mois du régime ordinaire (3), est blanche ; et la terminale, on la plus nouvelle puisqu'elle répond an dernier *régime de la garance*, est rouge. Donc les os croissent en longueur en allant du centre aux extrémités, par masses ou conches qui se juxtaposent, comme ils croissent en grosseur, en allant de dedans en dehors, par lames ou couches qui se snperposent.

La pièce n° 2 est un *fémur* dn même porc.

Le corps de l'os a été scié en travers, et l'on y voit très distinctement trois cercles on conches: une interne, rouge (4), qui répond an premier *régime de la garance*; une intermédiaire blanche, qui répond anx quatre mois de la nonrriture ordinaire ; et une externe rouge, qui répond an dernier *régime de la garance*.

Les deux extrémités de l'os ont été sciés en long, et elles offrent denx masses distinctes: l'nne interne et blanche, qui s'est formée pendant les quatre mois de la nourritnre ordinaire ; l'antre, externe on terminale et rouge, qui s'est formée pendant le dernier *régime de la garance*. Une masse plus ancienne. et qui s'est formée pendant le premier *régime de la garance*, a déjà disparn par la résorption.

Des deux masses qui restent, la plus ancienne est donc la plus interne; la plus nonvelle est la plus externe. Les os croissent donc en longuenr par couches qui se juxtaposent, comme ils croissent en grosseur par conches qui se superposent.

Les os contenus dans les bocaux 3, 4 et 5, appartiennent à nn jeune porc qni, après un mois du *régime de la garance*, a été rendn à la nourriture ordinaire pendant six mois.

L'os du bocal n° 3 est le *fémur*. Ce *fémur* a été scié en long, et l'on y voit, selon tonte sa longueur, deux ligues on couches, l'une interne, très mince et rouge ; l'autre externe, très épaisse et blancbe. La couche interne et rnuge, presqne entièrement résnrbée sur qnelques points, est celle qui s'était formée pendant le *régime de la garance*; la conche externe et blanche, heanconp plus épaisse, est tonte la portion d'os qui s'est formée pendant les six mois de la nourriture ordinaire. Voilà pour l'accroissement de l'os en grosseur.

Pour juger tout aussi sûrement de l'accroissement en longneur, il snffit de remarquer qne la concbe rouge ne règne que sur le corps de l'os, et qne tout ce qui est extrémité est hlanc.

Or, ce qui est extrémité, ce qui est blanc, est ce qni s'est fait depuis que le *régime de la garance* a cessé, c'est ce qui s'est fait après ce qni est ronge, puisque le *régime de la garance* avait précédé la nourrilure ordinaire; c'est donc par leurs extrémités que les os s'allongent.

Les bocaux 4 et 5 présentent quelques os du *carpe* du même porc.

Les os dn bocal n° 4 sont sciés en long ; les os du bocal n° 5 sont entiers. Et partont, soit que l'on considère les os sciés en long et que l'on voit à l'intérieur, soit que l'on considère les os entiers et que l'on voit à l'extérieur, partont la conche ronge marqne par sa limite, et quelle était la longuenr de l'os an moment où le *régime de la garance* a cessé, et qnelle est l'étendne de la portion d'os qui s'est formée depuis qne l'animal a été rendn à sa nourriture ordinaire.

C'est donc, encore une fois, par concbes externes et juxtaposées que les os croissent en longueur, comme c'est par conches externes et superposées qu'ils croissent en grosseur. En d'autres termes, et en un seul mot, c'est par l'addition de nouvelles conches, déposées à la surface externe des conches déja formées, qne l'accroissement des os s'opère (1).

L'action de la garance donne donc l'accroissement des os en longueur, comme il donne leur accroissement en grosseur.

Il est singnlier que Dnhamel et J. Hunter ne s'en soient pas aperçus, eux qui, d'ailleurs, ponr découvrir et ponr démontrer l'accroissement des os en longueur, ont imaginé des expériences si ingénieuses et snsceptibles d'une si grande précision.

Dnhamel perça le *tibia* d'nn jeune ponlet (2) de plusienrs trous, placés à une égale distance les uns des antres. Au bont d'un certain temps, la position respective des trous n'avait pas changé; tout l'accroissement s'était fait anx extrémités de l'os, et par delà les trons. Voici cette helle expérience de Dobamel, qui n'a pas été assez remarqnée, et que lui-même a mal comprise (3).

« On choisit, dit-il, un poulet d'environ six semaines; l'os de sa jambe avait deux pouces de longuenr ; on le perça avec un foret à un demi-

(1) Celle conche rouge est *actuellement* la couche la plus ancienne; mais elle avait été précédée par une autre, laquelle était blanche (car l'animal ne se nourrissait pas encore de garance), et a disparu par la résorption. Voyez mes précédens mémoires, COMPTE RENDU DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE, séance du 24 février 1840, page 305.

(2) Il y avait eu précédemment une couche ronge plus iutérne que la couche blanche actuelle, et qui répondait au premier *régime de la garance*, mais qui a déjà disparu par la résorption, car la résorption marche très vite dans le tissu spongieux des os.

(3) La conche, plus aucienne encore, et qui répoudait an premier *régime de la garance*, a disparu par la résorption.

(4) Le cercle qui avait précédé la conche qui existait, et qui formait l'os avaut le premier *régime de la garance*, a disparu par la résorption. Voyez mes précédens mémoires.

(1) C'est même là ce qui fait tout l'accroissement ; c'est que les parties nonvelles se formant par-dessus les ancienues, sont nécessairement plus grandes.

(2) Je choisis cette expérience de Duhamel entre plusieurs autres, parce que, de toutes les siennes, c'est celle qui se rapproche le plus de l'experience décisive de Hunter. Voyez le mémoire de Duhamel sur LA CRUE DES OS SUIVANT LEUR LONGUEUR. MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. année 1743.

(3) Trompé par d'autres expériences, faites sur des animaux plus jeunes, et dans lesquelles il avait cru voir les *trous* s'éloigner, *plus ou moins*, les uns des autres : *moins* à la partie moyenne, et *plus* aux extrémités. D'où il concluait que les os s'allongent *dans toutes leurs parties*, mais surtout dans leurs *parties extrêmes*. Voyez son mémoire déjà cité.

---

vais moins encore imaginer que cette conrte *note* pût sembler assez importante pour qu'un célèbre professeur daignât descendre jusqu'à en faire l'objet d'une critique spéciale et développée. C'est donc avec nne véritable satisfaction, mêlée toutefois de quelque surprise, que j'ai lu les trente-deux pages où vous avez déployés contre ma pauvre et chétive note, un si formidable appareil d'érudition, d'esprit, de dialectique et de philosophie, sous lequel elle a dû nécessairement succomber.

Cette attention me flatte, et loin de m'en plaindre, je n'ai qu'à m'en féliciter. On n'a jamais rien à perdre avec un adversaire qui vous honore par cela seul qu'il vous attaque; car, s'il vous attaque, c'est qu'il vous distingue; et ses réfutations mêmes donnent du poids à vos raisons. Loin donc de me décourager, votre dissentiment est un motif de plus pour moi d'attribuer quelque valeur à mes idées, et par conséquent de chercher à les défendre. Pour cela, je n'aurai guère qu'à les développer et à les expliquer ; et j'aime à penser que cette explication une fois faite et acceptée, nous nous trouverons assez près l'un de l'autre pour que la distance qui semble nous séparer soit réduite au point d'être à peu près inappréciable.

Le fond essentiel de notre discussion roule et doit rouler, si je ne me trompe, sur cette assertion de ma *note* que « l'école de Montpellier s'est tellement attachée à la spéculation, que la métaphysique lui a fait souvent oublier la médecine. » Vous la relevez avec soin, parce que vous en voyez bien la portée. Elle implique en effet un reproche général adressé, non point à tel ou tel disciple de cette école, mais à sa philosophie même, à ses méthodes d'investigation et de démonstration, à sa logique; en un mot, à ce qui constitue la partie à la fois la plus élevée et la plus originale de ses travaux. Aussi, la rejetez-vous expressément, d'abord comme non démontrée par moi et gratuitement énoncée, et de plus comme entièrement fausse au fond. Ce reproche, je ne le retire point, mais je demande à l'expliquer. En lui donnant son véritable sens et ses justes limites, il perdra un peu, je l'espère, de cette apparente dureté qui a pu assez naturellement éveiller votre sollicitude, et vous faire écrire : « Je désirerais que M. P. voulût nous dire quelles sont les fautes où l'école de Montpellier est tombée, et qui autorisent cette accusation. Jusqu'alors je ne puis ni l'innocenter, ni l'excuser, ni implorer son pardon. » Je tâcherai de satisfaire de mon mieux à cette juste exigence, et j'espère obtenir, sinon une réhabilitation complète, ce qui serait peut-être excessif, du moins une généreuse amnistie.

Mais avant de discuter ce point capital, j'ai besoin d'en dégager les abords et de déblayer le terrain où vous m'avez placé, en détruisant quelques ouvrages avancés qui obstruent les passages et masquent le corps de la place. Pour cela, veuillez, Monsieur, partager avec moi le plaisir de relire votre article, en me per-

auxquels se réfère la *note* précédente. « L'école matérialiste... évincée de la Sorbonne, de l'Université, du monde philosophique proprement dit, s'est réfugiée dans la médecine, qui l'a revendiquée comme sa propriété. Là, réduite à des proportions de plus en plus exiguës, elle est devenue une simple branche de la physiologie, et de dégradation en dégradation, elle s'est enfin identifiée avec la phrénologie (p. VI)..... Elle se recrute presque exclusivement dans les sciences physiques et naturelles, et en particulier dans la médecine (p. XII), etc... »

(N. DU R. EN CHEF.)

pouce de l'articulation du pied; on fit un autre trou un demi-pouce plus haut; enfiu on fit un troisième trou encore un demi-pouce plus haut; et ce dernier trou était éloigné de l'articulation du genou d'un demi-pouce; de sorte que toute la longueur de l'os était divisée par demi-pouces.

» Ce poulet fut tué sept semaines après qu'on lui avait piqué l'os de la jambe... ; et alors l'os tibia avait trois pouces de longueur au lieu de deux qu'il avait au commencement de l'expérience.

» Il est question de savoir, continue Duhamel, à quelle partie de cet os s'est fait cet allongement, et c'est ce qu'il est aisé de connaître par le moyen des trous qui divisaient l'os de la jambe en quatre parties égales. Le premier qui, au commeucement de l'expérience, était à six lignes de l'extrémité inférieure, était à la fin de l'expérience à neuf lignes; ainsi l'os s'était allongé de trois lignes en cet endroit. Le deuxième trou était, à la fin de l'expérience comme au commencement, à six lignes du premier et du troisième trou. Mais ce troisième trou qui, au commencement de l'expérience, était éloigné de six lignes de l'extrémité supérieure du tibia, en était éloigné à la fin de quinze lignes; ainsi il y avait neuf lignes d'allongement à cette partie.... »

L'expérience de J. Hunter brille par plus de clarté encore. Le *tibia* d'un jenne porc fut percé de deux trous. L'intervalle de ces deux trous fut exactement mesuré. Au bout de plusieurs mois, l'animal fut tué. Il avait beaucoup grandi, son *tibia* s'était fort *allongé*; et cependant l'intervalle entre les deux trous n'avait pas changé (1). Que l'on cousulte donc les expériences mécaniques ou les expériences par la garance, la conclusion est toujours la même: c'est par leurs extrémités, et par leurs extrémités seules que les os s'allongent.

Je reviens à mes expériences par la garance, et je cherche à voir, d'une vue générale, le mécanisme singulier par lequel les os croissent et se développent.

Or, ce mécanisme du développement des os consiste évidemment dans une *mutation continuelle* de toutes les parties qui les composent. Cet us, que je considère et qui se développe, n'a plus en ce moment aucune des parties qu'il avait il y a quelque temps, et bientôt il n'aura plus aucune de celles qu'il a aujourd'hui. Et, dans tout ce renouvellement perpétuel de matière, sa forme change très peu. Là est une des premières et fondamentales lois qui régissent les organismes. Dans tout ce qui a vie, la forme est plus persistante que la matière.

Buffon l'avait déjà remarqué. « Ce qu'il y a, dit-il, de plus constant, de plus invariable dans la nature, c'est l'empreinte ou le moule de chaque espèce; ce qu'il y a de plus variable et de plus corruptible, c'est la substance (2). »

Georges Cuvier s'est plu à développer cette belle idée. « Dans les corps vivans, dit-il, aucune molécule ne reste en place; toutes entrent et sortent successivement : la vie est un tourbillon continuel, dont la direction, toute compliquée qu'elle est, demeure constante, ainsi que l'espèce des molécules qui y sont entraînées, mais non les molécules individuelles elles-mêmes; au contraire, la matière actuelle du corps vivant n'y sera bientôt plus, et cependant elle est dépositaire de la force qui contraindra la matière future à marcher dans le même sens qu'elle. Ainsi la forme de ces corps leur est plus essentielle que leur matière, puisque celle-ci change sans cesse, tandis que l'autre se conserve (1). »

(1) Voyez TRANSACTIONS OF SOCIETY FOR THE IMPROVEMENT OF MEDICAL AND CHIRURGICAL KNOWLEDGE, tome II, page 277.

(2) Buffon, HISTOIRE DU CERF.

On peut dire que cette grande vue de la *mutation continuelle de la matière*, fruit d'une méditation abstraite plus encore que des faits mêmes pour Buffon et pour Cuvier, se convertit en un fait matériel dans mes expériences sur la garance.

Si je cousidère, en effet, l'accroissement en grosseur sur un de ces os que j'ai mis sous les yeux de l'Académie, sur le *tibia*, sur le *fémur* de ce jeune porc, qui, après avoir été soumis au *régime de la garance* pendant un mois, a été rendu à la nourriture ordinaire pendant six mois, je vois à l'intérieur une couche rouge; mais avant que cette couche rouge se fût formée, il en existait une autre qui était blanche, et qui a déjà disparu : cette couche rouge, qui est à présent la plus ancienne, était donc naguère la plus nouvelle; et quand elle était la plus nouvelle, elle qui bientôt ne sera plus, toutes les couches blanches qui se sont formées depuis n'existaient pas encore.

L'accroissement en longueur me donne les mêmes faits, et peut-être de plus surprenans encore. Les extrémités de l'os, ce qu'on appelle ses *têtes*, changent complètement pendant qu'il s'accroît. En effet, la *tête* ou extrémité de l'os qui se trouvait au point où finit la couche rouge, et qui avait alors elle-même une couche rouge, n'est plus; elle a été résorbée; et celle qui est maintenant n'existait pas alors; elle s'est formée depuis.

Tout change donc, dans l'os, pendant qu'il s'accroît. Toutes ses parties paraissent et disparaissent; toutes sont successivement formées et résorbées; et chacune, comme le dit admirablement G. Cuvier, est *dépositaire*, tandis qu'il existe, de la *force* qui *contraint* celle qui lui succède, et à *marcher dans le même sens qu'elle*, et à revêtir sa forme.

Je ne présente le squelette de jeune porc, placé dans le bocal n° 6, que pour donner une idée, par l'extrême vivacité de la couleur rouge des os, de l'action puissante que la garance exerce sur ces parties.

Le squelette n° 7 est celui d'un jeune pigeon qui n'a été soumis au *régime de la garance* que pendant six jours. Les os sont du rouge le plus vif.

A côté, dans le bocal n° 8, est le squelette d'un pigeon adulte qui a été soumis au même régime pendant plusieurs mois; et cependant les os sont à peine de couleur rosée.

Le mouvement par lequel s'opère l'accroissement dans le jenne animal se continue donc dans l'animal adulte, puisque les os de l'animal adulte se colorent par la garance; mais il ne s'y continue que très ralenti, puisque, après plusieurs mois du *régime de la garance*, les os de l'animal adulte sont beaucoup moins colorés que ceux du jeune animal après quelques jours seulement de ce régime, et je pourrais dire même en rappelant les expériences de mon premier mémoire (2), après quelques heures.

L'action de la garance transforme donc, en faits visibles à l'œil, la marche de l'accroissement des os. Elle marque même, et la rapidité première, et le ralentissement progressif de ce mouvement que Cuvier ap-

(1) RAPPORT HISTORIQUE SUR LES PROGRÈS DES SCIENCES NATURELLES.

(2) Voyez COMPTE RENDU DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE, année 1840.

mettant de m'arrêter de temps en temps sur les points que je ne peux approuver sans restriction, ou laisser passer sans rectification. C'est assez vous dire que mes citations seront nécessairement très peu nombreuses, et nos haltes très courtes.

« Dans cette partie du volume, dites-vous, (*la préface*) les médecins ont été appelés en cause. L'école de Montpellier y a été nommée; elle n'a pas eu *beaucoup* à se plaindre de l'auteur; mais quand on parle de sa doctrine, elle désirerait qu'on indiquât assez sa direction pour qu'on ne put jamais la confondre avec d'autres écoles philosoohiques. » Plus loin, après avoir cité la *note* où je sépare la doctrine philosophique de Montpellier de celle de Paris, vous ajoutez : « Ce désaveu formel doit satisfaire l'école de Montpellier..... Mais malgré cela l'école *ne se sent pas entièrement satisfaite*. L'auteur s'est borné à dire au monde ce qu'elle n'est pas, mais elle voudrait qu'il eût exprimé ce qu'elle est sous le rapport philosophique.... La réparation semble avoir été faite, non par bienveillance, mais pour se rendre irréprochable. » J'ai la douleur de reconnaître par tous ces passages et autres analogues que vous n'avez pas été tout à fait content de l'auteur de la *note*; d'autant plus que vous aviez « des raisons pour penser qu'il connaissait et *estimait* l'école de Montpellier..., et qu'il en possédait les principes. »

Quant à ce dernier point, je crois n'avoir rien dit qui puisse détruire, ni même affaiblir dans votre esprit l'opinion que vous aviez et que je vous prie de conserver. J'estime infiniment les doctrines médicales et philosophiques de Montpellier, et j'ai pour cette école des sympathies qui, comme vous le savez, ne sont pas du goût de tout le monde ici. Mais dans cette si courte et si insignifiante remarque de ma Préface, je n'ai pas prétendu juger la doctrine médicale de montpellier en elle-même d'une manière absolue, et je n'avais même aucune raison d'exprimer une opinion quelconque à cet égard. J'ai voulu seulement marquer sa position relative à l'égard des doctrines psychologiques et métaphysiques régnantes, et énoncer notamment, comme simple fait, l'espèce d'antagonisme de l'esprit général de sa méthode de philosopher avec celui de l'école de Paris : Je n'avais rien à dire sur l'une ou l'autre de ces écoles considérées sous le rapport médical. J'ai voulu seulement affirmer et constater leur divergence, et pour cela je n'avais besoin que d'une simple assertion, dont l'exactitude n'est pas contestée.

J'espère donc que sur ce point vous consentirez à reconnaître, et même au besoin, à proclamer mon innocence.

Vous avez même déjà commencé à le faire *motu proprio*, indirectement il est vrai, en renvoyant à d'autres la responsabilité de mes jugemens, et ne me laissant à moi que le tort de les répéter. « Je soupçonne, dites-vous, que le reproche vient de quelque *ouï-dire* malveillant. Notre école subit assez souvent les injustices de quelques antipathies. Je parierais que les *instigateurs* de la censure dont je parle sont hors d'état d'apercevoir la relation qui existe entre une proposition abstraite que l'école défend avec chaleur, et les nerfs de la science ou les vraies indications thérapeutiques, etc..., etc... » En y réfléchissant mieux vous conviendrez sans doute que je ne peux guère accepter ce mode de justification. Ne voulant pas m'accuser d'inventer de mon chef un méchant propos contre Montpellier, vous m'accusez de répéter passivement une malveillante niaiserie; vous justifiez mes intentions aux dépens de mon jugement, et vous aimez mieux me croire dupe que coupable. Permettez-moi de décliner l'une et l'autre de ces fâcheuses alternatives. Je maintiens à la fois, d'une part, la droiture de mes intentions et de l'autre la parfaite spontanéité de mon opinion. Quant à la

pelle le *tourbillon vital*, et par lequel toutes les parties des os se renouvellent et se succèdent.

Mais la garance n'agit que sur les os. On sent donc combien il serait important de trouver une substance qui agit aussi sur les autres parties, et qui nous démasquât de même, et le mécanisme de leur accroissement et la marche du *tourbillon particulier* qui les entretient et les régénère.

Je cherche et ne désespère point.

Déjà, parmi plusieurs substances non encore essayées sous le point de vue qui m'occupe ici, et que je dois à l'amitié de mon savant confrère M. Pelouze, il s'en est trouvé une, l'*acide aloétique*, qui colore les os en violet, comme on peut le voir par le squelette contenu dans le bocal n° 9.

Mais l'*acide aloétique* nous fournira-t-il enfin ce moyen d'exploration cherché depuis si longtemps pour les parties autres que les os? C'est ce que je n'oserais dire encore. Je dois pourtant ajouter que bien que le pigeon, dont je présente ici les os colorés, n'ait pris qu'une seule fois de l'*acide aloétique*, qu'il en ait pris très peu, et qu'il soit mort quelques heures après en avoir pris, sa peau, son tissu cellulaire, ses cartilages, etc., offraient néanmoins déjà, autant que j'en ai pu juger par un premier examen, une couleur violette assez prononcée.

Je répète et je continue, en ce moment, ces nouvelles expériences.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

NUMÉROS DE SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1840.

REMARQUES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET LE TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES DES ARTICULATIONS (Extrait des cliniques de M. Gerdy); par M. BEAUGRAND.

Comme l'annonce le titre de ce travail, l'auteur n'a voulu aborder que quelques points de l'histoire des tumeurs blanches : l'anatomie pathologique et le traitement. Malgré le grand nombre de travaux entrepris sur une maladie aussi fréquente, il faut bien dire qu'on attend une histoire complète des nombreuses questions qu'elle soulève. De nos jours, beaucoup de points ont été éclairés, d'autres discutés, mais combien encore restent douteux, surtout relativement au pronostic et au diagnostic exacts des altérations si diverses et si nombreuses qu'on rencontre dans les articulations affectées de tumeurs blanches! M. Gerdy a étudié patiemment et depuis longtemps les maladies des os, et a laissé dans son travail de nombreuses marques d'une bonne observation; toutefois, il y a certainement quelque chose d'incomplet dans l'énumération des altérations du système osseux, et, d'un autre côté, peu de praticiens admettront le choix du moment propice, suivant M. Gerdy, à l'amputation.

Les divers tissus qui concourent à former les articulations sont étudiés dans lenrs altérations, d'après leur ordre de snperposition. Chaque tissn est considéré isolément, et toutes les modifications pathologiques que lui imprime la maladie, indiquées successivement, sans aucun égard au degré plus ou moins avancé des parties voisines. Nous n'avons d'ailleurs rien de nouveau à signaler qu'à propos des synoviales, des cartilages, des os. A propos des synoviales, desquelles beaucoup d'anatomistes nient l'existence sur les cartilages, M. Gerdy assure avoir vu plusieurs fois, et à son grand étonnement, des languettes irrégulières de synoviales se prolonger sur les surfaces cartilagineuses. C'est un fait que nous avons été à même de vérifier souvent et d'une manière plus complète que ne le dit ici M. Gerdy ; il n'est pas rare, en effet, de rencontrer dans des articulations de jeunes sujets, encore peu altérées, presque toutes les surfaces cartilagineuses recouvertes d'un réseau vasculaire qui prend naissance dans l'espèce de coucours vasculaire qui entoure, dans l'état normal, la circonférence des cartilages. Ces vaisseaux, témoignage irrécusable d'une organisation quelconque, mais probablement d'une synoviale, sont regardés par beaucoup d'anatomistes comme des fausses membranes organisées, produits de l'inflammation. Outre que le mode de vascularité est bien différent de celui de la fausse membrane, une conséquence, non pas nécessaire, mais fréquente de cette manière de voir, est la négation de la vitalité des cartilages. M. Gerdy ne s'est pas prononcé affirmativement sur cette question. Sans doute ses observations ne lui auront pas fourni les occasions nécessaires pour la juger définitivement. Voici toutefois ce qu'il dit à cet égard : « Si l'on examine avec soin ce que deviennent les cartilages, on voit que, quelque considérables qu'en soient les débris, ils sont blancs, fermes, élastiques, jouissant de leurs caractères normaux, au milieu des altérations les plus profondes des autres tissus. Cependant, deux ou trois fois les cartilages ont été trouvés ramollis. » Cette description ne prouve guère ni pour ni contre la vie des cartilages; en présence d'observateurs aussi habiles et aussi consommés, ceux qui croient avoir vu le ramollissement et l'injection pathologique du cartilage doivent douter encore; mais le temps n'est pas bien éloigné où l'anatomie, la physiologie viendront se joindre à la pathologie pour prouver que les cartilages sont des corps vivans et bien vivans, et déjà M. Nichet a publié, dans ce journal, des faits dont quelques-uns nous ont paru concluans.

En arrivant aux altérations du tissu osseux, M. Gerdy rappelle le sommaire de ce qu'il a écrit ailleurs sur le même sujet. (Voy. MÉMOIRE SUR L'ÉTAT MATÉRIEL DES OS MALADES, ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., 2° série, t. x, p. 129.) Une des choses sur lesquelles il a fait les meilleures observations, c'est la transformation que subit la structure des os sous l'influence de l'inflammation ou d'autres causes pathologiques, et aussi le mode suivant lequel se dépose autour des os une nouvelle substance osseuse. Cette partie du travail est fort intéressante, fort riche de faits que nous avons été assez heureux de pouvoir vérifier sur un grand nombre de pièces que possède ce chirurgien. A propos de la mortification du tissu osseux, il établit la différence suivante entre le sequestre de la nécrose et l'esquille de la carie : le sequestre est l'os mort avant aucune altération organique; l'esquille est l'os mort après une altération qui consiste en une singulière raréfaction de ses canalicules. Quand la portion d'os mortifié est peu considérable, elle peut être résorbée en entier; l'esquille de la carie n'est point privée de sa gélatine, comme on l'a dit dans ces derniers temps. Macérée dans l'acide chloro-hydrique, elle devient molle, spongieuse, élastique. Rien n'est plus rare que de voir le tissu osseux lui-même affecté de ramollissement. Cette dernière altération a été con-

---

vérité de mon assertiou touchant la métaphysique de Montpellier, j'espère aussi la justifier et lui donner en même temps uu sens qui peut-être ue vous déplaira point.

L'école de Montpellier, considérée en bloc dans cette unité traditionuelle de principes que vous aimez tant à faire ressortir, représente, dans le développement de la science en général, et en particnlier dans celui de la médecine, l'esprit et les tendances de la grande école platonicienne. Elle est, quoi que vous en disiez, plus inclinée vers la spéculation que vers la pratique, vers la contemplation que vers l'action. Toujours et avant tout préoccupée de la poursuite des principes, de la construction de ces propositions *généralissimes*, comme dit Bacon, qui embrassent tout, elle néglige un peu ces recherches minutieuses du détail des choses qui semblent exiger des facultés moins relevées; semblable à ces physiciens et chimistes d'autrefois, qui auraient craint de salir leurs mains et de rabaisser les nobles occupations de l'intelligence, en maniant les matières employées par les artisans. Elle est plus portée à systématiser qu'à expérimenter, à expliquer les faits qu'à les chercher, à exercer sa raison que ses sens. Je remarquerai ici d'une manière générale que l'esprit platonicien est de sa nature un peu paresseux, et qu'en outre il a fourni très peu de travailleurs aux sciences qui ont pour objet la uature physique et aux arts qui correspondeot à ces sciences. L'école de Platon triomphe dans l'ordre purement intellectuel et moral, mais c'est de l'école aristotelique que sont sortis tous les naturalistes, les physicieus, les chimistes, et en general les expérimentateurs dans tous les genres. L'industrie même, prise dans une signification large el dans un bon seus, comme l'exercice de la puissance intellectuelle de l'homme sur la nature extérieure dans un but pratique, est essentiellement péripatéticienne. Or, la médecine, étant essentiellement une science pratique, c'est-à-dire un art, ayant pour but non seulement l'intelligence philosophique des lois de la nature, mais la connaissance de ces lois, en tant qu'elles peuvent être dirigées, employees, appliquées, utilisées par l'homme à des cas particuliers, la médecine, dis-je, ainsi entendue, et vous ue repousserez pas cette définition, est plus encore un art qu'une science, et comme telle elle a spécialement besoin de ces recherches matérielles, détaillées qui portent sur les différences des choses plutôt que sur leur ressemblance, et que l'esprit platonicien de Montpellier a de la tendance à uégliger. Profondément pénétrée de la vérité et de la grandeur de certaines vues générales anthropologiques et médicales qu'elle s'est, pour ainsi dire, appropriées, et qui sont, en effet, infiniment remarquables, votre école s'y arrête, s'y repose dans une sorte de quiétude philosophique, et elle se complait tellement sur ces hauteurs qu'elle ne songe que rarement à en descendre. Dans sa conviction qu'elle tient la vérité, et qu'en outre cette vérité est fort ancienne, elle ne sent pas le besoin de changement, et par conséquent de mouvement. Aussi, et c'est là une de *ses fautes*, elle paraît à peu près immobile. Elle trahit encore en ceci son origine philosophique. Le platonisme était sorti en partie, comme le pythagorisme, son frère aîné, des temples de l'Egypte, et la science sacerdotale de tous les temps a eu pour caractère l'immobilité. Montpellier, separee qu'elle est géographiquement des grands centres d'activité scientifique qui se sont formés depuis plus d'un demi-siècle, s'est trouvée aussi peu à peu dans une sorte d'isolement intellectuel. Au lieu de suivre ces grands mouvemens qui se font autour d'elle, ou du moins d'y participer, elle se contente de les observer de loin et de haut ; elle ne les considère que comme des agita-

fondue avec la friabilité, qui elle-même n'est que le résultat de la raréfaction des os. La moelle est souvent rouge, ramollie et même diffluente, et convertie en une pulpe lie-de-vin; c'est surtout chez les sujets scrofuleux que M. Gerdy a trouvé cette dernière altération. Ayant eu l'occasion d'étudier les altérations des tumeurs blanches, nous avons souvent vu ces altérations de la moelle coïncider avec un agrandissement considérable de la cavité médullaire, et un amincissement proportionnel de l'épaisseur de la couche compacte de la diaphyse des os longs. C'est aussi dans des cas pareils qu'existe, dans le tissu spongieux des extrémités, la raréfaction décrite par M. Gerdy. Souvent aussi la pulpe lie-de-vin se rencontre dans le tissu spongieux des extrémités articulaires, et cela dans les tumeurs blanches, de natures différentes. Chez un jeune homme qui fut amputé de la cuisse en 1839 par M. Robert, à la Pitié, la tumeur blanche existait depuis sept ou huit ans; toutes les médications avaient été épuisées; la constitution du malade était excellente; sa santé même n'était point notablement affaiblie; il n'offrait aucun des signes de la constitution scrofuleuse, et les causes, comme les symptômes de son mal, indiquaient une tumeur blanche rhumatismale. Dans l'un des condyles du tibia, le malade ressentait une vive douleur qui lui faisait demander l'opération à grands cris. Des cautères, des moxas l'avaient momentanément calmée; mais après une amélioration momentanée, elle avait repris toute son intensité. L'amputation fut faite; il y avait un commencement d'ankylose entre les surfaces articulaires et entr'autres lésions, un espace de foyer sanguin dans le centre du condyle tibial correspondant à la douleur. Au centre de ce foyer, où le tissu osseux avait complètement disparu, était la pulpe lie-de-vin, et, tout autour, le tissu osseux friable et raréfié contenait, dans ses mailles élargies, cette même substance. Dans un second cas tiré de la pratique du professeur Velpeau, à côté d'un foyer semblable à celui que nous venons de décrire, la pulpe lie-de-vin disparaissait graduellement pour être graduellement remplacée par une autre substance d'un jaune tissu et blanchâtre, très analogue au pus ou à la substance tuberculeuse. Il est bien probable que cette dernière n'était qu'un état plus avancé de la première; rien cependant ne permet jusqu'à présent de l'affirmer. C'est pour cela que nous regrettons de ne pas voir les observations de M. Gerdy s'arrêter sur ce point, et discuter en même temps la question des tubercules des os. Cette dernière, soulevée et traitée par M. Nélaton, avec tant de talent, de finesse d'observation et de clarté d'exposition, a eu le sort de toutes les choses nouvelles; aujourd'hui beaucoup de chirurgiens tiennent pour tubercules des os, des altérations dont la nature est bien contestable.

Les abcès qui accompagnent si fréquemment les tumeurs blanches sont rangés en deux classes par M. Gerdy. Quoique tous les chirurgiens sachent bien que quelques-uns de ces abcès n'ont aucune communauté de cause avec les lésions des os, tandis que d'autres en dérivent immédiatement, cependant il est bon d'appuyer sur les différences de ces deux espèces d'abcès. Ceux qui sont le fait de l'inflammation du tissu cellulaire activé dans sa vitalité autour des articulations sont appelés *circonvoisins* par M. Gerdy, qui, au lieu de nommer abcès par congestion ceux qui viennent des os malades, les nomme abcès par *migration*, abcès *migrateurs*.

Sous le rapport étiologique, M. Gerdy range les tumeurs blanches en quatre classes: 1° scrofuleuses; 2° rhumatismales; 3° celles qui succèdent aux lésions traumatiques; 4° celles qui viennent à la suite des fièvres éruptives. Avant de savoir jusqu'à quel point on peut ramener toutes les variétés de tumeurs blanches à ces quatre chefs, il faudrait savoir au juste la valeur des mots scrofuleux et rhumatismal et certes ce n'est point chose facile.

Passant en revue les principales méthodes de traitement employées dans les tumeurs blanches, M. Gerdy commence par les préceptes hygiéniques habituels bien connus des praticiens. Les vésicatoires qui sont d'un si puissant effet, soit par leur multiplicité, soit par la grande étendue de leur diamètre, sont un ordre de moyens dont ce chirurgien a retiré peu de bénéfice, si ce n'est, dit-il, quand les désordres sont très peu considérables, et surtout de nature rhumatismale; il les a même vus dans le cas de complication de tumeurs fongueuses élastiques, aggraver l'inflammation de la jointure. Il est certain que lorsque l'on applique indistinctement les vésicatoires sur toutes les tumeurs blanches, on n'en retirera aucun bénéfice, on encore quand on les emploiera seuls. Mais qui peut nier que dans celles de ces maladies dans lesquelles la synoviale est malade et fort malade, l'épanchement considérable, celles dans lesquelles les tissus mous extérieurs à l'articulation sont même profondément enflammés, tuméfiés, douloureux, les vésicatoires n'amènent une grande amélioration dans ces symptômes qu'une compression bien entendue peut ensuite faire disparaître?

Le moxa est un moyen sur lequel M. Gerdy insiste beaucoup et duquel il a retiré de bons effets. Il cite sa propre observation et celle plus rare d'une jeune femme qui a eu le rare courage de supporter, pour une tumeur blanche du coude, l'application d'une trentaine de moxas auxquelles elle dut une guérison dont son courage était bien digne.

Voici comment s'exprime M. Gerdy, sur la dernière ressource chirurgicale contre les tumeurs blanches, sur l'amputation, question qui a soulevé beaucoup de discussions parmi les chirurgiens. « Je suis d'avis d'amputer quand tout a échoué, que des abcès nombreux se sont formés, que les ligamens sont ramollis ou détruits, que la carie est positive, et surtout enfin qu'il y a en même temps dévoiement, fièvre hectique, affaiblissement considérable et danger imminent de mort. Aussi les désordres locaux ne sont pas une indication suffisante à mes yeux, il faut un danger imminent pour la vie du malade. Les tubercules à l'état de crudité et une tumeur blanche peu avancée à une autre articulation ne sont point des contre-indications contre l'amputation. »

Un malade arrivé au degré de la maladie décrite plus haut n'a certainement pas d'autre ressource que l'amputation. La question reste toujours de savoir s'il faut attendre qu'il en arrive là, et jusqu'à quel point encore on le laissera parcourir cette dernière période de la maladie; il y a bien de la distance entre une amputation faite à un malade qui, avec les altérations précédentes, n'offre que depuis quelque temps seulement le dévoiement, la fièvre hectique, l'affaiblissement, et celle faite à un malade qui est miné depuis longtemps par toutes ces causes de destruction. Il y a des malades qui leur résistent plusieurs mois, il en est d'autres qu'elles emportent bientôt. Faut-il attendre le danger imminent de la mort, ou ne vaut-il pas mieux prévoir que dans quelque temps ce danger va venir? Sans vouloir prolonger cette discussion nous dirons que nous avons tiré nos doutes de la pratique même de M. Gerdy; s'il a cité dans son travail quelques faits qui viennent à l'appui de ses idées, il en est d'autres arrivés depuis ceux-là qui leur sont contraires, et nous croyons que ce serait rendre un grand service que de recueillir méthodiquement et complète-

---

tions désordonnées de la curiosité humaine, comme une tempête passagère au milieu de laquelle sa doctrine, semblable à la barque de saint Pierre *qui ne doit point périr*, peut bien être ballottée, mais non submergée.

L'immobilité, tel est donc le grief capital que je crois pouvoir imputer à votre, ou, comme je préfère, dire à notre école; c'est là un grand délit par le temps qui court. Niera-t-on le fait? je le présume, car c'est le seul parti à prendre; mais comment prouver le contraire? Je sais bien que vous alléguerez vous-même, et vos beaux livres sont là pour en témoigner, que l'école de Montpellier n'exclut aucun progrès, que ses dogmes sont larges et ouverts à tous les faits, que sa méthode loin de repousser l'expérience, est au contraire essentiellement expérimentale, etc. Soit. Mais je me défie un peu des professions de foi scientifiques et autres. Quand l'école de Montpellier parle de progrès, il me semble entendre l'école de Paris lorsqu'elle proteste (cela lui arrive souvent depuis quelques années) de son respect pour les anciens et la tradition. Les écoles veulent être jugées comme les arbres, par leurs fruits. Or que nous donne Montpellier et depuis bien longtemps? des principes, des méthodes, des spéculations de logique médicale, de magnifiques plans d'études, vrais, je le veux, dans leur haute généralité, et que j'accepte et adopte comme philosophe. Elle produit, avec une fécondité véritablement merveilleuse, de beaux esprits, des intelligences élevées des écrivains supérieurs, des philosophes médecins plutôt que des médecins philosophes. Mais les travaux d'application, les recherches de fait et de pratique, les essais de thérapeutique, les découvertes de détail, les études particulières et spéciales qui seules peuvent mettre les principes au service de l'*art* (car l'*art* vit de particularités concrètes et de spécialités, puisqu'il s'exerce sur les individualités que la *science* pure, chose abstraite, n'atteint pas et ne saurait atteindre), tout cela, dis-je, nous vient d'ailleurs; et c'est de tout cela qu'on peut et doit attendre l'extension du *pouvoir* du médecin sur la nature; c'est-à-dire le perfectionnement de l'art de *guérir*, qui est le but suprême de la médecine.

Et il ne me sera pas difficile de montrer, comme je dois le faire pour justifier le sens et les termes de mon assertion, que ce défaut de l'école de Montpellier a pour cause l'esprit général de sa philosophie, ou, comme je l'ai dit peut-être improprement, sa métaphysique. Frappée de la grandeur et de l'étendue de quelques vérités générales qu'elle a mieux formulées qu'aucune autre, et dont elle fait remonter, à tort ou à raison, l'établissement à Hippocrate lui-même, ce qui leur donne une consécration historique et une vénérable autorité, l'école que vous représentez avec tant d'éclat a le tort peut-être de tellement s'y attacher, que pour elle ces vérités remplacent et absorbent toutes les autres, tandis qu'il est bien évident qu'elles ne peuvent suffire à tout. Si elles satisfont l'esprit qui ne veut que comprendre les lois générales de la vie, de la maladie et de la mort, elles sont certes bien loin, soit directement, soit par la déduction de leurs conséquences, avec quelque force d'esprit et de rigueur logique qu'on les traite, de fournir des armes suffisantes à l'artiste, c'est-à-dire au médecin qui a à agir, à opérer directement et immédiatement sur le corps vivant, dans un but particulier et spécial. Or, je le répète, des habitudes d'esprit anciennes, aidées par des circonstances de position et des influences d'autorité, n'ont pas permis à Montpellier de sortir de cette contemplation exclusive de certains problèmes, où elle dépense toute son activité. Il est arrivé de là que, voyant d'une part dans ces problèmes à peu près toute la science, et, d'autre part, les considérant comme

ment un grand nombre de faits propres à éclairer toutes ces questions qui partagent encore les chirurgiens et les partageront probablement longtemps.

ABRTE NAISSANT DU VENTRICULE DROIT, ET ARTÈRE PULMONAIRE DU VENTRICULE GAUCHE, CHEZ UN ENFANT QUI A VÉCU DIX HEURES; par M. DUCREST.

OBS. — Marie-Françoise Bron, naquit à la Maternité le 8 juin 1840. La respiration ne s'établit qu'incomplètement; l'enfant ne proféra aucun cri, refusa constamment le sein et toute boisson. La peau était fortement bleuâtre. L'enfant née à quatre heures du matin vécut jusqu'à deux heures de l'après-midi.

AUTOPSIE. — Le corps est bien développé; noyau osseux dans le cartilage épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur; les poumons surnagent. L'aorte naît du ventricule droit et donne, à la manière ordinaire, les deux artères cardiaques; l'artère pulmonaire naît du ventricule gauche, et envoie ses deux branches pulmonaires et le canal artériel. Tous ces canaux ont leurs proportions normales; le ventricule droit qui donne naissance à l'aorte communique avec l'oreille droite recevant les deux veines caves et la grande veine cardiaque; l'oreille gauche reçoit les quatre veines pulmonaires; le trou de Botal offre une valvule qui s'ouvre de droite à gauche, et les deux ventricules ont une cloison complète; le canal veineux vient s'ouvrir dans la veine cave inférieure.

On peut rapprocher ce cas de ceux qui se trouvent dans la science, et qui se trouvent entre autres dans l'ouvrage de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, sur les monstruosités. Dans un cas cité par cet auteur, l'enfant qui portait une aussi grande anomalie avait vécu plusieurs heures, et le ventricule droit fournissant l'aorte était un peu plus épais dans sa paroi que le gauche.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DE L'AFFECTION TYPHOÏDE CHEZ LES ENFANS DU PREMIER AGE; par MM. RILLIET et BARTHEZ.

QUELQUES MOTS SUR L'INFLUENCE DE L'AGE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur RUFZ.

NOTICE SUR LA DOTHINENTÉRIE CHEZ L'ENFANT NOUVEAU-NÉ; par le docteur CHARCELLAY.

Il serait difficile d'affirmer que toutes les observations rapportées dans ces trois travaux soient réellement des exemples de cas de fièvre typhoïde chez les enfans; car il semblerait, à la lecture de la plupart d'entre elles, que les follicules intestinaux ne seraient altérés que dans la fièvre typhoïde, et que toute lésion de ces follicules serait nécessairement l'effet d'une fièvre typhoïde. Qui ne sait cependant que ces mêmes follicules sont fréquemment altérés dans d'autres affections très variées, ainsi que le dit avec raison M. Rufz, et que d'autres l'avaient dit avant lui? Il ne suffit donc pas, pour prouver qu'un sujet a été atteint d'affection typhoïde, surtout lorsque ce sujet est un enfant en bas âge, chez lequel l'observation des symptômes est toujours incomplète, de dire que les glandes de Peyer et de Brunner étaient altérées ou enflammées; mais il faut décrire avec exactitude le mode d'altération dont elles sont atteintes, et surtout faire ressortir les caractères anatomiques qui appartiennent à la fièvre typhoïde. Nous ne voulons pas dire cependant que toutes les observations rapportées dans ces trois mémoires ne soient pas réellement des cas de fièvre typhoïde; au contraire, il en est quelques-uns qu'il serait bien difficile de ne pas rattacher à cette affection grave; mais aussi, nous croyons pouvoir dire qu'il en est quelques autres où le diagnostic laisse beaucoup à désirer.

ÉTUDES THÉORIQUES ET PRATIQUES SUR LES DIFFÉRENS BRUITS QUI SE PRODUISENT DANS LES VOIES RESPIRATOIRES, TANT A L'ÉTAT SAIN QU'A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE; par le docteur BEAU.

On connaît la théorie que l'auteur de ce mémoire a proposée pour expliquer la production des différens bruits respiratoires, et qui seraient tous le résultat du retentissement dans des cavités de capacité différente du bruit produit par les voies respiratoires supérieures. On se rappelle les preuves et les expériences sur lesquelles cette théorie avait été appuyée, et on n'a point oublié que, si de sérieuses objections furent élevées contre elle par plusieurs personnes, quelques autres aussi acceptèrent le principe sur lequel elle repose, et parmi ces dernières, l'auteur signale surtout le docteur Spittal, connu lui-même par d'ingénieuses recherches sur les bruits du cœur et de la respiration. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'analyse des expériences que le docteur Spittal a faites à l'appui de la théorie du retentissement ni dans ses réponses aux objections dont nous venons de parler.

L'un des objets du mémoire que nous analysons est de rechercher sur quelle partie des voies respiratoires supérieures se produit ce bruit, qui va retentir dans toutes les divisions bronchiques, et jusque dans les vésicules pulmonaires. M. Beau, après avoir examiné et comparé entre eux les divers orifices ou rétrécissemens des voies respiratoires capables de faire vibrer l'air qui les traverse, trouve ces conditions dans l'orifice de la glotte, qui fournit le *bruit glottique* et la *voix*. Ces deux bruits diffèrent non seulement suivant qu'ils sont produits pendant l'inspiration ou l'expiration, mais ils offrent encore à l'état normal des variétés, dont l'étude est utile pour l'auscultation dans leur forme, leur durée, leur intensité, et l'âge et le sexe des sujets. Les signes tirés de ces deux bruits, considérés à l'état pathologique et dans la théorie du retentissement, n'éprouvent que peu de modifications dans leur explication. La plus importante est celle qui en résulte pour les bruits dits *puérils*, que, dans la théorie de Laënnec on attribuait, chez les pneumoniques, à une masse d'air surabondant, qui arrivait dans les portions pulmonaires saines à l'aide de mouvemens d'une amplitude exagérée; or, même dans le côté affecté, où les mouvemens respiratoires sont si obscurs, il y a souvent des portions de poumon considérables qui ne sont pas envahies par l'inflammation, et qui donnent lien à un bruit puéril, dont l'intensité est la même que celle du bruit puéril qui s'entend dans le côté sain; dans la théorie du retentissement, au contraire, le bruit vésiculaire devient souvent puéril chez les pneumoniques, même du côté opposé, parce que, chez eux, les bruits glottiques sont exagérés, à cause du passage rapide de l'air à l'orifice glottique. Lorsque des parties du poumon sont envahies par l'inflammation, et partant impropres à l'hématose, la respiration devient fréquente, pour compenser ce qu'elle a perdu en profondeur, et c'est seulement alors que l'on peut dire que les parties saines du poumon suppléent à celles qui sont enflammées. Cette heureuse application

---

résolus, cette savante école en a dû conclure assez naturellement qu'il n'y avait plus guère à faire en médecine; ou, si elle ne le dit pas toujours expressément, le plus souvent elle agit en conséquence de ce point de vue. N'est-ce pas même ce sentiment secret qui vous a porté, vous, Monsieur, si capable d'inventer et de découvrir, à prendre pour épigraphe de vos belles LEÇONS DE PHYSIOLOGIE (1837), cette sentence d'Hippocrate: *Ars medica jam mihi tota inventa esse videtur, etc...*? sentence qui ne me paraît pas plus vraie aujourd'hui qu'elle ne l'était il y a deux mille ans. Je ne veux pas dire par là que l'art, c'est-à-dire la thérapeutique, ait fait des progrès proportionnés à cette longue suite de siècles, car malheureusement il n'en est pas ainsi; mais enfin, il en a fait quelques-uns. Mais ce qui est plus certain encore, et j'ose dire évident, *à priori*, c'est que lorsqu'on compare les besoins et les *desiderata* de l'art à ses acquisitions réelles, il est impossible de supposer que l'homme doive se contenter de ce qu'il a; et loin de dire que l'art est achevé, il faut dire qu'il commence à peine, quoiqu'il dure depuis longtemps.

Quoi qu'il en soit de ces prévisions ou de ces espérances, toujours est-il que le sentiment opposé, qui est un peu celui de Montpellier, n'est guère favorable au progrès. Croire la médecine finie, et dire qu'elle est dans Hippocrate, n'est pas un bon moyen de la faire avancer. De là, les préventions de Montpellier, sinon les vôtres, Monsieur, contre les innovations. Les innovations y déplaisent généralement; on n'y blâme pas seulement telles ou telles innovations (ce qui est certes souvent et trop souvent bien permis), mais l'esprit novateur même. Comme dans l'église romaine, on y a peur des choses nouvelles, et on les y rejette, non point tant comme fausses que comme nouvelles. C'est une orthodoxie un peu jalouse, pour qui toute nouveauté est ou une hérésie, ou un schisme dangereux. Je ne crois pas exagérer ici, dans le sens de la critique, car j'aurais plutôt à me défendre intérieurement d'une tendance contraire. C'est là, il faut en convenir, le péché capital de Montpellier. Or, entre ces deux préjugés éternels, toujours et partout en présence, d'une part: que la science n'est pas même commencée et que tout est à refaire, d'autre part: que la science est finie et qu'il n'y a plus rien à faire; je crois, qu'ayant à choisir, je choisirais le premier. Eh bien, Montpellier me paraît, sinon avoir embrassé le second, du moins y incliner. Or, suivant un mot connu, on tombe du côté où l'on penche, et je vous laisse à juger, monsieur, si cela ne vous est pas arrivé là-bas.

Voilà, Monsieur, ce que j'avais à dire à propos de la métaphysique de Montpellier et de ses inconvéniens. Le tout se réduit à un reproche de paresse et de ce qui en est la suite, la stérilité.

Je n'ai rien à dire sur la méthode de philosopher de Montpellier, j'en partage les principes, qui sont excellens au fond, et dont, je le reconnais avec plaisir, l'école a une intelligence à la fois claire et profonde. Vous dites que cette méthode est celle même de Bacon, si préconisée depuis trois siècles, et admirablement développée par Barthez. Je sais et reconnais, avec vous, que Barthez, ce profond et vaste esprit, honneur de la médecine et de la philosophie française de notre siècle, a mieux connu et expliqué Bacon que qui que ce soit, et personne n'était plus autorisé que vous, son interprète le plus fidèle et en même temps le plus indépendant, de faire cette remarque. Mais il ne faut pas oublier que cette méthode, quelle qu'elle soit, est revendiquée par tout le monde aujourd'hui, et que l'école de Paris, par exemple, prétend, non moins

de la théorie du retentissement ne suffit pas cependant pour en démontrer l'exactitude.

M. Beau range sous le nom de *bruits anormaux* les bruits qui ne sont pas le résultat du retentissement de la voix ou du souffle bronchique, et qui peuvent se produire sur tous les points des voies respiratoires supérieures ou inférieures; ceux des premières sont les ronflemens; ceux des secondes sont les râles. Ici nous sommes déjà loin de la théorie du retentissement; mais nous trouvons quelques bonnes recherches sur les causes et le mode de production des différens râles par des crachats de nature différente, et enfin, une discussion intéressante, bien qu'un peu longue, sur quelques-unes des affections thoraciques, telles que l'asthme, l'emphysème, que M. Beau est disposé à regarder comme des formes variées des catarrhes pulmonaires, en admettant peut-être seulement quelques différences dans la nature des liquides sécrétés par les surfaces bronchiques. A l'occasion surtout de l'emphysème, il se livre à une critique fort vive sur les travaux de M. Louis sur ce sujet, et qu'il accuse presque d'ontologie pour avoir attribué cette dernière affection à une *force* indépendante de tout obstacle mécanique.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE; recueillies à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. LEURET; par A. MILLET.

Les lignes suivantes, écrites par M. Millet, peuvent donner quelque idée du traitement dont il est question dans cet article. Par traitement moral, M. Leuret entend l'emploi raisonné de tous les moyens qui agissent directement sur l'intelligence et sur les passions des aliénés. Contrairement à la pratique des médecins qui combattent les idées fausses et les passions délirantes par des évacuations sanguines, des vésicatoires et des purgatifs, il a recours au traitement moral, et à ce traitement seul, dans les cas où la folie se montre isolée de tout symptôme physique. Le traitement se réduit donc à combattre par le raisonnement les idées folles ou extravagantes des aliénés et à les convaincre, par l'ascendant qu'on prend sur eux, qu'ils se trompent ou bien qu'ils se sont trompés. Voici les moyens que le médecin emploie en même temps comme adjuvans.

DOUCHE ET AFFUSION. On connaît l'effet et l'efficacité de ces moyens. Il suffit souvent d'en menacer les malades pour obtenir d'eux les concessions les plus larges et qu'ils renoncent même entièrement aux idées qu'ils ont le plus caressées.

CHANT ET MUSIQUE. Les aliénés, réunis en très grand nombre, dans un vaste local, répètent, tous les matins, quelques morceaux de musique qui leur ont été appris. Un maître de chant est actuellement attaché à l'établissement. Deux fois par semaine ont lieu des matinées musicales. Quelquefois on conduit les malades à la messe, où on leur fait exécuter des morceaux qu'ils ont appris à l'avance.

ÉCOLES. Des leçons d'écriture, de calcul, etc., contribuent activement à éloigner de leur esprit les causes qui ont engendré ou qui entretiennent encore leur maladie. Au réfectoire, presque tous les malades mangent ensemble; tous sont pourvus d'une assiette, d'une fourchette, même d'un couteau, sans qu'il y soit encore arrivé aucun accident; enfin, les travaux manuels sont le dernier et peut-être le plus important des moyens que M. Leuret, d'accord, au reste, sur ce point avec la plupart des médecins, emploie à l'appui du traitement moral.

M. Millet rapporte l'histoire de six malades guéris, et dans le traitement moral desquels le médecin de Bicêtre a fait preuve d'une grande sagacité et à la fois d'une haute intelligence. Nous regrettons que les détails de ces faits, et sans lesquels ils seraient incomplets, ne nous permettent pas d'en analyser au moins quelques-uns. Nous ne pouvons cependant nous dispenser de signaler le bonheur avec lequel l'auteur venge M. Leuret des accusations de barbarie et de cruauté qui ont été portées sinon contre lui, au moins contre sa méthode. Après avoir montré, par le récit de ces six observations, que les moyens auxquels il a recours méritent beaucoup moins ces qualifications que beaucoup d'autres méthodes employées tous les jours, il renvoie à ces mêmes observations ceux qui attribuent au hasard les nombreux succès que paraît obtenir cette méthode, et termine par le passage suivant : « Mais, dirai-je à ceux qui doutent encore, comment se fait-il que le hasard procure à Bicêtre, dans le service de M. Leuret, des guérisons si nombreuses et si soudaines, tandis qu'il n'opère rien de semblable partout où on ne traite les aliénés que par les moyens physiques? Or, les faits que j'ai racontés, je les ai vus dans l'espace d'un mois, et maintenant j'en vois encore beaucoup d'autres qui ne sont pas moins satisfaisans que les premiers. Ce serait, il faut en convenir, un hasard bien capricieux que celui qui s'attacherait à une pratique erronée et barbare, comme on s'est plu fort gratuitement à supposer qu'est la pratique de M. Leuret, pour abandonner les partisans des saignées, des purgatifs et des gilets de flanelle dans le traitement des conceptions délirantes et des hallucinations. »

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR UN CAS DE PERVERSION PASSAGÈRE DES FACULTÉS MORALES; par le docteur OLLIVIER.

Une jeune fille, de 15 ans, reste jusqu'à cet âge dans sa famille sans rien présenter qui annonce chez elle des penchans vicieux. Elle vient à Paris, où elle entre en service dans une maison bourgeoise; elle y était depuis six semaines, quand on s'aperçut un matin que le feu avait été mis dans un placard où se trouvaient beaucoup d'effets; le lendemain, on reconnut que l'étoffe de tous les fauteuils du salon et les rideaux avaient été coupés avec un instrument tranchant. Au bout de quelques jours, les maîtres de Catherine reçoivent une lettre où on leur dit que leur enfant, qu'ils avaient placé aux Batignolles, était malade; la nouvelle était fausse; la lettre avait été écrite par Catherine. Vers la même époque, elle se plaint qu'on lui a volé les draps de son lit et des effets à son usage. Un jour, pendant l'absence de ses maîtres, en revenant de faire une commission, elle appelle tout à coup le portier de la maison, qui monte et trouve tous les meubles en désordre, mais pas de voleurs. La justice informe, Catherine est entendue, et elle avoue qu'elle est l'auteur d'une partie des faits que nous venons de signaler, mais sans expliquer les motifs pour lesquels elle agi de cette manière. Au milieu de tout cela, aucun objet de quelque valeur n'avait disparu, bien qu'il y eût de l'argent dans plusieurs des tiroirs qu'elle avait ouverts. Catherine fut arrêtée et renvoyée en police correctionnelle, sous la double prévention de *tentative d'incendie et de vol domestique, avec dégât de la propriété mobilière*.

Voici maintenant les observations que M. Ollivier a faites sur la prévenue ; elle n'était pas encore réglée et ressentait des douleurs de tête assez vives et des douleurs lombaires; elle regrettait beaucoup sa famille,

que celle de Montpellier, l'adopter et la suivre. Cependant vous voyez combien dans le détail les résultats sont différens et même opposés. Ce fait seul doit donc faire soupçonner qu'il y a quelque malentendu en ceci, et que cette fameuse méthode, qui produit des choses si dissemblables, n'est pas entendue partout de la même manière, quoiqu'on soit d'accord à lui donner le même titre et le même parrain. Et, pour ma part, j'irais plus loin, si j'en avais le temps, et j'énoncerais en même temps deux paradoxes, à savoir : 1° que la méthode dite baconnienne, telle qu'elle est enseignée par Bacon lui-même, n'a jamais été parfaitement expliquée et connue, et encore moins rigoureusement pratiquée depuis trois siècles ; 2° que cette méthode, vraie, acceptable sous certain point de vue restreint, est cependant insuffisante et incomplète et ne satisfait pas à toutes les conditions du problème logique qu'elle est destinée à résoudre.

Mais ce n'est ici le lieu d'entrer dans un aussi vaste sujet.

Ma lettre est déjà bien longue et j'ai à peine effleuré la question. Je n'ai fait porter mes reproches que sur l'esprit général et les habitudes scientifiques de Montpellier; et à la rigueur cela suffit pour justifier le passage de ma *note* qui vous a inquiété. Mais j'aurais désiré aussi ajouter quelque chose d'analogue sur ce qu'elle appelle ses *dogmes*, dont plusieurs me paraissent inattaquables, mais dont quelques autres tels que son *vitalisme* qu'elle prétend faire tenir debout sans appui entre le *psychisme* Sthalien et le *mécanisme*, me paraît sujet à plus d'une difficulté théorique, et en outre, ce qui est plus grave, mettre opposition à la recherche des conditions matérielles et mécaniques des phénomènes physiologiques et pathologiques. Je ne saurais adopter non plus cet *hiatus*, cette *solution de continuité*, comme vous l'appelez (page 415 de votre *article*), entre le dynamisme vital et le dynamisme universel. Ainsi que Leibnitz, je ne pense pas qu'il y ait des *saltus* de cette sorte dans la nature. Je crois, *à priori*, à la liaison du tout avec tout; et ce n'est même que cet *à priori* qui guide et légitime nos recherches et nos expériences. Vous pensez que le dynamisme vital n'a pu être encore rattaché expérimentalement au dynamisme de l'univers, et par conséquent vous admettez son indépendance et en quelque sorte son isolement absolu. On pourrait contester ce point de doctrine, car expérimentalement même on a quelques moyens de diminuer *l'hiatus*; mais vous ajoutez *que vous n'avez aucune espérance* qu'on atteigne ce but, et par conséquent vous ne vous en occupez point. Cette conséquence dépasse, vous en conviendrez, les prémisses. Elle a de plus l'inconvénient, comme plusieurs autres de vos *dogmes*, de supprimer d'un coup un ordre tout entier de recherches, dont quelques unes ont pourtant, vous le savez mieux que moi, singulièrement servi la physiologie, la pathologie et la thérapeutique. Par ce côté encore les principes de Montpellier nuisent en empêchant.

Je terminerai ici cette très insuffisante réponse que je recommande à votre indulgence. Ces objections ne viennent pas d'un camp ennemi, quoiqu'elles en soient datées; j'aurais pu les faire à Montpellier comme ici. Croyez bien qu'un de mes vœux les plus chers serait d'apprendre qu'elles sont mal fondées ou rigoureusement réfutées.

Agréez, etc.

E. P.

— Sir Astley Cooper vient de mourir à Londres à l'âge de 73 ans, des suites d'une maladie du cœur. Nous consacrerons, dans un prochain numéro, un article à la mémoire de cet illustre chirurgien.

pensait constamment à son pays, mais n'osait pas le manifester, parce que c'était elle-même qui avait voulu venir à Paris. Elle pleurait fréquemment pour ce motif, qu'elle ne faisait pas connaître. Elle lui avoua, ce qu'elle n'avait pas fait encore, que c'était elle qui avait mis le feu dans le placard, déclarant qu'elle avait apporté, à l'aide de pinces, un charbon enflammé; qu'elle l'avait placé sur un rayon du placard; puis, qu'ayant été chercher une allumette, elle avait mis le feu à des rideaux qui se trouvaient dans le placard, dont elle avait ensuite fermé la porte à clef. Dans tous ces actes, elle n'avait été guidée par aucun motif de haîne ou de vengeance contre ses maîtres, car elle disait n'avoir en qu'à se louer des bons procédés qu'ils ont toujours eus à son égard. Depuis sa détention à Saint-Lazare, elle n'avait été l'objet d'aucune plainte. La nuit son sommeil était calme et paisible; le jour elle travaillait avec assiduité et causait avec les enfans sans divagation dans ses paroles ni désordre dans ses idées. Elle était triste pourtant et repentante de ce qu'elle avait fait.

Après avoir exposé ces faits, l'auteur, reconnaissant que Catherine n'a offert aucun symptôme d'aliénation mentale, discute cependant si elle s'est rendue sciemment coupable des actes dont elle se reconnaît l'auteur, et si on ne serait pas autorisé à élever quelques doutes sur l'intégrité de la liberté morale dont elle jouissait en les commettant, et arrive à la conclusion suivante : « Si l'on considère que la jeune Catherine a agi sans intérêt appréciable, et, bien que la dissimulation qu'elle a montrée dès le principe puisse faire supposer chez elle un sentiment de profonde méchanceté, quand on réfléchit que cette perversité serait survenue brusquement chez une jeune fille qui jusqu'alors avait toujours été douce et affectueuse; que la tentative d'incendie est un fait dont les annales de la science présentent de nombreux exemples chez les jeunes enfans, et spécialement chez les jeunes filles non encore réglées, comme Catherine, et tourmentées, comme elle, par une affection nostalgique; qu'il existe, en outre, chez elle l'ensemble des signes précurseurs de la menstruation, et que cette transition de l'adolescence à la puberté peut être accompagnée de désordres nerveux variés, d'une perturbation passagère et manifeste dans les facultés morales; concluons que, bien que Catherine ne soit pas atteinte d'aliénation mentale, il est vraisemblable que cette jeune fille a agi sans discernement, sans avoir apprécié la portée et les conséquences de ses actes. » Nous disons avec plaisir que le ministère public adopta ces conclusions, qui sont justement motivées, et que la jeune fille fut rendue à la liberté.

DE L'EXAMEN PLESSIMÉTRIQUE DE L'AORTE ASCENDANTE ET DE LA CROSSE AORTIQUE, SOIT DANS L'ÉTAT NORMAL, SOIT DANS LES CIRCONSTANCES PATHOLOGIQUES; par le professeur PIORRY.

Nous pensons, avec M. Piorry, que l'étude des affections de l'aorte et des autres gros vaisseaux du thorax n'a pas encore reçu de la percussion toutes les lumières qu'elle a le droit d'en attendre; aussi voyons-nous avec plaisir l'auteur de tant de travaux sur ce sujet se livrer à une nouvelle série de recherches, qui semblent promettre d'heureux résultats pour les progrès du diagnostic.

S'il est facile de concevoir l'utilité de la percussion pour l'examen du poumon et du foie qui sont placés immédiatement derrière des parois, dont on connaît l'épaisseur, la résistance et la sonoréité, il n'en est plus de même lorsqu'il est question de l'aorte et des gros vaisseaux, qui sont séparés de la paroi thoracique par des substances de nature différente et souvent inconnue. Voici comment M. Piorry fut amené à s'occuper de ces recherches : « Depuis trois ou quatre ans, dit il, j'avais fréquemment mesuré l'aorte et l'artère pulmonaire pendant la vie; vers le mois d'avril 1840, je cherchai à apprécier par la plessimétrie, et dans 40 cas, le volume de ces vaisseaux. Or, dans ces 40 cas, à part un très petit nombre d'exceptions, on trouve qu'une matité, ou plutôt qu'une obscurité de son spéciale, accompagnée de fort peu de résistance au doigt, correspondait très exactement au lieu où l'anatomie apprend que les gros vaisseaux sortent du cœur. » L'auteur apporte, à l'appui de cette assertion, des faits nécroscopiques et des faits cliniques très nombreux; nous négligeons les premiers, qui nous ont paru moins importans, et allons chercher à rappeler les principaux résultats qui ressortent des seconds, et que résume M. Piorry lui-même à la fin de son mémoire :

1° La matité présentée par les gros vaisseaux est d autant plus marquée que les individus sont plus pléthoriques.

2° Dans quelques cas, l'aorte a été trouvée plus large qu'à l'ordinaire dans sa portion ascendante.

3° Dans un cas on a trouvé que les deux artères avaient un volume peu considérable, ce qui dépendait probablement de ce que l'artère pulmonaire était située diamétralement au-devant de l'aorte.

4° Les vaisseaux paraissaient plus volumineux dans les cas où le cœur était plus rapproché de la clavicule.

5° Dans un bon nombre de cas, la position des gros vaisseaux qui sortent du cœur n'a rien de fixe, et les changemens de situation ou les variations de volume dans les organes voisins en déterminent dans la position des grosses artères et des grosses veines.

6° Dans un cas, on est parvenu à reconnaître la branche gauche de l'artère pulmonaire, on a cru aussi avoir distingué dans un autre la veine-cave supérieure dilatée.

7° Une lame de poumon très épaisse n'empêcha pas, dans un cas, de reconnaître la forme, le siége et les dimensions de l'aorte.

8° Chez tous les sujets dont le cœur était très rapproché de la clavicule, il y avait une dyspnée habituelle.

Il résulte de ces faits, et de quelques autres que nous avons passés sous silence, que l'examen des gros vaisseaux thoraciques par la méthode de M. Piorry peut fournir d'utiles renseignemens sur quelques-unes des altérations auxquelles ils sont exposés. L'expérience seule apprendra jusqu'à quel point ces résultats seront applicables à la pratique journalière, et si réellement ils sont assez certains pour servir de base au diagnostic et au traitement, dans les cas obscurs où on n'aura pas d'autre moyen de constater ces altérations.

II. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

NUMÉROS DE SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1840.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'EMPLOI DES BAINS ET DOUCHES DE VAPEUR DANS PLUSIEURS MALADIES; par M. BOUCHACOURT, chirurgien à la Maternité de Lyon.

Sous ce titre, ce jeune et habile chirurgien a rassemblé un grand nombre de faits relatifs à l'emploi des douches de vapeur. Placé pendant son séjour à Paris à la source de pareilles observations, il a encore emprunté, pour compléter son travail, à la pratique de praticiens distingués. Cette médication qui, est encore jeune parmi nous, a été étudiée dans ses effets chez un grand nombre d'individus affectés de maladies diverses. Avant d'en venir au sommaire de leur histoire, nous devons dire que M. Bouchacourt a fait convenablement ressortir toute la puissance d'un agent thérapeutique comme l'eau en vapeur. Rien ne peut si efficacement pénétrer et imbiber la peau. La température que l'on peut varier à son gré, jointe à la durée, à l'étendue du contact, à la force de projection, le mélange de différentes substances. sont autant de conditions qui mettent les bains et douches de vapeur au nombre des médications les plus énergiques. Quand la vapeur ne contient aucune substance étrangère, et qu'elle est appliquée en douche locale, on voit sous son influence la peau s'échauffer, rougir, s'imbiber, se gonfler. La chaleur peut aussi devenir insupportable, et on peut produire à volonté depuis le simple érythème jusqu'à la gangrène la plus complète.

Si tout le corps, ou une grande surface est exposée à la vapeur, le pouls monte assez rapidement et peut atteindre jusqu'à 120 pulsations; il se déclare de la soif, une grande congestion vers la tête, quelquefois une disposition à la syncope. Enfin la sueur s'établit; mais c'est surtout après le bain que ce dernier phénomène se montre. Les phénomènes de congestion à la face sont plus prononcés quand on respire en même temps la vapeur d'eau qui s'oppose à la transpiration pulmonaire. Après cet exposé des propriétés générales des douches et bains de vapeur, M. Bouchacourt passe aux diverses affections dans lesquelles il en a observé les bons effets. N'ayant jamais eu occasion d'en voir administrer dans les maladies franchement aiguës, il le trouvant d'ailleurs dans la théorie des raisons contre cette application, il la rejette, ce nous semble, avec raison. Cependant les catarrhes pulmonaires simples, les coryzas aigus, les courbatures, les angines pharygiennes sont très fréquemment, aux néothermes, guéris par des bains de vapeur qui momentanément aggravent tous les symptômes, mais sont suivis, après la sueur, de la disparition complète du mal.

A la pratique de M. Caron du Villards, notre auteur emprunte une observation dans laquelle l'on voit un engorgement chronique an grand angle de l'œil, céder en un mois aux douches et bains de vapeur généraux.

A d'autres auteurs, M. Bouchacourt a emprunté des faits qui prouvent les bons effets de la vapeur dans des cas d'otalgie, de laryngite chronique simple ou rhumatismale.

Mais c'est surtout dans le rhumatisme et dans les diverses variétés de cette maladie si complexe, que la médication qui nous occupe a été employée fréquemment et avec succès. Il est bien entendu que nous rejetons des cas favorables à l'usage de la vapeur, le rhumatisme aigu. Nous ne pouvons citer tous les faits intéressans que contient le mémoire de M. Bouchacourt; disons seulement qu'il a su tirer de ceux qu'il a rassemblés

de bonnes règles pour les cas particuliers d'emploi de la vapeur dans les diverses variétés de rhumatisme. Nous remarquons encore deux observations de paraplégie avec guérison dans un cas et singulière amélioration dans l'autre.

En terminant, M. Bonchacourt se défend de n'avoir point tiré de son travail des conclusions générales. Les faits dont il s'est servi lui ont paru trop disparates, et si, comme il le dit, il n'a en d'autre but que de recommander à beaucoup de praticiens les bons effets de la vapeur, nul doute qu'une recommandation aussi bien faite ne remplisse tous les désirs de M. Bonchacourt.

ALIÉNATION MENTALE, ATTENTAT A LA PUDEUR, par le docteur CHAMBEYRON.

Pendant le cours d'une affaire qui était fort simple et paraissait dénuée d'intérêt il s'est présenté plusieurs questions assez importantes et que l'auteur cherche à approfondir ici. Disons quelques mots d'abord sur l'affaire elle-même. Un homme est accusé d'avoir attenté à la pudeur d'une femme aliénée en portant sa main sous ses vêtemens pendant qu'elle était seule chez elle; détenu dans la maison d'arrêt de Rennes, il en est extrait au bout de deux mois et transféré à l'hôpital des aliénés de cette ville. Les renseignemeus recueillis alors firent connaître que dès l'entrée de J. T..., ses compagnons de captivité s'aperçurent de la faiblesse de son intelligence, lui persuadèrent que le délit qui lui était imputé n'était que le prétexte de son incarcération, laquelle n'avait d'autre but que de le soumettre aux investigations des médecins qui, après l'avoir empoisonné et avoir étudié sur lui l'effet du poison, en rechercheraient ensuite les traces sur son cadavre... Frappé de terreur, T... ne tarde pas à refuser toute espèce d'aliment, à perdre le sommeil, à entendre jour et nuit des voix menaçantes et à éprouver de véritables accès de fureur. Son état s'étant amélioré pendant le séjour à l'hôpital, il comparut le 19 août devant la cour d'assises. A l'ouverture de l'audience, M. le substitut du procureur général, après la lecture du certificat du médecin en chef de l'hôpital des aliénés où il avait été traité et qui attestait que bien qu'il ne pût pas être considéré comme entièrement rétabli, cependant il était dans son intérêt d'être jugé, quelle que dût être l'issue de son procès, conclut au renvoi de l'affaire à une autre session, se fondant sur ce qu'il n'est pas de la dignité de la justice de juger un fou, et que, d'un autre côté, ses attributions ne sont point de faire de l'hygiène en faveur des fous. La cour ordonna qu'il serait passé outre aux débats et T... fut condamné à quinze mois de prison et aux dépens.

La plus importante des questions que se pose M. Chambeyron est celle-ci: Peut-on admettre qu'il soit au-dessous de la dignité des tribunaux de juger un fou? « Nous ne le pensons pas, dit-il, et il distingue avec raison les cas où la folie a précédé l'acte incriminé et où il ne peut rester le moindre doute de ceux où l'on ignore si la folie s'est développée postérieurement à cet acte. Alors il existe une question préjudicielle dont la solution appartient au jury et l'opinion du médecin ne peut être qu'un des élémens de la conviction du juge. Si cette épreuve solennelle est refusée à l'accusé atteint d'une folie dont l'origine n'est pas rapportée à une époque certaine, il reste sous le coup d'une prévention que les débats auraient pu détruire; il subit toutes les conséquences que cette prévention ne saurait manquer d'exercer sur sa santé morale, sur sa réputation, sur sa fortune.» La difficulté que signale ici l'auteur est grave, et malgré l'importance du fait sur lequel il insiste spécialement que *les aliénés se rappellent soit pendant l'accès, soit après ce qu'ils ont fait avant son explosion et pendant sa durée*, il serait pourtant injuste de prononcer sur la culpabilité d'un individu qu'on peut supposer incapable de se défendre; quelle pourrait être la valeur réelle d'un jugement porté contre un individu qui ne doit pas avoir plus le droit de se défendre que de disposer de sa fortune?

DE LA COMPRESSION DE LA CAROTIDE; par M. STROEULIN.

La compression des artères dans le traitement des affections convulsives, bien que renouvelée à différentes reprises par des praticiens qui ignoraient qu'elle eût déjà été employée, est encore aujourd'hui si peu connue que la plupart des médecins ignorent même les avantages qu'on en peut obtenir. L'auteur dit avoir quelquefois employé ce moyen dans des cas d'hystérie convulsive et être presque toujours parvenu à entraver la marche de l'accès.

Il cite plusieurs des cas où ce moyen lui a réussi et en conclut, ainsi que de quelques autres qui se trouvent dans les auteurs, que la compression des carotides pourra être tentée dans les maladies convulsives, à moins que l'on n'ait affaire à des malades atteints de maladies du cœur arrivées à un degré avancé. C'est un moyen inoffensif lorsqu'il ne procure pas de soulagement.

Lorsque dans les maladies convulsives les convulsions n'ont lieu que d'un seul côté, on ne comprime que la carotide primitive du côté opposé; mais si elle se montre également des deux, il faudra comprimer les deux. L'épilepsie est une des maladies contre laquelle on a surtout employé la compression. M. Boileau ayant lié la carotide primitive chez un épileptique à la suite d'une blessure de ce vaisseau, le sujet guérit de sa terrible affection. Preston, de Calcutta, eut un succès complet à la suite d'une pareille opération.

DES ACÉPHALOCYSTES DES POUMONS ET DES ACCIDENS QU'ILS DÉTERMINENT; par le docteur SIMON.

L'auteur commence par jeter un coup-d'œil sur l'origine de ces êtres parasites, et après avoir rappelé l'opinion de M. Cruveilhier sur ce point, il conclut, des expériences faites par ce professeur, et qui ont été confirmées par celles bien plus nombreuses et plus répétées de M. Dupuy, d'Alfort, que c'est dans le mode d'alimentation qu'il faut chercher la cause première de la maladie. Un second fait auquel il attache quelque importance, et qui paraît venir à l'appui, c'est que les deux organes dans lesquels se développent principalement les acéphalocystes sont deux organes d'hématose : le foie et le poumon, auxquels aboutit la totalité ou une grande partie du sang.

Passant ensuite au diagnostic de cette affection spéciale des poumons, il fait remarquer qu'on seul symptôme se rencontre également chez presque tous les malades dont l'observation a été recueillie d'une manière un peu complète; c'est un état de dyspnée habituelle qui devient, dans quelques cas, une véritable orthopnée. Il rapporte ensuite un cas de ce genre qu'il a observé lui-même, et où ce phénomène a été des plus tranchés. Un autre renseignement qu'on observe dans quelques cas, et qui suffirait lui seul à faire connaître la maladie, si on y attachait toute l'importance qu'il mérite, c'est l'expectoration d'hydatides entières, ou de simples débris, qui le plus souvent sont assez clairement désignés pour qu'on ne conserve point de doute sur leur nature. L'auteur termine son travail par une observation où ce phénomène fut observé, et comme cette expectoration avait été précédée de l'inspiration d'éther, il se demande si l'éther aurait quelque influence sur la vitalité des acéphalocystes, comme il en a sur celle de certains helminthes, qu'il tue aussi bien que les plus sûrs anthelmintiques. L'observation de nouveaux faits pourra seule apprendre jusqu'à quel point cette hypothèse s'approche de la vérité.

DE LA TRACHÉOTOMIE COMME REMÈDE EXTRÊME DANS QUELQUES MALADIES CHRONIQUES DU LARYNX; par M. TROUSSEAU.

Le professeur Trousseau a jusqu'aujourd'hui pratiqué cent treize fois la trachéotomie, et il vient dans son nouveau travail poser des indications relatives à l'opération dans les cas de maladies chroniques du larynx. Sur les cent treize opérations qu'il a faites, huit seulement ont été pratiquées pour cette classe d'affection, et c'est surtout d'après ces huit opérations qu'il a formulé les règles générales qu'il donne. Il commence par établir que la trachéotomie, connue depuis longtemps pour les maladies laryngées aiguës, pour les corps étrangers et pour les accidens immédiats causés par des blessures de l'organe, semble avoir été conseillée pour la première fois dans les maladies chroniques par Desault, qui d'ailleurs n'avait laissé que le précepte. Après Desault les auteurs ont répété ses conseils, quelques uns l'ont pratiquée, mais en général sans succès. M. Trousseau attribue la plupart de ces essais infructueux au petit calibre des canules employées avant M. Bretonneau. Il a lui-même introduit l'usage d'un dilatateur qui simplifie beaucoup l'opération, rend inutile la ligature des vaisseaux, et facilite singulièrement l'introduction de la canule.

Quelque simplifiée que soit cette opération, elle n'est pas tellement innocente de son fait qu'il faille la pratiquer sans la plus indispensable nécessité. Si les malades ne succombent plus par l'opération on par l'insuffisance des soins qu'elle nécessite, leur vie est exposée par des accidens aigus du côté du poumon, ou bien par la marche de la maladie qui a réclamé l'opération.

Les poumons, sains avant l'opération, peuvent s'enflammer après elle, et cette pneumonie devient fréquemment mortelle. Sur 8 individus opérés, lorsque déjà l'asphyxie avait commencé 2 ont succombé à une pneumonie rapidement mortelle. M. Trousseau a trouvé dans la stase sanguine, venant de la gêne de la respiration et souvent d'un commencement d'asphyxie, une prédisposition à cette grave affection. Celle-ci offre pour particularité une marche extrêmement rapide. Aux deux faits cités par M. Trousseau, nous en ajouterons un qui nous est propre et qui certainement confirme les remarques de ce savant professeur. Le malade sur lequel nous l'avons recueilli n'avait point subi la trachéotomie, il est vrai,

mais il s'était, dans un accès de monomanie, fait au larynx une énorme plaie avec un tranchet de cordonnier. Apporté aussitôt à l'hôpital Necker, il y offrit tous les signes de plaies de cet organe et fut traité suivant les préceptes de l'art. Malgré les soins les plus assidus, il succomba vers le douzième jour à peu près (nous n'avons pas le fait sous la main actuellement), par une espèce d'asphyxie lente, et avec une toux très intense. A l'autopsie on trouva les deux poumons, les bronches et la trachée malades. Les muqueuses de la trachée et des bronches vivement injectées étaient tapissées d'un véritable pus, et dans la profondeur des dernières ramifications bronchiques, on trouvait encore ce liquide en grande abondance, s'échappant en gouttelettes nombreuses des sections faites aux petites divisions des canaux aériens. Le tissu des poumons lui-même offrait dans sa profondeur une multitude de petites infiltration purulentes, mais infiltrations de pus liquide; on pourrait nous objecter que ces petites infiltrations isolées étaient de petits abcès métastatiques; mais à cette époque nous nous livrions à une étude attentive de ces abcès, dont les exemples avaient été récemment fréquens et nous ne trouvâmes aucune analogie entre ces deux lésions du parenchyme pulmonaire. La description exacte de leur dissemblance nous entraînerait hors de notre but. Nous ne savons pas si le professeur Trousseau a trouvé quelques caractères particuliers dans les altérations cadavériques des individus qu'il a observés, il ne le mentionne pas au moins. Chez notre malade, bien certainement l'inflammation s'était communiqué des bronches au tissu pulmonaire, et peut-être même que le pus des bronches s'y infiltré. Quoique nous ayons eu occasion de faire un grand nombre d'ouvertures dans les maladies du poumon, nous n'avons jamais rien vu de semblable à cela, ni dans les pneumonies, ni dans les catarrhes purulens, ni dans les tubercules, ni dans les abcès métastatiques. Nous nous proposons d'ailleurs de publier plus tard ce fait qui, à cette époque nous avait frappé par sa singularité et nous avait fait rechercher, mais en vain; si les auteurs avaient décrit quelque chose de semblable, soit à la suite du même accident, soit après la trachéotomie. Dans les accès de toux qui mettaient souvent notre malade aux portes du tombeau, il rendait les derniers jours avant sa mort, et plusieurs fois par jour, des quantités considérables de pus qui venait de l'intérieur de la trachée, et probablement provoquaient la toux et causaient un commencement d'asphyxie. Il est bon de remarquer que les malades de M. Trousseau sont morts dans les premiers jours qui ont suivi l'opération; tandis que le nôtre a vécu plus longtemps.

Quoique M. Trousseau ait trouvé une prédisposition à la pneumonie dans la gêne habituelle de la circulation pulmonaire; cependant il n'a pas observé que ceux de ses opérés qui ont offert les plus grands accidens dyspnéiques soient ceux qui aient été plutôt affectés de pneumonie, ni même qu'ils aient moins promptement guéri; aussi il cite plusieurs enfans opérés lorsque l'asphyxie était déjà complète, et qui cependant ont guéri, et parmi ces cas, il rappelle celui qui est propre à M. Bretonneau. Ce célèbre praticien, appelé pour opérer un enfant, eut la douleur de le voir mourir pendant les apprêts nécessaires à l'opération. Cependant il pratiqua cette dernière sur le cadavre qu'il croyait avoir devant lui, introduisit la canule et fit la respiration artificielle. Au bout de quelques instans, il y eut quelques mouvemens respiratoires et enfin peu à peu l'enfant ressuscita. A quelques jours de là, il survint de nouveaux accidens dyspnéiques dont s'alarma facilement la tendresse de la mère qui disait à M. Bretonneau, dans son désespoir naïf: *Ah! Monsieur s'il allait remourir*. Ce fait est suivi d'une observation analogue des plus intéressantes, propre à M. Trousseau. Si nous éprouvons un regret, c'est d'être obligé de lui ôter, dans notre analyse rapide, tout le pathétique et toute la vérité d'expression inséparable de la plume de l'habile professeur de thérapeutique.

Obs. — Au mois de juin 1839, M. le comte de B... vient consulter M. Trousseau pour une extinction de voix. Doué d'une voix vibrante dans sa jeunesse passée sous les armes, il en avait souvent abusé dans des réunions d'amis, plusieurs fois il avait payé les plaisirs de l'amour du prix de sa santé, qu'un traitement mercuriel avait toujours solidement rétablie. Depuis quatre ans il avait eu des attaques épileptiformes; en 1836 sa voix, après qu'il l'avait exercée, se voilait; en 1837, elle restait toujours voilée; en 1838, à la suite d'une discussion animée, il perdit la voix et ne la recouvra plus. Jamais de crachemens de sang, jamais de rhumes opiniâtres, point de dyspnée. La poitrine est bonne, le pharynx sain, la déglutition et la respiration faciles. Le doigt au fond de la gorge ne découvre rien. Le larynx est volumineux, mais le malade est grand, et avait eu la voix très grave. M. Trousseau trouva le cas fort embarrassant, et commença le traitement comme s'il avait affaire à une phlegmasie chronique du larynx; néanmoins comme les antiphlogistiques, les révulsifs, les astringens avaient déjà échoué, il voulut avoir recours à un traitement local, consistant en attachemens avec une solution de nitrate d'argent (1 gr. pour 109 d'eau distillée) et l'inspiration d'une poudre composée de calomel mélangé avec du sucre. Après un mois de l'emploi de ces remèdes, le mal avait empiré. Un traitement antiphylitique très énergique les remplaça, mais en vain; treize jours environ après le début des antisyphilitique, le 13 août, suffocation. Sur consultation de M. Marjolin et Cruveilhier, le mal fut regardé comme syphilitique. On devait insister sur les mêmes remèdes, pratiquer une saignée et mettre un séton au cou, cela fut fait. La nuit du 13 au 14 et la journée du 14 furent terribles; le 15 au matin, le malade perdit connaissance; M. Trousseau mandé en toute hâte trouva M. de B... dans l'agonie. Ce ne fut que vers quatre heures du soir qu'on se décida à l'opération après une consultation; au moment de la pratiquer, elle parut si urgente, qu'on coucha le malade sur un banc d'antichambre pour ne pas perdre un instant. Ce mouvement semblait ôter à M. de B... le peu de vie qui lui restait; la respiration cessa, les mouvemens du cœur s'éteignirent, les traits s'affaissèrent, les membres tombèrent dans la résolution la plus complète. Pendant l'opération, les vaisseaux ne donnèrent point de sang. Le passage de l'air rétabli par la canule, la respiration ne revint pas. L'opérateur ne désespéra point; appuyant de tout le poids de son corps sur la poitrine du malade, il se mit à lui imprimer des secousses successives, de manière à affaisser les côtes, et vider la poitrine de l'air qu'elle contenait, comme on fait d'un soufflet plein; puis la poitrine abandonnée s'agrandissait d'elle-même et l'air entrait par la canule avec force. Il y avait dix minutes que durait cette manœuvre, quand un ami du malade crut sentir le pouls revenir. L'oreille appliquée sur le cœur perçut un mouvement bien évident. M. Gimelle, présent à l'opération succéda à M. Trousseau pour pratiquer cette espèce de respiration artificielle, et après vingt-cinq minutes, le pouls était revenu, le cœur battait; à la cinquante-septième minute, on vit le visage grimacer; quelques minutes après, il y eut une attaque d'éclampsie pendant laquelle l'air se précipitait avec violence dans la poitrine. A cet accès succéda une stupeur profonde, bientôt la respiration se rétablit peu à peu, et une heure et demie après l'opération le malade reprit connaissance.

A partir de ce moment, tout alla bien. La canule fut changée deux fois par jour, la fièvre traumatique se manifesta trois jours après l'opération. Les forces et l'embonpoint revinrent, et, au mois de décembre, M. de B... allait en apparence très bien, portant toujours sa canule.

A cette époque, un examen attentif montra que le larynx avait acquis un volume double de celui qu'il avait, et les deux plaques du cartilage thyroïde faisaient entre elles un angle fort obtus. Le larynx ne donnait point passage même à une bulle d'air, après l'occlusion de la canule. On diagnostiqua une tumeur du larynx nécessairement mortelle. Bientôt les alimens ne pouvaient être pris que liquides, et il s'écoulait de la plaie une sanie fétide. En mai 1840, M. B. succomba. L'autopsie confirma le diagnostic; c'était une tumeur cancéreuse du larynx.

L'embarras dans des cas pareils est de savoir au juste quelle est la nature de la maladie, car il en est qui ne pardonnent point, et pour lesquelles l'opération serait inutile. Cependant M. Trousseau pose le précepte que l'opération n'est jamais inutile, pourvu qu'une autre lésion que celle du larynx ne menace pas immédiatement la vie, comme, par exemple, de vastes cavernes tuberculeuses, avec tout leur cortège avant-coureur de la mort dans la phthisie laryngée. En effet, dit-il, on peut, en rendant à l'air son passage libre jusqu'au poumon, prolonger de beaucoup la vie des malades, même s'ils sont voués à une mort certaine, mais éloignée, par la nature de leur mal. Il y a plus, c'est que, le diagnostic de ces tumeurs ou de ces affections étant fort difficile, il peut arriver qu'en n'opérant pas on abandonne un malade très curable.

M. Trousseau insiste beaucoup sur la nécessité de donner aux canules le plus grand diamètre possible. Il ne faut pas, à cet égard, consulter le malade, car, ne jugeant que comparativement à son état antérieur, il se contente de peu. On commence donc par une canule moyenne; et, comme il faut la changer deux fois par jour, on en augmente graduellement le volume, jusqu'à ce que, dans une forte inspiration, l'air qui la traverse ne fasse aucun bruit, pas plus que dans un larynx. Voici, d'ailleurs, la mesure des diamètres convenant aux différens âges; les chiffres ont été fournis par des essais nombreux :

	Ouverture trachéale. Diamètre.		Ouvert. extern. Diamètre.		Hauteur sur bord convexe.		Hauteur sur bord concave.
Homme, taille ordin.	0,015	....	0,015	....	0,065	....	0,050
Femme...........	0,010	....	0,013	....	0,060	....	0,045
Enfant de 8 à 12 ans.	0,009	....	0,012	....	0,055	....	0,040
— de 5 à 8 ans..	0,008	....	0,011	....	0,050	....	0,038
— de 2 à 5 ans..	0,008	....	0,010	....	0,045	....	0,035
Au-dessous de 2 ans.	0,007	....	0,009	....	0,043	....	0,033

EXPÉRIENCES NOUVELLES SUR LES INJECTIONS DANS L'UTÉRUS; par M. HOURMANN.

Déjà plusieurs fois dans notre journal, il a été question d'injections intra-utérines, et des débats qu'elles ont soulevées entre deux honorables confrères. M. Hourmann a des premiers essayé cette injection, après que M. Vidal (de Cassis) eut ramené sur elle l'attention des praticiens. Il n'eut pas à s'en louer; tout porte à croire que, chez sa malade, le liquide passa par les trompes. Il voulut dès-lors s'assurer si cette pénétration des trompes était possible sur le cadavre, et il a réussi à la produire. M. Vidal lui a reproché de ne point se servir d'instrumens convenables, d'injecter trop de liquide, de pousser trop fort l'injection. Aujourd'hui M.

Hourmann rend compte d'expériences nouvelles exécutées avec toutes les précautions jugées nécessaires par M. Vidal. Ses expériences peuvent être partagées en trois catégories.

1re Catégorie : *Injections d'utérus séparés du tronc.* Onze expériences ont été faites. Cinq fois le liquide a traversé les trompes et s'est répandu dans le péritoine ; six fois les trompes n'ont été qu'en partie ou point distendues. Dans presque tous ces cas, il y avait adhérence des trompes, et une fois l'injection n'avait été faite que dans le but de faire arriver le liquide du col dans la cavité utérine ouverte ; nous pouvons ajouter huit expériences semblables faites par M. Briquet sur des utérus d'enfant de 4 à 10 ans.

2e Catégorie : *Injections d'utérus en place.* Cinq expériences font passer le liquide par les trompes.

3e Catégorie : *Injections dans les utérus en place quelques jours après l'accouchement.* Les injections poussées avec force et avec de grosses seringues n'ont jamais pénétré dans les trompes. Les muqueuses utérines et des trompes sont généralement tuméfiées, rouges et épaissies. Ces expériences, au nombre de quatre, ont été faites par M. Danyau.

Parmi les six cas de non pénétration du liquide, et appartenant à la première catégorie, trois sont relatifs à des femmes qui avaient accouché à une date peu éloignée de l'accouchement. Ces sept expériences identiques permettent donc d'affirmer que, après l'accouchement, les injections utérines peuvent être tentées sans danger.

Au milieu de ses essais, M. Hourmann a remarqué que très souvent la canule employée trouvait une grande difficulté à traverser le col utérin pour arriver dans la cavité utérine. Sur les cadavres entiers, la force nécessaire pour vaincre cet obstacle refoulait l'utérus dans le bassin ; d'ailleurs, cette étroitesse du col n'empêche point le passage du liquide du col dans la matrice. Une fois, sur une jeune fille de 20 ans, ayant eu plusieurs enfans, et remarquable par le grand développement de son appareil sexuel, M. Hourmann a vu les simples injections vaginales suivies de douleurs expulsives assez fortes pour nécessiter un séjour de plusieurs jours au lit. Il les explique par le passage du liquide du vagin dans la cavité de la matrice, dont le col avait une large cavité.

Fracture du péroné, avec luxation consécutive du pied, arrachement de la malléole tibiale, et saillie des os à travers les tégumens déchirés (emphysème traumatique du membre) ; par M. Colson, de Noyon.

Ce petit travail de M. Colson contient deux observations, suivies de réflexions, que, malgré leur excellence, nous n'aurions fait que signaler si l'une d'elles n'offrait un exemple d'une des plus rares complications des fractures compliquées ; nous voulons parler de l'emphysème. M. Colson, en commentant son observation, cite M. Velpeau, qui a bien observé plusieurs cas semblables, et, se fondant sur leur terminaison, a porté de cette complication un pronostic très fâcheux. Dans l'observation de M. Colson, il y avait fracture du péroné, arrachement de la malléole interne, luxation du pied en arrière, et le tibia faisait saillie sur le coude-pied, à travers une déchirure de la peau. A deux ou trois pouces de la plaie, le chirurgien nota un emphysème dans un étendue de quelques pouces ; à la réunion du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de la jambe en dehors, autre plaque emphysémateuse, séparée de la première. Le malade ne voulait point se laisser amputer, et l'appareil ordinaire fut appliqué. Trente-six heures après, la gangrène avait commencé sur les lèvres de la plaie. La gangrène augmentant avec les symptômes généraux ordinaires, le malade réclama l'amputation. M. Colson attendit prudemment une rémission, qui eut lieu seulement huit jours après l'accident, en même temps que la gangrène paraissait limitée. L'opération fut faite un peu plus haut que le lieu d'élection. L'incision des tégumens tomba sur un foyer plein de pus et de tissu cellulaire gangrené, et heureusement sous-cutané, qui permit d'inciser les muscles au-dessus de la gangrène. Le quatrième jour, sphacèle de toute la peau du côté externe du moignon (siége de l'emphysème) et abcès à la cuisse, contenant, outre du pus, des lambeaux de tissu cellulaire mortifié. Cette gangrène sous-cutanée s'étendit ; d'autres accidens généraux et locaux, fièvre hectique, abondance de suppuration, s'y joignirent, et le malade mourut 18 jours après l'opération.

M. Colson attribue la mort de ce malade plutôt à la fièvre hectique et à l'abondance de la suppuration qu'à la gangrène primitive. Quoi qu'il en soit de son opinion, il est certain que la gangrène, qui paraissait limitée avant l'opération, s'est renouvelée après, précisément dans le point qui avait été le siége de l'emphysème, et qui était aussi précisément celui du foyer gangréneux au moment de l'amputation. Ce qui, dans de pareils cas, fait la gravité de l'emphysème, ce n'est pas la présence de l'air seulement, mais c'est que ce gaz se trouve au milieu d'épanchemens de sang. Sans doute l'ampliation des saρonɔɐʌ cellulaires est une circonstance qui doit beaucoup favoriser l'infiltration sanguine et même appeler, pour ainsi dire, le sang épanché à une certaine distance. Ce n'est pas à dire que la suppuration soit toujours suivie de gangrène de la peau et des accidens graves qu'a observés M. Colson, et que craint tant M. Velpeau ; mais c'est une question que nous ne saurions résoudre maintenant que que de dire si un emphysème traumatique de cette espèce ne doit pas, dans la grande majorité des cas, amener nécessairement la suppuration. Si cela était, on concevrait l'extrême gravité de cet accident, devenant plus grave encore quand la plaie de la fracture couvre une grande articulation, comme dans l'observation précédente. Certainement alors il ne reste guère de ressources que dans l'amputation, et alors il faut la pratiquer immédiatement, ainsi que le recommande le chirurgien de Noyon, avec tous nos grands maîtres. Eh bien ! malgré toute la gravité reconnue d'une pareille lésion, grave entre toutes les autres, nous n'hésiterions pas, pour peu que les désordres locaux n'offrissent pas une trop grande intensité, à tenter la conservation du membre, mais à l'aide de l'appareil inamovible, convenablement appliqué, et cela même quand existe un emphysème traumatique. Ce n'est pas le lieu de citer le cas moins grave qui nous a donné cette opinion, cas, d'ailleurs, trop intéressant pour être cité en partie seulement.

M. Colson a terminé son excellent travail par l'exposé des deux hypothèses faites pour expliquer cet emphysème. Il rejette celle de M. Velpeau, qui admet que l'air extérieur a pénétré par la plaie pendant les mouvemens inopportuns exécutés souvent par le membre fracturé, et il fonde son opinion : 1° sur l'isolement des plaques emphysémateuses 2° et leur éloignement de la plaie chez le malade qu'il a observé ; il aime mieux admettre l'attrition du tissu cellulaire sous-cutané, et le développement de gaz par décomposition spontanée des tissus. Nous ne saurions être du même avis que M. Colson : 1° parce que l'emphysème n'arrive que lorsqu'il y a plaie à la peau ; 2° que lorsque le malade ou les personnes présentes ont exécuté ou fait exécuter au membre des mouvemens, souvent immodérés ; 3° que l'emphysème produit dans un point et par un mouvement qui relâche la peau en un certain endroit peut se produire dans un point voisin ou éloigné par un mouvement différent ; 4° parce qu'une fois produit, il peut se déplacer.

La première chose à faire, c'est de constater cette attrition ; or, on voit dans une fracture compliquée et indirecte de la jambe, au tiers inférieur, l'emphysème venir jusqu'à la cuisse, au genou, avec absence d'aucune violence et d'aucune contusion aux environs de la plaie. Nous ne parlons ici que de l'emphysème traumatique primitif, car, à l'époque de la suppuration, il peut y avoir aussi un emphysème, mais un emphysème bien différent.

Mémoire sur l'amaurose asthénique compliquée d'irritation locale, de congestion, d'inflammation, ou de sub-inflammation des membranes oculaires internes ; par M. Sichel.

Nous extrayons de ce mémoire le fait qui lui a servi de texte, et qui, par sa rareté et par l'état peu avancé des maladies de la rétine, mérite d'être connu.

Obs. — Un jeune homme de 25 ans, extraordinairement affaibli, vint, le 24 février 1840, consulter M. Sichel pour une amaurose ; l'œil gauche était faible depuis l'enfance, et le droit s'affaiblissait depuis six semaines. Il ne pouvait plus, le 24 février, lire de petits caractères. Le jeune homme attribuait sa grande faiblesse à des excès vénériens. Il était sujet à des épistaxis fréquentes et très abondantes qui ajoutaient encore à sa faiblesse. Les deux pupilles étaient mobiles dans une petite étendue, et l'impression d'une lumière vive était gênante. Frictions mercurielles belladonées sur les paupières. La photophobie étant moindre, le quatrième jour de l'emploi de ces frictions, elles furent remplacées par un liniment ammoniacal. (Nous omettons de parler du traitement général qui était tonique.)

Le 15 mars, la faiblesse générale du malade avait considérablement augmenté, et le 16 il mourut.

A l'autopsie, faite le 18 mars au matin, on ne trouva rien de bien remarquable dans les cavités splanchniques ; les poumons n'offraient point traces de tubercules.

Examen des yeux ; oeil droit. L'organe est partagé en deux moitiés ; à part la rétine, les membranes sont saines. La rétine est largement parcourue par des ramifications de l'artère centrale. Le grand pli de la rétine offre deux taches d'un rouge vif, et une teinte générale rosée dans le reste de son étendue. Au centre de la membrane, on voit dix-neuf tubercules rouges, ovalaires, d'un demi-millimètre de diamètre, ils sont rangés en anneau autour du point central. Séparés les uns des autres, ils permettent de voir, dans leurs interstices, la rétine, avec sa couleur normale. Ils sont manifestement dus (expression de l'auteur) à l'inflammation chronique de la membrane et à un épanchement fibro-albumineux sous son tissu.

L'œil gauche offre, à un moindre degré, les mêmes altérations. M. Sichel ne

dit nulle part si, par tubercules, il entend de la matière tuberculeuse, ou seulement une petite saillie. Remarquons toutefois que les poumons n'offraient point de tubercules.

De ce fait, M. Sichel tire la conclusion que les amauroses « en apparence les plus asthéniques peuvent être produites ou bien accompagnées par une irritation locale, ou une inflammation de la rétine. S'il a observé quelques symptômes d'irritation vénérienne, leur disposition devait le conduire à admettre qu'une asthénie, ou au moins un état organique non accompagné d'irritation, leur avait succédé, et malgré cela l'autopsie a démontré une rétinite ancienne. »

Quant à nous, nous en tirerons volontiers la conclusion, qu'en matières d'amauroses, les plus habiles agissent souvent en aveugles.

EMPLOI DU MUSC DANS LA PNEUMONIE AIGUE AVEC DÉLIRE; par le docteur ROCHÉ.

On rencontre assez fréquemment des cas de pneumonie compliqués de délire, et dans lesquels les accidens vont continuellement en s'aggravant, et en raison même du nombre et de l'abondance des évacuations sanguines qui sont opérées. C'est dans ces cas que M. le professeur Récamier retire tant de succès de l'emploi du musc à haute dose. Cette pratique a déjà été adoptée par bien des praticiens qui en ont obtenu les mêmes succès. C'est un fait de ce genre que rapporte ici M. Roché. Comme déjà nous avons rapporté plusieurs fois des faits semblables, nous allons analyser rapidement celui-ci.

OBS. — Montagne, âgé de 54 ans, lieutenant d'une compagnie de pompiers, tempérament bilieux très prononcé, fut pris, le 20 avril 1840, de pneumonie, à la suite d'une course longue et fatigante.

Le 23, la pneumonie était parfaitement caractérisée. (Saignée du bras de 500 grammes, qui est répétée le soir, parce qu'il n'y eut pas d'amendement ; look blanc kermétisé.) Chaque saignée est suivie de vomissemens des plus abondans.

Le 24, il y a encore quelques vomissemens.

Le 25, les symptômes ont perdu une partie de leur intensité. Dans la soirée, délire, agitation; le malade croit tomber dans des précipices, il se lève et cherche continuellement à se découvrir.

Le 26, le délire augmente beaucoup. Chants, cris, rire sardonique, urine involontaire. (20 sangsues autour de la tête; vésicatoire aux mollets; synapismes aux extrémités inférieures; les revulsifs ne sont pas sentis ; 3 decigrammes d'émétique dans 180 grammes de véhicule.)

Le 27, la nuit a été des plus mauvaises; les symptômes continuent au même degré; le pouls est petit, dépressible, fréquent. (5 centigrammes de musc toutes les heures; par méprise, il en prend 50 en cinq heures; dès-lors tendance au sommeil qui dure à peine une ou deux minutes. Le musc est continué à la dose prescrite ; à une heure, le sommeil devient tranquille et profond.)

Le 28, somnolence, hébétement qui se prolonge pendant toute la journée. Dans la soirée, retour complet des facultés; le malade ne se rappelle rien de ce qui lui est arrivé. Les révulsifs commencent seulement à agir. Point pleurétique du côté gauche. (Vésicatoire sur le côté douloureux ; potion de musc continuée.)

Le 29, le malade se trouve bien. Des aphtes tapissent la bouche. (On diminue de moitié les doses de musc. Le malade en a pris 225 centigrammes en trois jours.)

Le 2 mai, il entre en convalescence.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER.

SUR UNE QUESTION DE PRIORITÉ RELATIVEMENT A LA FORMATION DE LA COUENNE DU SANG; NOUVELLE APPLICATION DE L'APPAREIL DE POLARISATION DE M. BIOT A L'ÉTUDE DE LA COMPOSITION DES URINES ANORMALES; par M. A. DONNÉ.

Plusieurs réclamations ont été adressées à l'Académie à l'occasion de la communication que j'ai eu l'honneur de lui faire sur les conditions physiques de la formation de la couenne inflammatoire du sang; l'une de ces réclamations est de M. Hatin, l'autre de M. Mandl ; je ferai la même réponse à toutes les deux : le mémoire sur la coagulation blanche du sang de M. Hatin n'a paru qu'au mois d'août dernier, et celui de M. Mandl dans les ARCHIVES du mois de novembre; or, mes expériences sur les conditions de la couenne ont été faites dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité, pendant les mois d'avril et mai ; j'en ai fait, en outre, l'objet d'une leçon tout entière, le 10 juin, dans mon cours public de microscopie, et l'enseignement est un mode de publication aussi valable qu'un autre; enfin, pour que rien ne manque à mes droits d'antériorité, j'ai fait mention du principal résultat de mes expériences, en rendant compte, dans le JOURNAL DES DÉBATS du 30 juillet, du mémoire sur le sang lu à l'Académie par MM. Andral et Gavarret. En effet, je signale la rapidité croissante de la coagulation du sang et la diminution de pesanteur spécifique de ce liquide, à mesure que les saignées sont répétées ; et ce sont là, d'après mes recherches, les deux conditions essentielles de la formation de la couenne. La couenne n'est, comme on sait, que de la fibrine décolorée, et pour que cette couche blanche se forme à la surface du caillot sanguin, il faut que les globules rouges aient eu le temps de s'abaisser au-dessous du niveau du liquide; ce qui ne peut arriver, d'une part, que lorsque la coagulation du sang est lente à s'opérer, qu'elle met par exemple au moins quinze minutes à s'effectuer, ou bien lorsque la pesanteur spécifique du sang étant faible, s'étant abaissée de 7° à 5° et même à 4°, comme il arrive à la suite de plusieurs saignées successives, les globules se déposent plus facilement et plus vite dans le sang devenu moins visqueux. C'est faute d'avoir tenu compte de cette circonstance, que l'on ne pouvait s'expliquer la formation de la couenne dans certains cas, à la deuxième ou à la troisième saignée, par exemple, comme cela arrive souvent dans le rhumatisme, quand la première n'en avait pas présenté; on conçoit maintenant que la densité du sang ayant diminué par suite d'une première émission sanguine, la formation de la couenne s'opère mieux que dans un sang trop dense, dont les globules se séparent difficilement.

Je pourrais ajouter que M. Mandl, tout en parlant dans son mémoire de la densité du sang et de la coagulation, ne précise pas les faits comme je viens de le faire moi-même, et que M. Hatin est beaucoup moins explicite encore ; mais je me borne à rappeler les dates qui établissent positivement la priorité de mes recherches sur ce sujet.

Voici une autre communication relative à une nouvelle application que je viens de faire de l'appareil de polarisation de M. Biot : cette application, quoique négative, n'est pas sans intérêt pour l'étude de l'urine.

Il existe dans l'urine ordinaire une matière animale que les chimistes ont signalée dans leurs analyses; cette matière paraît diminuer de quantité dans le diabète, ainsi que le rappelait dernièrement M. Thénard, à tel point qu'on en trouve à peine des traces quand cette affection est portée à un haut degré ; on la voit au contraire reparaître à mesure que la maladie s'améliore.

Nous n'avons pas jusqu'à présent de bons moyens cliniques à la portée de tous les médecins, pour constater la présence ou l'absence de cette matière animale dans les urines; je ne sais si c'est la même que je mets en évidence par le moyen suivant, mais toujours est-il que je me suis assuré que l'alcool précipite, non pas immédiatement, mais après quelques instans de contact, une substance floconneuse de l'urine, qui n'appartient ni aux différens sels de ce liquide, ni au mucus de la vessie. Cette substance, que tous ses caractères indiquent être de nature animale, précipite aussi bien quand l'urine est filtrée parfaitement claire, à travers une couche de charbon, que dans l'état où elle est rendue; elle est insoluble dans l'acide acétique et dans l'ammoniaque, et simplement désagrégée par l'acide nitrique, etc.; elle se présente au microscope sous forme de filamens déliés.

Je ne l'ai pas obtenue dans une urine de diabétique très riche en sucre et pesant 5° à l'aréomètre ; mais elle existe au contraire en proportion exagérée dans certaines urines, telles que celles des individus affectés de pertes séminales; je mets sous vos yeux deux échantillons d'urine de cette nature dans laquelle l'examen microscopique m'a démontré la présence de nombreux zoospermes: dans l'un des flacons est l'urine telle que la rend le malade, et simplement filtrée; dans l'autre est l'urine traitée par l'alcool et contenant le dépôt floconneux de la matière animale dont je viens de parler.

Il était important de s'assurer si cette substance était de l'albumine, d'autant plus qu'elle augmente la densité de l'urine comme le fait l'albumine elle-même; ce liquide marque quelquefois en pareil cas jusqu'à 6° de l'aréomètre, sa densité normale étant de 2° à 3°.

Il est vrai que cette substance ne précipite ni par l'acide nitrique, ni par la chaleur ; mais ce caractère n'est pas toujours suffisant pour caractériser l'albumine: c'était donc bien le cas de faire l'application de l'ingénieux appareil de M. Biot, et je me suis empressé de soumettre l'urine en question à cette vérification; or les urines spermatiques chargées de cette matière animale particulière, n'ont aucune action sur la lumière polarisée; elles n'ont de rotation ni à droite comme le sucre, ni à gauche comme l'albumine: cette substance n'est donc pas de nature albumineuse; c'est une matière animale spéciale dont la présence en excès devient un caractère essentiel à constater dans plusieurs cas et surtout dans les pertes séminales.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER.

M. Boussingault lit une note sur la composition de l'air qui se trouve dans les pores de la neige. Dans une première tentative qu'il fit avec le colonel Hall pour s'élever sur le Chimborazo, en abordant la pente qui regarde Chillapulla, il rencontra des neiges tellement meubles et profondes qu'il lui devint impossible de dépasser la hauteur de 5,155 mètres. Arrivé à cette station, il remplit de neige un flacon qu'il boucha hermétiquement. La neige étant complétement fondue, l'eau occupait environ les sept huitièmes de la capacité du vase. Ayant analysé, au moyen du phosphore, l'air qui se trouvait dans le flacon, il reconnut qu'il ne renfermait que 16 à 17 pour 100 d'oxygène. M. Bischoff obtint des résultats analogues dans les recherches qu'il entreprit sur de la neige provenant des Alpes. Il tritura sous l'eau cette neige endurcie, et l'air qu'il se procura par ce moyen, analysé dans l'endiomètre à sulfure de potassium, ne donna que 10 à 11 pour 100 d'oxygène. Il était intéressant d'examiner également l'air de la neige recueillie à peu près au niveau de la mer. M. Boussingault a trouvé que l'air qui se dégage pendant la fusion de la neige contient à Paris, comme sur les Alpes, comme sur les Andes, notablement moins d'oxygène que l'air pris dans l'atmosphère. Cependant M. Boussingault établit, par des expériences qui ne peuvent laisser de doute, que telle n'est point réellement la composition de l'air emprisonné dans les pores de la neige avant sa fusion: il ne diffère pas sensiblement de l'air libre. Si l'on y a rencontré moins d'oxygène, c'est que, pour se procurer cet air, il a fallu, comme l'avait pressenti antérieurement M. Boussingault, il a fallu attendre la fonte de la neige; le gaz du flacon s'est trouvé en contact avec l'eau peu ou point

aérée qui a été le résultat de celte fusion. Or, l'on sait que dans une semblable circonslance, l'oxygène se dissout plus facilement dans l'eau que l'azote, et que l'air dont l'eau est saturée est plus riche en oxygène que celui de l'atmosphère.

M. Flandin lit en son nom et en celui de M. Danger un nouveau mémoire sur l'intoxication arsénicale.

MM. Danger et Flandin rappellent d'abord la découverte chimique qui domine la question toxicologique dont ils s'occupent, et ils en suivent l'histoire jusqu'à l'époque où Marsh en fit, après Sérullas toutefois, une application à la médecine légale. Ce coup-d'œil jete en arrière, ils marquent le point où en était la science quand ils ont commencé leurs recherches.

On croyait généralement qu'il existe de l'arsenic à l'état normal dans le corps humain.

Les auteurs passent ensuite à l'exposé des expériences qui les ont amenés à retirer des matières animales un produit qui donnait des taches, avec l'appareil de Marsh, taches qu'ils prirent longtemps pour de l'arsenic. En effet, elles en offraient tous les caractères physiques et, sous plusieurs rapports, les réactions chimiques. Toutefois, on ne pouvait extraire de ce composé l'arsenic à l'état métallique. Une analyse, puis une synthèse conduisirent MM. Danger et Flandin à reconnaître que ce composé, formé pendant la carbonisation des matières animales, était un mélange de sulfite et de phosphite d'ammoniaque unis à une matière organique.

Dans le but de s'éclairer sur la question de l'existence de l'arsenic à l'état normal dans le corps humain, les auteurs eurent recours à des expériences d'un autre ordre. Ils carbonisèrent les matières animales en vases clos, en recueillant tous les produits de cette distillation. Soumis à divers réactifs, aucun de ces produits ne donna d'arsenic.

Prévenus d'une cause d'erreur contre laquelle on n'était point en garde en médecine légale, quand on se servait de l'appareil de Marsh, MM. Danger et Flandin produisirent sur les animaux des empoisonnemens soit aigus, soit chroniques, pour savoir jusqu'à quel point le mélange des taches arséniales et pseudo-arsénienses pouvait en imposer quand il s'agissait de faire une distinction entre elles. Il leur parut que les réactions employées jusqu'à ce jour ne suffisaient pas, dans tous les cas au moins, pour résoudre ce problème difficile. Il ne fallait donc plus seulement recueillir sous formes de taches l'arsenic brûle avec l'hydrogène; il fallait recueillir sans pertes et condenser le plus possible les produits de cette combustion, pour les examiner ensuite et reduire le métal. Les auteurs sont arrivés à ce but au moyen d'un appareil dont ils proposent de faire un annexe à celui de Marsh. Cet appareil consiste :

1° En un condensateur cylindrique portant vers son extrémité inférieure une tubulure, et se terminant par un cône dont la pointe reste ouverte;

2° En un tube à combustion recourbé à son milieu en angle droit et pouvant s'adapter à la tubulure du condensateur à l'aide d'un bouchon;

3° En un réfrigérant dont la partie inferieure s'engage dans la partie conique du condensateur et en ferme l'ouverture. Le tout est soutenu par un support.

Pour faire usage de cet appareil, on remplit le réfrigérant d'eau distillée et on l'introduit dans le condensateur. On fixe le tube à combustion et l'on engage dans son intérieur, à un tiers de l'extremité, le jet de flamme, alors qu'il ne se dégage encore de l'appareil de Marsh que de l'hydrogène pur. On introduit les liquides suspects dans le flacon et on laisse la combustion s'opérer, en ayant soin de régulariser le jet de flamme et de l'obtenir aussi petit que possible, de cinq à six millimétres au plus.

Si l'appareil a été convenablement disposé, une portion de l'arsenic se dépose à l'état d'acide arsénieux concret et solide dans le tube à combustion; l'autre portion emportée par la vapeur d'eau vient se condenser sur les parois du réfrigérant, et de là s'écoule dans le condensateur. L'ouverture pratiquee à l'extrémité inférieure de ce cylindre permet à l'opérateur, en soulevant le refrigérant, de recueillir à tel ou ou tel moment de l'operation, la quantité d'eau qu'il juge convenable à des essais successifs. L'opération terminée, l'acide arsénieux déposé dans le tube à combustion sert à donner le métal et le sulfure sec. Les eaux recueillies servent aux réactions de l'appareil de Marsh, de l'hydrogéne sulfuré, du sulfate de cuivre ammoniacal, du nitrate d'argent, etc. A l'aide de cet appareil, on peut obtenir de l'acide arsénieux et de l'arsenic métallique appréciables même en poids, en n'agissant que sur 50 grammes de foie ou de poumons de chiens empoisonnes par 15 centig. d'acides arsénieux ou arsénique.

MM. Danger et Flandin donnent aussi, dans ce mémoire, un procédé de carbonisation qui leur est propre, et ils tirent de leurs expériences sur les animaux des corollaires physiologiques qui ont trait à la question thérapeutique de l'empoisonnement par l'arsenic.

Les conclusions de leur travail sont les suivantes :

1° Il n'existe point d'arsenic à l'état normal dans le corps humain.

2° Il se forme généralement dans l'acte de la carbonisation des matiéres animales, un produit soluble dans l'eau sublimable, composé en grande partie de sulfite et de posphite d'ammoniaque unis à une matière organique, produit susceptible de fournir, avec l'appareil de Marsh des taches presentant, jusqu'à un certain point, les caractères physiques et donnant la plupart des réactions chimiques de l'arsenic

3° Pour se mettre à l'abri de toute erreur en expertise médico-légale dans un cas d'empoisonnement par un composé arsénical, il faut, quant on se sert de l'appareil de Marsh pour ses recherches, ne compter sur les réactions franches et normales de l'arsenic, qu'après avoir brûlé le gaz hydrogène arsénié et agit sur les produits de cette combustion.

4° Dans un cas d'empoisonnement par l'arsenic, c'est dans les feces et la matière des vomissemens qu'il faut surtout chercher les traces du poison pendant la vie; et, si la mort a été l'effet immediat de l'empoisonnement, on retrouve l'arsenic jusque dans les organes les plus éloignées du centre de l'action toxique.

TRAITEMENT DU BÉGAIEMENT PAR LA SECTION DES MUSCLES DE LA LANGUE.

M. Amussat écrit à l'Académie qu'il vient de pratiquer la section des muscles de la langue chez deux sujets atteints de bégaiement.

Le premier malade que j'ai opéré, avec l'aide de MM. L. Boyer, Levaillant et Foucart, est un enfant de onze ans. Il avait un embarras très grand dans la prononciation : l'articulation des sons était empâtée et difficile; le bégaiement était peu sensible, le filet assez fort et dur tendait à se déchirer lorsqu'on voulait, par des tractions, allonger la langue. Cet état, auquel on avait déjà cherché à remedier par la section du filet, était accompagué d'une déviation a droite de la langue, et de l'impossibilité d'élever cet organe jusqu'aux arcades dentaires supérieures. Immediatement après l'opération, que le père et l'enfant desiraient beaucoup, nous remarquâmes, ainsi que les assistans, une amélioration évidente dans la prononciation et une diminution dans l'empâtement. Le filet, dont l'attache inférieure venait d'être coupee en même temps que le muscle, ne s'opposait plus aux mouvemens d'elevation de la langue.

Le deuxième opéré est âgé de 40 ans, ancien militaire. Il avait un bégaiement aussi complet que possible. Le filet très fort était distendu au point de se déchirer lorsqu'on essayait d'allonger la langue, et comme conséquence naturelle, les mouvemens d'élévation étaient très bornés. Il existait, en outre, une deviation à droite de la langue lorsque cet organe était porté hors la bouche. Enfin, les mots *opération et caporal hors la garde* prononcés par le malade, dans l'intention d'avoir, après l'opération, un moyen certain de comparaison, ces mots étaient articulés par syllabe et avec beaucoup d'efforts.

L'opération fut pratiquée à Versailles, chez M. le docteur Thibault, avec l'assistance de MM. L. Boyer, Lemazurier, Euvrard, Auguste Voisin, Guérineau, Levaillant, etc. Immédiatement après, l'état du malade était sensiblement amélioré, à tel point que les mots opération, etc., que nous venons d'indiquer, étaient articulés sans hésitation. Le malade lui-même s'aperçut si bien du changement qui s'etait opéré, qu'il s'écria qu'il y avait autant de différence entre la prononciation actuelle et l'ancienne, qu'entre un verre d'eau qu'il tenait dans la main et un verre de vin.

Le procédé que j'ai employé consiste, la langue étant renversée en arriére et en haut, la bouche fortement ouverte, à couper perpendiculairement avec des ciseaux la muqueuse à sa partie inférieure du frein ou filet, entre les deux canaux de Wartbon, puis on coupe en travers au-dessous et on écarte les bords de la muqueuse divisée. Alors en faisant tirer la langue en avant et en haut hors de la bouche, les muscles viennent s'offrir d'eux-mêmes à la section avec des ciseaux ou un petit scalpel en rondache et on les divise plus ou moins suivant leur contraction.

Dans le point où je pratique la section des muscles génio-glosses, l'opération est moins difficile et moins dangereuse que dans tous les autres. On agit sur un double faisceau ou sur le sommet du triangle, tandis que plus haut, comme on le sait, le muscle s'épanouit en éventail et il est entouré de vaisseaux et de nerfs.

Je me suis fait un devoir de communiquer le plus promptement possible à l'Académie mes recherches sur ce sujet, pour mettre les praticiens en mesure de méditer cette nouvelle opération, afin de les encourager à la tenter et à nous aider à la perfectionner. J'ose espérer qu'elle nous donnera incessamment les mêmes résultats et la même satisfaction que l'opération du strabisme.

P. S. J'ai l'honneur de prévenir l'Académie que les malades opérés sont dans la salle d'entrée à la disposition de MM. les membres qui voudraient examiner leur état.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal adopte, lecture est faite de la correspondance, à l'occasion de laquelle M. Velpeau demande la parole.

TRAITEMENT DU BÉGAIEMENT PAR LA SECTION DES MUSCLES DE LA LANGUE.

M. Velpeau : La lettre du docteur Philips, relative au bégaiement, ne précise point l'opération qu'il a pratiquée pour guérir cette imperfection. Depuis que la presse a fait mention des idées de M. Dieffenbach à cet égard, j'ai cru devoir essayer, de mon côté, ce nouveau mode de traitement; il restait cependant toujours à savoir quel muscle il fallait couper. Peut-être que, pour la production du bégaiement, un ou plusieurs muscles de la langue peuvent être troublés dans leurs fonctions normales ; ainsi l'hypoglosse, le styloglosse, le gémoglosse, pourraient être coupés. Je pense même que, dans quelques cas, il serait nécessaire de retrancher la pointe de la langue.

Dimanche dernier, j'ai coupé le muscle gémoglosse sur un bègue qui m'a paru avoir de la difficulté à élever sa langue, et aussitôt après l'opération, cet homme a pu prononcer plusieurs syllabes qu'il ne pouvait prononcer auparavant. J'ai fait la section des muscles génioglosses près de leurs attaches aux apophyses geni. Cette section a été faite sous la muqueuse préalablement incisée à l'aide d'une lancette aiguë.

M. Roux annonce que demain, à l'Hôtel-Dieu, il se propose de faire la même opération que celle dont vient de parler M. Velpeau.

M. Amussat : Je demande à l'Académie de lui faire une communication sur le bégaiement. Avant de savoir que M. Dieffenbach eût songé à y remédier par une opération, j'y avais moi-même été amené par les reflexions que m'a suggérées l'opération pour le strabisme. M. Philips peut attester la vérité de ce que j'avance ; ce n'est point d'ailleurs une question de priorité que je prétends soulever, je ne veux établir qu'un fait.

J'ai remarqué que les bègues ont la langue peu mobile. J'ai étudié sur moi-

même, sur d'autres, l'action des muscles de la langue, et enfin, chez le bègue, j'ai cru voir que la langue était entraînée d'un côté ou de l'autre. J'ai été amené dès-lors à couper les muscles génioglosses. Mais tantôt la langue est déviée d'un côté et tantôt de l'autre, et il faut alors couper le muscle correspondant à la déviation. Eu égard aux élémens anatomiques du plancher de la bouche et à leurs rapports mutuels, j'ai coupé ces muscles près de leurs insertions au maxillaire inférieur. Je les mets d'abord à nu sur la ligne médiane, par une incision qui passe entre les deux papilles des conduits de Warthon, et permet d'écarter ces conduits de chaque côté; les muscles mis à nu peuvent être alors coupés facilement avec une espèce de petite rondache. J'ai déjà deux fois pratiqué cette opération, et avec succès. Ces personne ont été montrées à l'Institut; l'une est un militaire qui éprouvait une grande difficulté à prononcer les commandemens, et qui aujourd'hui les prononce avec facilité, et l'opération ne date que de quatre jours. Si l'Académie le désire, je lui ferai voir deux autres personnes que je me propose d'opérer. On pourra se convaincre sur elles des altérations que j'ai signalées dans les mouvemens de la langue.

M. Bousquet : Je ne demande la parole que pour établir que c'est à M. Hervey de Chégoin qu'appartient la première idée que le bégaiement est un vice de conformation des organes phonateurs, et en particulier de la langue.

M. Amussat demande à montrer deux bègues qui, amenés au milieu de l'assemblée, prononcent quelques phrases et exécutent quelques mouvemens avec leur langue. En même temps, l'honorable académicien essaie de montrer que chez eux la langue ne peut se lever aussi facilement que dans l'état normal.

M. Gerdy : Je ne crois pas que la section d'aucun des muscles de la langue puisse rendre la parole aux bègues. On conviendra que l'examen auquel on vient de se livrer sur les deux personnes qui sortent d'ici n'a rien appris à personne; car personne n'a pu rien voir. J'ai particulièrement étudié la prononciation, et je me suis assuré que tous les sons exigent, pour être prononcés, un état particulier des organes phonateurs et modificateurs de la voix, état dans lequel presque toutes les parties de ces organes entrent en action. Les bègues n'éprouvent point de la difficulté à prononcer les voyelles quand elles sont isolées; ce qui est difficile pour eux, c'est de prononcer à la suite les uns des autres des sons qui exigent dans les organes des mouvemens très différens. Les lèvres, les dents, la langue, par sa pointe, son milieu, sa base, le voile du palais, subissent pour chaque son des mouvemens qui, on le conçoit, doivent être très variés et ne peuvent dépendre d'un seul muscle, pas plus du génioglosse que d'aucun autre pris isolément. Je crois qu'on a procédé dans tous ces cas avec une grande précipitation et avec une grande ignorance de la matière. (Un grand nombre de membres se récrient violemment contre cette épithète; M. le président agite en vain sa sonnette pour obtenir le silence. M. Amussat demande la parole.) Messieurs, je me servirais, s'il était possible, d'une épithète plus forte, mais qui n'en serait pas moins vraie. (De tous côtés les plus vives réclamations s'élèvent.) Ce n'est pas à M. Amussat ou à aucun autre plus particulièrement que j'adresse ces reproches, mais il faut le dire, on s'étudie depuis quelque temps à déprécier la chirurgie auprès du monde. (Le bruit continue.) On coupe de tous côtés, on se livre, sur l'homme vivant, à des expériences de toutes sortes, qui ne peuvent que nous déconsidérer, et il viendra un jour où cette déconsidération pèsera sur nous. Je demande qu'une commission soit nommée pour examiner des bègues, et je demande à en faire partie.

Toute cette dernière partie des paroles de M. Gerdy a excité la plus grande agitation. M. Amussat, qui réclame vivement la parole, ne peut se faire entendre. M. le président veut consulter l'Académie pour savoir si la discussion continuera. A une grande majorité, et au milieu d'un bruit extrême, l'assemblée vote la continuation de la discussion.

M. Amussat : Il y a trois points à examiner dans les paroles de M. Gerdy. Il a dit qu'on n'avait point assez examiné les deux bègues que j'ai présentés. En cela, je suis de son avis. Cet examen a été tout à fait insuffisant; mais est-ce ma faute à moi? D'ailleurs, ils resteront ici, ils reviendront, et on pourra les examiner à loisir, et constater, j'espère, ce que j'en ai dit. M. Gerdy a dit aussi que j'avais procédé avec légèreté et avec ignorance. Je ne veux pas relever de semblables reproches; je me suis assez longtemps occupé d'anatomie, de physiologie, pour n'avoir pas besoin de les relever. Avant d'agir, je me suis étudié moi-même, j'ai étudié sur les autres à l'état normal et dans les circonstances pathologiques; j'ai essayé l'opération sur les animaux, j'ai fait des dissections, et c'est alors seulement que j'ai fait l'opération sur l'homme vivant. N'est-ce pas s'entourer de tous les élémens de la plus grande prudence? Vous dites que je fais des expériences sur l'homme vivant; mais ces expériences n'ont certainement rien de dangereux; et vous, n'avez-vous pas fait aussi des expériences sur l'homme vivant? Je m'arrête là sans vouloir en parler plus au long. Quand est venue la question du strabisme, on a beaucoup parlé contre cette opération; aujourd'hui tout le monde l'adopte.

M. Velpeau : Il y a, relativement à la nouvelle opération qui fait le sujet de cette discussion, un grand nombre de raisons pour et contre. A mon avis même, les raisons contre semblent plus nombreuses; mais ce n'est pas de cela dont il s'agit. Il s'agit aujourd'hui de mettre à une épreuve sévère les idées d'un homme haut placé dans la science. Il faut expérimenter, mais expérimenter avec prudence. M. Amussat a dit qu'on s'était jadis élevé contre l'opération du strabisme; je demande qu'il précise mieux ces reproches, et qu'il nomme les personnes qui se sont élevées contre cette opération.

L'Académie décide que la discussion ne sera pas continuée. Une commission, composée de MM. Amussat, Velpeau, Bouvier et Gerdy, est nommée pour suivre les résultats des opérations pratiquées sur les bègues.

SUR L'ANALYSE DES EAUX THERMALES DE LAMOTTE.
(Rapport de M. Henry.)

M. Henry trouve dans ces eaux deux nouvelles substances, qui avaient échappé aux chimistes assez nombreux qui avaient déjà analysé ces eaux. Ces substances sont le brôme et la manganèse.

M. Bailly fait observer que l'existence de ces corps dans ces eaux thermales explique parfaitement les bons effets qu'on en a retirés jusqu'ici contre les engorgemens lymphatiques et contre les engorgemens du corps thyroïde. Le brôme, si voisin dans l'échelle chimique de l'iode, parait jouir de propriétés médicinales fort analogues, et est destiné à rendre de grands services. Déjà M. Magendie a tenté avec ce corps des expériences thérapeutiques, qui ont répondu à ce qu'on en avait attendu.

SOUPÇON D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX; EXPERTISE CHIMICO-LÉGALE; par MM. Fau et Bergès. (Rapport de M. Caventou.)

Dans le département de l'Ariége, un habitant mourut subitement et en présentant quelques signes d'un empoisonnement qu'on soupçonna avoir été consommé avec l'acide arsénieux. Les matières des déjections et des vomissemens avaient, sans doute, été analysées, mais on ne put retrouver les pièces de l'analyse; il n'y avait même pas de procès-verbal de l'autopsie. Les soupçons de la justice firent ordonner une exhumation, dans le but de rechercher, dans les restes de la victime, les traces du poison. Toutes les précautions judiciaires prises, on procéda d'abord à l'examen des cavités intestinales.

L'estomac contenait deux petits corps solides et blancs, qu'on reconnut pour des substances simplement crayeuses. L'intestin ne contenait non plus aucune substance vénéneuse apparente. Les matières contenues dans ces cavités pouvant recéler le poison dissous par la grande quantité de liquide donné avant la mort, furent soumises à l'analyse par l'appareil de Marsh et ne donnèrent que des résultats négatifs quant à l'existence de l'arsenic.

Alors l'estomac, l'intestin coupé par petits fragmens, traités par une légère solution potassique, puis par l'eau régale, furent soumis à l'appareil de Marsh, et donnèrent de belles taches arsénicales. Il est bon d'ajouter que les experts n'opéraient que dans la supposition d'un empoisonnement par une substance minérale.

Les experts déclarèrent dans leurs rapports que les organes de la victime contenaient de l'arsenic.

Ils n'avaient cependant pas essayé l'acide chlorhydrique de l'eau regale, dans la persuasion que cet acide ne pouvait contenir de l'arsenic. Un doute s'éleva à cet égard dans leur esprit. Ils recommencèrent alors une nouvelle expertise, avec des réactifs de la pureté desquels ils s'assurèrent avant toute opération, ils opérèrent sur le foie, le poumon, le cerveau, le cœur, les reins, la rate; sur la terre de la fosse; sur les terres des champs voisins. Les viscères furent carbonisés avec l'acide nitrique, suivant la méthode de M. Orfila, et sans acide hydrochlorique; ils donnèrent, par l'appareil de Marsh, des taches arsénicales. Les terres des fosses et des champs voisins ne contenaient point d'arsenic.

Les conclusions du rapport furent les mêmes. L'accusé, reconnu coupable, fut condamné, vu des circonstances atténuantes, aux travaux à perpétuité.

M. Caventou conclut que l'expertise de MM. Fau et Bergès a été très habilement et très consciensement conduite. Il propose des félicitations et des remercîmens à ces deux chimistes, et l'insertion au Bulletin de leur expertise. — Adopté.

EXPERTISE CHIMICO-LÉGALE, PAR MM. GERARDIN ET MORAND; SOUPÇON D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX; EXHUMATION SIX MOIS APRÈS LA MORT; AUCUNE TRACE D'ARSENIC DANS LE CADAVRE; ACQUITTEMENT. (Rapport de M. Caventou.)

Un homme mourut assez rapidement d'une maladie, que le médecin avait qualifiée de gastrite ou d'entérite. Six mois après sa mort, les voisins entendirent son fils, encore enfant, dire que sa mère s'était débarrassée de son mari à l'aide d'une petite poudre blanche. L'accord n'ayant pas toujours régné dans le ménage, cela suffit pour réveiller les soupçons de la justice, qui lança un mandat contre la mère et ordonna en même temps l'exhumation du mari; elle fut faite six mois après la mort. L'analyse du cadavre fut confiée à MM. Gerardin et Morand, avec mandat de rechercher les traces d'acide arsénieux ou d'un autre poison métallique.

Ils firent subir à tous les viscères les opérations chimiques reconnues les plus exactes dans ces derniers temps, et ne purent jamais recueillir aucune trace d'arsenic. Les muscles, analysés à leur tour, ne donnèrent aucune trace d'arsenic. Ils recueillirent de la terre qui était sous le cercueil, et qui aurait pu contenir des arsenites d'ammoniaque, résultat de la putréfaction; mais l'analyse de cette terre donna des résultats négatifs. Ils supposèrent enfin que ces arsenites ammoniacaux, par la nature des terrains, auraient pu se changer en arsenites insolubles de chaux, mais ils ne trouvèrent aucune trace de ces sels.

Les terres environnantes, soumises aux mêmes opérations, donnèrent également des résultats négatifs.

Cette expertise est intéressante en ce sens qu'il n'existe point d'arsenic dans les tissus à l'état normal, même dans l'état de putréfaction.

M. Orfila : Je ne demande pas la parole pour combattre le rapport que vous venez d'entendre; loin de là, je remercie MM. les commissaires de l'attention qu'ils ont apportée à faire ressortir une expertise qui vient encore prouver une fois, qu'en opérant comme je l'ai prescrit, on ne retire aucune trace d'arsenic des viscères d'un individu non empoisonné, alors même que le cadavre de cet individu était déjà en pleine putréfaction. Mon affirmation à cet égard avait été tellement positive, que j'ai dû m'étonner, à plusieurs reprises, de lire et d'entendre répéter qu'il se développe de l'arsenic dans les viscères des cadavres qui se pourrissent. Le motif qui me porte à réclamer quelques instans de l'Académie, est tout autre; je désire l'entretenir d'un certain nombre de faits déjà livrés en partie à la publicité, et qui sembleraient infirmer plusieurs des résultats que j'ai annoncés dans cette enceinte. MM. Flandin et Danger ont lu à l'Académie des

sciences, un travail dont les conclusions sont : 1° Qu'il n'existe pas d'arsenic dans l'homme à l'état normal ; 2° que les terrains des cimetières ne semblent pas en contenir non plus; du moins ils disent ne pas en avoir trouvé dans ceux du Montparnasse et du Père-Lachaise ; 3° que l'on peut obtenir, sans la présence d'une matière arsénicale, et à l'aide de l'appareil de Marsh, des taches semblables aux taches arsenicales, qui offrent toutes les réactions de l'acide arsénieux. Avant d'examiner ces trois propositions, je dois déclarer qu'il serait à désirer, dans l'intérêt de la médecine légale, que les deux premières assertions fussent mises hors de doute; on éviterait par là, dans les procès à venir, les objections déjà tant de fois ressassées par les avocats bons ou mauvais, avec ou sans diplôme, et tirées de l'existence de l'arsenic naturellement contenu dans le corps de l'homme et dans les terrains des cimetières. Le problème que j'ai résolu et qui a pour objet de démontrer la présence de l'arsenic dans tous les viscères des individus empoisonnés, ne pourrait plus souffrir la moindre atteinte de la part des contradicteurs *quand même*.

J'arrive au premier point : *On ne retire point d'arsenic du corps de l'homme*. Pour ce qui concerne les viscères, MM. Flandin et Danger ne font que répéter ce que j'avais établi. Ils affirment en outre que les os n'en contiennent pas; je demande à ne pas m'expliquer sur ce sujet en ce moment; je me bornerai à dire que le 3 novembre dernier, j'ai déposé à l'Académie une note cachetée, qui est entre les mains de M. le secrétaire perpétuel, dont je ne veux pas encore donner lecture et qui fera connaître toute ma pensée à cet égard.

Je n'ai jamais dit que les terrains des cimetières fussent *tous* et constamment arsénicaux ; le titre que j'ai donné à mon cinquième mémoire prouve combien j'ai mis de réserve à cet égard. Voici ce titre : SUR LES TERRAINS DES CIMETIÈRES, SUR L'ARSENIC QU'ILS *peuvent* FOURNIR ET SUR LES CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES QUE L'ON DOIT TIRER DE L'EXISTENCE *possible* D'UN COMPOSÉ ARSÉNICAL DANS CES TERRAINS. Je devais être d'autant plus circonspect sur ce point, que je rapportais dans ce même mémoire, des expériences faites sur trois échantillons de terre prise au cimetière de Villey sur-Tille, près Dijon, et qu'un seul de ces échantillons m'avait fourni de l'arsenic. J'ai constaté depuis, le même fait sur la terre du cimetière du Montparnasse, dont j'ai extrait de l'arsenic avec telle portion, tandis que je n'en ai pas obtenu avec telle autre. On explique parfaitement cette diversité de résultats, en se rappelant que ces terrains, quand ils sont arsénicaux, renferment l'arsenic à l'état d'arsenite de chaux insoluble, qui reste dans la partie du terrain où il se trouve accidentellement, sans se répandre dans les parties voisines, en sorte qu'il peut en exister ici sans qu'il y en ait un atôme un mètre plus loin. MM. Flandin et Danger peuvent donc n'avoir pas trouvé d'arsenic dans les portions de terrain qu'ils ont examinées, sans qu'on puisse dire pour cela que ce métal n'existe pas dans d'autres portions; au reste, je me plais à reconnaître que c'est dans ce sens qu'ils ont formulé leur opinion concernant les terrains des cimetières.

Examinons maintenant la question des taches produites par MM. Flandin et Danger. Suivant ces messieurs, il est possible, en introduisant dans un appareil de Marsh en activité, du sulfite et du phosphite d'ammoniaque, avec l'huile de Dippel ou de térébenthine, d'obtenir des taches semblables aux taches arsénicales et qui offrent toutes les réactions de l'acide arsénieux. Je m'inscris formellement contre cette proposition. J'ai préparé, avec 30 centigr. de sulfite d'ammoniaque, autant de phosphite d'ammoniaque et 18 gouttes d'huile essentielle de térébenthine, des taches à coup sûr aussi belles que celles qui ont été recueillies par MM. Flandin et Danger, et j'ai l'honneur de les mettre sous les yeux de l'Académie, en même temps que je présente des taches arsénicales. Les différences sont tellement saillantes que j'ai peine à croire que l'on ait pu supposer un instant qu'il fût possible de confondre de pareils produits. En effet, ces taches sont larges, brunes avec un reflet irisé et jaunâtre, assez brillantes : il est aisé de les distinguer à l'œil nu des taches arsenicales brunes, pour peu qu'on ait la moindre habitude. Elles rougissent promptement un papier de tournesol humecté, alors même qu'elles sont récemment faites, tandis que les taches arsénicales, même assez anciennes, ne changent pas la couleur de ce papier, à moins qu'elles n'aient été produites avec une flamme assez forte, et qu'une portion d'acide sulfurique n'ait été projetée sur la capsule. Pour faire cette expérience, on applique le papier humecté sur les taches et on le presse avec une baguette de verre et non avec le doigt, car celui-ci rougit constamment le papier réactif.

L'acide azotique concentré ne dissout ni n'enlève en totalité *à froid* les taches produites par MM. Flandin et Danger, même lorsqu'on cherche à les détacher à l'aide d'un tube de verre ; à la température de l'ébullition, il les dissout lentement et fournit un liquide jaune. Si l'on évapore jusqu'à siccité ce liquide, on obtient un résidu jaune, tirant un peu sur le brun, que l'on peut décolorer ou du moins amener à l'état d'un résidu blanc jaunâtre, en le faisant bouillir à plusieurs reprises avec de petites proportions d'acide azotique concentré. Ce résidu refroidi et touché avec une goutte d'azotate d'argent, prend une teinte jaune *nullement briquetée*, semblable à celle du phosphate d'argent.

La tache arsénicale, au contraire, *disparait à l'instant même*, dans l'acide azotique *froid*, et si l'on évapore la liqueur, il reste de l'acide arsénique que le nitrate d'argent transforme sur-le-champs en arséniate d'argent *rouge brique*.

J'ajouterai, et ceci tranche complètement la question, qu'il est impossible d'obtenir des taches semblables à celles dont parlent MM. Flandin et Danger en carbonisant les viscères d'un individu non empoisonné, et en introduisant le decoctum aqueux de ce charbon dans l'appareil de Marsh, si la carbonisation a été *complète* et faite d'après les règles que j'ai tracées, parce qu'alors le sulfite et le phosphite d'ammoniaque, qui auraient pu exister dans la matière organique, se trouvent transformés en sulfate et en phosphate d'ammoniaque, lesquels ne donnent plus la moindre tâche avec l'appareil de Marsh. Ce résultat est tellement connu qu'il est inutile de l'étayer de nouvelles preuves.

Or, il arrive constamment, en carbonisant *complètement* les organes d'un individu empoisonné par l'arsenic, si toutefois ces organes retiennent encore du poison, que l'on retire un plus ou moins grand nombre de taches arsénicales.

Je vais maintenant entretenir l'Académie de taches bien autrement importantes que celles qui ont été obtenues par MM. Flandin et Danger, parce qu'elles ressemblent beaucoup plus, par leurs caractères physiques du moins, aux taches arsénicales. Je présente plusieurs assiettes, sur lesquelles se trouvent des taches obtenues, soit avec du bichlorure de mercure, soit avec du chlorure d'étain ou de plomb, soit enfin avec le sulfate ou le chlorure de zinc. Il suffit d'introduire l'un ou l'autre de ces sels dans un appareil de Marsh, alimenté tantôt par l'acide chlorhydrique, tantôt par l'acide sulfurique, et d'agir *avec une* forte flamme, pour recueillir sur une assiette de porcelaine des taches brillantes, miroitantes, d'une couleur analogue à celle des taches arsénicales. Ces divers sels sont entraînés avec le gaz hydrogène, déposés sur l'assiette et décomposés par ce même gaz. Je ne m'explique pas encore sur la nature de ces taches (1), mais j'affirme qu'elles peuvent être facilement distinguées des taches arsénicales : 1° parce qu'elles ne se volatilisent pas, ou ne se volatilisent qu'en partie et difficilement, sous l'influence d'une forte flamme à moins qu'elles ne soient excessivement minces, 2° parce que l'acide azotique, qui peut bien les dissoudre rapidement à froid, ne fournit jamais, étant évaporé, un résidu que le nitrate d'argent transforme en une poudre rouge brique. D'ailleurs, je le répète, ces taches ne peuvent pas être obtenues avec une flamme très faible, tandis que les taches arsénicales ne se produisent facilement qu'avec une flamme peu intense. Je sais qu'au collége de France, MM. Thénard, Dumas, Regnault et Boussingault avaient déjà obtenu des taches analogues à l'aide du sulfate de zinc et d'une forte flamme.

Il existe enfin d'autres taches, que l'on produit facilement, même avec une flamme *moyenne*, en faisant arriver celle-ci sur des assiettes faites avec *certaines* terres de pipe ; les oxydes de plomb et d'étain qui entrent dans la composition des vernis appliqués sur ces assiettes sont revivifiés par l'hydrogène, et il en résulte des taches d'un gris clair ou foncé, et quelquefois noirâtres, *ternes*, peu ou point volatiles, et insolubles dans l'acide nitrique, froid ou bouillant. Ces taches ne sauraient donc être confondues avec les taches arsénicales.

En résumé, les diverses taches dont je viens de parler ne peuvent être prises pour des taches arsénicales que par des hommes qui n'ont aucune notion de la matière.

Un chimiste habile et habitué à ces sortes de recherches n'éprouvera pas le plus léger embarras à établir la distinction dont je m'occupe.

Un homme médiocre, mais attentif, reconnaîtra sans difficulté, et uniquement à l'aide des caractères donnés dans mon mémoire, si des taches sont ou non arsénicales.

M. CHEVALLIER : J'ajouterai à ce que M. Orfila vient de dire sur les taches observées sur la terre de pipe, que cette terre peut quelquefois contenir des matières grasses qui peuvent produire des taches différentes de celles du plomb. MM. Gérardin et Morand ont bien fait d'insister dans leur expertise pour prouver que les tissus à l'état normal ne contiennent point d'arsenic. J'ai fait des expériences sur le sang qu'on avait dit, en Belgique, contenir de l'arsenic, et jamais je n'y ai retrouvé ce métal. Quand d'un autre côté j'y en ajoutais la plus petite quantité, je la retrouvais facilement. On a dit aussi que les creusets de Hesse contiennent de l'arsenic. J'ai fait à cet égard sept expériences qui m'ont donné des résultats négatifs. Les couperoses du département de la Seine ne fournissent point non plus d'arsenic ; j'ai également experimenté sur des os qui ne m'ont point fourni d'arsenic, mais ces dernières expérimentations ne sont point assez avancées pour que j'affirme rien à cet égard.

M. GERDY : Comme je désire savoir ce qu'il y a de véritablement positif dans ces questions, je demande à M. Orfila s'il y a véritablement de l'arsenic dans les os humains.

M. ORFILA : Je ne puis répondre à M. Gerdy autrement qu'en le renvoyant au paquet cacheté déposé sur le bureau de l'Académie, et que je ne puis encore ouvrir aujourd'hui.

M. GERDY : Les muscles contiennent-ils de l'arsenic.

M. ORFILA : Je n'en sais rien au juste. Cependant j'ai quelquefois obtenu, avec ces parties, des taches qui avaient quelques caractères des taches arsénicales. J'ai quelque raison pour croire que c'étaient des taches arsénicales, mais je n'en suis pas encore bien convaincu. Une des raisons qui me fait pencher pour l'existence de l'arsenic, c'est qu'il est difficile de concevoir qu'une portion quelconque des élémens organiques puisse échapper à la carbonisation par l'acide nitrique, et s'il ne reste point d'élémens organiques, les sulfites d'ammoniaque ne peuvent exister non plus.

M. GERDY : Je demanderai à M. Orfila s'il existe ou non de l'arsenic dans les terrains des cimetières de Paris.

M. ORFILA : J'ai analysé les terrains des cimetières du Montparnasse et de Bicêtre, et tantôt j'ai trouvé de l'arsenic et tantôt je n'en ai point trouvé. Cela tient, comme je l'ai dit, à la nature du terrain. Si les sels du terrain peuvent produire de l'arsenite de chaux insoluble que les pluies n'entraînent point, on trouvera de l'arsenic; mais s'il ne se forme que de l'arsenite d'ammoniaque, les eaux pluviales emportent seulement le sel.

M. GERDY : MM. Flandin et Danger n'ont point trouvé d'arsenic dans les urines, ils n'ont même jamais vu d'urine chez les chiens empoisonnés par l'arsenic. Ils retrouvaient l'arsenic dans les matières fécales, quand il n'y avait point absorption, et quand il y avait absorption ils en retrouvaient partout.

M. ORFILA : Il est vrai que les chiens n'ont pas quelquefois d'urine après l'empoisonnement, alors certainement on ne peut trouver d'arsenic dans ce liquide; mais le plus souvent il en existe et alors il y a de l'arsenic. J'ai rendu ce fait public devant tant de personnes, qu'il ne peut y avoir à cet égard aucun doute. Quant au fait d'empoisonnement sans absorption, c'est une chose impossible.

M. CHEVALLIER : Il faut dire aussi que tous les lieux qui reçoivent les égouts de Paris doivent contenir de l'arsenic, à cause de la grande extension qu'a prise l'emploi de ce métal dans les préparations des couleurs vertes.

---

(1) Plusieurs de ces taches sont évidemment formées, en partie du moins, par le métal contenu dans le sel qui les a fournies.

Conclusions du rapport de M. Caventou. Remercier MM. Gérardin et Morand, et insérer leur travail dans les mémoires de l'Académie.

M. Bouvier lit un mémoire sur quelques points de l'histoire du strabisme.

Communication. — Ectropion guéri par autoplastie; par M. Auguste Bérard.

Cet honorable académicien présente un jeune boucher qui a eu, il y a quatre ou cinq mois, la paupière inférieure détruite, sauf le bord libre, par une pustule maligne. Après avoir arrêté les progrès de ce mal terrible, l'habile chirurgien songea à réparer la perte de substance que la nature n'aurait certainement comblée qu'aux dépens de la régularité de ce côté de visage, et de l'abaissement encore plus considérable du bord libre de la paupière déjà affecté d'ectropion. Un lambeau fut pris sur la région temporale, et rabattu jusqu'au niveau de la paupière inférieure. Le bord supérieur du lambeau se réunit à l'inférieur de la paupière et son bord inférieur au supérieur des téguments de la joue. Le tout fut maintenu en place par de simples agglutinatifs. Aujourd'hui, quatre mois après l'opération, les plaies sont cicatrisées, le lambeau palpébral est parfaitement vivant et offre une teinte tout à fait semblable à celle qu'offre ordinairement le lieu qu'il occupe.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité complet des bandages et d'anatomie appliquée a l'étude des fractures et luxations avec les appareils qui leur conviennent; par Michel Thivet. — Première et deuxième parties, avec 500 figures environ, dessinées par l'auteur avec le plus grand soin. Paris, 1840.

Les deux premières parties du nouveau Traité de bandages de M. Thivet contiennent deux petits traités bien distincts; dans le premier se trouve la description complète des bandages proprement dits, bandages anciennement connus, auxquels l'auteur a ajouté les modifications apportées en cette partie de l'art par l'ingénieux M. Mayor, de Lausanne. Dans la description des différens élémens d'un traité de bandages, le lecteur plus souvent élève (et quelquefois hélas ! critique), ne doit chercher que de l'exactitude et de la clarté, de la clarté surtout; car il peut être plus difficile à l'écrivain de suivre, avec une phrase claire et concise, une bande qui s'enroule en tours nombreux et compliqués, qu'à l'élève de la conduire lui-même de sa main inexpérimentée. Rien en soi-même de plus monotone et cependant de plus utile que tous les menus et intéressans détails d'une pareille description. Qui ne se souvient encore de l'ennui profond qu'il a ressenti quand il a fallu entamer la lecture du chevêtre double ou simple, de la capeline, du nœud d'emballeur, du monocle; mais aussi qui, à ses premières armes à l'hôpital, passant de la théorie à la pratique, n'a envié la promptitude et la dextérité de quelques camarades à envelopper un membre de doloires, appliqués avec cette symétrie soigneuse que donne l'expérience. D'ailleurs, en ces matières comme en beaucoup d'autres, les livres sont les guides, mais la pratique est le maître. Personne ne peut disconvenir qu'il est nombre de bandages plus difficiles à comprendre à la lecture que nombre de théorèmes de Legendre, et qui deviennent merveilleusement faciles quand on assiste à leur application. L'élève se tromperait cependant, s'il pensait que l'application des bandages est en général chose très facile. Il faut qu'il se persuade bien que cette application régulièrement faite est un élément capital du traitement chirurgical, et que les préceptes généraux qui la régissent subissent à chaque instant des modifications tirées des particularités des maladies.

Pour faciliter l'intelligence de ses descriptions, M. Thivet, imitant en cela ses devanciers, a eu l'heureuse idée de représenter, dans des figures de dimensions très réduites, tous les bandages anciens et nouveaux que contient son traité. La multiplicité de ces figures rendra certainement cet ouvrage très utile aux élèves et leur permettra de saisir avec facilité ce qu'avec une simple description ils auraient en grand'peine à comprendre. Il sera surtout utile à cette classe, malheureusement trop nombreuse, d'élèves qui, se privant volontairement de la pratique journalière et si instructive des hôpitaux, coiffent le bonnet doctoral sans savoir rouler une bande *secundum artem*.

Enfin, ce qu'on ne retrouve pas dans les autres traités de bandages, si ce n'est dans le Traité de petite chirurgie, dont un des maîtres de la science a fait précéder sa médecine opératoire, c'est la comparaison des bandages anciens et de ceux que M. Mayor a dernièrement importés en France, et desquels beaucoup, par leur simplicité et la facilité de leur application, font honte à notre vieille routine, ainsi que le dit souvent la rude franchise de ce confrère.

Dans le second traité, M. Thivet a abordé l'anatomie des articulations et l'histoire des luxations traumatiques du membre supérieur. Ce sont matières essentiellement chirurgicales, et que l'auteur a exposées d'une manière complète, surtout en ce qui touche la réduction, et les divers procédés et machines sortis de l'esprit quelquefois trop inventif des chirurgiens. La description anatomique de l'articulation précède toujours la description des signes et des caractères anatomiques de la luxation. Cette marche est, sans contredit, très logique et facilite singulièrement l'étude des déplacements articulaires. Çà et là, dans ses descriptions anatomiques, M. Thivet place des remarques judicieuses, qui annoncent un long travail de dissection.

Il a su tirer profit de toutes les discussions, de tous les écrits récens sur cette classe de maladies, rassembler tous les matériaux épars dans les traités généraux, dans les mémoires, dans les journaux, et tracer ainsi une histoire complète et instructive de chaque déplacement. Ayant eu occasion d'observer quelques faits chirurgicaux et plusieurs pièces d'anatomie pathologique, il les a ajoutés à ceux que la science possède déjà. Il ne s'est pas contenté d'être historien servile des travaux connus; souvent, prenant pour base l'anatomie des articulations, il discute avec justesse et convenance les opinions introduites dans la pathologie chirurgicale par des hommes célèbres, et trouve de bonnes raisons à leur opposer. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, M. Thivet n'a écrit, dans ce second traité, que sur les luxations du membre supérieur. Il est quelques-unes de ces luxations que nous avons regret de voir négliger, ce sont les luxations phalango-phalangiennes. L'auteur n'admet, avec Boyer, que les luxations en arrière; mais il est certain que les phalanges inférieures se luxent quelquefois en avant sur les supérieures, et dans un cas, où nous avons observé une luxation de cette espèce, la tête de la phalange luxée avait passé au-devant de l'autre phalange, et cependant les deux petits os étaient restés parallèles; seulement l'axe de la phalange luxée était antérieur à l'autre. Dans ce cas encore, une grande mobilité et une grande facilité de réduction, qui ne put se maintenir qu'avec des attelles, prouvaient la rupture des ligamens latéraux, antérieur, et probablement de l'insertion du tendon extenseur à la phalange. Nous ne pûmes suivre la malade jusqu'à sa parfaite guérison, et, par conséquent, nous convaincre de l'état de l'articulation après guérison. En parlant de la luxation métacarpo-phalangienne du pouce, M. Thivet signale l'extrême difficulté et même l'impossibilité qu'ont éprouvée quelques chirurgiens dans la réduction, tandis que dans d'autres circonstances elle se fait presque d'elle-même. La cause de ces difficultés a été diversement interprétée, et, ainsi qu'il l'établit, on a même proposé pour les vaincre la résection de la tête métacarpienne, ou la section de la lèvre externe de la boutonnière musculaire. Ce ne sont que les graves accidens qui se développent à la suite de cette luxation qui ont pu engager les chirurgiens à préconiser ces deux opérations. Quant à nous, il nous semble qu'on pourrait faire, en pareil cas, une application de la méthode des incisions sous-cutanées de M. Jules Guérin, et trancher ainsi, sans crainte, l'obstacle, quel qu'il fût, tendons ou ligamens.

Puisque nous essayons de dire ce que contient le livre de M. Thivet, il est juste que nous disions aussi ce qu'il ne contient pas, et cela parce qu'il n'entrait point dans ses vues de l'y mettre. Il n'a voulu traiter de la luxation que pour rendre parfaites à l'élève la connaissance et l'appréciation des moyens de réduction, et il n'est pas étonnant qu'il ait passé sous silence le pronostic, les conséquences des luxations non réduites, les complications, les difficultés amenées par diverses circonstances, les dangers des divers procédés de réduction, toutes choses qui sont du ressort de la pathologie externe.

Des figures nombreuses sont jointes à cette partie et destinées à donner une idée des principales dispositions anatomiques et des principaux déplacemens. M. Thivet a voulu joindre l'artiste au chirurgien : lui-même a fait tous ses dessins. Nous éprouvons un regret, qu'il nous est pénible d'exprimer, mais que nous devons à la vérité : ces dessins, tels que nous les avons vus, ne sont que d'un faible secours pour faciliter l'intelligence des déplacemens. Ce n'est, comme le dit M. Thivet, que par une grande exactitude que des planches deviennent utiles; or, celles qui sont relatives à cette partie de l'ouvrage laissent beaucoup à désirer: aussi engageons-nous l'artiste mais l'artiste seulement, à accorder, pour la prochaine édition plus de soins à sa part de travail.

G. P.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

COURS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES FAIT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE PAR M. ANDRAL; compte-rendu par M. Monneret, agrégé à cette Faculté, médecin du bureau central.

ALTÉRATIONS PORTANT SUR LES QUANTITÉS DE FIBRINE, DES GLOBULES, DES MATÉRIAUX SOLIDES DU SÉRUM, ETC., DANS LES MALADIES.

Maladies dans lesquelles la fibrine est diminuée. — On trouve dans cette classe des maladies qui sont placées très loin les unes des autres dans les cadres nosologiques, qui doivent être rapprochées les unes des autres quand on s'appuie sur la seule considération du sang; telles sont les hémorragies, la fièvre typhoïde, la scarlatine, etc.

La cause d'un certain nombre d'hémorragies est la diminution de la fibrine. Mais cette diminution est absolue ou seulement relative et voici comment elle doit être comprise; 1° tantôt la fibrine diminue réellement les globules restant à leur chiffre physiologique (127) (dim. absolue); 2° tantôt les quantités de fibrine restent normales, seulement les globules s'élèvent au-dessus de 127 (diminution relative de la fibrine); le troisième cas est celui où la fibrine diminue et les globules s'élèvent en même temps. Dans tous l'équilibre entre les deux élémens constitutifs du sang est rompu et ce fluide altéré. L'altération peut être spontanée ou produite par des émissions sanguines. Pour que la fibrine diminue, il faut que les saignées aient été portées très loin; car leur premier effet est de s'attaquer d'abord aux globules avant de faire diminuer la fibrine. Cette diminution établit une séparation tranchée entre les hémorragies et les phlegmasies dans lesquelles la fibrine est constamment augmentée.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Notre correspondance, cher et honoré confrère, n'étant guère qu'un écho, ce n'est pas notre faute si de temps en temps elle cesse de se faire entendre; c'est que du dehors rien d'assez bruyant ne vient la frapper pour que le retentissement vous en soit renvoyé. Elle reçoit bien, il est vrai, l'impression incessante et monotone de cette sourde et indistincte rumeur dont se compose la voix publique; mais elle ne peut conserver et transmettre à quelque distance que les bruits les plus forts, à peu près comme une cloche. Que ce soit là notre excuse pour notre long retard. Il est vrai que lorsque les nouvelles nous manquent, nous pourrions en inventer, comme font nos confrères les gazetiers politiques. L'utilité de ce système l'a fait adopter généralement dans toutes les presses civilisées, et on ne peut nier qu'il ne fût susceptible chez nous de très heureuses applications. Ainsi, pour citer un ou deux exemples, quoi de plus commode que de pouvoir dire: « Le docteur N... a fait dans le cours de ce mois 717 opérations de strabisme, savoir: 307 sur l'œil gauche, 310 sur l'œil droit et 100 sur les deux yeux. Sauf un seul cas où il a eu à déplorer une conjonctivite, qui a exigé l'application de deux sangsues (insuccès que l'opérateur avoue avec une bonne foi digne de tous nos éloges), tous ses opérés ont été radicalement guéris. » Ou bien en sens inverse: « Nous avons la douleur d'apprendre que le malade sur lequel le docteur N... a pratiqué 44 sections de muscles et tendons pour un cas de difformité compliquée, a succombé à la suite de cette brillante opération. » Vous avez trop de sagacité pour ne pas comprendre les avantages de ce procédé littéraire. Il est d'un précieux secours dans une infinité de circonstances; aussi comme nous vous le disions, il se répand et se perfectionne de jour en jour dans la grande et la petite presse périodique. Si la Gazette médicale ne l'a pas encore adopté, c'est, il faut le croire, par pure inexpérience et par routine; elle a quelques vieux préjugés qu'il faut lui pardonner en considération de son grand âge.

Ceci admis, vous pouvez tenir pour certain, de la dernière certitude, tout ce que nous vous mandons par le présent courrier.

Sachez donc, très cher et très estimable confrère, que depuis quelque temps les antichambres de nos académies, les salles de nos hôpitaux sont envahies par la plus étrange des populations, sortie on ne sait d'où, mais dont les flots pressés augmentent sans cesse, à tel point qu'on commence à en être embarrassé. Sur six personnes qu'on rencontre il y a deux strabiques, deux bègues et un sourd; la sixième est au moins myope; si vous allez à l'institut un lundi, à la rue de Poitiers un mardi, vous avez à passer à travers une haie de figures patibulaires *transversa tuentibus*, au milieu desquelles grimacent et s'épuisent en cris inarticulés d'autres pauvres diables auxquels on fait répéter la leçon du bourgeois-gentilhomme. Tous ces *sujets*, comme nous disons nous autres, ont été amenés là des quatre coins de l'horizon pour le bien de la science et pour le leur propre,

Il ne peut donc plus rester de doute au sujet de ces deux états morbides que l'on a quelquefois peine à séparer.

Dans les fièvres ou pyrexies, la fibrine est normale ou diminue, jamais elle augmente; ce qui les distingue très bien des phlegmasies. Lorsque la fièvre est le symptôme d'une phlegmasie, alors l'état du sang est commandé par la phlegmasie et offre la lésion qui est propre à celle-ci; c'est-à-dire que la fibrine augmente : mais dans la fièvre, où il n'y a pas de phlegmasie, où le mouvement fébrile est toute la lésion, l'état du sang reste une altération à part. Nous devons faire remarquer à ce sujet que la fièvre peut marcher avec deux sortes de phlegmasies; 1° avec une phlegmasie qui a son point de départ dans la cause commune qui produit la fièvre comme l'éruption cutanée, dans la variole, la rougeole, la scarlatine; dans ce cas la lésion locale est liée à une cause plus générale. Le sang alors n'est pas autrement modifié qu'avant l'inflammation de la peau et celle-ci reste sans influence sur la constitution du sang; aussi la fibrine n'est-elle pas augmentée. 2° Il n'en est plus de même dans un second ordre de fièvre où la phlegmasie existe à titre de complication; on retrouve alors les caractères de celle-ci, la fibrine augmente. Sans descendre dans le détail trop long des faits particuliers, je citerai un certain nombre d'exemples à l'appui des propositions générales que je viens d'établir.

Congestion cérébrale. La congestion cérébrale est une maladie mal déterminée jusqu'ici et dont les lésions anatomiques ne sont pas toujours les mêmes, puisque tous les symptômes de la maladie existant on trouve tantôt une forte injection, tantôt une remarquable pâleur du cerveau. Dans quinze cas où le sang a été étudié, la fibrine, souvent en quantité normale, n'a jamais notablement dépassé son chiffre normal, tandis que dans plus d'un cas elle a considérablement diminué. Sous le point de vue de la composition du sang comme sous celui des symptômes, il y a plus d'une analogie entre la fièvre typhoïde et la congestion cérébrale; dans les deux affections, les prodrômes sont à peu près les mêmes et dans les deux aussi il y a diminution de fibrine.

Hémorragie cérébrale. Ce qui a été observé de plus constant dans sept cas d'hémorragie cérébrale, c'est la diminution de la fibrine et l'augmentation des globules. Dans un de ces cas fort remarquable, la fibrine descendit à 1,9 ; tandis que les globules montèrent au chiffre énorme de 175,5; quelques jours après les symptômes s'amendèrent; une seconde saignée fut faite et l'on trouva la fibrine remontée à 3,5; les globules, quoique en excès, étaient tombés à 137,7. La fibrine et les globules, loin d'être un effet de la maladie, a contribué à lui donner naissance et cela à cause de la facilité avec laquelle le sang privé de sa quantité normale de fibrine tend à perdre sa cohésion et à sortir des vaisseaux. La diminution de la fibrine ne peut pas tenir à la perte du sang qui est trop peu considérable dans ce cas pour produire ce résultat; elle est donc très probablement la cause d'un certain nombre d'hémorragies cérébrales que l'on a attribuées à la diminution de plasticité du sang.

Hémorragies. La diminution de la fibrine constitue une des altérations du sang qui déterminent le plus fréquemment les hémorragies; ces résultats confirment ceux auxquels M. Magendie a été conduit par ses expériences sur la défibrination du sang. Cependant, il ne faut pas croire que cette diminution des quantités normales de fibrine soit la seule condition qui les produise. Il y a des cas où l'hémorragie tient à un excès de globules dans le sang; la fibrine reste normale; mais les rapports physiologiques qui doivent exister entre ces deux principaux élémens venant à cesser, il en résulte un véritable état morbide du sang; c'est ce qui a lieu dans la pléthore. Dans les vraies phlegmasies, dans la pneumonie, par exemple, les hémorragies sont très rares; elles se montrent au contraire très fréquentes dans la fièvre typhoïde et la scarlatine, où la fibrine est diminuée.

Lorsque la saignée a affaibli l'économie, mais d'une manière médiocre, on n'observe pas d'hémorragies, parce que les globules et la fibrine n'ont encore subi aucun changement; mais si la perte de sang a été considérable, les hémorragies surviennent par différentes voies; on voit paraître des pétéchies, des ecchymoses, des épistaxis; ces accidens tiennent à la diminution de la fibrine, qui n'arrive cependant qu'après que les globules ont déjà notablement diminué. Dans le cours ordinaire d s maladies chroniques, il est rare d'observer des hémorragies; mais si la maladie a altéré profondément toute la constitution, soit en s'opposant au travail de la digestion (cancer de l'estomac), soit d'une toute autre manière, les globules diminuent, puis cette diminution porte sur la fibrine. La peau se couvre de pétéchies, d'ecchymoses, et le sang sort par différens organes. On peut supposer que, chez les scorbutiques, la diminution de la fibrine est la vraie cause des hémorragies; l'analyse seule pourra nous apprendre si cette supposition est fondée. Le sang est-il altéré de la même manière chez le scorbutique et les chlorotiques ? Sans que l'on puisse s'étayer d'analyses qui n'ont pu être faites, à cause de la rareté du scorbut dans les hôpitaux, on peut répondre presque à coup sûr que le sang n'est point altéré de la même manière. En effet, malgré la similitude des symptômes qui se montrent dans l'une et l'autre maladie, et qui consistent dans une faiblesse extrême, des étourdissemens, des bourdonnemens d'oreilles, des vertiges, des lypothymies, de la dyspnée, des palpitations de cœur, des douleurs erratiques, etc., des différences très grandes existent dans ces deux maladies. Dans la chlorose, jamais d'hémorragie considérable, de pétéchies, d'ecchymoses. Le souffle, qui est si constant dans la première maladie, ne s'est point présenté dans trois cas de scorbut, quoique M. Audral l'ait cherché avec soin. Il est donc permis de croire que l'altération du sang ne saurait être la même, avec des différences aussi tranchées.

Pyrexies. Les états morbides qui constituent les fièvres ne donnent pas lieu sur-le-champ à des symptômes nettement dessinés; il y a d'abord ce qu'on appelle les prodrômes. Le sang, examiné dans le prodrôme des fièvres et de la typhoïde plus particulièrement, n'offre pas de lésions bien prononcées. La fibrine est normale, quelquefois elle diminue un peu, jamais elle n'augmente; toujours les globules ont paru augmentés.

Il existe un certain nombre d'états fébriles où la détermination du siége et de la nature de la lésion est impossible. Les uns se terminent par le retour de la santé, et alors la fibrine reste normale; les autres aboutissent à une phlegmasie; dès que celle-ci se dessine, la fibrine s'élève; souvent les globules ont augmenté.

Fièvre typhoïde. On a pratiqué 52 saignées sur 21 sujets; dans un cas, la fibrine a augmenté, parce qu'il existait une pneumonie légitime bien caractérisée; dans tous les autres cas sans exception, la fibrine fut diminuée ou resta normale. Le chiffre le plus élevé a été 3 1/2; le plus bas, 0,9 : c'est la moindre quantité de fibrine que l'on ait encore rencontrée dans les maladies. Au début, et dans le premier septenaire, la fibrine reste à l'état normal, ou bien diminue d'une manière sensible; ce dernier

---

sans oublier, bien entendu, celui de l'opérateur qui va *illico* redresser ces yeux et délier ces langues. En effet, Monsieur, ces muets parleront, ces aveugles verront. Le temps des miracles est revenu, et avant qu'il soit peu sera démenti le vieil anathème évangélique, *oculos habent et non videbunt, aures habent et non audient*; c'est là du moins ce qui se dit partout. Si pourtant vous pensiez qu'il en faut rabattre quelque chose, par simple mesure de précaution, nous ne nous y opposons pas.

Toutefois, gardez-vous de pousser trop loin le scepticisme à cet égard. La ténotomie, telle que l'a formulée ce qu'on peut appeler l'école française, a déjà tenu assez pour être autorisée à promettre davantage, et les faits qu'on possède sont déjà assez nombreux, assez authentiques et assez merveilleux pour constituer un des plus beaux triomphes de la chirurgie moderne. Si vous trouviez que l'on va un peu vite en besogne, et qu'on semble se précipiter au lieu de marcher, ce qui peut amener bien des faux pas, des chotes et des mécomptes, nous vous répondrions que tout se fait vite aujourd'hui, et que la vérité et la science semblent, comme la fortune, appartenir de droit aux plus pressés. Quand, d'ailleurs, une idée est exploitée par des centaines de travailleurs, tous intéressés à en tirer ce qu'elle contient, il n'est pas étonnant qu'elle gagne plus de terrain en six mois qu'elle ne le ferait en dix ans entre les mains d'un travailleur solitaire. Nous vous recommandons en conséquence, d'une manière spéciale, la strabotomie, et si vous, ou quelqu'un des vôtres, avez à vous plaindre de la direction de vos yeux, nous sommes tout à votre service. Votre affaire n'est pas moins bonne, si vous êtes porteur d'un pied-bot, d'un torticolis ou d'une déviation rachidienne. Quant à la glossotomie, soyez prudens et attendez au moins encore une quinzaine. Quoique l'analogie conduise naturellement à cette opération, et que même quelques faits semblent confirmer les vues de la théorie, il peut y avoir là des considérations, difficultés et circonstances toutes spéciales, qui compliqueraient le problème, dérouteraient un peu les espérances de quelques zélés, et rendraient inutiles bien des instrumens déjà aiguisés peut-être par M. Charrière. Que si vous êtes sourd et qu'on vous propose de vous trépaner pour aller chercher au fond de l'apophyse pierreuse et y couper dextrement les muscles du marteau et de l'étrier, refusez tout net la proposition. Contentez-vous d'un innocent cornet acoustique, ou bien adressez-vous à M. Dupotet, qui guérit les sourds, à la manière des Apôtres, par l'imposition des mains. C'est peu dangereux.

Mais, sur toutes choses, n'allez pas, par un excès de sagesse, tomber dans l'incrédulité à l'égard de toutes les belles choses que nous vous annonçons, et les rejeter *à priori*, uniquement parce qu'elles sont nouvelles. C'est une excellente maxime qu'il faut en général se défier de ce qui fait du bruit, et tout juste en proportion de ce bruit, mais il faut examiner. C'est un grand préjugé que de repousser une invention quelconque par de prétendues impossibilités, qui, en définitive, n'étant déduites que de ce qu'on sait ou croit savoir, ne sauraient valoir contre ce qu'on ne sait pas. Vous n'imiterez pas certainement M. Gerdy, qui ne veut pas absolument permettre à M. Amussat, ni à nul autre, d'opérer les bègues, en vertu d'une certaine théorie du bégaiement qu'il s'est faite, et de laquelle il résulterait que la guérison d'un bègue par la section des muscles est tout à fait *impossible*. Mais, grand Dieu, que sait-il donc ce bon M. Gerdy, du possible et de l'impossible ? Et d'où lui vient cette témérité de négation ? D'où a-t-il appris que sa théorie, qui n'est qu'une hypothèse à peine ébauchée, un vain

cas se présente lorsque la fièvre typhoïde revêt dès le principe la forme adynamique; à mesure qu'elle marche et que ses symptômes se dessinent et deviennent plus graves, la fibrine diminue très notablement; cela arrive surtout dans la période de prostration. Aussi, avec quelque habitude, peut-on prévoir et indiquer à l'avance le chiffre de l'abaissement de la fibrine par l'examen attentif des symptômes; cet abaissement n'est pas aussi prononcé dans la forme inflammatoire que dans la forme adynamique et ataxo-adynamique. On ne peut pas attribuer la diminution de la fibrine à l'influence de la diète et des émissions sanguines. Dans les cas où la maladie se termine heureusement, et où la convalescence s'établit, la fibrine remonte et revient à son état normal. Cependant il ne faut pas croire que l'abaissement considérable soit un obstacle au rétablissement; on a observé des cas où il était très grand, et qui se sont néanmoins terminés par la guérison.

D'après ce qui précède, il est aisé de voir qu'il existe un état inverse de la fibrine dans l'état phlegmasique et dans la fièvre typhoïde; tandis qu'elle augmente constamment et dès le début de l'inflammation, elle diminue, ou tout au moins reste normale, dans la seconde de ces maladies. L'analogie doit porter à supposer que le sang doit être altéré de la même manière dans la fièvre jaune, caractérisée, entre autres symptômes, par des hémorragies fréquentes et considérables.

Fièvres éruptives. Jamais le chiffre de la fibrine ne s'élève jusqu'au chiffre des phlegmasies; ce principe n'est jamais sensiblement augmenté, ce qui montre sur-le-champ toute la distance qui sépare les phlegmasies simples de ces affections de la peau que l'on a appelées phlegmasies spécifiques. Dans deux cas la fibrine s'abaissa notablement au-dessous de la moyenne, ce fut à l'époque où l'éruption se développa. On observa alors une grande analogie entre les symptômes de la variole et ceux de la fièvre typhoïde. Un des malades qui présenta cette diminution de la fibrine fut atteint d'hémorragie, ce qui rend plus grande encore la similitude des accidens dans les deux maladies.

Rougeole. Dans neuf cas de rougeole, la fibrine resta parfaitement normale.

Scarlatine. Il en fut de même dans la scarlatine. Une fois la fibrine atteignit la limite de l'état phlegmasique; il y avait néphrite; une autre fois elle s'abaissa au-dessous de son chiffre normal; il était survenu un état typhoïde.

Fièvres intermittentes. On n'obtient que des résultats purement négatifs dans cette maladie, soit que l'on examine le sang qui est tiré dans les accès, soit que l'on soumette à l'analyse le sang qui a été tiré pendant l'apyrexie.

Avant de quitter ce sujet, je dois dire que la fibrine a toujours été trouvée à son chiffre physiologique 3 ou à peu près et quels que furent l'âge, la constitution et la force des sujets, l'influence de l'alimentation, le nombre des saignées. Les maladies seules ont prise sur cet élément du sang.

Des globules. Les globules contiennent 1° une matière animale qui est pour les uns de la fibrine, pour d'autres de l'albumine; 2° une matière colorante, l'hématosine, qui fait partie intégrante du globule; 3° du fer.

Chez un sujet bien portant le nombre des globules qui est de 127 sur 1,000 parties de sang peut varier. Il est plus considérable chez les sujets pléthoriques et robustes. Jusqu'à présent l'on avait admis chez eux l'existence d'une plus forte proportion de fibrine. Les sujets affaiblis, pâles, anémiques, qui semblent moins réagir contre les influences extérieures, ont moins de globules que les autres. La variation des globules compatibles avec l'état de santé est assez grande.

Augmentation des globules. Le nombre des globules est influencé d'une manière fort remarquable par la perte de sang et la privation d'alimens, d'où il suit que l'on commettrait de graves erreurs dans l'appréciation du nombre des globules si l'on ne tenait pas compte de ces deux grandes influences: la diète et les saignées. Dans toute maladie aiguë qui a duré un certain temps, il y a diminution des globules. Ils peuvent être augmentés; mais c'est qu'alors ils dépassaient leur chiffre normal (127) et qu'ils se sont abaissés par l'effet des deux causes indiquées. Les globules sont tout-à-fait étrangers à l'état phlegmasique. Un individu qui a 150 en globules dans son sang est plus éloigné de l'inflammation que celui chez lequel il y a 90 à 100 en globules, parce que dans ce cas la fibrine est augmentée proportionnellement. Les véritables phlegmasies avec augmentation des globules sont très rares. La loi des altérations du sang sous le rapport des globules dans les phlegmasies est l'état normal vu leur tendance à s'abaisser au-dessous de leur chiffre normal.

Sur 14 cas de rhumatisme, les globules ont oscillé entre 100 et 120; ils ont même tombés à 90 dans trois cas. Il n'y a pas eu de chiffre moins bas chez les sujets frappés de pneumonie. Une phlegmasie peut prendre naissance et persister bien que les globules soient descendus très bas. A 76, par exemple, on trouve chez un rhumatisant qui fut saigné pour la sixième fois 76 en globules; il y avait 114 à la première. Le nombre seul de saignées et non la phlegmasie furent la cause de ces abaissemens des globules.

Elle a été observée dans un certain nombre de congestions et d'hémorragies cérébrales; la fibrine est normale ou diminuée. Dans le prodrôme des fièvres continues les globules ne descendent pas au-dessous de leur chiffre physiologique. Dans un cas de fièvre continue simple ils s'élèvent au chiffre énorme de 185.

Fièvre typhoïde. Il faut distinguer les résultats fournis par les premières saignées d'avec ceux que présentent les suivantes. Le fait général est que le chiffre des globules des premières saignées est d'autant plus élevé que celles-ci sont faites plus près du début de la maladie: ils varient entre 130 et 149. Plus tard, les globules descendent au-dessous de 130, mais sous l'influence seule des saignées et de la diète et non de la maladie; c'est à cette cause seule qu'il faut attribuer la décroissance des globules dans le sang des secondes saignées. Cette altération des globules n'est point aussi tranchée que celle qui atteint la fibrine dans les phlegmasies. Au début de ces dernières, déjà l'acroissement de la fibrine est des plus marqué, tandis que dans la fièvre typhoïde l'augmentation de la fibrine est loin d'être aussi constante et aussi marquée. L'augmentation de la fibrine est indispensable dans la phlegmasie; cette même augmentation portant sur les globules ne l'est pas dans la fièvre typhoïde; elle n'est qu'un des nombreux élémens de la maladie et peut faire entièrement défaut. On n'est pas étonné de cette différence quand on réfléchit aux variations nombreuses que présentent les symptômes de la fièvre typhoïde; ce qu'il y a de plus tranché dans l'altération des globules, c'est qu'ils ne s'abaissent jamais au-dessous de leur chiffre physiologique. D'après un relevé qui a été fait sur ce sujet on a trouvé les globules au-dessus de 130 dans

---

simulacre d'explication de phénomènes horriblement compliqués, et dont on ne connaît encore que les plus grossières apparences, a le droit d'apposer son *veto* à toute observation, à toute expérimentation directe, à tout essai thérapeutique emprunté à la chirurgie? Il n'y a pas, dans tout l'arbre encyclopédique, une seule branche de science (pas même l'astronomie, qui est cependant presque réduite à l'état d'abstraction mathematique) où la théorie puisse légitimement s'arroger une telle prétention, et M. Gerdy voudrait, lui, l'investir de cet exorbitant et anti-philosophique privilége dans l'ordre de faits le plus complexe et le plus obscur qui existe! dans la physiologie!! Des assertions de cette nature seraient intolérables si le ridicule de la forme ne sauvait l'outrecuidance du fond. On lui pardonne ses paradoxes, en consideration de la récréation qu'il procure à ses honorables collègues; mais il abuse quelquefois de cette immunité. De quel droit, par exemple, cet honorable académicien se permet-il de juger si durement la conduite de ses confrères en profession, de ses collègues à l'Académie et à la Faculté, de ses égaux et de ses maîtres, de les accuser de déconsidérer, de déshonorer l'art en s'occupant du traitement de certaines difformités? Qui lui a donné mission de nous menacer ainsi de sa férule? En vertu de quelle autorité se charge-t-il de faire la police du corps médical? Lui accordera-t-on le droit d'insulter, parce qu'il le fait sans esprit, sans goût, sans raison, et uniquement par habitude? Et supportera-t-on indéfiniment ces insipides et grotesques parodies du *Paysan du Danube?*

Au moment où nous écrivons ces réflexions, inspirées par les tristes débats dont l'Académie de médecine avait été le théâtre dans l'avant-dernière séance, nous apprenons qu'ils se sont renouvelés avant-hier avec une violence et un scandale inouïs. Vous en trouverez le détail dans le compte-rendu. Sans doute, nous n'approuvons point tous les moyens qui ont pu être employés pour propager les nouvelles opérations. Il est de la destinée des meilleures choses d'être souvent plus ou moins altérées, corrompues et compromises par les passions ou les intérêts qui les exploitent, et l'industrie suit aujourd'hui la science, comme l'ombre suit le corps. Le charlatanisme se sert de tout et se fait jour partout; quoi d'étonnant qu'il s'empare de la ténotomie? C'est du contraire qu'il faudrait s'étonner. Mais, tout en repoussant, en flétrissant le charlatanisme, n'enveloppez pas dans la proscription les vérités scientifiques dont il abuse. N'oublions pas non plus que, parmi les espèces si nombreuses de charlatanisme il en est un qui surpasse tous les autres en impudence et en perversité, c'est le charlatanisme de la vertu. Il consiste à déclamer sans cesse contre tout, à censurer les actions, à dénigrer les personnes, à accuser les intentions, à tout condamner, hommes et choses, au nom d'un rigorisme pédantesque, qui semble supérieur à tout, parce qu'il rabaisse tout. Ce charlatanisme, quand il est bien conduit, fait beaucoup de dupes.

Ainsi donc, cher confrère, ne vous laissez pas étourdir par tout ce tumulte. Dans peu de temps, cet orage, suscité par les passions, sera apaisé, et il restera à la science et à l'art quelques acquisitions précieuses, qu'on ne se disputera plus comme une proie, mais dont on jouira pacifiquement, comme d'une propriété commune; alors les choses et les hommes seront mis à leur place, et *justice sera faite.*

Ce qui précède a des côtés bien tristes. Ce qu'il nous reste à vous dire n'est pas non plus très agréable; mais c'est d'une autre manière.

1/7 des cas de phlegmasies, et ce même résultat dans plus de la moitié des cas de fièvre typhoïde.

Fièvres éruptives. Dans les varioles, le chiffre des globules s'écarte peu de l'état physiologique. Il est assez élevé (137, 140, 146) dans la rougeole et la scarlatine. Dans la fièvre intermittente, les globules n'augmentent jamais par le seul fait de la fièvre; ils restent à leur chiffre normal ou diminuent plus tard, mais faiblement et sous l'empire de la saignée. Chez les sujets qui n'ont plus d'accès de fièvre, mais qui sont tombés dans cet état cachectique tout particulier que laisse souvent après elle la fièvre intermittente prolongée, les globules sont très notablement altérés. Ils tombèrent à 68 chez un sujet affecté de cette espèce de cachexie.

Diminution des globules. Dans tous les cas que je vais examiner maintenant, les globules diminuent d'une manière constante : les variations ne portent que sur la quantité. On peut partager en plusieurs classes les faits qui sont caractérisés par ce genre d'altération du sang.

1re classe. MM. Prévost et Dumas ont vu les globules diminuer chez les animaux qu'ils soumettaient à des saignées répétées. La même diminution s'observe chez l'homme, à la suite des pertes de sang plus ou moins fréquentes, soit que les sujets se portent bien, soit qu'ils aient une maladie bien caractérisée; elle est d'autant plus marquée que les émissions sanguines ont été plus répétées et plus rapprochées; elle provient quelquefois d'une hémorragie abondante, survenue tout à coup chez un malade; d'autres fois c'est parce que l'hémorragie se répète périodiquement, comme chez les femmes qui perdent chaque mois une trop grande quantité de sang, ou qui sont atteintes de cancer utérin. C'est chez une femme en proie à cette dernière maladie qu'on a rencontré le maximum d'abaissement des globules (21).

2e classe. La soustraction des alimens est une source constante de diminution des globules; la fibrine peut ne pas être modifiée. Il y a des sujets atteints de cancer de l'estomac chez lesquels on observe cette diminution des globules : elle tient, non pas à l'affection organique elle-même, mais à ce que la chimification ne peut pas s'accomplir régulièrement. Un homme affecté de cancer à l'estomac présenta 49 seulement en globules.

3e classe. La phthisie pulmonaire, en empêchant l'hématose de s'accomplir régulièrement, peut-elle diminuer les globules? Au début, alors que les tubercules sont à l'état de crudité, les globules ont une certaine tendance à diminuer : leur nombre ne s'élève pas au-dessus de 122, et il descend parfois jusqu'à 102. Ce résultat est assez intéressant; il établit un rapprochement entre la phthisie et la chlorose. Au début de la première affection, on rencontre, comme dans la seconde, la pâleur du visage, la diminution des forces, l'asthénie d'un grand nombre, et il n'est pas toujours facile de dire, par le seul examen des symptômes généraux, à laquelle des deux maladies on a affaire.

4e classe. Dans la seconde période de la phthisie, l'abaissement des globules devient considérable; mais, à cette époque, il y a plusieurs altérations qui concourent à produire ce résultat. Les sécrétions cutanées, intestinales, pulmonaires, sont souvent très abondantes; on conçoit sans peine que le sang doit alors s'altérer. On trouve cette diminution des globules chez les femmes qui sont affectées de fleurs blanches abondantes. On l'a également constatée chez des sujets atteints de diathèse séreuse; les globules s'abaissent parfois à 68 et 60, mais ce n'est pas le plus ordinaire, et on ne peut pas considérer les hydropisies comme une des conditions fréquentes de la diminution des globules. Ainsi, chez les chlorotiques, où il n'y a hydropisie que très rarement et à moins de complication, les globules descendent cependant à un chiffre très bas. L'œdème et l'infiltration ne sont pas aussi communs chez les chlorotiques qu'on le dit, et dans tous les cas, il s'agirait de savoir s'il n'y avait pas quelque complication du côté du cœur et des reins.

Après les émissions sanguines pratiquées chez l'adulte et chez les enfans, on voit paraître, surtout chez les derniers, des infiltrations, que l'on peut attribuer à la diminution des globules. Est-ce à une semblable cause, survenue sous l'influence de l'affaiblissement profond de l'économie, que l'on doit attribuer ces hydropisies et ces anasarques observées par les médecins pendant la durée de ces disettes qui ont régné par intervalles au sein de plusieurs provinces de France? Trop de vague existe au sujet de ces fatales épidémies pour qu'il soit possible de répondre à une semblable question. Il est permis de supposer qu'il existait d'autres causes morbifiques.

5e classe. Le globule n'est point altéré dans ses quantités chez les sujets affectés de maladie de Bright. Elles diminuèrent sensiblement (86) dans un cas de diabète sucré. M. Lecanu, qui a fait l'analyse d'un cas de diabète, a trouvé les globules à 122, ce qui confirme ce qui a été dit plus haut.

6e classe. Les ouvriers qui ont été soumis pendant longtemps à l'influence des molécules saturnines finissent par offrir un état d'étiolement tout particulier, que l'on a nommé cachexie. Le sang des individus ainsi affectés présente une diminution fort notable des globules (88,80). L'abaissement que subit ce principe ne peut être expliqué; il est aussi marqué que dans la seconde période de la phthisie pulmonaire. On peut encore rapprocher de ces cas ceux de fièvre intermittente où il existe un véritable état cachectique. Le chiffre trouvé chez un sujet qui en offrait tous les symptômes fut 68.

7e classe. On a vu, dans un précédent article, que le sang des femmes grosses était modifié dans sa composition. La moyenne générale des globules fut de 114 chez les 28 femmes examinées; 117 pendant les cinq premiers mois, c'est-à-dire plus élevée que la moyenne totale 114; elle fut de 111 pendant les quatre derniers mois, c'est-à-dire plus faible que la moyenne générale, et même pour les trois derniers mois, la moyenne fut de 108, ce qui est encore un chiffre moins élevé. Ce ne sont là, du reste, que des données premières, sur lesquelles il faudra revenir.

8e classe. La diminution des globules, dont il me reste à parler, a lieu d'une manière toute spontanée et sans que l'on puisse en découvrir le point de départ. Dans la chlorose, les globules seuls se modifient; les autres élémens du sang restent normaux, quant à leur quantité. Il n'y a pas de maladies dans lesquelles on ait observé un abaissement des globules aussi considérable que dans la chlorose. Chez une chlorotique, ils descendirent à 38. Cependant une femme, qui fut profondément affaiblie par des pertes utérines répétées, n'avait que 21 en globules. Dans onze cas de chlorose, les chiffres, qui furent observés sont les suivans : 77, 70, 68, 56, 50, 49, 46, 38. Dans un cas tout à fait récent, on n'a trouvé que 27,9 (28) en globules, diminution énorme, puisqu'il y avait en globules 100 de moins que dans l'état normal.

Le traitement exerce une influence très marquée sur l'élément globulaire du sang. Chez une femme qui fut saignée une première fois, les globules étaient à 49; on administra les sels de fer pendant quelque

---

Nous sommes, en effet, en ce moment, littéralement affligés d'une des sept plaies d'Égypte. Les insectes nous font la guerre; l'air en est plein, et l'on ne peut faire un pas sans être fatigué de leur bourdonnement ou blessé par leur aiguillon. Nous avons eu d'abord des *Mouches*. Ce sont de fort jolis petits animaux ailés, voltigeant avec beaucoup de légèreté et de grâce, mais dont les piqûres importunent plus qu'elles ne blessent. Ce sont des bêtes très supportables. Elles plaisent, même par la vivacité de leur mouvement et l'éclat de leurs couleurs; mais il ne faut pas les irriter. Nous commencions à peine à nous accoutumer à ces élégans diptères, lorsqu'est venu à l'improviste s'abattre sur nous un essaim de *Guêpes*, d'une espèce fort dangereuse. Elles avaient déjà envahi depuis longtemps un pays voisin, qu'elles ont horriblement ravagé et qu'elles ravagent encore. De proche en proche, elles ont gagné du terrain, et sont enfin arrivées chez nous. Les naturalistes prétendent cependant que ce n'est pas absolument la même famille. La *Guêpe médicinale* serait, selon eux, moins élégante dans ses formes et plus lourde dans ses allures; mais elle a les mêmes instincts carnassiers et voraces : elle pique et mord jusqu'au sang. Le pire de tout; c'est que cette cruelle engeance se fourre et s'insinue partout; elle passe à travers les fentes des portes et des fenêtres les mieux closes. Dans nos académies, ces insectes se posent insolemment sur le nez du président; dans nos hôpitaux, ils fondent sur la main de l'operateur et y implantent leur aiguillon; ils nous suivent dans les consultations, dans nos visites, dans nos propres maisons; bref, il n'y a pas moyen de s'en garantir. Heureusement ces espèces sont, comme vous savez, éphémères, et nous comptons sur leur mort naturelle pour nous en délivrer.

Nous avons aussi quelques autres espèces plus communes et indigènes, telles que les *Frêlons*, qui pillent nos provisions. Il y a aussi pas mal de *Charançons*, qui ne pillent pas, mais qui detruisent, salissent et rongent tout. Nous voyons par-ci par-là des *Hannetons* étourdis, qui vont se casser la tête au premier obstacle qu'ils rencontrent, et quelques *Phalènes*, qui se brûlent à la chandelle.

Quant aux abeilles, ces précieux insectes, qui composent un aliment doux et substantiel avec le suc des fleurs, elles sont assez rares cette année. Inquiétées dans leur travail par l'invasion de ces races carnassières, elles se cachent et attendent le printemps.

Voilà, cher et honoré confrère, ce que nous avons de mieux à vous mander par la présente. Dieu vous maintienne la santé et vous préserve des guêpes.

Agréez, etc.

— M. le docteur Latour nous écrit pour faire connaître qu'il est entièrement étranger à la rédaction et à la publication des Guêpes médicales.

— Nous recevons une lettre de M. le Doyen de la Faculté de Strasbourg en réponse à un article publié dans la Gazette médicale. L'étendue de cette lettre et les explications qu'elle exige, nous forcent à en renvoyer l'insertion au prochain numéro. Il en est de même d'une lettre que nous avons reçue de M. Dieffenbach.

temps, et une nouvelle saignée ayant été pratiquée, on trouva 64 en globules; le traitement fut beaucoup plus prolongé chez une seconde femme dont le sang, d'une première saignée, contenait 46 en globules; lorsque les forces furent relevées et les symptômes de la chlorose presque entièrement dissipés, on saigna de nouveau et on constata 95 en globules. On voit donc qu'il y a une influence très grande exercée par le fer sur les globules, mais ce n'est point, comme on l'a cru pendant longtemps, parce qu'il agit sur la fibrine, mais sur les globules. En rendant aux globules le fer qui leur manque ou qui a diminué, et en les reconstituant à l'état normal que les préparations de fer ont un succès si marqué, c'est ce qu'on peut supposer sans que rien démontre la vérité de cette assertion.

En effet, on admet par simple hypothèse la diminution de quantités normales de fer des globules; aucune expérience ne l'a prouvé directement. On trouve dans plusieurs ouvrages une analyse du sang, faite par le docteur Fédisch; nous l'avons citée dans l'article chlorose du COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, tome II, page 206; mais les recherches plus récentes de MM. Andral et Gavarret nous ont convaincus qu'on ne doit pas y ajouter la moindre confiance. Comment admettre que la fibrine figure dans le sang normal pour 20 parties sur 1,000, quand on sait aujourd'hui qu'elle n'est que de 3 à 4 maximum sur 1,000 dans l'état sain, et ne dépasse pas 12 dans les phlegmasies. J'insiste sur cette remarque parce que j'ai moi-même donné dans l'erreur. Cependant l'altération que nous avons considérée comme plus importante que toutes les autres, dans l'article cité, est la diminution des globules qui a été retrouvée, ainsi qu'il vient d'être dit.

La chlorose n'est point une maladie propre à la femme; seulement on l'appelle anémie lorsqu'elle se montre chez l'homme; elle n'est pas en général aussi marquée chez lui. Dans un cas, les globules étaient à 77 et à 68 dans un autre.

L'observation clinique a appris depuis longtemps aux médecins que des sujets présentant toutes les apparences de la pléthore et du tempérament sanguin, tous les signes d'une forte constitution résistent difficilement aux émissions sanguines et que sous l'influence de ces agens de débilitation, leur état s'aggrave; des vertiges, des palpitations, des faiblesses surviennent. De tout temps on a connu cette *fausse pléthore* et on l'a distinguée de la *vraie pléthore*; chez des sujets constitués comme je viens de le dire, les globules du sang sont diminués. Comment se fait-il que cette fausse pléthore simule entièrement la vraie pléthore? C'est ce qu'on ne saurait dire.

M. Lecanu, dans son remarquable travail sur le sang, a établi que l'augmentation des globules était plus grand chez l'homme que chez la femme; M. Denis admet que cet élément est en plus grande quantité depuis la naissance jusqu'à 40 ans, que passé cet âge.

ALTÉRATIONS QUI PORTENT SUR LES AUTRES ÉLÉMENS DU SANG. Il y a, dans le sérum, deux parties distinctes, une liquide et une autre solide, qui reste lorsqu'on a fait évaporer la première. La partie solide constitue les matériaux solides du sérum, dont la moyenne est 80 sur 1,000 parties du sang, et qui peuvent s'élever à 104 ou s'abaisser à 60. Ces matériaux solides, qui offrent beaucoup de variations dans les maladies, sont très complexes, de telle sorte que les uns peuvent augmenter, les autres diminuer, sans que pour cela la masse du sang ait changé. Aussi ne pourra-t-on obtenir quelques résultats positifs sur ces variations que dès l'instant où l'on sera parvenu à isoler dans l'analyse les différens matériaux solides du sérum, comme on l'a fait pour la fibrine et les globules.

Les matériaux solides du sérum se composent: 1° des matériaux organiques; 2° des matériaux inorganiques. Les matériaux organiques sont constitués par l'albumine, qui en forme la plus grande partie, et entre pour 68 parties dans la masse totale des matériaux solides, qui est de 72. Cette albumine se sépare quand on fait coaguler le sérum. Les matériaux inorganiques sont différens; ils y entrent pour une faible quantité, c'est-à-dire pour 4; ils sont à l'albumine ce qu'est la fibrine par rapport aux globules.

Dans les pertes de sang considérables, produites par les maladies ou des saignées, l'albumine décroît comme tous les autres élémens du sang. Il en est de même à la suite d'une diète rigoureuse; mais les résultats ne sont pas aussi tranchés que pour les globules. Dans un cas de cancer, où les globules avaient beaucoup diminué, l'albumine se maintint encore à 67.

Dans les phlegmasies aiguës, le chiffre des matériaux organiques du sérum est au-dessus de 72, c'est-à-dire au-dessus de la moyenne. Le maximum a été 96, ou 92 en ôtant ce qui n'est pas l'albumine; le minimum, 60. Ce dernier chiffre est tellement rare qu'il pourrait bien tenir à quelque chose de spécial. Dans le rhumatisme articulaire aigu, on a trouvé, en matériaux solides, 96, et pour minimum, 73. Le plus grand nombre des individus a offert le chiffre intermédiaire entre 73 et 96; 6 étaient élevés au-dessus de 90. Dans la pneumonie, le chiffre des matériaux solides est moins élevé que dans le rhumatisme; mais le minimum tomba à 60 chez une femme récemment accouchée, qui fut atteinte de pneumonie immédiatement après le travail de la parturition. Le plus ordinairement, le chiffre oscille entre 70 et 80. Il est impossible de dire à quoi tiennent les différences qui existent entre le chiffre de la pneumonie et celui du rhumatisme.

Dans toutes les autres phlegmasies aiguës, le chiffre des matériaux organiques s'élève plutôt qu'il ne s'abaisse.

Chez un phthisique, ils descendirent à 64, et chez un autre à 58. Dans la fièvre typhoïde, le maximum des matériaux solides est plus élevé que dans la pneumonie (91, 64); mais moins que dans le rhumatisme. Dans la chlorose, les résultats sont peu tranchés; cependant les matériaux solides dépassent la moyenne, et on aurait supposé le contraire d'après la théorie.

Toutes les fois que dans la maladie de Bright l'albumine s'est présentée d'une manière constante et en grande proportion, le sang a offert une diminution très notable des matériaux organiques du sérum; ce qui s'explique très facilement par le passage de l'albumine du sang dans les urines. Les chiffres 61, 60, 57 ont été observés dans trois cas. Les recherches de MM. Andral et Gavarret confirment celles de MM. Christison et Rayer qui ont constaté la diminution de l'albumine dans le sérum du sang.

Les autres principes qui figurent pour quatre parties dans les 72 qui constituent les matériaux solides sont 1° une matière grasse, 2° des principes extractifs, 3° de la séroline qui n'est pas admise par tous les auteurs. Christison a dit avoir trouvé dans quelques cas de rhumatisme articulaire aigu la matière grasse augmentée. Cette augmentation aurait-elle quelque rapport avec l'augmentation des matériaux organiques que l'on a trouvée dans le rhumatisme; ce n'est là qu'une supposition. On a aussi parlé de l'accroissement de la matière grasse dans les maladies du foie.

MATÉRIAUX INORGANIQUES. On peut les séparer en deux parties: 1° l'alcali, 2° les sels. On attache aujourd'hui une grande importance à l'alcalinité du sang; on croit généralement que les variations de quantité de l'alcali jouent un certain rôle dans la production des maladies. On peut se demander, par exemple, si la fibrine n'augmente pas ou ne diminue pas précisément à cause de la quantité d'alcali qui dissoudrait la fibrine; quelques faits encore peu nombreux semblent le prouver. M. Fremy a eu occasion d'analyser une fois le sang d'un scorbutique, et il a trouvé la quantité d'alcali augmentée. Ce qu'on peut supposer sans pouvoir l'affirmer, c'est qu'un sang riche en alcali est un sang peu coagulable. La forte proportion de l'eau dans le sang n'est pas, comme on le croit généralement, une cause de l'état de dissolution du sang; un sang aqueux n'est nullement un sang dissous; le sang des chlorotiques en fait foi. C'est la diminution absolue ou relative de l'alcali qui constitue l'état de dissolution du sang. J'en parlerai plus loin.

L'idée fondamentale des humoristes du dix-septième siècle était de chercher le degré d'alcalinité du sang; mais ils n'ont institué aucune expérience directe et positive pour démontrer l'alcalinité du sang. Sylvius Deleboe est arrivé à ce résultat fort remarquable, et qui est juste lorsqu'on en donne la véritable interprétation, savoir: que dans les fièvres putrides il y a augmentation du sel volatil, de l'alcali. Il admet également que dans la peste le sang est plus fluide et que la cause des hémorragies et du défaut de coagulabilité du sang est un acide renfermé dans ce fluide. A l'époque où Sylvius émettait ces idées, les médecins étaient assez disposés à les admettre, car on voit dans le permis octroyé à l'ouvrage de Sylvius par Morean, censeur de la Faculté de Paris, des expressions qui peignent la tendance à admettre les altérations du sang.

DES SELS ET DU SÉRUM DU SANG. Les globules sont suspendus dans une eau fortement chargée d'albumine et de sels; c'est là leur véhicule naturelle; aussi quand on vient à les placer dans l'eau pure on les altère très notablement; cette altération doit également arriver quand on injecte de l'eau dans les veines d'animaux soumis à l'expérience; on n'étend pas seulement le sang d'une plus grande quantité d'eau, on altère la constitution d'un de ses élémens, qui est le globule.

L'eau est d'autant plus abondante, que les autres principes y sont en proportion moindre. Le principe dont les quantités ont le plus d'influence sont les globules; s'ils augmentent, l'eau diminue. Le sang des pléthoriques renferme moins d'eau que celui des hommes qui, placés dans des conditions toutes différentes, ont moins de globules. Les sujets nerveux ont dans leur sang une quantité assez considérable d'eau, ce qui explique le peu de facilité avec laquelle ils supportent les émissions sanguines. L'eau est aussi plus abondante dans le sang de la femme que dans celui de l'homme. M. Denis a trouvé que passé 40 ans, le nombre des globules est moindre qu'avant cet âge; ce qui doit faire supposer que dans ces conditions l'eau du sang est augmentée.

On ne peut pas augmenter à volonté l'eau du sang; on croit dans le monde qu'en introduisant beaucoup de boisson dans l'économie, le sang contiendra plus d'eau; mais c'est là une erreur; le sang peut être plus aqueux, mais pour un temps très court; bientôt les sécrétions augmentent et débarrassent le sang de ce surcroît de liquide aqueux. Si l'on fait des injections d'eau dans les veines des animaux on obtient le même résultat; si l'on porte très loin ces injections il s'épanche des liquides dans le tissu cellulaire, et la mort ne tarde pas à arriver si la quantité d'eau a été considérable. La mort s'explique dans ce cas par les altérations du sang.

En dehors des conditions physiologiques et pathologiques qui modifient la composition du sang, sous le rapport des quantités d'eau, il est deux grandes influences, la saignée et la diète. Si on fait des saignées modérées, on aperçoit déjà l'augmentation du sérum; à plus forte raison lorsqu'elles ont été portées un peu loin. Les hémorragies produisent le même effet. On vit, chez une femme, qui avait perdu beaucoup de sang par une métrorrhagie, l'eau s'élever au chiffre 915; on sait que, dans l'état physiologique, il est de 790 sur 1000; il peut s'abaisser à 725. Le chiffre 915 ne s'est rencontré qu'à la suite des hémorragies accidentelles et de la déperdition qui en est la suite. Le chiffre 886 est celui qui se présente comme maximum dans les maladies où l'augmentation de l'eau est toute spontanée. L'eau peut augmenter beaucoup plus qu'elle ne peut diminuer. Ainsi la différence en plus est de 125, tandis qu'elle n'est que de 75 en moins. Dans le sang qui a fourni 915 en sérum, il y a 85 parties solides, et dans celui qui avait 725, les matériaux solides sont représentés par le chiffre.....

Dans les premières saignées faites dans le rhumatisme, l'eau s'est élevée au-dessus de sa moyenne, très rarement elle est restée au-dessous. Dans la deuxième saignée, l'eau a augmenté constamment, mais dans des proportions très diverses; dans les saignées suivantes, il y eut constamment élévation de l'eau; mais les variations furent très grandes. Cette augmentation de l'eau s'explique par la diminution des globules, qui arrive toujours sous l'influence des saignées prolongées. On peut aussi conclure de ce qui précède que tous les sujets ne supportent pas de la même manière les émissions sanguines; c'est, du reste, ce qu'avait appris depuis longtemps l'observation clinique. Dans la convalescence, les quantités d'eau contenues dans le sang diminuent, et souvent avec une grande rapidité, et peu de temps après que les sujets ont commencé à prendre des aliments. Mais il y a en, sous ce rapport, de grandes variations, et il n'est pas donné à tous les sujets de réparer avec la même rapidité les pertes que les saignées et la diète ont occasionnées dans le sang.

Dans la pneumonie, les résultats sont moins tranchés que dans le rhumatisme : sur 21 cas il y en eut 13 où l'eau était au-dessous de la moyenne; le chiffre le plus bas fut 791, le plus élevé 818. Dans les autres phlegmasies, les résultats sont les mêmes. Dans 21 cas de tubercules pulmonaires l'eau a dépassé son chiffre normal dans la plupart des cas; il n'y eu que 4 cas où l'eau resta au-dessous de la moyenne; aussi le fait général qui ressort de ces diverses analyses est la tendance de l'eau à augmenter dans les phlegmasies mais surtout dans le rhumatisme.

Dans les pyrexies, la règle est de voir l'eau diminuer; dans la fièvre angeioténique, elle s'abaissa jusqu'au chiffre 725, qui est le minimum obtenu dans toutes les maladies. Cette diminution de l'eau s'observe encore dans la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives. Il y a, en général, plus d'eau dans le sang des sujets atteints de variole que dans celui des malades affectés de rougeole et de scarlatine, ce qui est en rapport avec l'augmentation des globules. Dans les phlegmasies il y a plus d'eau que dans les fièvres.

Chez dix chlorotiques dont le sang a été examiné, l'eau est toujours restée au-dessus des limites physiologiques et au-dessus du chiffre que l'on observe dans les autres maladies. Chez les sujets qui présentent toutes les apparences de la fausse pléthore, il y a augmentation de l'eau; bien que l'on aurait pu supposer le contraire. Dans la maladie de Bright l'eau remplace l'albumine et se trouve aussi en rapport avec la diminution des globules qui est l'effet des longues souffrances éprouvées par l'économie.

L'étude du sang, telle que la présente M. Andral, jusqu'ici fait connaître les changemens qui peuvent survenir dans la proportion des divers élémens, comme la fibrine, les globules, les matériaux solides du sérum, l'eau, etc. Mais il importe aussi de savoir si ces élémens s'altèrent dans leurs qualités. La fibrine, par exemple, n'a pas toujours la même consistance. Celle qui provient du sang extrait par les dernières saignées est plus molle et résiste moins que celle des premières, et ressemble beaucoup, sous certains rapports, à la fibrine des jeunes animaux. Il y a peut-être dans les maladies des altérations des globules; le microscope seul pourra nous les découvrir; mais, quant à présent, on sait peu de chose sur les altérations des qualités des principes constitutifs du sang.

Dans le prochain article, je ferai l'histoire des altérations du sang déterminées par l'introduction des matériaux accidentels, comme la bile, l'urine, le lait, le pus, la matière encéphaloïde et l'histoire de la couenne; je développerai aussi le mécanisme de sa formation.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

II. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

NUMÉROS DE SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1840.

DU RHUMATISME AGISSANT SUR LE SYSTÈME NERVEUX; par le docteur GRIFOULIÈRE.

L'état pathologique dont parle ici l'auteur de cet article est la paralysie rhumatismale, non celle qu'admettait Barthez, et qui constituait pour lui une modification de la fibre musculaire dans sa raideur ou dans sa laxité, mais une lésion du système nerveux lui-même. Suivant M. Grifoulière, la paralysie rhumatismale dont il s'occupe serait beaucoup plus fréquente que celle décrite par Barthez, et qui n'était réellement qu'une affection musculaire, dans laquelle il n'y a qu'altération du mouvement, tandis que, dans la paralysie rhumatismale du docteur Grifoulière, il y aurait constamment altération du sentiment à la fois et du mouvement. Donnons un exemple de chacun de ces deux états pathologiques qui sont mis en regard.

CONTRACTURE MUSCULAIRE.

Obs. I. — Le sujet est une jeune fille de 20 ans, qui, à la suite d'un long rhumatisme, conserve, déjà depuis plusieurs mois, ses deux membres supérieurs si raides, qu'elle ne peut souffrir le moindre mouvement qu'on chercherait à imprimer aux diverses articulations; les coudes sont dans la demi-flexion, les doigts restent constamment courbés comme des crochets, et si on essaie de changer leur direction, les petites articulations deviennent très douloureuses, et on sent en outre une résistance passive opposée par la raideur des ligamens et la contracture des muscles. Il y a aussi au dos et dans les membres inférieurs des raideurs, mais moins prononcées; la peau de la malade est sèche et rugueuse.

RHUMATISME CHRONIQUE A DEUX MOIS ET DEMI DE MALADIE; INVASION SUR LES NERFS DU BRAS DROIT.

Obs. II. — Une cuisinière, âgée de 35 ans, est prise de deux premières attaques rhumatismales au commencement de mars 1840. Des jointures des doigts et des poignets, les douleurs se portent successivement sur diverses articulations, au dos, aux membres inférieurs. Deux mois se passent ensuite sans fièvre, sans altération de la santé. Pendant un jour seulement on a pu surprendre dans les urines des cristaux d'acide urique assez abondants. Après l'usage de la salsepareille et des bains de vapeur, les douleurs semblaient se dissiper; les dernières restes étaient aux deux genoux, lorsque, le 12 juillet; elles se taisent toutes ailleurs pour se concentrer sur le bras droit; elles y deviennent excessives l'espace de quatre jours, et sont remplacées ensuite par une paralysie incomplète du mouvement et complète du sentiment, depuis le bout des doigts jusque par de là le moignon de l'épaule. Alors, plus de douleurs nulle part; état général très satisfaisant; pas le moindre signe de lésion au cerveau ou à la moelle. Six jours après, j'ai perdu la malade de vue, elle était dans le même état.

Bien que ces deux observations laissent beaucoup à regretter, sous plusieurs points de vue, nous pensons pourtant qu'elles suffisent pour faire connaître les deux états pathologiques dont nous venons de parler, sans qu'il soit nécessaire de les commenter longuement. Il est vrai que toutes celles que rapporte M. Grifoulière ne sont pas aussi bien dessinées; car il confond dans la même description les cas où le rhumatisme occupe spécialement et uniquement, comme dans la dernière observation, certains rameaux nerveux particuliers avec ceux où la paralysie peut dépendre d'une affection de l'encéphale ou des méninges, cas dont le diagnostic est bien difficile, en raison des nombreuses maladies qui peuvent frapper ces mêmes organes, et dont le diagnostic n'est pas, comme on le sait, toujours facile. Aussi, parmi les cas qu'il rapporte, y en a-t-il plusieurs qu'on peut regarder comme des observations de myélite, avec compression de la moelle. Or, comment peut-on confondre deux affections aussi différentes qu'une inflammation, soit de la moelle, soit de ses membranes, produisant un épanchement dans le rachis et tous ses effets ordinaires, avec un rhumatisme d'un rameau nerveux, dont l'or-

ganisation n'a éprouvé aucune altération appréciable? On peut y voir les effets d'une même cause, mais des effets différens. L'auteur cherche encore, il est vrai, à distinguer le rhumatisme de l'enveloppe des nerfs de celui de la pulpe; mais cette distinction, qui ne repose, comme il le reconnaît lui-même, sur aucune observation anatomique ou pathologique, ne peut que compliquer inutilement un sujet déjà trop obscur.

Un point de vue important du travail de M. Grifoulière, et que nous devons signaler avant de terminer cette courte notice, c'est l'étude des effets que produisent sur l'économie les affections rhumatismales lorsqu'elles persistent longtemps. Il s'établit alors, dit-il, ce qu'on appelle l'*habitude nerveuse*, état que l'on doit redouter lorsqu'on voit persister la lésion d'une fonction quelconque de l'économie, mais qui est bien plus facile et plus tranché pour les fonctions d'inervation. Le rhumatisme nerveux abandonné à lui-même se prolonge souvent d'une manière indéfinie, et parvient même quelquefois à la plus grande incurabilité. A une certaine époque, ses symptômes perdent leurs formes caractéristiques, les douleurs rhumatismales concomitantes disparaissent, les membres paralysés s'atrophient, et si le siége du mal est assez rapproché des centres nerveux, si l'inervation est interceptée dans une étendue considérable, la mort en sera la conséquence nécessaire.

Le sujet de ce travail est l'un des plus importans dont on puisse s'occuper en pathologie, puisqu'il a pour but de distinguer des affections organiques du système nerveux, la plupart si graves, lorsqu'elles ne sont pas promptement mortelles, un groupe de maladies que trop de praticiens confondent avec elles, et qui en diffèrent cependant par une gravité beaucoup moins prononcée, et par la facilité avec laquelle on en triomphe le plus souvent, quand on les traite par les moyens appropriés, et non par cette médication antiphlogistique active qu'on leur oppose dans la plupart des cas, et qui est alors fréquemment suivie d'accidens fâcheux.

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

NUMÉROS D'AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE NOVEMBRE ET DÉCEMBRE.

NOTE SUR UN PROCÉDÉ PARTICULIER POUR L'OPÉRATION DU BEC DE LIÈVRE; par M. PÉTREQUIN.

Les auteurs de médecine opératoire ont toujours conseillé de mettre un soin particulier à placer l'épingle inférieure du bec de lièvre, les uns pour imiter le petit tubercule médian de la lèvre, ce qui est au moins inutile, comme on l'a fait remarquer, puisque la suture est sur le coté; les autres pour éviter la petite échancrure que présente au bout d'un certain temps le bord réuni de la lèvre, par la rétraction de la cicatrice.

M. Pétrequin, ignorant que cela avait déjà été fait avant lui, a conseillé de donner à chaque bord de la solution de continuité, lors de son avivement, la forme concave, de telle sorte que les deux bords limitent un ovale allongé comme le font les pertes des substances ovalaires produites pour l'extirpation de tumeurs. C'est même après avoir remarqué que ces sortes de plaies, par la réunion de leurs bords, s'allongent beaucoup, que M. Pétrequin a songé à faire l'application de cette remarque à l'avivement du bec de lièvre.

Nous trouvons dans la note en question que grâce à M. Diday, ce procédé peut être rapporté à M. Léon Husson qui l'a décrit dans sa thèse inaugurale en 1836, et même que Bichat, dans les œuvres chirurgicales de Desault, l'avait signalé en le critiquant et en le faisant remonter à son maître.

Voici le procédé qu'a suivi M. Pétrequin en opérant, le 11 mai 1840, un jeune homme âgé de 21 ans. Il commença par détacher de l'arcade alvéolaire l'angle du bec de lièvre qui était à droite et s'étendait jusque dans la narine; puis avec un bistouri, il traça sur chacun des bords une incision courbe, remontant bien au-delà de l'angle de la solution congéniale, et se réunissant à angle très aigu. La section complète des bords fut achevée avec des ciseaux courbes sur le plat. L'opération terminée, les bords de la plaie fraîche représentaient assez bien deux parenthèses se regardant par la concavité. Les épingles furent placées avec les précautions ordinaires, et la plaie offrait sur le bord libre une saillie marquée. Le 17 mai la plaie était réunie, cicatrisée, et se terminait en bas par une légère saillie. On ne put retenir plus longtemps le malade pressé de partir.

DE LA PONCTION DU CRANE DANS L'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE; par M. MALGAIGNE.

Les cas de ponctions faites avec succès pour l'hydrocéphale sont sans contredit très rares dans la science, même depuis le mémoire de M. Conquest publié en 1838 dans la GAZETTE MÉDICALE. On peut ajouter que plusieurs des succès rapportés par ce chirurgien lui-même ou par d'autres auteurs sont fort contestables; aussi c'est une de ces opérations qu'on ne pratique guère qu'en désespoir de cause et sans trop en attendre le succès. Il faut avouer de plus qu'on est parfaitement ignorant de la nature des cas qui peuvent ou non offrir quelques chances favorables et qu'en cette maladie comme en beaucoup d'autres, rien n'est plus vague que le terrain des indications. Ces raisons, et d'autres, qu'il n'est pas de notre sujet de développer, font un devoir d'enregistrer tous les faits complets qu'offrent les annales de la science, et c'est à ce titre que nous rapportons l'observation suivante de M. Malgaigne.

OBS.—Maria Gosselin, âgée de 7 mois, était le premier enfant de sa mère; elle était venue à terme, et par la tête, sans difficulté et le crâne offrait à la naissance un volume notable. La mère ne s'aperçut du volume exagéré qu'offrait la tête de son enfant que deux mois après l'accouchement. Depuis cette époque, jusqu'à six mois et demi, accroissement progressif, qui s'arrêta alors, et fut suivi d'une diminution telle que la mère note huit lignes de moins dans la circonférence du crâne. Cette diminution, qui ne datait que de huit jours, cessa et huit jours après le crâne avait repris, puis dépassé ses premières limites. Le 24 avril 1838, l'enfant offrait les particularités suivantes: elle était grasse et bien portante, les jambes étaient bien développées; elle tetait bien et souvent, allait régulièrement à la selle et avait une propension remarquable pour le sommeil; les yeux semblaient à demi expulsés des orbites, l'iris était mobile. La grande circonférence de la tête donnait 52 centimètres; de la racine du nez à la protubérance occipitale on comptait 32 centimètres et demi, en suivant les courbures du crâne, et 20 centimètres en ligne droite; de la racine du pavillon d'une oreille à l'autre, 32 centimètres en suivant la courbure, et 13 centimètres en ligne droite. Le frontal est presque ossifié en entier, point d'espace membraneux dans la suture frontale. L'occipital, les pariétaux sont assez avancés dans leur ossification; suture sagittale membraneuse; suture lambdoïde peu dilatée; suture fronto-pariétale membraneuse, même à sa partie la plus inférieure, de 6 millimètres; la fontanelle antérieure a 7 centimètres à peu près en tous sens; fluctuation au niveau de cette fontanelle et sensation de ballottement d'un liquide, quand on agite la tête.

Le 25 avril, M. Malgaigne fit une ponction avec un trocart à hydrocèle, dans la suture fronto-pariétale, sur les limites de la fosse temporale. L'instrument pénétra à 4 centimètres de profondeur. Un jet de liquide à peine coloré s'échappa. La tête s'affaissa sous la compression; l'affaissement s'exécuta par la dépression de la partie supérieure des pariétaux, qui se rapprochaient par le bas d'un côté à l'autre. Au contraire, l'occipital et le frontal changèrent à peine de situation. On retira à peu près 620 grammes de liquide; l'enfant pâlit à la fin de l'opération. Une bande imbibée d'amidon comprima la tête, et on prescrivit pour toutes les deux heures quelques cuillerées d'une potion contenant 60 gouttes de laudanum pour 180 grammes de véhicule.

A peine l'appareil mis, la figure de l'enfant devint naturelle, la respiration normale. Le reste de la journée elle est gaie et riante, dort bien.

Le deuxième jour, elle parut un peu agitée, et ne s'endormit que fort tard d'un sommeil agité.

Troisième jour. L'enfant est gaie, a dormi fort tard, prend bien le sein. Le crâne paraît se remplir de nouveau.

Quatrième jour. Elle est bien le soir; quelques mouvemens convulsifs.

Le septième et huitième jour. L'enfant allait bien, mais le crâne avait repris ses dimensions, sauf le diamètre transversal qui avait perdu quelques millimètres:

5 mai. Nouvelle ponction sur la suture fronto-pariétale gauche, ont laissé couler autant de liquide que la compression peut en chasser, 890 grammes. Tête enveloppée par des bandelettes de dyachilum et compresse graduée sur synciput, pour maintenir sa dépression.

Jusqu'au 11 mai, état satisfaisant, alors un peu d'agitation. Le 12, agitation assez forte, qui persiste quelques jours et fait bientôt suite à un grand état de stupeur. La mort arrive le 19 mai. L'autopsie ne put être faite.

M. Malgaigne a fait suivre cette observation de remarques intéressantes. Il s'est servi du trocart ordinaire hydrocèle, tandis que les auteurs conseillent un petit trocart, et malgré l'écoulement rapide du liquide, les choses ne se sont pas passées différemment que dans les cas où il s'écoule avec lenteur; quoi qu'il en soit, nous aimerions mieux un petit instrument, car quand la canule est au milieu de l'épanchement, il n'y a guère crainte d'obstruction, le liquide de l'hydrocéphale chronique était le plus habituellement fort clair. Peut-être encore serait-il avantageux de pénétrer obliquement à travers l'épaisseur des enveloppes, de façon à ne pas laisser le parallélisme des ouvertures superficielles et profondes. Le lieu qu'a choisi M. Malgaigne semble plus propice que les fontanelles antérieure, postérieure, que la suture sagittale; car, en ces trois points, il est des organes à ménager. Ce choix est d'ailleurs subordonné, comme le dit ce chirurgien, à l'âge du sujet. Nous ne croyons pas comme lui que plus on perce par la suture fronto-pariétale, plus l'ouverture est favorablement située pour l'écoulement du liquide. La fontanelle antérieure à une distance convenable de la ligne médiane est un lieu tout aussi favorable en donnant une bonne position au sujet, et d'application plus générale, par une raison facile à comprendre. Quand on fait la ponction dans le lieu qu'a choisi M. Malgaigne, c'est transversalement qu'il faut porter

son trocart, tandis que pour la fontanelle antérieure, c'est en bas et non pas obliquement en arrière qu'il faut le diriger. Dans les deux cas, il ne faut pas que l'instrument aille trop profondément. Ce chirurgien s'est assuré sur une tête d'hydrocéphale qu'il suffit d'aller à une profondeur de 20 ou 25 millimètres. La quantité de liquide évacuée par M. Malgaigne, 680, 890 grammes, surpasse de beaucoup la quantité notée par les observations, non pas qu'elle fût moindre dans les cas de ces derniers, mais parce qu'ils craignaient d'en trop retirer à la fois. On a vu qu'il n'est arrivé à la petite Gosselin aucun accident immédiat de l'opération. M. Malgaigne se demande si la quantité de liquide évacué à chaque opération n'a pas en quelque influence sur les accidens encéphaliques qui ont enlevé la jeune malade le quatorzième jour. Il déclare n'avoir point de faits qui lui permettent de résoudre une telle question.

M. Malgaigne croit qu'on *ne peut guérir* l'hydrocéphale par cette opération. Il accorde *qu'on puisse arrêter les progrès, peut-être réduire* un peu le volume de la tête, *mais guérir l'hydrocéphale, comme l'ascite, quelquefois, plus souvent l'hydarthrose, presque toujours l'hydrocèle*, cela est matériellement impossible.

Cette impossibilité de la guérison, suivant l'auteur du mémoire, vient de l'impossibilité de réduire le volume de la tête par la compression, après l'opération. Frappé de cette dernière circonstance chez sa jeune malade, il se mit à étudier sévèrement les cas dits de guérison. Or, il résulte de cette étude, qu'en définitive aucune des prétendues guérisons n'est réelle. Le volume du crâne n'est jamais revenu à l'état normal, à peine même si le plus souvent il a diminué après l'opération. La plus grande diminution obtenue est de 108 millimètres pour la grande circonférence, de 54 pour la transversale, après quatre ponctions faites dans l'espace de six mois, à une petite fille qui avait douze semaines à sa première opération et 23 pouces de grande circonférence du crâne. Or, à six mois elle avait 19 pouces de grande circonférence.

De ces faits, M. Malgaigne tire la conséquence qu'il faut 1° rayer du vocabulaire chirurgical *ces expressions ambitieuses de guérisons de l'hydrocéphale par ponction*.

2° Que l'opération peut enrayer l'épanchement et le rendre stationnaire, et même chez les jeunes enfans diminuer un peu le volume du crâne.

3° Que dès lors l'opération est légitime quand le sujet a moins de trois à quatre mois.

4° Ou quand au-delà de quatre mois et sans autres limites, que l'ossification du crâne, l'hydrocéphale s'accroît sensiblement et menace la vie générale et la vie de *relation du sujet*.

EXTRACTION D'UN NOYAU DE PRUNEAU ENGAGÉ DEPUIS ONZE JOURS DANS LES VOIES AÉRIENNES; GUÉRISON; par M. BONNET, de Lyon.

Les faits chirurgicaux de cette nature sont assez fréquens pour que nous nous soyons bornés à l'indiquer dans les deux circonstances suivantes : 1° Le long séjour du corps étranger, 2° les accidens qu'il a occasionnés. Quant à la longueur du séjour, nous ne croyons pas que l'observation de M. Bonnet remplisse la lacune qu'il indique, de savoir combien de temps après l'accident, l'opération peut être profitable. C'est sans contredit à toutes les époques, et notre journal contient un fait publié en 1838, par un chirurgien de l'armée d'Afrique, dans lequel l'opération fut faite quarante-six jours après l'accident. Il s'agissait d'une sangsue logée dans le larynx d'un soldat. L'observation de M. Bonnet se rapproche d'ailleurs des observations analogues et nous la rapportons succinctement.

Obs. — Le 11 juin, Désiré Dubord avala subitement un noyau de pruneau, dans un brusque mouvement d'inspiration. Grande toux et gêne dans la respiration immédiatement après. Ces symptômes se calment le soir et dans la nuit. Le lendemain, l'enfant veut aller à l'école; quintes de toux et menace de suffocation. Dès-lors, accès qui se prolongent quelquefois deux heures et sont suivis d'un peu de calme.

Le sixième jour, il y eut rémission telle qu'on crut l'enfant guéri, mais, le septième jour, vit reparaître, avec toute leur intensité, les angoisses des jours précédens.

Le onzième jour, M. Bonnet, outre les signes habituels, tels que gêne de respiration, fréquence des mouvemens inspiratoires (45), fréquence du pouls (140 pulsations), yeux saillans, déglutition facile, trouva la poitrine sonore dans toute son étendue, plus peut-être que dans l'état normal, sans aucun indice d'expansion vésiculaire; seulement quelques râles ronflans et sibilans. A la partie antérieure et supérieure, on n'entendait expansion vésiculaire ni râle. Le petit malade éprouve depuis plusieurs jours une douleur fixe, un peu à droite de la bifurcation de la trachée artère, sans d'ailleurs avoir conscience des mouvemens de va et vient.

L'opération fut pratiquée sur le cricoïde et les trois premiers anneaux de la trachée. Six vaisseaux artériels furent liés avant d'arriver au canal aérien; après ces ligatures, il restait une portion de glande thyroïde à diviser, mais que M. Bonnet aima mieux refouler en bas. La section de la couche superficielle de la membrane crico-thyroïdienne, donna deux jets de sang artériel que deux nouvelles ligatures arrêtèrent. L'enfant garda sa connaissance, mais devint extrêmement faible; après l'ouverture de la trachée, dans laquelle l'air s'engouffra avec impétuosité, l'enfant ne pouvait plus se tenir assis, sa tête, abandonnée, tombait de côté et d'autre, tandis que les membres étaient fort agités. Les bords de la plaie écartés avec les crochets, M. Bonnet chercha des yeux dans la trachée le corps étranger. Après trois ou quatre minutes d'attente, le noyau parut et disparut à trois reprises différentes, et put enfin être saisi avec des pinces ordinaires. On laisse la plaie à nu; le rapprochement de ses bords avait ramené la suffocation.

Ce jour-là et les quatre suivans, il y eut fièvre, et, de plus, toute la poitrine resta sonore, sans bruit vésiculaire, excepté à la partie antérieure et supérieure du poumon gauche; emphysème pulmonaire.

Le cinquième jour, son mat dans la poitrine en arrière; râle crépitant à grosses bulles; engouement pulmonaire. (1 vésicatoire sur la poitrine.)

Dixième jour. Le kermès a été donné tous les jours précédens, à partir du cinquième, à la dose de 25 à 12 centigrammes. Le son est moins mat. Convalescence.

Ainsi, s'il faut s'en rapporter à l'auscultation, il existait un emphysème pulmonaire au moment où l'opération a été faite, et cet emphysème, dit M. Bonnet, doit précéder celui que Louis a signalé à la partie inférieure du col dans le tissu cellulaire. De plus, M. Bonnet regarde l'engouement pulmonaire comme lié à l'existence de l'emphysème, par l'excès de la distension et la perte de ressort éprouvée par le poumon. Il ne faut pas d'ailleurs oublier que sans emphysème pulmonaire, le bruit vésiculaire peut être considérablement affaibli, ainsi que l'ont appris les travaux très importans du docteur Barth. Il a démontré que l'intensité de l'expansion vésiculaire diminuait en proportion de la gêne apportée par l'obstacle mécanique à la pénétration de l'air. Dans notre observation, l'expansion vésiculaire manquait, et il aurait fallu, pour ne pas expliquer cette absence par l'emphysème, trouver un obstacle complet à l'entrée de l'air. Or, c'est ce qui n'existait pas et ne peut exister longtemps sans asphyxie. M. Bonnet a oublié de noter le bruit particulier signalé par M. Barth, et qu'il rapporte au rétrécissement du diamètre de la trachée dans le point occupé par le corps étranger.

DU SARCOCÈLE SYPHILITIQUE, DE L'INDURATION DES CORPS CAVERNEUX, ET D'UNE ALTÉRATION SEMBLABLE DE LA COQUE FIBREUSE DE L'ŒIL; DU TRAITEMENT DE CES DIVERSES AFFECTIONS; par M. RICORD.

Aux maladies du testicule, déjà si variées, et qui sont si souvent des pierres d'achoppement pour le diagnostic, il s'est ajouté, presque de nos jours, une nouvelle maladie, le sarcocèle syphilitique. De tous les auteurs didactiques. Astley Cooper l'a sans contredit le mieux traité, et cette description, au dire du chirurgien des vénériens, est loin d'être complète, et montre que le célèbre anglais n'a connu la maladie qu'à son âge adulte. Ecoutons M. Ricord.

Le sarcocèle syphilitique ne se développe jamais que sous l'influence d'une infection générale. Ce symptôme de syphilis constitutionnelle se trouve sur la limite des accidens secondaires et tertiaires. Il tient de ceux-ci par la nature des tissus auxquels il s'attaque, et de ceux-là par l'époque de son apparition. Le plus ordinairement il se montre vers le sixième mois qui suit le chancre primitif, et plus rarement avec les éruptions secondaires. Enfin, il peut de beaucoup dépasser la limite de six mois.

Le siége le plus fréquent, et celui reconnu par la majorité des chirurgiens pour le siége du sarcocèle syphilitique, est le tissu fibreux du testicule. C'est celui que lui reconnaît exclusivement Astley Cooper, qui n'a jamais fait d'autopsie de cette maladie. M. Ricord a observé une autre variété de cette maladie, siégeant, sous la forme de gommes, dans le tissu cellulaire du testicule, de l'épididyme, et non plus dans leur tissu fibreux. Ces gommes sont tout à fait semblables à celles qu'offrent les autres régions et organes, la langue, le pharynx; qui se rencontrent sous les muqueuses, sous la peau, et qui, se ramollissant par la suppuration, constituent une variété d'ulcères consécutifs. A cause de cette différence essentielle de constitution et de siége, M. Ricord propose le nom d'*orchite, percorchite, albuginite syphilitique* pour la première variété, et pour la seconde celui de *tubercule*, de *gomme syphilitique*.

Dans l'albuginite syphilitique, M. Ricord croit qu'avant la tumeur compacte et pyriforme généralement décrite, on rencontre des noyaux, des plaques comme cartilagineuses, qui sont dues à l'épaississement partiel des tissus fibreux de la glande. Plus tard, ces noyaux d'induration s'élargissent, se rapprochent et finissent par donner au testicule la forme arrondie que tous les auteurs ont observée. L'épididyme peut, aussi bien que le testicule, voir son tissu fibreux envahi; mais, à cause de la moindre résistance de ce dernier, les petits noyaux se confondent moins

vite entre eux, et restent assez longtemps distincts du testicule. Cette espèce de sarcocèle syphilitique arrive très rarement, à moins d'une dégénérescence complète, jusqu'à la suppuration, qui semble réservée à la seconde variété. Dans celle-ci, il existe aussi, soit dans l'épaisseur du testicule, soit à sa surface, soit dans l'épidydime, un noyau d'induration; mais celui-ci croît, devient de plus en plus irrégulier, s'enflamme, suppure par un petit abcès indolent, par lequel s'échappe peu à peu la gomme, et qui est remplacé par un ulcère fistuleux, ayant beaucoup de ressemblance avec celui qui succède aux tubercules du testicule. Le plus fréquemment cette seconde espèce se complique de la première, et rien n'est plus difficile que de la distinguer, par ses caractères physiques, des tubercules du testicule. Les antécédens et les symptômes concomitans deviennent, en ces circonstances, les bases du diagnostic. Des douleurs lombaires intolérables, s'exaspérant beaucoup la nuit, compliquaient quelques-uns des sarcocèles syphilitiques qu'a observés M. Ricord, et leur donnaient un peu de ressemblance avec cette singulière affection, décrite par Astley Cooper sous le nom de testicule douloureux. Plus rarement que dans les tubercules, M. Ricord a vu les deux testicules pris à la fois de sarcocèles syphilitiques. Et, d'un autre côté, on sait que l'orchite blennorrhagique siége un peu plus souvent à gauche qu'à droite. Dans le sarcocèle syphilitique, ce n'est qu'exceptionnellement que le canal déférent était affecté. Le sarcocèle fibreux se termine le plus souvent par une résolution complète, quelquefois par des indurations que ne peut faire disparaître aucun traitement.

Ce qui s'observe dans les tissus fibreux du testicule et de l'épidydime, par l'influence d'une syphilis constitutionnelle, peut aussi s'observer sur les corps caverneux. M. Ricord s'attribue, et avec raison, nous le croyons du moins, la première observation en ce genre. Cette altération est en tout semblable à celle qu'on rencontre sur la tunique albuginé; elle produit dans les enveloppes et les cloisons fibreuses des testicules une affection en tout semblable au sarcocèle syphilitique. Mais suivant que le côté droit et gauche est pris isolément, les symptômes varient lors de l'érection de la verge. Au niveau de ces indurations, le tissu fibreux des corps caverneux, privé de toute extensibilité, ne peut se prêter à l'érection. Aussi la verge se courbe à son niveau et devient convexe de l'autre côté. Cette flexion est d'autant plus grande que l'induration est plus étendue. Si l'induration existe des deux côtés, la verge s'érige et se courbe directement en haut. Il suffit, pour reconnaître ces noyaux, de presser entre deux ou plusieurs doigts toutes les parties du corps de la verge. Déjà huit ou dix fois cette altération s'est montrée à M. Ricord, et lui semble devoir être rapportée aux modifications du tissu fibreux, sous l'influence de la syphilis. Dans un cas semblable, où il avait pu remonter jusqu'aux antécédens syphilitiques, l'iodure de potassium avait complètement guéri le malade. Pas plus qu'Astley Cooper, M. Ricord n'a fait d'autopsie d'aucune de ces variétés de maladies.

Enfin, M. Ricord a cru voir, soit dans l'orbite, soit dans la sclérotique, quelque chose d'analogue au sarcocèle syphilitique; c'est d'abord un gonflement du périoste orbitaire, puis un épaississement et une induration de la sclérotique qui, comprimant ses vaisseaux et ses nerfs, fait éprouver des battemens dans l'œil et des douleurs de compression qui s'exaspèrent la nuit. L'œil semble chassé de l'orbite. Il est évident, d'après M. Ricord, que cela tient à l'épaississement du périoste. Suivant lui encore, cette maladie aurait été confondue avec l'amaurose syphilitique, ou peut-être même avec l'iritis syphilitique, qui n'est qu'un symptôme secondaire. Malgré toute l'autorité que nous reconnaissons à la parole de M. Ricord dans les maladies vénériennes, nous ne pouvons accorder, sans aucune autre preuve que celles données dans son mémoire, le gonflement périostique et surtout le gonflement de la sclérotique et la compression de ses nerfs; n'y a-t-il pas d'ailleurs d'autres tissus qui peuvent se prendre dans la cavité orbitaire, et parce qu'une fois seulement au commencement d'exophthalmie et des douleurs dans l'œil avaient disparu par un traitement mercuriel, est-ce une raison suffisante pour admettre une induration syphilitique de la sclérotique et de tout le périoste de l'orbite? La chose n'est pas impossible, mais il faudrait d'autres preuves pour lui donner droit de domicile dans la science, d'autant plus que, sur le seul malade dont parle M. Ricord, le gonflement siégeait d'abord sur le frontal, puis sur l'arcade sourcilière, et se propageait *probablement* dans l'orbite, puisque, dit l'auteur, le malade y éprouvait des douleurs, et était complètement amaurotique.

Pour toutes ces affections, quel que soit leur siége, M. Ricord conseille le médicament héroïque contre les accidens tertiaires, l'iodure de potassium. Toutefois, quand existent avec eux des symptômes secondaires, il ne faut pas négliger les mercuriaux, qu'on associe alors aux médicamens iodurés. On peut aussi donner chaque jour un pot de tisane de saponaire ou de houblon, avec 1 ou 2 grammes d'iodure de potassium, et le soir, une pilule de proto-iodure de 5 centigrammes.

CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES AFFECTIONS DÉPENDANT D'UNE ALTÉRATION DU SANG (PURPURA, SCORBUT, HÉMORRAGIES PASSIVES), ET SUR L'EFFICACITÉ DES ACIDES VÉGÉTAUX A L'INTÉRIEUR ET A L'EXTÉRIEUR, DANS CES AFFECTIONS.

Bien que le sujet de ce travail n'offre rien de neuf, il est cependant d'une telle importance dans la pratique, et la moindre erreur peut être suivie de conséquences si graves, que nous ne regardons pas comme inutile d'analyser quelques-uns des faits qu'il contient, et plusieurs des réflexions qui les suivent. Si le scorbut a presque complètement disparu depuis un demi-siècle, il reste encore des affections qui ont avec lui quelques rapports, et qui toutes sont caractérisées par l'extravasation du sang hors de ses vaisseaux, ou par des hémorragies passives. Les quatre observations suivantes, recueillies dans le service de M. Récamier, pendant l'année 1840, offrent des exemples remarquables de ces maladies, en même temps qu'elles donnent la preuve du succès qu'on peut attendre d'un traitement bien dirigé.

Obs. I.—Une femme, âgée de 35 ans, se nourrissant habituellement mal, après un vif chagrin domestique, éprouve un épistaxis abondant, voit sur son visage et sur ses jambes un grand nombre de petites taches d'un rouge lie-de-vin, et est prise de ses règles. L'épistaxis revient, le nombre des taches augmente au point qu'elles semblent se toucher, une cicatrice récente s'ouvre et fournit issue à du sang; la salive se colore en rouge; soif assez vive. M. Récamier prescrit: limonade sulfurique, 2 pots; 2 citrons; la demi-portion et la potion suivante:

Prenez: Extrait de quinquina.... 6 grammes.
Hydrolat de cochlearia... 10 grammes.

Aucune amélioration n'étant survenue au bout de deux jours, on ajoute un bain avec six livres de vinaigre, et l'on donne 250 grammes de pommes de terre crues, rapées, que la malade doit manger avec du sucre. Les accidens diminuent, et au bout de trois jours on ajoute aux moyens précédens 150 grammes de jus d'oseille, qu'on élève bientôt à 250 grammes. Malgré une hémorragie abondante et quelques autres accidens très graves, la malade sortait au bout de 90 jours, complètement rétablie, et ne conservant plus qu'un peu de faiblesse musculaire et un léger souffle aux carotides.

Ce cas offre un exemple remarquable de l'efficacité des acides et de la promptitude avec laquelle ils agissent, même dans des circonstances très défavorables, comme chez cette femme, chez laquelle les accidens anémiques avaient pris une intensité considérable, et chez laquelle, ayant fait une piqûre avec une épingle pour obtenir un peu de sang, on eut beaucoup de mal à arrêter l'écoulement de ce liquide, malgré la cautérisation avec le nitrate d'argent.

Obs. II.—Journalière, 69 ans, mal nourrie et mal portante, présente, après divers accidens, des taches rouges, circonscrites sur le membre inférieur, des crachats sanguinolens, une chaleur fébrile, céphalalgie intense, faiblesse extrême. (Saignée exploratrice, decoction légère de ratanhia avec eau de Rabel 2 grammes, julep avec deux grammes d'extrait de quinquina, bouillon, alcool camphré sur les taches.) Le sang de la saignée se prend en un caillot uniforme et mou. On prescrit, en outre, 250 grammes de jus d'oseille, tisane d'orge miellée et vinaigrée, pommes de terre crues rapées, julep avec sirop d'ipéca, 8 grammes. Après quelques modifications légères apportées à ce traitement, la malade recouvre les forces et sort rétablie au bout d'un mois.

La troisième observation diffère peu de cette dernière, tandis que le sujet de la quatrième, qui était un jeune homme de 25 ans, présentait, outre les symptômes que nous avons déjà décrits, un développement considérable de la rate, survenu à la suite d'une fièvre intermittente de longue durée. Chez tous ces sujets, le traitement par les acides végétaux a été suivi du même succès.

IV. EXPÉRIENCE.

NUMÉROS D'AOUT, SEPTEMBRE OCTOBRE, NOVEMBRE ET DÉCEMBRE.

NÉVROME SUR LE TRAJET DU NERF SOUS-ORBITAIRE; ABLATION DE LA PAROI INFÉRIEURE DE L'ORBITE; par M. TAVIGNOT. (Observation du service de M. Blandin.)

Obs. — Au n° 31, salle Sainte-Agnès, vint dans les premiers jours de décembre 1837, un homme de 53 ans, aubergiste, d'une bonne constitution et portant à gauche, au devant du trou sous-orbitaire, une tumeur grosse comme un œuf de perdrix. La tumeur s'étend jusque dans la fosse canine.

Immobilité de la partie gauche de la lèvre inférieure et de la paupière inférieure qui est œdematense. L'œil est un peu chassé en haut et en dehors. Il y a dix mois, le malade a subi l'extirpation d'une petite tumeur située au niveau de

la même région; c'est au lieu qu'occupait l'ancienne tumeur que s'est développée la nouvelle. La tumeur est quelquefois le siége d'élancemens; la vision est intacte; on diagnostique un squirrhe prenant naissance dans le canal sous-orbitaire, et faisant saillie à l'extérieur.

Opération. — Lambeau triangulaire par deux incisions, une parallèle à la paupière inferieure, l'autre descendant de l'angle interne de l'œil dans la fosse canine. Les lambeaux disséqués, la scie à molettes sert à séparer le plancher inférieur de l'orbite en dedans et en dehors, la gouge et le maillet à le séparer en bas. Le nerf sous-orbitaire est coupé le plus près possible de son origine. Torsion de quelques artérioles, suture entortillée.

La tumeur, du volume d'une noix, n'a que peu d'adhérence avec les parois du canal sous-orbitaire. On ne peut suivre le nerf à travers ou sur la tumeur. C'est ce qui serait arrivé si elle eût pris son point de départ dans le canal orbitaire; dont l'altération est d'ailleurs fort obscurément detruite. De là, l'auteur conclut que c'était un névrôme à travers lequel il était impossible, comme toujours, de suivre le nerf.

C'est là une opinion qui est loin d'être générale. L'histoire des névrômes est loin d'être complète, et nous aurions désiré dans cette observation plus de détails sur le siége exact de la tumeur et sur les connexions des nerfs avec elle, soit en avant, soit en arrière.

OBSERVATIONS CHIRURGICALES; par M. VOISIN.

Ce travail se compose de six observations à trois desquelles nous bornerons notre analyse. Voici le titre de celles que nous passons sous silence: 1° *Tumeur du sein; ablation; hémorragie inquiétante.* 2° *Fongus du sinus maxillaire; ablation; réunion par première intention.* 3° *Tubercule dans le lobe droit du cervelet. symptômes aigus; point de paralysie ni d'érection. Station et progression n'ont point été altérées. Le malade dans le délire qui a précédé la mort de quatre ou cinq jours s'est à plusieurs reprises échappé de son lit.*

Nous regrettons que les trois autres observations ne soient pas entourées de détails plus circonstanciés. Mais malgré cette absence de quelques détails qui eussent ajouté beaucoup d'intérêt, deux de ces observations sont de celles qui resteront dans la science, l'une et l'autre comme de grands enseignemens pratiques, et la dernière surtout comme un fait rare dont nous ne connaissons pas de semblables, ce qui n'est pas dire qu'il n'en existe pas.

HYDRO-SARCOCÈLE; PONCTION; CIRCONSTANCES EXTRAORDINAIRES; GUÉRISON.

Obs. I. — Guillaume, gardien de la prison de Limoges, âgé de 40 ans, de bonne constitution, n'ayant jamais eu de maladies veneriennes. Son testicule avait commencé à grossir depuis octobre 1839, quand il le froissa le 28 janvier 1840. Douleurs vives et sentiment de pesanteur; au 1er mars, le testicule est gros comme un œuf (nous nous servons des termes de l'observation). En huit jours application de 190 sangsues; cataplasmes, bains généraux; accroissement continuel. Le 21 mars M. Voisin voit pour la première fois le malade. Le *testicule* est gros comme le poing; *il est aisé de reconnaître un hydro-sarcocèle*, point d'élancemens, seulement de la pesanteur; douleur à la pression; teint jaunâtre. 22 mars, ponction explorative; issue de 50 gr. de sérosité. Testicule à surface regulière, et gros comme un œuf de dinde. Le chirurgien propose la castration qui est refusée.

Injection dans la tunique vaginale, d'une décoction de roses de Provins; réaction locale vive, suivie de réaction générale intense avec vomissemens bilieux; teint jaunâtre; céphalalgie; soif; *épanchement de liquide dans le dartos*; escarres aux bourses; chute des escarres qui permet de voir la tumeur egalement sphéroïdale; suppuration abondante. Voyant que le testicule reste dans le même état, que des élancemens y revenaient, craignant l'extension du sarcocele, par le cordon dans le ventre, M. Voisin proposa encore la castration, quand survint un changement. Après de violens elancemens, qui eurent lieu le 18 avril, il parut le 19, à la face antérieure une végétation grisâtre qui augmenta le 20, et le 21 avait le *volume et la forme d'un champignon*, insensible, tenant par un pédicule à la tumeur; au premier coup-d'œil on crut que c'est le testicule échappé de ses enveloppes par la trouée faite par la gangrène, mais on le trouve derrière la végétation qui est excisée. Sa substance etait analogue, pour la forme, la couleur, *l'organisation*, a de l'épiploon. *Point de vaisseaux*, point de matière cancéreuse tuberculeuse. Cependant jamais le malade n'a eu de hernie et il n'en a pas maintenant.

Le 12 juin, la plaie était fermée ou à peu près; le testicule est à son volume normal, un peu plus consistant.

Il est fâcheux que l'auteur de cette observation n'ait point exactement décrit les caractères physiques du testicule malade, alors que la tunique vaginale vidée par la ponction permettait cette exploration. Une semblable description aurait certe pu jeter quelque jour sur l'histoire de la lésion testiculaire. L'idée d'injecter, d'enflammer la vaginale pour un engorgement (nous employons ce mot faute d'autres) du testicule est certes pratique; mais quand après cette injection, le testicule est le siége d'élancemens, nous croyons qu'il est prudent, avant d'en venir à proposer la castration, d'essayer toujours, et à plus forte raison quand on a l'organe sous les yeux, l'exploration de l'organe par des ponctions; pour borner là nos remarques, nous dirons que la végétation est comparée, pour l'organisation, à une épiplocèle ancienne et cependant il n'y avait point de vaisseaux dans son intérieur.

HERNIE ÉTRANGLÉE; OPÉRATION; SAC MULTILOCULAIRE; INTERPOSITION D'UNE CLOISON QUE LES EFFORTS MÊME DU TAXIS APPLIQUAIENT CONTRE L'ANNEAU, CE QUI RENDAIT LA RÉDUCTION IMPOSSIBLE.

Obs. II. — Douhault, âgé de 60 ans, portait du côté gauche, et depuis dix-huit ans une hernie contenue par un bandage; dans les premiers jours de 1840, il se plaint de douleurs dans la hernie, dont le sac est trouvé vide. Il était constipé depuis quatre ou cinq jours, lorsque le 11 janvier la hernie s'étrangla. Taxis répété et prolongé, lavemens, bains, position déclive, tout échoua.

12 juin. La tumeur a pris une couleur vineuse, on décide l'opération. 1° Incision de 3 pouces, parallèle au collet de la tumeur; 2° ouverture du sac; on trouve d'abord une masse d'épiploon, derrière laquelle se cache une portion d'intestin grêle, longue de 2 mètres, d'une couleur lie de vin; sans perforation et remplie de matière semi-liquide; 3° débridement directement en haut; 4° réduction lente de toutes les parties herniées. Le sac était divisé en deux loges par une cloison ou lame fibro-séreuse, que les efforts de taxis appliquaient contre l'anneau inguinal. Cette circonstance anatomique nous a parfaitement expliqué l'insuccès des tentatives de réduction. Il a fallu diviser cette lame pour dégager l'intestin grêle du sac secondaire où il était enfermé, et dont le collet formait autour d'eux une espèce de second étranglement; des deux cavités, l'une supérieure ne servait qu'à livrer passage aux parties herniées; l'autre inferieure le contenait presque en totalité. Vomissemens continuels, point de selles; coliques, pouls très fréquent et faible. Mort à onze heures du soir.

Autopsie. — Orifice interne du canal inguinal libre; l'intestin grêle, dans une étendue de 2 mètres et demi, offre une couleur noirâtre; les anses de cette portion ont contracté entre elles des adhérences, mésentère épaissi et noirâtre; épiploon hernié, d'un bleu violacé; à partir de la portion herniée jusqu'au colon transverse inclusivement, la cavité de l'intestin est remplie de sang noir.

C'était une observation propre à éclairer la question du siége de l'étranglement des hernies et qui malheureusement manque de détails nécessaires à cette fin. L'auteur n'a pas même noté si l'anneau interne ou externe a été débridé. Etait-ce le collet du second sac qui étranglait, ou l'un des anneaux. Dans le cas où le collet du second sac eût été l'obstacle, ne serait-il pas résulté d'une étude rigoureuse de la tumeur, quelques caractères qui permissent de préciser ou de soupçonner la liberté des anneaux? Ces distinctions sont loin d'être subtiles; car en supposant que les anneaux eussent été libres, on eût été autorisé à chercher l'obstacle dans le sac; et l'on aurait pu ménager ainsi le canal inguinal. De plus, une hernie inguinale qui contient 2 mètres d'intestin grêle, a d'habitude de larges ouvertures, et avec de larges ouvertures, un étranglement par les anneaux est fort difficile.

COUP DE COUTEAU A LA PARTIE LATÉRALE DROITE ET SUPÉRIEURE DU COU; HÉMORRAGIE FOUDROYANTE; LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE; HÉMORRAGIES CONSÉCUTIVES; MORT; DIVISION DE LA VERTÉBRALE A SON PASSAGE DANS L'APOPHYSE TRANSVERSE DE LA SECONDE VERTÈBRE CERVICALE.

Nous avons cru devoir rapporter le fait suivant dans tous ses détails. La rareté et la gravité d'une pareille blessure, la conduite à tenir en pareille circonstance, sont autant de raisons qui nous en font un devoir. Il est à déplorer que des circonstances fâcheuses n'aient point permis à l'opérateur de vérifier lui-même et les résultats de son opération, et l'accident qui l'avait nécessitée.

Obs. III. — Vergne (François), âgé de 34 ans, gardien de la prison de Limoges, reçoit, le 4 mai 1840, à la région droite du col, à un pouce environ au-dessous et un peu en avant de l'apophyse mastoïde, un coup de couteau. L'assassin avait frappé Vergne par derrière, la plaie était à peu près transversale, s'étendait à 3 pouces de profondeur et se dirigeait transversalement de dehors en dedans. Un jet assez volumineux de sang s'élança à deux pas environ; Vergne fit deux cents pas, et fut alors secouru par un camarade intelligent qui appliqua fortement les doigts sur la plaie. Quand arrivèrent les medecins et chirurgiens, Vergne était couvert de sueur froide; le lit sur lequel il reposait, outre le sang liquide dont les linges étaient imbibés, offrait un caillot dont le poids, jugé approximativement était de 1500 grammes, le pouls battait à peine. La compression faite sur la plaie suspendue un moment, des flots de sang *artériel* s'élancèrent et augmentèrent encore pendant quelques quintes de toux et des efforts de vomissemens. La temporale et la faciale de ce côté offraient des battemens. On en tira la conclusion que la carotide externe n'était point le siége de la blessure artérielle. Etait-ce la vertébrale? était-ce la carotide interne? M. Voisin pencha pour la blessure de cette dernière, et proposa la ligature du tronc carotidien. Cette opération, quoique desapprouvée par un des consultans, vu l'état agonisant du blessé, est pratiquée à midi; le fil étreignit l'artère vers le milieu de sa longueur. L'operation fut faite à sec; la compression de la plaie ayant été suspendue après la ligature de la carotide, le sang revint en grande abondance, et n'était suspendu que *par une compression faite au-dessus de la plaie.* On établit alors sur la lèvre superieure un point solide de compression, au moyen de linges disposés

en cône renversé; pour donner plus d'efficacité à ce moyen hémostatique, on enveloppa quatre pièces d'un son dans la compresse qui formait le sommet du cône destiné à reposer immédiatement sur la peau au-dessous et un peu en avant de l'apophyse mastoide; des tours de bandes fort serrées servaient à maintenir cet appareil. *Hémorragie suspendue.* A trois heures d'après midi le pouls est revenu.

5 Mai. Appareil imbibé de sang veineux; pouls meilleur, s'il n'était pas fréquent.

6 Mai. Pouls fréquent; soif. Le malade se remue et s'assied dans son lit. (Défense expresse d'exécuter le moindre mouvement.)

7 et 8. Même état.

9. Appétit.

10. Levée du premier appareil. La plaie de la blessure est presque cicatrisée; la portion de tégumens sur laquelle repose le cône compresseur est rubéfiée; *excoriations* sur la face externe de l'oreille gauche et sur le dos du nez, témoignage de la forte constriction opérée par les bandes.

11. Teint jaunâtre. Les deux plaies sont en fort bon état.

12. Quelques gouttes de sang veineux humectent les lèvres de la blessure.

13. Bonne nuit. Le malade se lève sans autorisation pour laisser faire son lit, et se promène. A peine est-il couché qu'il perd 6 ou 800 grammes de sang. La compression est faite comme précédemment, et arrête instantanément le sang.

14. Douleurs résultant de la constriction de l'appareil. Pouls bon, sueurs abondantes.

Du 15 au 18, même état.

Le 20, le fil de la carotide primitive tient encore; léger embarras bilieux qu'on combat par trois verres d'eau de Sedlitz qui provoquent trois selles bilienses. A dix heures du soir, troisième hémorragie très abondante. L'appareil est levé, et on constate une escarre de la largeur d'un sou à l'endroit de la compression. Un aide est placé près du blessé, avec mission de comprimer jusqu'au point du jour, si le sang reparaît. Il ne reparait pas.

Le 21, M. Voisin se disposait à une nouvelle opération pour lier le *bout supérieur* du vaisseau qui donnait, mais Vergne s'y refusa et demanda une consultation. M. Laudon approuva le projet de rechercher le vaisseau, mais quel était-il? En divisant les tégumens pour aller à la recherche du bout supérieur, le chirurgien fut assailli par un jet de sang qui ne put être arrêté ni par la compression faite au-dessous de la plaie, ni par la compression faite au-dessus; c'est-à-dire immédiatement au-dessous de l'apophyse mastoide. La compression faite sur le trajet de l'occipitale, derrière l'apophyse mastoide, arrêta le sang; celle faite en cet endroit suspendue, le sang reparut. M. Voisin crut alors à la blessure de l'occipitale, et se mit en devoir de la lier à son origine. Le sterno-mastoidien coupé à son insertion supérieure, le chirurgien était arrivé au digastrique, lorsque le sang sortit de nouveau avec violence; un seul mode de compression put alors arrêter le sang, c'était le doigt au fond de la plaie et dirigé vers la base du crâne. M. Voisin sentit fort distinctement, avec le doigt appuyé vers le canal carotidien, des pulsations qu'il attribua au retour du sang dans le bout supérieur. L'impossibilité de porter une ligature en un tel lieu fit perdre tout espoir; on se contenta de tamponner légèrement la plaie et d'appliquer un bandage contentif. Dans l'après-midi, le malade eut du délire tranquille; il n'y eut ni érections, ni paralysie; quand il veut se gratter avec la main droite, il est obligé de se soutenir le coude avec la main gauche. Le bras droit est le siége de douleurs qui ont persisté jusqu'à la mort. Souvent le blessé s'est plaint, et dès les premiers jours, d'une vive douleur à la blessure.

21. Même état.

22. Mort à sept heures du soir, dix-huitième jour après la blessure.

Autopsie. M. Voisin n'a pu assister à l'autopsie qui a été faite par MM. Thuilier et Montanceix, et a été le sujet d'un rapport officiel. « Une dissection attentive montre que l'artère vertébrale avait été presque complètement divisée à sa sortie de la troisième vertèbre cervicale, à l'endroit où elle forme une arcade à convexité postérieure et externe; ramollissement très remarquable de presque toute la substance du lobe droit du cervelet. » (Extrait du rapport.)

L'auteur de l'observation ajoute qu'il a reçu d'un des auteurs du rapport des détails qui lui permettent de dire 1° qu'il existait au niveau de la lésion artérielle un caillot d'organisation assez avancée; 2° que l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre cervicale a été divisée par le couteau, en sorte que l'artère aurait été divisée dans son passage même à travers l'apophyse.

M. Voisin fait suivre cette observation de commentaires, dans lesquels il cherche à prouver que la lésion de l'artère vertébrale eût-elle été reconnue, il eût fallu employer les mêmes moyens que ceux rapportés dans l'histoire précédente. Ce chirurgien établit, avec beaucoup de raison, que, dans un cas pareil, avec un diagnostic exempt d'erreur, on ne peut songer à lier la vertébrale à son origine; car on laisse libre le bout supérieur, si voisin, comme on sait, de la basilaire. Quant à la lier entre l'axis et l'atlas, il établit que la chose était impossible dans le cas présent, à cause de l'obstacle *matériel insurmontable* venant du sang de la plaie, sang qu'il fallait arrêter à l'endroit de son issue par une compression qui cachait le théâtre de l'opération. Faut-il lier les deux vertébrales à leur origine, continue M. Voisin, mais restent le bout supérieur et ses anastomoses, avec la carotide interne. Il ne restait donc que la compression, et c'est ce qui a été fait et ce qui n'a pas empêché le malade de succomber.

Sans nous faire prophète après l'évènement, et sans critiquer la conduite d'un chirurgien aussi recommandable que le praticien de Limoges, nous ne pouvons adopter son avis sur tous les points précédens.

Notons d'abord, 1° la faiblesse du bras droit (côté de la blessure) qui n'a été observée que les derniers jours, et qui probablement existait dès le début et peut, dans des circonstances analogues, mettre sur la voie du diagnostic; 2° les douleurs dont ce bras a été le siége, 3° la douleur que le malade ressentait dans la blessure elle-même. Ce sont autant de phénomènes qui peuvent singulièrement mettre sur la trace du vaisseau lésé en pareille circonstance. Le rapport officiel dit que l'artère était divisée au sortir de la troisième vertèbre cervicale, et M. Voisin dit tenir d'un des rapporteurs que l'artère était divisée dans le trou même de l'apophyse transverse de l'axis; il ajoute dans ses commentaires que la division n'était pas complète. Quoique l'observation ait gagné en précision, s'il n'y eut point eu ces contradictions, cette circonstance ne pouvait qu'accessoirement modifier la pratique. Pour établir celle-ci il faut songer que l'artère vertébrale est de celles dont le bout supérieur est autant à redouter que le bout inférieur, et que si on veut attendre quelque résultat de la ligature loin de la blessure artérielle, il faut placer ligature au-dessus et ligature au-dessous. Mais serait-il prudent jamais d'entreprendre deux semblables opérations, des plus difficiles sans contredit, et dont l'une peut passer pour la ligature la plus difficile? D'ailleurs n'y a-t-il point d'autres moyens de parer à une hémorragie de la vertébrale blessée au-dessous de l'axis et de l'atlas? L'observation précédente prouve ce que la théorie fait admettre de prime-abord, c'est que la compression peut suffir; il y a plus même: la compression au-dessus de la plaie, par l'intermédiaire d'une couche de parties molles, épaisse de plusieurs centimètres a pu arrêter l'hémorragie du bout supérieur, le seul qui eût paru fournir du sang au moins immédiatement après la blessure. Mais ce n'est point une compression pareille que nous essaierions de faire, ce serait une compression directe dans le fond de la plaie, au moyen d'un tamponnement solide, et qui devrait être maintenue le nombre de jours nécessaire plutôt par les doigts d'un homme que par des tours de bandes qui doivent singulièrement gêner le malade. Quant à la ligature immédiate des deux bouts de vaisseau au fond de la plaie, c'est chose à la rigueur possible; mais il faut agrandir la plaie, et risquer à couper d'autres vaisseaux, petits, il est vrai, mais dont la ligature allonge l'opération. Il faut risquer à couper des nerfs importans si nombreux dans cette région, à saisir un nerf avec l'artère, car au fond d'une semblable plaie, on ne voit guère. Encore faut-il supposer que la compression arrête le sang venant de la vertébrale, car, quand elle ne l'arrête pas, il n'y a pas moyen de songer à cette ligature immédiate. Elle sera encore impossible si la division artérielle a été faite dans ou près d'un des canaux osseux où est logée l'artère dont le bout blessé se rétracte dans le canal. On pourrait bien lier au-dessus ou au-dessous de l'apophyse correspondante, mais on a toujours des nerfs à couper. Il faut avouer que cette compression immédiate en agissant sur le vaisseau agit aussi sur le nerf correspondant, et cela bien près de la moelle; nul doute, mais c'est là le moindre des dangers et il faut bien passer par-dessus les suites de cette compression. Enfin, dans des cas pareils, si la plaie extérieure permet d'arriver dans sa profondeur, le doigt devra chercher les saillies osseuses voisines qui sont les meilleurs points de repaires, et pour la vertébrale, les apophyses transverses des cervicales indiquent surement son trajet. Dans l'observation de M. Voisin, la compression au-dessus de la blessure arrêtait l'hémorragie; croyant avoir affaire à une blessure de la carotide interne, il accusait (erreur bien excusable d'ailleurs) le bout supérieur de l'artère. Quand on songe à la profondeur de l'artère carotide interne, immédiatement au-dessous de l'apophyse mastoïde, lieu où portait la compression qu'a établie le chirurgien; quand on réfléchit que là on ne peut espérer l'atteindre que de dehors en dedans, et que dans ce dernier sens elle n'est appuyée que contre le pharynx, point d'appui peu solide comme on sait, on est en droit de conclure que ce n'est point la carotide interne qui est blessée, quand la compression ainsi faite arrête instantanément et à plusieurs reprises l'hémorragie.

Ces quelques réflexions et d'autres que suggéreront sans doute, au lecteur judicieux, l'observation précédente, peuvent apporter quelques élémens de plus à ce point de diagnostic chirurgical des plus difficiles, des plus pressans, et des plus propres à glorifier la puissance de notre art.

NOUVEAUX APERÇUS CLINIQUES SUR L'AUSCULTATION, TENDANT A SIMPLIFIER SON ÉTUDE ET A FACILITER SON APPLICATION A LA PRATIQUE; par le docteur RACIBORSKI.

L'auscultation, à peine inventée d'hier, a été déjà l'occasion de nombreux abus qui ont rejailli sur cette belle et si utile découverte; on a multiplié sans fin le nombre et le nom des signes qu'elle fournit, et la lecture des observations d'affections thoraciques rédigées depuis quelques années sera tout à fait inintelligible d'ici à un temps peu éloigné, tant sont variées

les différentes dénominations par lesquelles on désigne des objets qui sont identiquement les mêmes. Signaler cet abus, que tout le monde reconnaît, et tâcher de donner les moyens de le faire disparaître, tel est l'objet du travail de M. Raciborski. Il cherche d'abord à prouver que les bruits de l'auscultation n'ont aucune valeur absolue et bien déterminée dans le diagnostic des maladies. Le même râle pouvant appartenir à plusieurs maladies différentes, il conclut de ce fait, que nous aurions désiré de trouver appuyé de preuves plus solides et de quelques autres considérations, que les véritables signes diagnostics fournis par l'auscultation ne sont pas aussi nombreux qu'on le pense ordinairement, et croit qu'il rendra un service à la science en éloignant du nombre de ces signes ceux qui constituent un véritable luxe, ou qui n'ont qu'une importance secondaire, et en n'admettant comme signes que ceux qui sont pour ainsi dire constans. Avant de procéder à cette élimination, il consacre un paragraphe particulier à l'examen des cas où la percussion peut, non pas seule, mais presque seule, servir au diagnostic des affections thoraciques, et il émet à cette occasion, sur l'importance de cette méthode, quelques propositions qui, sans être neuves, n'en sont pas moins remarquables, et qui prouvent jusqu'à quel point, dans quelques cas, dans ceux surtout où des tubercules existent au sommet de la poitrine, on peut, à l'aide de cette méthode, porter l'exactitude du diagnostic.

Parmi ces bruits normaux, on a signalé, dans ces derniers temps, le bruit expiratoire, au prolongement duquel on a attribué une grande importance, que l'on a même donné comme le caractère des tubercules commençans, M. Raciborski admet bien que la prolongation du bruit expiratoire est réellement un des caractères que l'on rencontre le plus fréquemment dans l'affection tuberculeuse; cependant, cette prolongation du bruit expiratoire, n'étant que le résultat de l'imperméabilité du poumon à l'air, lui paraît ne pouvoir servir de signe des tubercules qu'à une époque où ces produits morbides auraient déjà provoqué consécutivement d'autres altérations capables de rendre le poumon imperméable à l'air. Mais alors, la valeur de ce signe diminue considérablement vu que la percussion bien pratiquée fournit déjà des preuves de cette imperméabilité, et que l'auscultation présente aussi très souvent, pour reconnaître cet état, d'autres signes plus généraux et plus faciles à saisir. « Si nous ajoutons, dit l'auteur, qu'il y a d'autres affections que les tubercules pulmonaires, où l'on peut également trouver la même prolongation du bruit respiratoire, nous serons obligés de reconnaître que ce signe est loin d'avoir l'importance qu'on a voulu lui attribuer dans ces derniers temps. »

Quant aux râles, cette mine si féconde pour tant de nos contemporains, M. Raciborski croit pouvoir en abréger considérablement la liste, et même à réduire à deux seulement tous ceux qui ont été décrits par Laënnec et par ses successeurs. Ces râles, il les désigne par les noms de *râle bullaire* et de *râle vibrant*, auxquels il ajoute le *tintement métallique*, à cause des caractères qui ne sont propres qu'à lui seul. Ces trois variétés de bruit doivent faire, selon lui, les frais du diagnostic de toutes les affections des organes respiratoires.

Avant de passer à l'étude de ces deux râles, nous devons exprimer la crainte qu'on n'adresse à leur auteur, et avec quelque apparence de raison, une partie des reproches qu'il fait aux créateurs de tant d'autres râles; mais nous nous bâtons de revenir au *râle bullaire*, qui comprend le gargouillement, les râles muqueux, crépitant, sous-crépitant, les craquemens secs et humides. Tous ces râles, ainsi que ceux qu'on a voulu récemment ajouter à leur nombre, ne constituent qu'un seul genre, c'est-à-dire le râle bullaire; tandis que les râles sibilant, ronflant, sonore grave, corde de basse, roucoulement de tourterelle, chants d'oiseaux, bruits de frottement pleural, etc., sont représentés par le *râle vibrant*. Toutes les fois qu'en auscultant un malade avec attention, on aura la certitude d'entendre un bruit anormal, la seule chose que l'on devra chercher sera l'impression de la forme qu'il produit sur l'oreille; c'est-à-dire s'il se présente comme des bulles ou comme des vibrations. Le premier de ces râles indiquera, parmi les maladies aiguës, la bronchite et la pneumonie; parmi les maladies chroniques, la bronchite chronique, l'emphysème, les tubercules, l'œdème du poumon, l'hémoptysie et l'apoplexie pulmonaire, tandis que le râle vibrant indiquera généralement une bronchite ou un frottement entre des fausses membranes pleurétiques. Mais, si nous en croyons l'auteur, les râles, même après avoir subi cette épuration, n'auront encore, considérés isolément de tous les autres signes, qu'une très faible valeur en fait de diagnostic.

Non seulement les râles ne seraient presque d'aucune utilité, d'après l'avis de M. Raciborski, pour le diagnostic des affections thoraciques, mais il en serait encore de même des souffles bronchiques ou caverneux, de la bronchophonie, de l'égophonie, de la pectoriloquie et de l'autophonie. Ces propositions et la conclusion suivante, par laquelle l'auteur termine son travail, que l'étude de ces variétés des bruits anormaux n'est point indispensable au diagnostic des affections des organes respiratoires, bien que reposant sur des considérations qui nous ont paru généralement justes, ne seront point acceptées, nous le pensons bien, comme l'expression d'un progrès et d'une utile simplification.

RELEVÉ STATISTIQUE DES CAS DE PLEURO-PNEUMONIE ET DE RHUMATISME ARTICULAIRES OBSERVÉS A L'HÔTEL-DIEU PENDANT L'ANNÉE 1839, DANS DEUX SERVICES; par M. SAUSSIER.

Nous ne reproduirons de ce travail que quelques faits auxquels le nombre des cas où ils ont été observés donne seul quelque importance; mais nous devons dire d'abord que tous ces cas ont été soumis à la méthode par les saignées répétées. Bien que quelquefois on se soit abstenu de saignées, ou qu'on n'en ait pratiqué qu'une seule, et qu'en réalité, sur le nombre de 118 malades, chez lesquels la saignée a été employée, la moyenne du chiffre de ces opérations soit entre trois et quatre chez quelques sujets, nous voyons que leur nombre n'a pas été au dessous de 8, 10 et même 11 saignées. Sur ces 118 malades, 9 seulement sont morts, ce qui donne une moyenne de 1 mort sur 13 malades, chiffre que l'on ne peut pas cependant prendre d'une manière absolue, et qui n'a pas ici toute sa valeur habituelle, puisque les sujets chez lesquels la pneumonie était arrivée au troisième degré ou en voie de résolution n'étaient point soumis à la méthode des saignées répétées.

Des différentes considérations dans lesquelles l'auteur entre sur l'influence de l'âge, nous n'en signalerons qu'une seule: c'est la grande mortalité qui frappa les sujets un peu avancés en âge, et l'innocuité de la maladie chez les jeunes gens. Sur près de 50 malades âgés de moins de 35 ans, aucun n'a succombé, tandis que les 13 qui sont morts avaient, 2 de 35 à 36 ans, 5 de 45 à 56, et 6 de 60 à 74 ans.

M. Saussier, ayant trouvé que la durée moyenne de la maladie avait été pour les cas où la saignée a été employée, de $7\frac{46}{104}$, et comparant cette moyenne avec celle donnée par plusieurs autres écrivains pour la pneumonie, et qui varierait, selon lui, de 14 à 20 jours, signale ici une grande supériorité en faveur de la méthode des saignées répétées; sans nier d'une manière absolue cette supériorité, nous devons pourtant dire qu'elle est au moins ici singulièrement exagérée; car l'époque où commence la convalescence n'est pas la même pour tous les médecins, et qui ne sait qu'avec le système de diète beaucoup trop longtemps prolongé, qui était généralement admis il y a quelques années, même dans les maladies les moins graves, la durée de ces dernières recevait une prolongation tout à fait inutile, et qu'on ne saurait attribuer au traitement employé pendant la période aiguë, et si, comme nous l'assure M. Saussier, la durée des pneumonies traitées par les praticiens dont il parle s'est abrégée depuis quelques années, c'est encore plus à l'heureuse modification qu'ils ont apportée dans le régime diététique de leurs malades, qu'à une demi-saignée ou à un quart de saignée de plus pour chaque malade, que nous serions disposés à attribuer cet heureux résultat.

V. REVUE MÉDICALE.

NUMÉROS DE SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1840.

REMARQUES HISTORIQUES ET CRITIQUES SUR LA LÈPRE; par le docteur GIBERT.

Ce savant et intéressant article se prêterait trop difficilement à l'analyse, pour que nous entreprenions d'en donner ici même une idée sommaire. Nous allons pourtant dire quelques mots sur le but de ce travail et reproduire les conclusions que l'auteur en a tirées lui-même. Pour quelques médecins de nos jours, la lèpre des anciens ne différait pas de ce qu'on observe chaque jour chez nous; de même que, pour eux, le choléra, avant qu'il eût existé parmi nous, n'était qu'un effet de l'imagination ou une invention de la politique. L'existence de la lèpre et ses différentes transformations se rattachent à l'étude des maladies qui ont régné aux différentes époques de l'histoire de l'espèce humaine, étude si intéressante, trop négligée, et dont nous devons savoir gré à l'auteur de ce mémoire d'avoir cherché à éclairer un point particulier. Les écrivains de l'antiquité, les livres saints, les auteurs modernes, lui fournissent les documens sur lesquels il appuie les conclusions suivantes:

1° La lèpre antique, ou *lèpre des Hébreux*, décrite par Moïse, présente évidemment (et contrairement à l'opinion d'Alibert) une analogie marquée avec la *leuce* des auteurs grecs et le *vitiligo* des Latins. Cette maladie est devenue fort rare et presque inconnue de nos jours, à moins qu'on ne la regarde, comme Schilling, avec une simple variété du premier degré de la *lèpre tuberculeuse*, ou éléphantiasis des Grecs, laquelle débute, en effet, par des taches cutanées, avec abolition du tact dans le point affecté, caractère qui est aussi celui de la lèpre des Hébreux.

2° *L'éléphantiasis grec*, ou lèpre tuberculeuse des modernes, est bien la même maladie qui a fait irruption en Europe au treizième siècle, à l'occasion des croisades, maladie qui depuis a disparu des climats tempérés, pour se localiser dans certaines régions d'Amérique, des Indes, des Terres-Boréales, où elle règne d'une manière endémique, ainsi qu'en Afrique et particulièrement sur les bords du Nil. Cette dernière contrée est regardée avec raison comme le berceau de la lèpre par la plupart des auteurs.

3° L'éléphantiasis arabe, qui reconnaît la même origine et qui règne dans les mêmes lieux, offre pourtant dans son siége, son mode de développement, sa marche et ses symptômes, certains traits particuliers, qui ne permettent pas de le confondre absolument avec l'éléphantiasis grec.

4° Il n'est pas impossible toutefois, comme le prétend Schilling, que ces trois espèces morbides ne soient des degrés ou des variétés d'une maladie primitivement la même, à laquelle on pourrait continuer de donner, avec la plupart des historiens et des médecins, le nom de *lèpre*, établissant ainsi, pour cette maladie, une filiation non interrompue depuis Moïse jusqu'à nous.

Cette dernière conclusion ne peut cependant être encore regardée comme incontestable. De nouvelles recherches et de nouvelles observations, recueillies par des médecins éclairés dans les lieux où la lèpre est endémique, pourraient seules juger définitivement cette question, ainsi que celle de la contagion, qui ne paraît pas non plus clairement démontrée à M. Gibert.

QUELQUES REMARQUES SUR LA COLIQUE DE MADRID; par le docteur HISERN, professeur à l'école royale de médecine de Madrid, etc.

Le point de vue sous lequel ce travail offre le plus d'intérêt est la question de l'étiologie de cette colique de Madrid, que quelques écrivains modernes, dans l'impatience de grouper sous un même nom des maladies regardées jusqu'ici comme différentes, se sont efforcés de rattacher à l'affection saturnine. Les renseignemens qu'a fournis sur ce point M. Hisern à la société de médecine sont trop importans pour que nous n'en présentions pas l'analyse exacte. Parmi les différentes affections abdominales qui règnent à Madrid, on en observe assez souvent qui sont caractérisées par un groupe de symptômes très analogues, à divers degrés, à ceux des coliques saturnines, suivies aussi, dans un certain nombre de cas, de paralysies plus ou moins étendues, plus ou moins complètes des extrémités supérieures. Les médecins les plus habiles de Madrid, qui ont observé fréquemment, soit dans leur pratique particulière, soit dans les hôpitaux, la colique de Madrid et la colique saturnine proprement dite, distinguent toujours ces maladies l'une de l'autre.

Après avoir décrit les symptômes de cette maladie, qui réellement diffèrent peu de ceux de la colique saturnine, l'auteur examine les conditions étiologiques dans lesquelles elle se développe, discute surtout longuement la possibilité de l'attribuer à l'action des préparations de plomb, examine les voies par lesquelles ces préparations pourraient arriver dans l'économie, l'eau, le vin, les alimens, discute l'influence des saisons, et d'autres circonstances sur la production de cette maladie, et arrive à cette conclusion que, plus on approfondit ce sujet, plus on creuse cette question, plus on trouve de difficultés pour la résoudre d'une manière plausible et décisive. Bien qu'il reconnaisse une analogie frappante entre les symptômes les plus saillans, les suites et les effets du traitement de ces deux maladies, il ne peut les attribuer toutes les deux à la même cause, à l'action du plomb sur l'économie. La colique de Madrid récidive quelquefois, et sur les mêmes individus, dans des années successives. Les personnes qui en ont été affectées y sont en général plus disposées que les autres. Ordinairement toutes les attaques de la maladie se ressemblent en tout point, à l'intensité près. Les enfans et les femmes n'en sont atteints que très rarement, et on ne l'observe pas seulement sur des peintres, ou sur des individus travaillant aux matières qui contiennent du plomb; elles affectent aussi fort souvent des personnes tout à fait étrangères à ces arts et à ces métiers.

M. Hisern repousse également l'identité de la colique de Madrid et de la colique végétale, avec laquelle on l'a confondue, et termine malicieusement cette discussion par l'apologie suivante des médecins espagnols, et où nous nous donnerons de garde de voir une critique de ce qui se fait ailleurs. « Les médecins de Madrid, fort éclairés en général, et dont un grand nombre sont des observateurs exacts, des praticiens habiles, ne jugent pas légèrement les causes des maladies, mais ils le font avec beaucoup d'aplomb et par des preuves positives et claires. Lorsqu'ils ne peuvent point acquérir des preuves suffisantes, ils attendent; ils n'émettent leur opinion qu'avec les réserves que commande l'état de la science, et, en attendant, ils s'en tiennent à l'observation des faits et au traitement de la maladie que l'expérience leur apprend être le plus convenable..... Quant à moi, j'aimerais mieux laisser un vide dans la science que de le remplir par une erreur..... »

DU TRAITEMENT DU VER SOLITAIRE PAR LA FOUGÈRE MALE MISE EN PARALLÈLE AVEC L'ÉCORCE DE LA RACINE DE GRENADIER SAUVAGE; par le docteur RONZEL père.

L'auteur de ce travail, qui, depuis quarante ans, a constamment employé la fougère mâle dans le traitement du ver solitaire, affirme n'avoir pas eu un seul insuccès, bien qu'il l'ait administrée plus de cent cinquante fois pendant ce laps de temps. Nous allons signaler quelques-uns des faits qu'il rapporte, et qui nous paraissent offrir de l'intérêt sous le point de vue pratique. Il administre la fougère mâle sans préparation, et a l'habitude de faire arriver le malade chez lui la veille, afin de donner le remède lui-même le lendemain matin, et de s'assurer de la sortie du ver en délayant les matières rendues dans plusieurs seaux d'eau. Suivant la méthode de MM. Vieusseux et Odier, il administre la fougère mâle en poudre sous forme de bols préparés avec du sirop de fleur de pêcher, en nombre variable, suivant la dose, qui est de huit à seize grammes. Il faut avaler tous ces bols dans l'espace d'un quart d'heure, et les malades n'éprouvent que de légères pesanteurs et jamais de vomissemens. Il a toujours administré l'huile de ricin, mais pense que tout autre purgatif approprié produirait le même effet; il la donne indifféremment dans des bouillons de volaille, de bœuf ou de veau. Opposant ensuite le haut prix de l'écorce de racine de grenadier, la difficulté de l'avoir bonne, la fréquence de ses insuccès, puisqu'elle ne réussit que deux fois sur trois, les légers accidens qu'elle produit quelquefois, à la facilité avec laquelle on peut se procurer à chaque instant la racine de fougère mâle, toujours fraîche, à la constance et à la promptitude de ses bons effets, ainsi qu'à l'absence d'accidens, il en conclut que cette dernière plante est le véritable spécifique du ver solitaire, comme le quinquina est celui de la fièvre intermittente.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DES FRICTIONS MERCURIELLES A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE; par le docteur MAZADE.

Après quelques réflexions sur l'emploi des frictions mercurielles dans le traitement de la méningite, sur l'époque tardive à laquelle on y a ordinairement recours, et à laquelle l'auteur attribue les nombreux cas d'insuccès que cette méthode compte en quelques mains, il annonce que, chez les sujets chez lesquels il a employé ce traitement à une époque encore peu avancée de la maladie, il en a obtenu les plus heureux résultats. Ces observations lui paraissent indiquer non seulement l'efficacité, mais encore l'innocuité des frictions mercurielles à haute dose dans le traitement de la méningite. L'amélioration des symptômes et la guérison y succèdent d'une manière si prompte et si proportionnelle à leur emploi, qu'on ne saurait, pense-t-il, se refuser d'y reconnaître la relation la plus évidente de cause à effet. Une seule fois le ptyalisme se déclara, et sembla favoriser et hâter même la solution heureuse de la maladie. Dans tous les autres cas, tantôt l'action du mercure se montra très peu manifeste ou nulle sur la muqueuse de la bouche et sur les glandes salivaires, et tantôt elle parut s'exercer principalement sur les intestins, en augmentant leur sécrétion. Il est cependant bon de faire remarquer que ce n'est qu'après avoir constaté l'impuissance ou l'insuffisance de la méthode antiphlogistique la plus active que M. Mazade a eu recours à l'emploi des frictions mercurielles. Les observations qu'il rapporte sont au nombre de quatre et sont fort importantes; nous regrettons que leur longueur ne nous permette pas de les analyser.

OBSERVATION DE MORVE AIGUË CHEZ L'HOMME; recueillie dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, par le docteur GIBERT.

Encore un cas de morve aiguë, transmise du cheval à l'homme; maladie qu'on a niée pendant si longtemps, et dont aujourd'hui on ne compte plus les cas, tant ils deviennent fréquens et évidens, depuis que l'attention est fixée sur ce point important. Le sujet de l'observation rapportée par M. Gibert est un charretier, âgé de 34 ans, qui, avant sa maladie, soignait des chevaux morveux et couchait même dans leur écurie. Atteint, au mois de janvier 1840, d'un farcin chronique, il fut pris, au mois d'octobre de la même année, de symptômes de morve aiguë, à laquelle il succomba au bout d'une dizaine de jours. A l'autopsie, on trouva les lésions propres à cette affection, qu'il est inutile de mentionner ici.

MÉMOIRE SUR PLUSIEURS FAITS D'EMPOISONNEMENT, QUI SERAIENT DUS A L'ALTÉRATION SPONTANÉE DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES, ET NOTAMMENT DES VIANDES; par le docteur DELASIAUVE.

Les faits contenus dans ce mémoire sont de deux genres, les uns empruntés à différens recueils, dans lesquels ils ont été publiés primitivement, et les autres, propres à l'auteur, et sont au nombre de six. Ces derniers seuls peuvent nous occuper. Aucun d'eux ne s'est terminé par la mort.

1° Deux personnes qui ne se connaissaient pas mangent le même jour d'un même fromage d'Italie, et éprouvent toutes les deux des accidens de superpurgation cholériforme, que l'auteur attribue au fromage, bien que l'analyse de cet aliment n'y ait démontré aucune parcelle de cuivre, d'arsenic, ni d'aucune autre substance vénéneuse. Personne autre ne fut malade pour avoir mangé de ce fromage, qui n'offrait aucun goût désagréable.

2° Une femme, convalescente d'une gastro-péritonite intense, dans les salles de M. Bouilland, est prise, au milieu de la nuit, de symptômes cholériformes très graves. Elle avait mangé, la veille au soir, de la viande de très mauvaise qualité.

3° M. M..., âgé de 71 ans, dîne avec un morceau de jambon d'une fraîcheur un peu équivoque; il est pris dans la nuit de vives coliques, de vomissemens, de déjections alvines, de crampes.

4° M. M... mange à son dîner du bouilli que laissèrent d'autres personnes qui partagèrent son repas, disant qu'elles le trouvaient mauvais. Quelques heures après, coliques affreuses, vomissemens, déjections alvines, lipothymies, crampes, suppression des urines, faciès cholérique, etc.

Tels sont les faits que rapporte M. Delasiauve, faits dont tous les praticiens attentifs ont observé de nombreux exemples, et qui paraissent lui fournir une preuve indirecte, mais presque péremptoire, qu'il s'opère dans certains alimens une transformation qui en rend l'emploi éminemment dangereux. Quant à la nature de cette transformation, il reconnaît qu'elle est encore à trouver; il suppose pourtant qu'il pourrait se former, dans la plupart des cas, et spécialement dans les viandes, un principe particulier acide, qui jouirait de propriétés délétères; il paraîtrait même, d'après les recherches de Schumann et de Buchner que la partie graisseuse serait la principale de cette décomposition. Mais toutes ces hypothèses ont besoin d'être éclairées par de nouvelles investigations.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro le compte-rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Après la lecture de la correspondance et du procès-verbal, M. le secrétaire perpétuel annonce l'envoi de la troisième édition du traité de M. Colombat, de l'Isère, sur le bégaiement. M. Donbowisky adresse un mémoire sur la section sous-cutanée des muscles de l'avant-bras.

La lettre suivante, touchant l'anatomie pathologique de la cataracte, est envoyée par M. Malgaigne, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Monsieur,

Placé depuis près d'une année à la tête du service chirurgical de l'hospice de Bicêtre, j'ai cherché à tourner au profit de la science les nombreuses ressources de ce vaste établissement. Sans parler de 800 à 900 aliénés qui fournissent leur contingent à mon infirmerie, Bicêtre renferme une population de plus de 2,000 vieillards, de 60 à 90 ans, dont un très petit nombre, les octogénaires, y sont entrés à la faveur de leur grand âge, et tous les autres n'ont dû leur admission qu'à leurs infirmités. Ainsi toutes les affections graves qui ont échappé aux chirurgiens des hôpitaux, toutes celles qu'ils ont trouvées au-dessus des ressources de l'art, celles encore qu'ils ont essayé de vaincre et qui ont opposé d'opiniâtres récidives, s'y donnent pour ainsi dire un rendez-vous général, et se présentent à l'observateur en grandes masses. Ajoutez que la mort frappant avec la rapidité qu'on peut imaginer sur une population formée de pareils élémens, ne nous offre que de trop fréquentes occasions de vérifier sur le cadavre, après avoir étudié sur le vivant, et l'on aura une idée de cette mine féconde, qui jusqu'à présent avait à peine été fouillée. Afin de profiter, autant qu'il serait en moi, de ces immenses matériaux, j'ai commencé ma visite générale de mes deux mille infirmes notant avec soin tout ce que chacun d'eux présentait de digne d'intérêt; et toutes les fois que l'occasion s'en est offerte, j'ai complété cette étude par les dissections. J'aurai l'honneur de communiquer à l'Académie les résultats les plus saillans de ces recherches; je veux cette fois appeler son attention sur l'anatomie patologique de la cataracte.

A en croire les traités les plus récemment publiés sur cette matière, les deux principales variétés de la cataracte seraient:

1° *La cataracte crystalline, débutant en général par le centre du crystallin.*

2° *La cataracte capsulaire.*

J'étais moi-même imbu de cette doctrine, lorsque j'ai commencé mes dissections, et ce n'est pas sans quelque peine que je me suis vu peu à peu contraint d'y renoncer. J'ai disséqué jusqu'à ce jour vingt-cinq yeux frappés de cataracte; les uns pris sur des sujets qui conservaient un œil sain; les autres sur des sujets où la cataracte était double; et comme elle atteint rarement les deux yeux ensemble à la même époque, j'ai donc pu, sur les yeux secondairement affectés, constater pour ainsi dire l'origine et le développement de la cataracte dans toutes ses phases.

Or, premièrement, *jamais je n'ai vu la cataracte débuter par le noyau central du crystallin.*

Jamais je n'ai rencontré la capsule opaque.

Toujours l'opacité commence par les couches molles qui avoisinent la capsule, et d'ordinaire vers la grande circonférence du crystallin; dans le plus grand nombre des cas, l'opacité étant complète à la face antérieure et à la face postérieure, le noyau demeure parfaitement clair. Dans d'autres cas plus rares, le noyau prend une teinte brune, se dessèche, devient friable et est alors opaque véritablement.

En sorte que si j'avais dès à présent à formuler la conclusion directe de ces autopsies, je dirais volontiers que la cataracte consiste dans une sécrétion opaque de la capsule crystalline, celle-ci gardant elle-même sa transparence; et que dans certains cas il y a comme une nécrose du noyau central du crystallin, qui se mortifie au milieu de la sécrétion morbide.

Mais cependant, qu'est-ce donc que ces cataractes supposées capsulaires sur le vivant, et qui en effet, quand on cherche à les abaisser, donnent aux regards la sensation d'une membrane opaque qui flotte, qui se roule et se déroule sous l'aiguille? J'ai fait sur ce point des expériences directes, et je me suis assuré que ces lambeaux membraniformes ne sont autre chose que des portions du crystallin qui se laissent tailler et découper en tous sens par l'aiguille, quand la cataracte est molle, ce qui est le cas le plus commun.

Entraîné ainsi vers un ordre d'idées si différentes de celles que j'avais en commençant ces recherches, j'ai voulu savoir sur quoi s'appuyait enfin la doctrine si généralement admise des cataractes capsulaires et des cataractes centrales; et je crois pouvoir annoncer ici par avance qu'elle a été adoptée sans preuves suffisantes, et comme par une sorte de compromis fait au dix-huitième siècle entre la doctrine ancienne de la pellicule, et la doctrine nouvelle de l'opacité du crystallin. C'est un curieux chapitre de l'histoire de la chirurgie, que je me propose de dérouler plus tard devant l'Académie.

Agréez, etc.

MALGAIGNE.

M. CAVENTOU dépose sur le bureau de l'Académie deux petits flacons dont l'un est plein d'eau tenant en dissolution une grande quantité d'hydrogène sulfuré, et l'autre, de la même eau épurée par la laine, comme dans le filtre Souchon. M. Caventou invite les académiciens à s'assurer par eux-mêmes que cette dernière a été complètement débarrassée du gaz sulfhydrique, et réunit actuellement toutes les qualités de l'eau potable.

ÉPIDÉMIE DE SCORBUT DANS LA MAISON CENTRALE DE CLAIRVAUX. (Rapport de M. Collineau.)

A l'époque de la germination des pommes de terre, on remplace ces tubercules par les haricots dans l'alimentation des prisonniers de la maison centrale de Clairvaux. Soit cette cause, s'ajoutant à toutes celles qu'offre déjà le séjour des prisons, soit d'autres, une grave épidémie de scorbut s'est déclarée parmi les prisonniers. Le médecin de la prison lui a opposé une modification dans la préparation des haricots, qui consiste à faire cuire ces derniers dans du vin. Cette nouvelle alimentation a produit les plus heureux résultats; profitant de cette observation, le médecin de la maison centrale a fait au ministre la proposition de généraliser dans toutes les prisons la préparation précédente. M. le ministre a consulté l'Académie. M. Collineau propose de répondre que le vin peut sans aucun doute augmenter la digestibilité des legumes en question, que c'est un moyen utile dans des circonstances semblables à celles dans lesquelles se sont trouvés les prisonniers de Clairvaux, mais qu'il n'y a point nécessité d'en faire une mesure générale. (Conclusions adoptées.)

ADHÉRENCES ANORMALES DU PLACENTA DANS L'UTÉRUS; RÉSORPTION DU PLACENTA; GUÉRISON. (Rapport de M. Villeneuve.)

Cette observation, dit le rapporteur, ne contenant rien qu'on ne retrouve dans celles que contient la science sur le même sujet, nous ne pouvons que renvoyer à sa lecture.

DE L'OVARITE AIGUE DÉTERMINÉE PAR DES INJECTIONS UTÉRINES; par M. LEROY D'ETIOLLES. (Rapport de M. Villeneuve.)

Nous renvoyons le lecteur à l'analyse que nous avons donnée de ce travail lors de sa lecture à l'Académie, le 5 septembre 1840.

M. Le rapporteur conclut à des remercimens à M. Leroy d'Etiolles.

DES ANTHELMENTIQUES EMPLOYÉS PAR LES ABYSSINIENS; par M. AUBER. (Rapport de M. Mérat).

Dans notre compte-rendu du 13 octobre 1840, nous avons déjà fait mention du travail de M. Auber. Ce médecin a donné en même temps quelques caractères botaniques de ces substances dont nous n'avons pu entendre le nom. M. le rapporteur dit avoir essayé lui-même une fois un de ces médicamens et en avoir retiré de bons résultats. Il lui avait été fourni par M. de Blanveille.

M. Mérat s'associerait volontiers aux vœux de M. Auber, sur leur culture en France, si nous ne possédions le roi des médicamens contre le tœnia, nous voulons dire le grenadier. M. le rapporteur rappelle, en passant, l'opinion de M. Auber sur l'origine du tœnia en Abyssinie. Ce médecin croit en effet que l'existence de ce ver est liée à l'usage que font les naturels du pays de viandes crues. Il a vu que les chiens de combat, nourris avec de la viande, offrent très fréquemment en ces contrées un plus ou moins grand nombre de tœnia.

Nous trouvons, continue M. Mérat, plusieurs objections à ces observations. Ainsi, chez nous, les gens de la campagne sont ceux qui offrent surtout le tœnia, et cependant ce sont eux qui font le moins usage de viandes.

Conclusion. Insérer ce travail dans le bulletin de l'Académie.

M. BARTHÉLEMY : Ce ne sont pas seulement les chiens de combat nourris avec de la viande qui portent le tœnia, mais bien tous les individus de la race canine. J'ai ouvert, quand j'étais professeur à l'école d'Alfort, beaucoup de bassets nourris exclusivement avec de la pâte de pain, et ils n'en offraient pas moins une grande quantité de tœnia, jusqu'à 10, 20, 30 et 40. (Les conclusions sont adoptées.)

ANTIMOINE RETROUVÉ DANS LES URINES.

M. HUSSON: J'ai déjà entretenu l'Académie d'un fait semblable à celui que je vais lui rapporter aujourd'hui, mais je le crois assez digne d'intérêt au milieu des circonstances actuelles. Le 20 de ce mois, j'ai administré 250 centigrammes d'émétique à un homme affecté de pneumonie, et j'ai fait dans la journée recueillir son urine. Sur 8 onces à peu près de ce liquide, on a retiré, par l'appareil de Marsh, de grandes quantités de taches antimoniales. On en a recueilli quelques unes sur l'assiette que voici.

DES ALTÉRATIONS ANATOMIQUES DU SYSTÈME NERVEUX DANS L'ALIÉNATION MENTALE; par M. FOVILLE.

L'auteur commence par des considérations générale sur l'intérêt qu'offre l'étude des maladies mentales. Elles attaquent, dit-il, ce qu'il y a dans l'homme de plus noble, l'intelligence. Malgré cet intérêt, peu de médecins se sont adonnés à des recherches sérieuses sur ce sujet. Pinel, un des premiers, chercha à expliquer ces maladies par des altérations matérielles. Esquirol, après lui, suivit la même voie; mais le temps n'était pas encore venu où cette question devait être définitivement jugée. Enfin, vinrent Gall et Spurzheim, qui fixèrent sur elle les esprits et donnèrent l'impulsion dont se ressent encore la science. Il y a vingt ans à peu près que des élèves d'Esquirol entreprirent, dans ce sens, à la Salpêtrière, des recherches qui constatèrent que l'aliénation mentale reconnait souvent pour cause une altération anatomique du cerveau. MM. Georget, Rochoux, Rostan, ont produit des ouvrages où se trouvent les observations qui ont mis ce fait en évidence. Depuis lors, tous les esprits ne se sont point pliés à cette doctrine, et bien au contraire, elle a trouvé des adversaires qui se sont fait entendre jusque dans le sein de cette Académie.

Le cerveau peut être considéré 1° comme un centre sensorial; 2° comme l'instrument de l'intelligence; 3° comme le conducteur des mouvemens volontaires à l'appareil musculaire.

Cela admis, les désordres qu'entraîne l'aliénation mentale peuvent se rapporter à des désordres sensoriaux, à des désordres dans l'instrument de l'intelligence, à des désordres dans l'appareil musculaire. Or, pour les combattre, il faut, et des moyens physiques et des moyens moraux. M. Foville rappelle que les guérisons véritables de la folie par des moyens moraux seuls sont si rares, qu'on n'en a cité qu'un seul exemple; puis il s'efforce de repousser les reproches de matérialisme adressés aux médecins qui recherchent la cause de l'aliénation mentale dans une altération organique. Il déclare que, pour lui, la pensée est une force immatérielle dont le cerveau n'est que l'instrument, et qu'il révèle, comme l'œil révèle l'existence de l'agent impondérable que nous nommons la lumière.

Dans une suite de mémoires, M. Foville se propose de prouver 1° que la folie n'est qu'une altération matérielle du système nerveux; 2° que le traitement de la folie doit reposer sur des moyens physiques et des moyens moraux.

M. Foville prie l'Académie d'examiner le crâne d'une vieille femme qu'il présente. Ce crâne est remarquablement déformé. Toute la masse encéphalique semble s'être projetée vers la réunion de la région syncipitale et occipitale, où le crâne offre un remarquable développement, et paraît en même temps presque cylindrique. Cette déformation, suivant M. Foville, serait due à la compression exercée sur le crâne par les bonnets, comme c'est l'usage en Normandie. Les oreilles sont fortement collées contre le crâne.

M. BOUILLAUD demande si M. Foville s'est assuré, par une connaissance exacte des antécédens de cette femme, de la vérité de la cause à laquelle il attribue la déformation.

M. FOVILLE a jugé que cette déformation était due à la compression exercée sur le crâne, parce qu'il a vu nombre d'enfans offrir une déformation semblable sous l'influence de la même cause. Dans les maisons d'aliénés, rien de plus fréquent que ces déformations. A Rouen, à Toulouse, à Charenton, il en a vu beaucoup.

M. ADELON demande à M. Foville comment il a remonté à la cause de cette déformation.

M. FOVILLE : J'ai vu des enfans venir au monde avec un crâne très bien conformé. Malgré mes recommandations expresses, leur tête était emprisonnée dans les bonnets étroitement serrés suivant la coutume normande, et je voyais, au bout de quelques semaines, leur crâne subir la déformation dont je montre un exemple. On supprimait la compression, et bientôt le crâne reprenait une bonne conformation.

M. LONDE demande si M. Foville a vérifié ce fait sur beaucoup d'enfans.

M. FOVILLE dit l'avoir vérifié sur des centaines de sujets.

Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Adelon, Pariset et Ferrus.

BÉGAIEMENT.

M. AMUSSAT fait une nouvelle communication sur le bégaiement. Après avoir dit qu'il avait jusqu'à ce jour pratiqué sur neuf bègues la section des muscles génioglosses par le procédé qu'il a indiqué, ce chirurgien présente les deux malades examinés dans la précédente séance. Depuis ce temps, ils ont été opérés, et chez tous les deux le succès est aussi complet qu'on pouvait le désirer.

L'un de ces malades, âgé de 17 ans, bégayait à un point tel, qu'il a été renvoyé de chez un épicier dont il était le commis. Souvent il se trouvait dans l'impossibilité absolue de parler et de répondre aux questions qu'on lui adressait, et alors il se mettait à pleurer.

M. Amussat présente en outre deux autres bègues, sur lesquels il a pratiqué la même opération.

Enfin, pour mettre l'Académie en demeure de bien juger la valeur de cette nouvelle opération, M. Amussat fait voir deux bègues qu'il se propose d'opérer d'ici à la prochaine séance, et qui seront représentés à cette époque. On constate qu'ils bégaient tous les deux de manière à ne pas pouvoir parler sans que les muscles de la face, du larynx et du cou ne soient tendus et contractés spasmodiquement.

Après cette communication, M. Amussat présente une pièce pathologique relative au bégaiement et due à l'obligeance de M. Bégin. Cette pièce consiste dans la langue d'un militaire affecté de bégaiement, et qui est mort au Val-de-Grâce. Les deux moitiés de cet organe sont d'inégal volume, la moitié gauche est aplatie, tandis que la moitié droite est bombée et épaisse. Cet état de la langue tendrait à prouver que l'un des principaux obstacles à la liberté de la prononciation consiste le plus ordinairement dans l'état anormal de la langue; cet organe étant trop court ou dévié principalement par la contraction des muscles genioglosses, leur section expliquerait alors l'amélioration, et souvent la guérison qu'il a obtenue et que l'on obtiendra par cette opération, lorsqu'on la pratique convenablement après avoir fait des essais sur le cadavre et sur les animaux vivans.

M. VELPEAU : Je crois que l'examen auquel on vient de se livrer sur les bègues qui sortent d'ici n'offre aucune garantie sérieuse pour la vérité. Le bégaiement chez un même individu varie dans son intensité par un grand nombre d'influences. Il serait plus rationnel de soumettre tous ces hommes à l'examen d'une commission.

M. DUBOIS se joint à M. Velpeau pour demander une commission chargée de suivre les opérations pratiquées sur les bègues. Il ne croit pas qu'il soit de la dignité de l'Académie de voir des malades monter sur le bureau, comme sur une estrade, et venir presque tous répéter les mêmes phrases, répondre aux mêmes questions.

M. AMUSSAT trouve inconvenantes les paroles de M. Dubois et demande le rappel à l'ordre.

M. DUBOIS proteste contre la réclamation de M. Amussat.

A ce moment, M. GERDY demande la parole, et prie M. le président de n'ouvrir la discussion que lorsque les malades présens auront été suffisamment examinés et seront sortis de la salle.

Quelques membres ayant demandé que M. Amussat indiquât les procédés qu'il met en usage, M. le président profite de cette occasion pour dire que, mercredi dernier, il a coupé à un bègue, très près de l'apophyse geni, le muscle génioglosse. Le malade, aussitôt après l'opération, a prononcé avec un peu plus de facilité quelques mots, mais le résultat immédiat a été très peu favorable. Depuis lors il a refusé de parler. Il s'est plaint les jours suivans de douleurs assez vives dans la plaie, et l'inflammation est devenue assez vive pour nécessiter une application de sangsues.

M. AMUSSAT commençait la description du procédé qu'il a suivi dans ses opérations, quand M. Gerdy rappelle qu'il a la parole sur l'examen qu'on a fait des malades présentés par M. Amussat.

Il déclare que les opérations faites sur le bégaiement doivent être soumises à un examen sévère de la part d'une commission prise dans le sein de l'Académie. Ces opérations, continue-t-il, offrent deux côtés, l'un moral, l'autre scientifique; jusqu'à présent, il ne leur voit qu'un côté industriel.

Ce mot soulève dans le sein de l'Académie un orage violent, dont nous ne saurions donner aucune idée. M. Amussat, soutenu dans quelques parties de la salle, apostrophe violemment M. Gerdy, que plusieurs membres engagent à continuer. Au milieu du bruit le plus effroyable, des apostrophes les plus vives, d'interruptions continuelles, que la sonnette du président cherche en vain à dominer, M. Gerdy donne lecture d'un article d'un journal de province, où les opérations de MM. Amussat et Lucien Boyer sont racontées en termes pompeux. Pendant toute cette lecture, M. Amussat, en proie à la plus vive agitation, ne cesse d'opposer les plus formelles dénégations de toute participation à ces ar-

ticles. Tous les académiciens se précipitent dans l'hémicycle, entourent M. Gerdy; les uns l'engagent à continuer, d'autres le supplient d'arrêter; plusieurs interpellent vivement le président pour faire lever la séance. Après avoir en vain essayé de rétablir l'ordre, M. le président déclare que la séance est levée.

Nous n'avons fait que donner une faible idée du tumulte extrême qui a signalé la fin de cette séance, et cette agitation nous a involontairement ramené aux souvenirs que l'histoire nous a laissés sur les orages de nos assemblées politiques.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVEAU TRAITÉ DES SCIENCES GÉOLOGIQUES. 1 volume in-12, avec tableau des terrains et figures des végétaux et animaux fossiles. Chez Perisse frères, rue du Pot-de-Fer-Saint-Sulpice, 8, à Paris. Grand'rue Mercière, 33, à Lyon.

L'auteur divise son traité en douze études.

Les deux premières sont préparatoires à l'étude de la géologie proprement dite, et rappellent les notions de physique, de chimie, de minéralogie, aérographie et hydrographie dans les rapports de ces sciences avec la première. Ici nous voudrions que M. Jeban n'eût point donné comme proposition généralement admise que c'est à l'électricité que les plantes doivent leurs propriétés médicinales et autres. La minéralogie étant la base des connaissances géologiques, l'auteur a décrit avec une attention particulière et dans un ordre très lucide les principaux minéraux qui composent les roches. Puis, par des détails géognostiques, il achève de mettre le lecteur en état de suivre les descriptions et considérations qui font la matière des dix dernières études.

Alors, arrivant à parler de la constitution du globe terrestre, depuis le noyau central jusqu'à la superficie du sol que nous foulons, il renvoie à un chapitre plus éloigné la partie inaccessible jusqu'à ce jour aux investigations de l'homme et ouvertes aux seules hypothèses, pour s'occuper de la croûte solide qu'ont creusée et sillonnée les fouilles de quantité de savans infatigables.

Cuvier, Werner, Haüry, Buckland, et MM. Beudant, Bronginart père et fils, Hambold, d'Aubuisson, Voisin, d'Omalins, d'Halloy, La Bêche, Cordier, et d'autres le guident ou l'appuient tour-à-tour. Ils ont frayé assez de routes dans ce champ nouveau, fécond, immense; mais pour l'élève désireux de le parcourir dans le sens le plus avantageux et d'acquérir des vues générales et précises, il s'agit moins de suivre scrupuleusement tous leurs pas, que de reconnaître les points essentiels et capitaux, dont on peut faire les jalons d'un chemin, non moins sûr, mais plus aisé et plus agréable, toujours pourvu de riches enseignemens, et jamais nu et désert, comme il a dû l'être quelquefois pour les premiers investigateurs.

M. Jéhan aborde les terrains primitifs distingués en non stratifiés et en stratifiés, les différentes roches qui constituent les uns et les autres, indiquant par une disposition synoptique des plus claires la composition de ces roches, leur structure, leur aspect, et antres propriétés physiques essentielles, avec les modifications qui tiennent aux variantes de proportion dans le terrain des élémens chimiques, aux circonstances de voisinage, de pays, etc. Il note en passant, pour y revenir plus tard, les grands phénomènes géologiques dont l'existence est établie par les monumens qui parlent à ses yeux, ayant soin d'appuyer sur les faits d'où chaque théorie tire ses inductions. Ainsi de l'absence de toute trace des restes organiques dans le terrain primordial résulte cette preuve qu'il fût un temps où les animaux et les végétaux n'existaient point sur le globe. Les produits fournis à nos besoins et aux arts offrent ici d'autant plus d'intérêt que M. Jéhan, dans l'exposé qu'il en fait, a très bien paru sentir les difficultés qu'on éprouve à consulter des ouvrages spéciaux pour chacun des objets qui tombent journellement sous la main, d'où il arrive qu'on se prive le plus souvent d'en reconnaître l'origine et l'histoire.

Les terrains de transition offrent les divisions du système siturien et système carbonifère. Ils sont, du reste, traités sons le même point de vue que les précédens. De plus, la matière s'enrichit de la présence des houilles et des animaux fossiles, qui attestent la première apparition de la vie sur la terre. Au sujet de la houille viennent des détails d'exploitation, de statistique et de commerce, tous accompagnés de chiffres, comme d'ailleurs cela a lieu dans toutes les parties de l'ouvrage, qui demandent des données précises et des calculs. Ici ce rattachent l'anthracite et les divers bitumes. Quant aux fossiles, nous savons gré à l'auteur de la méthode avec laquelle il a passé en revue, soit les végétaux, soit les animaux, ayant suivi l'ordre admis dans les ouvrages de botanique et de zoologie: à défaut de cette disposition on éprouve une véritable fatigue à chercher parmi tant de genres dont se compose le règne fossile des périodes surtout secondaire et tertiaire. Les belles coquilles nommées ammosites sont les monumens, sinon les plus intéressans du moins les plus célèbres de la période transitaire.

Les terrains secondaires, formant les groupes paekilitiques, jurassique et crétacique, outre leurs caractères propres, se distinguent par l'abondance des fossiles. Nous regrettons que les bornes de cette analyse très rapide ne nous permettent point de rapporter les peintures intéressantes de M. Jéhan sur les formes et les habitudes de ces espèces perdues de redoutables sauriens, tels que l'ichthyosaure, le mosasaure, le mégalosaure, l'iguanodon, l'animal ambigu et singulier qu'un a nommé pterodactyle, on bien encore sur les encrinites, zoophytes d'une structure admirable; sur les genres fossiles des canifères, des cycadées, des paodanées, sur les beaux marbres oankin, jaune antique, brêches, lumachelles, etc.

Dans les terrains tertiaires, MM. Lyell et Deshayes ont distingué les trois formations ditese océne, miocène et pliocène. Quelque talent que M. Jéhan ait développé dans l'explication de toutes les autres étymologies, nous ne saurions trouver de rapport entre celle qu'il donne de ces trois expressions et leur véritable sens. Mais passe pour une étymologie. Après avoir parlé de l'incertitude qui règne dans la juste limite soit supérieure, soit inférieure de cet ordre de terrain; après avoir fait quelques réflexions sur la température du climat à l'époque de ces dépôts sur les trachytes, les basaltes, les cavernes à ossemens, il passe à l'énumération des animaux fossiles plus abondans en cette partie que dans les couches précédentes. Plusieurs d'entre eux méritent des descriptions à part dans lesquelles la précision est unie à l'élégance du style, et l'intérêt continuellement soutenu par des observations physiologiques et philosophiques tout à la fois. Qui peut lire et se représenter sans le plus grand étonnement les énormes dimensions du mégathérium? Puis par opposition viennent les nummulites, les milliolites, les infusoires fossiles qui, selon l'expression de M. Jéhan, « ont aussi leurs mastodontes atteignant jusqu'à 144 millièmes de millimètre. »

Nous arrivons à la huitième étude, qui embrasse le terrain diluvien, les alluvions modernes et les terrains volcaniques.

Les principaux caractères du diluvium sont très exposés et amènent naturellement à parler des blocs erratiques. Il renferme des minéraux précieux, dont la véritable origine toutefois appartient aux terrains primitifs; ce sont le fer en grains, les pepites d'or et de platine, le sel des déserts, les mines d'étain, de saphir, le rubis, le zircon, le diamant, présentant chacun leurs particularités dans des détails utiles ou curieux.

Les alluvions modernes dues aux causes encore agissantes, et reconnaissables aux monumens de la main des hommes, que ne renferment point les terrains inférieurs, ainsi qu'aux débris d'animaux, dont les espèces existent encore, offrent la tourbe et les forêts sous-marines, l'élan d'Irlande fossile et le salpêtre.

Enfin, les terrains volcaniques sont divisés en trachytiques, en basaltiques et en laviques. Leur composition, leurs produits, la théorie et la description des volcans nous entraîneraient hors des bornes d'une analyse. Hâtons-nous de finir.

L'étude neuvième est une application des sciences géologiques à l'agriculture.

Dans les trois dernières, l'auteur traite d'abord du déluge, dont il s'attache à prouver l'existence et l'universalité et à déterminer la date approximative. Ensuite la géogénie, vaste champ, dans lequel, paraissant craindre qu'on ne l'accuse d'égarer l'adepte inexpérimenté, il préfère donner l'opinion la plus répandue dans laquelle l'eau et le feu figurent comme agens universels, se réservant de le discuter après, ainsi que les autres hypothèses que recommandent de célèbres auteurs.

Enfin, quelques considérations critiques sur l'évolution graduelle du globe, sur le système des époques indéterminées, sur l'hypothèse du monde préadamique, etc., terminent cet ouvrage dont la matière surpasse de beaucoup le volume.

Dans un ouvrage de la nature de celui-ci, ce n'est jamais le fond, mais la forme qu'on peut critiquer. Le fond est un résumé des plus riches découvertes et des plus belles conceptions des géologiens distingués: la forme est ce qu'elle doit être: simple, sévère et correcte.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 10. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 6 MARS 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnèmens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

RECHERCHES SUR LES LUXATIONS CONGÉNITALES, EXPOSÉES DANS LES CONFÉRENCES CLINIQUES DU 29 JANVIER ET DU 3 FÉVRIER 1841, A L'HÔPITAL DES ENFANS MALADES; par M. le docteur Jules Guérin.

Suite et fin. — Voir le n° 7.

DEUXIÈME PARTIE. — PARTIE PRATIQUE.

Dans la première partie de ces conférences, j'ai considéré les luxations congénitales sous le point de vue théorique. Après avoir montré qu'elles sont toutes le produit des différens modes de la rétraction musculaire, j'ai considéré l'histoire de leurs variétés, de leur développement, de leurs caractères spécifiques, de leur traitement, dans leurs rapports avec les différens degrés et les différens modes de distribution de la cause essentielle, et l'intervention plus ou moins active, plus ou moins permanente des causes auxiliaires, à savoir: l'arrêt de développement des muscles rétractés, la contraction physiologique et l'action verticale de la pesanteur.

Dans cette seconde partie, plus spécialement pratique, je me propose de faire connaître d'abord les conditions anatomiques qui, dans les luxations congénitales, peuvent favoriser ou rendre difficile, ou empêcher, soit la réduction elle-même, soit la permanence de cette réduction. Ensuite, j'indiquerai sommairement les moyens propres à préparer, à opérer et à maintenir la réduction et, dans le cas de non réductibilité, le moyen spécial de fixer artificiellement, dans un point déterminé, l'extrémité articulaire déplacée.

CHAPITRE PREMIER.

CONDITIONS ANATOMIQUES QUI PEUVENT FAVORISER OU RENDRE DIFFICILE, OU EMPÊCHER, SOIT LA RÉDUCTION ELLE-MÊME, SOIT LA PERMANENCE DE CETTE RÉDUCTION.

Ces conditions doivent être étudiées 1° dans les muscles et autres parties molles environnant l'articulation luxée. (Muscles, vaisseaux, nerfs, tissu cellulaire, peau et ligamens) : 2° dans les surfaces articulaires, (têtes et cavités) ; 3° dans toutes les parties du squelette entourant la luxation, (cavités articulaires nouvelles et déformations médiates et consécutives des os).

§ I. — ALTÉRATIONS DES MUSCLES ET DES AUTRES PARTIES MOLLES.

A. ALTÉRATIONS DES MUSCLES.

Les muscles, dans les luxations congénitales, peuvent offrir des changemens de dimension, de direction et de texture.

J'ai déjà parlé d'un *changement de dimension* survenu dans la tota-

Feuilleton.

LE DOCTEUR MATHANASIUS.

Il y a quelques années, et cet événement ne peut s'effacer de ma mémoire, j'assistai aux derniers momens d'un vieux docteur, vivant très retiré dans un des faubourgs de la capitale. Ce médecin que je désignerai sous le nom de *Mathanasius*, bien qu'il différât sous beaucoup de rapports de son célèbre homonyme, avait autrefois exercé son art dans la ville, quoique toujours obscurément, ce dont il n'avait nul souci. Mais rebuté par les ennuis et les dégoûts de la pratique, jouissant d'un petit revenu, et probablement aussi pour se livrer à ses goûts particuliers, il s'était confiné dans une profonde solitude, où il vivait à sa manière. Une vieille servante, un vieux chien, de vieux meubles, et surtout de vieux livres, tel était le monde qui l'entourait et où il se plaisait. Petit, maigre, mais encore vigoureux et alerte, son œil étincelant, sa parole forte et brève, prouvaient aussitôt que cet homme n'était pas ordinaire. On sentait en le regardant, même sans le connaître, que le savoir et l'esprit avaient passé par là. En effet, il avait beaucoup vu, beaucoup lu et ce qui vaut mieux beaucoup réfléchi. Son accoutrement, comme son caractère, était des plus bizarre, surtout dans son intérieur. Au premier aspect, ce médecin ne ressemblait pas mal à un de ces tableaux de Rembrandt où l'on ne distingue sur le *clair-obscur*, qu'une vieille figure de philosophe ou d'alchimiste, brune, terreuse et barbue. C'était bien la physionomie qu'Hippocrate exige chez le médecin, *figuram faciei meditabundam, ac subtristem*.

Malgré ses bizarreries, je dirai plus, malgré ses boutades et son humeur fantasque, j'aimais les entretiens du docteur Mathanasius. Il y avait dans son ironique dédain pour le siècle, dans ses jugemens sur la société et les savans de notre époque, un ton étrange, rude et acerbe, mais aussi quelque chose d'instructif et de vrai. La verve railleuse, le sarcasme, la *mordante hyperbole*, coulaient à pleins bords; mais comme il y avait là plutôt un travers d'esprit qu'un vice du cœur, on les lui pardonnait aisément. Car mon vieil ami était véritablement un excellent et honnête homme, sentant et disant les choses du plus profond de son ame, de sorte qu'en faisant la part de l'exagération, on trouvait toujours dans sa conversation, dans la pénétrante justesse de son esprit, un fonds de bon sens, de raison, de bon goût, même quand ses jugemens étaient excessivement sévères.

Mon parti était donc pris, j'écoutais le docteur Mathanasius, tout en me gardant de disputer avec lui, et surtout de lui adresser des questions. Cependant un jour, je me hasardai à lui demander pourquoi, doué de savoir et d'habileté, il s'était retiré du monde et avait renoncé à la pratique médicale. Ah! pourquoi,

lité ou dans une partie des muscles qui entourent les articulations déplacées. J'ai dit qu'ils sont raccourcis, que ce raccourcissement est souvent porté au-delà des limites de la contraction physiologique; qu'il consiste dans la rétraction active des fibres musculaires, consécutive à leur contracture permanente. Or, au point de vue de la réductibilité, c'est là un élément capital de la difformité; car il s'oppose nécessairement à sa réduction immédiate, et empêche, dans le plus grand nombre des cas, qu'elle ne puisse s'effectuer, même avec le secours de l'extension préalable. Jusqu'ici, on a fait pour les luxations congénitales ce qu'on faisait pour le pied-bot, pour les déviations de l'épine, avant qu'on eût appliqué la myotomie à ces difformités; on les soumettait à l'extension mécanique, employée d'une manière empirique, dans le but général de vaincre des obstacles dont l'expérience la plus vulgaire avait révélé l'existence; mais on ne se rendait pas compte des différens élémens qui les constituaient, et surtout on ne connaissait pas l'obstacle spécial apporté par la persistance de la cause essentielle de la difformité. Et de même qu'on ne redressait jamais complètement, par ces moyens, un pied bot ou une déviation de l'épine, d'un certain degré, de même on avait fini par regarder comme à peu près incurables les luxations congénitales. Mais quand on connaît bien le fait de la rétraction active des muscles en lui-même et dans ses effets identiques sur toutes les différentes parties du système musculaire, on comprend pour les luxations congénitales, comme pour toutes les autres difformités de même origine, l'insuffisance des moyens mécaniques, et la nécessité de moyens plus directement adaptés à leur nature propre et aux obstacles qui en dépendent. En conséquence, le premier élément à considérer dans le traitement des luxations congénitales, c'est le raccourcissement primitif des muscles rétractés.

Ce n'est pas tout. Quand une luxation a été produite sous l'influence de la rétraction active d'un certain nombre de muscles, tous ceux dont les extrémités ont été rapprochées par suite du déplacement des leviers qu'ils sont destinés à mouvoir, se resserrent entre leurs points d'insertion; de toute la quantité du rapprochement de ces points, et il en résulte un raccourcissement passif qui peut aussi, quand il est considérable, quand il existe depuis longtemps, quand il occupe un grand nombre de muscles, opposer une résistance insurmontable à la réduction. Dans les luxations congénitales complètes, la totalité ou la plus grande partie des muscles qui desservent l'articulation sont primitivement rétractés; mais dans les sub-luxations et les pseudo-luxations, la somme de muscles que peuvent occuper l'une et l'autre forme de rétraction peut varier à l'infini; un seul faisceau peut être soumis à la rétraction active, tandis qu'un grand nombre de muscles sont rétractés consécutivement; comme aussi l'inverse peut avoir lieu.

Cette rétraction consécutive et passive des muscles, par suite du rapprochement de leurs points d'insertion, est l'effet d'une loi générale et constante que j'ai déjà formulée plusieurs fois en faisant l'histoire du pied-bot, du torticolis et des déviations de l'épine (1). Et, pour faire comprendre son importance pratique dans la question spéciale des luxations congénitales, il suffira de faire remarquer que, dans ces difformités, le rapprochement des points d'insertion de la plupart des muscles qui les entourent est un résultat presque inévitable du déplacement des surfaces articulaires.

La même cause qui détermine le raccourcissement passif des muscles, je veux dire le déplacement des leviers osseux, amène aussi des changemens dans leur *direction*, soit dans leur direction absolue, soit dans le degré d'ouverture de leurs angles d'insertion; et ces nouveaux changemens, en augmentant, comme nous l'avons déjà dit, la difformité, et, consécutivement, le raccourcissement passif des muscles, peuvent ajouter de nouveaux obstacles à la réduction. C'est ainsi que, dans la luxation congénitale du fémur en haut et en dehors, les adducteurs, en s'insérant au fémur sous des angles plus ouverts par suite de l'obliquité plus grande et d'un certain degré d'ascension de ce dernier, n'apportent pas seulement des empêchemens à la réduction, par leur raccourcissement actuel, mais rendent ces empêchemens plus considérables et ce raccourcissement plus sensible, par suite du redressement du fémur. Alors, leur brièveté s'augmente d'une quantité relative, non seulement à l'étendue que la tête du fémur doit parcourir de haut en bas, mais encore au degré de redressement du membre, par rapport à l'obliquité qu'il présentait de haut en bas et de dehors en dedans. Dans ce dernier cas, en effet, on peut considérer la tête de l'os qu'on veut réduire comme le centre d'un cercle dont les adducteurs mesurent et coupent une partie de la circonférence.

La *texture* des muscles qui avoisinent les articulations déplacées peut être altérée de trois manières principales. Ils peuvent être, ou *fibreux* ou *graisseux*, ou *hypertrophiés* avec conservation de l'état charnu.

La traction exagérée et permanente des muscles est, comme je l'ai dit souvent, la condition qui détermine leur transformation. Cela explique pourquoi, dans les luxations congénitales, on ne rencontre ordinairement cet état à un degré prononcé que dans les cas où la rétraction a été très énergique, et où l'action des causes auxiliaires n'a pas encore complété la difformité. Dans les luxations complètes, la contraction physiologique des muscles restés sains et l'action verticale de la pesanteur s'opposent plus ou moins, en rapprochant les extrémités des muscles rétractés, à la tension de leurs fibres, et, consécutivement, à leur transformation fibreuse. Le rôle de ces deux causes accessoires n'est pas, du reste, également actif dans toutes les luxations congénitales et pour tous les muscles. Quand les dispositions anatomiques des articulations ne permettent pas à l'une et à l'autre de ces causes de faire chevaucher, dans une grande étendue, ses extrémités déplacées, les muscles restant soumis à une forte traction subissent une dégénérescence fibreuse très prononcée. C'est ce qu'on observe dans les luxations du genou, du pied, du poignet. Mais, quand les articulations présentent des dispositions inverses de celles que je viens de rappeler, les effets cette traction sont en partie contrebalancés par ceux de la contraction physiologique et de l'action verticale de la pesanteur. Ce fait se produit surtout dans les luxations coxo-fémorales en haut et en dehors, où la contraction des muscles puissans qui entourent l'articulation, et le poids du corps font facilement remonter la tête fémorale dans la fosse iliaque, au-delà des limites où s'arrêterait l'action exclusive de la cause essentielle. Quelquefois cependant la rétraction qui produit cette luxation est tellement énergique, les muscles qui en sont le siége subissent activement et primitivement une telle réduction de longueur, qu'ils restent tendus et deviennent par conséquent fibreux, malgré l'action contraire des causes secondaires. J'ai vu, dans des cas semblables, la tête du fémur maintenue immobile dans la fosse iliaque, par suite de l'extrême tension des muscles fessiers; au milieu de cette

(1) Voir le rapport de l'Académie des sciences, p. 9 et 10.

---

me dit-il, en me lançant le vif éclair de son regard; pourquoi? c'est que j'ai peu tardé à connaître de quoi il s'agissait dans notre société actuelle et dans notre métier. Mais ne vous y trompez point, ce n'est pas courroux, ce n'est pas mépris, c'est lassitude et dégoût. J'en suis fâché pour vous, mais vous êtes tous *progeniem vitiosiorem*, et je le prouve par l'état d'abaissement et d'anarchie des esprits, par leur disposition à l'aplatissement, à la servitude, pour un peu d'argent. Mon ami, les hommes doivent être esclaves puisque les hommes sont méchans ou rampent devant les méchans; c'est là un des motifs de mon isolement. Eh! qu'irais-je faire dans le monde? je ne suis plus propre à exercer la médecine, à courir la visite ou le cachet. C'est une concurrence, une guerre perpétuelle, où il faut opposer ruse à ruse, guêpe à guêpe, je ne m'en sens pas la force. Irai-je entendre, parmi les hommes du jour, la perpétuelle protestation du bas de l'échelle sociale contre le faîte, voir la misère des petits, et l'inquiétude des puissans, braver les sophismes et les insolences du fort, l'envie et l'astuce du faible? Non, mon ami, j'y ai renoncé et pour toujours; et puis je vous le demande, quel rôle pour un homme de mon caractère, dans cette société mobile, agitée, où nul ne croit au lendemain; dans un siècle où l'on sacrifie tout au moment présent, à la journée qui s'écoule, pour lequel le passé est comme non avenu, et l'avenir obscur comme le néant. Il y a longtemps que j'ai adopté l'opinion très philosophique de mon vieux confrère Thomas d'Onglée: faire bon visage et répondre poliment à tous les hommes, du reste entendre leurs paroles comme un vain bruit; ne pas souffrir qu'elles produisent le moindre effet sur notre for intérieur, excepté en cas de danger flagrant, comme: rangez-vous, voilà un cheval qui s'échappe. On vit très vite aujourd'hui, on a cette fécondité hâtive qui n'apporte jamais de fruits mûrs; on fait de la science un pont pour arriver à la fortune, peu soucieux d'une renommée qui, dans le fond, est éphémère, or, moyens et but ne me conviennent point. J'ai la plus complète aversion pour cette grossière agacerie au public, qu'on nomme charlatanisme. Du reste, en *refeuilletant* mon ame et ma vie, je trouve que j'ai été assez fidèle à la devise, bien faire et laisser dire; toutefois il arrive un âge où l'on se lasse de tout; il vaut mieux laisser passer le flot et se mettre à l'abri. Je vous entends, je pourrais fréquenter les réunions de médecins, les sociétés savantes, les académies; mais entre nous, je crois tout cela passé de mode, ce n'est plus le même but ni le même esprit qu'autrefois. Il y a dans mon voisinage une *société littéraire* où l'on se rassemble trois fois par semaine pour jouer à la bouillotte. Il en est d'autres, je le sais, où la science est en honneur; mais on distingue si mal les bons parleurs des beaux parleurs, la supériorité des poumons y tient une si grande place, que les miens n'ont pas la force de ferrailler avec tant d'amours-propres, *hic et alibi venditur piper*. D'ailleurs ma vieille figure aurait mauvaise grâce parmi tant de jeunes et brillans médecins qui savent tout et connaissent tout, qui raient le passé d'un trait de plume et le traitent d'idiotisme, qui font très peu de cas de la science des hommes du siècle dernier, *sicut audio, sicut judico*. Je ne puis ni ne veux dominer les assemblées scientifiques, mais le rôle de bouche-trou d'académie ne me convient pas davantage. D'ailleurs il faut être accoutumé à l'atmosphère de ces assemblées, et le mal du pays, l'ennui me saisit aussitôt. Que faire? S'abstenir, je m'y résigne volontiers.

Quant à l'exercice de la profession, je sais à quoi m'en tenir sur les moyens d'y faire fortune, surtout dans un monde qui ne croit plus aux motifs

rigidité générale, plusieurs faisceaux, plus tendus que les autres, offraient à un haut degré la transformation fibreuse.

Toutes choses égales, d'ailleurs, cette transformation est généralement plus avancée dans les muscles contigus aux articulations déplacées que dans les muscles plus éloignés. Cette circonstance s'explique facilement si l'on considère que les premiers de ces muscles, outre qu'ils peuvent être, comme les seconds, primitivement ou consécutivement rétractés, supportent de plus les efforts combinés de la contraction physiologique et de l'action verticale de la pesanteur, qui, en tendant sans cesse à augmenter le déplacement des surfaces articulaires, les poussent contre les parties molles qui les retiennent, et en particulier contre les muscles, et les soumettent à des tractions considérables. C'est ainsi que, dans les luxations fémoro-iliaques en haut et en dehors, dans lesquelles les contractions de presque tous les muscles appartenant à l'articulation, et le poids du corps, enfoncent de plus en plus le bassin entre les deux têtes fémorales, le muscle petit fessier, tiraillé par l'effort continuel de ces têtes, subit la transformation fibreuse à un plus haut degré que le grand fessier ou tout autre muscle de la même articulation, au point de perdre, dans un grand nombre de cas, toute trace de fibres charnues.

La condition essentielle de la *transformation graisseuse* des muscles est leur état de relâchement et d'inertie. Cette transformation dans les luxations congénitales, comme dans les autres difformités articulaires, a donc lieu dans les muscles dont les extrémités, par suite du déplacement des os, ont été rapprochées en deçà des limites de leur longueur normale, de telle sorte qu'ils ne peuvent plus se tendre en ligne droite entre leurs deux points d'insertion. On voit encore un exemple remarquable de ce fait dans les luxations coxo-fémorales en haut et en dehors. Dans ce cas, quelques muscles pelvi-trochantériens et le carré crural en particulier, relâchés par l'ascension de la tête fémorale, subissent fréquem- un degré considérable de transformation graisseuse. Dans le dernier de ces muscles surtout, la transformation est souvent portée jusqu'à la disparition complète du tissu musculaire.

Enfin, *l'hypertrophie* s'observe dans les muscles forcés de déployer de grands efforts de contraction, pour suppléer dans leur action ceux que leurs diverses altérations de dimension et de texture ont rendus impropres à l'exécution de leurs fonctions dynamiques. J'ai particulièrerement observé cet état d'hypertrophie dans le muscle grand fessier, à la suite des luxations coxo-fémorales en haut et en dehors. Il était plus volumineux, plus rouge, plus ferme que de coutume, et cet état contrastait, d'une part, avec l'état mince et fibreux des muscles rétractés et, d'autre part, avec la flaccidité et l'aspect graisseux de quelques muscles relâchés et particulièrement du carré crural.

Les conséquences que l'on peut tirer des observations précédentes, relatives à la réductibilité, à la réduction et à la permanence de la réduction, sont les suivantes :

1° Les muscles primitivement rétractés et passés à l'état fibreux constituent des obstacles la plupart du temps insurmontables à la réduction des luxations congénitales. L'extension mécanique de ces muscles ne peut leur donner que momentanément la longueur suffisante au rétablissement des surfaces articulaires dans leur rapport normal. Leur consistance fibreuse, augmentée par ces tractions, et l'arrêt de développement consécutif dont ils sont frappés, sont des conditions qui ne peuvent que s'accroître après la réduction, brider les mouvemens de l'articulation et devenir des occasions, sinon des causes imminentes et nécessaires de reproduction de la difformité. En conséquence, la section sous-cutanée de ces muscles n'est pas moins indispensable dans le traitement des luxations congénitales que dans celui du pied-bot et des autres difformités articulaires.

2° Les muscles passivement et consécutivement rétractés peuvent acquérir, dans certains cas, un allongement suffisant à la réduction, au moyen de l'extension mécanique. Cependant, si leur raccourcissement est trop considérable, ils deviennent des obstacles insurmontables à la réduction, et subissent, sous l'influence des tractions trop longtemps continuées et trop fortes, la transformation fibreuse. Ils rentrent alors dans la condition des muscles primitivement rétractés; à ce titre, il est indispensable de les diviser sous la peau, comme ces derniers.

3° La transformation graisseuse de certains muscles et l'hypertrophie de quelques autres ne peuvent exercer aucune influence sur la réductibilité et la réduction des luxations congénitales. Leur état peut tout au plus troubler la régularité des mouvemens après la réduction; mais, par le rétablissement de leurs rapports et de leurs mouvemens normaux, ces muscles reprennent consécutivement leur texture et leur part d'activité normale dans l'exécution des mouvemens de l'articulation réduite.

B. ALTÉRATIONS DES VAISSEAUX, DES NERFS, DU TISSU CELLULAIRE ET DE LA PEAU.

J'ai plusieurs fois décrit les modifications que subissent les artères, les veines, le tissu cellulaire, la peau, dans les déviations de l'épine, le pied-bot et le torticolis. Ces modifications, dans les luxations congénitales, sont soumises aux mêmes lois.

Les *artères*, au lieu de se tendre en ligne droite dans l'angle des déviations des membres, deviennent flexueuses, pour s'accommoder aux accidens de ces déviations. En même temps, elles subissent, dans leur calibre une réduction, qui est quelquefois très considérable, jusqu'au point de perdre la moitié ou le tiers de leur calibre normal. Vous voyez un exemple remarquable de cette réduction sur cette pièce, appartenant à une luxation congénitale du fémur, datant de quarante ans. L'artère iliaque primitive correspondant au côté luxé n'a que le tiers du calibre de celle du côté sain.

Ces particularités, relatives au système artériel, méritent d'être notées, eu égard à la réductibilité des luxations congénitales, sous deux points de vue : premièrement, pour montrer que les tractions destinées à réduire la luxation ne peuvent exercer aucune influence fâcheuse sur les artères, puisque ces dernières ont conservé une longueur suffisante pour s'adapter aux articulations réduites; secondement, pour expliquer comment la réduction n'est pas apte à produire immédiatement le développement du membre luxé, mais peut consécutivement favoriser le retour de la nutrition à son activité normale, par le retour des conditions propres à activer la circulation artérielle.

Les *veines* ne deviennent pas aussi flexueuses que les artères, mais s'infléchissent au niveau des angles des déviations; et, loin de diminuer de calibre, elles se dilatent d'une quantité à peu près proportionnelle à la réduction du calibre des artères. On peut avoir la preuve de ce fait par l'examen direct des veines principales appartenant aux membres luxés, et par la simple inspection des veines qui rampent à leur surface. En effet, on voit dans ces cas, d'une part, un lascis veineux très apparent, et,

---

honnêtes, tant il a perdu l'habitude d'en user; où l'on trouve un détracteur pour chaque mérite, un envieux pour chaque succès. Que voulez-vous? où il y a de la boue, il y a des reptiles, il faut s'y attendre et s'y résigner. Mais me direz-vous, la pratique de l'art aide au moins à vivre, si elle n'enrichit pas. Mon ami, quand on est l'homme de Xénophon, instruit à avoir besoin de peu, quand on est bien pénétré de cette maxime ἀνέχου καὶ ἀπέχου, *sustine et abstine*, et qu'on a pris depuis longtemps la mesure de sa tombe, on vit tranquille, on est au port; j'y suis et j'y reste. *Vitam habere in patientiâ et mortem in desiderio*, voilà ma devise actuelle. Cependant, comme l'esprit a besoin d'occupation, j'aime les livres, je passe ma vie à l'étude, je m'y enfonce à plaisir; c'est là encore une de mes différences avec les docteurs du jour qui ont bien autre chose à faire. Ma bibliothèque, comme vous voyez, est assez considérable, mais peu riche. Quant à la manière dont je l'ai composée elle a été bien simple, les vieux livres d'un côté et les ouvrages modernes de l'autre. Ces derniers ne trouvent pas beaucoup d'espace, mais n'en jugez nullement par l'apparence, car ils sont très nombreux en réalité. Savez-vous pourquoi? C'est que j'ai formé ma bibliothèque moderne d'après la méthode de Falconnet, méthode simple, courte et d'un résultat excellent. Cette méthode consiste à choisir dans un ouvrage, fût-il en douze volumes, les pages, n'y en eût-il que six, qui contiennent du bon, du vrai, du positif, puis à condamner le reste au supplice du feu; de cette manière on n'a que la quintessence des livres; à quoi sert le reste? Cela vous explique la très petite étendue de ma bibliothèque moderne. Je préfère de beaucoup les livres anciens, comme dit Montaigne: « Ils me semblent plus pleins et plus roides. » La simplicité vigoureuse de l'ancien style médical a pour moi un charme tout particulier. A tout prendre j'aime mieux une phraséologie lourde, pesante et instructive qu'une phraséologie alambiquée, léchée et qui n'apprend rien. Il y a sans doute dans ces livres anciens des erreurs, des folies du temps, mais on y trouve aussi un fonds de bonne foi, de sincérité qui donne à ces erreurs je ne sais quel caractère d'originalité qui me séduit et me ravit. Voilà, mon cher ami, une partie des raisons qui me font préférer à la société des hommes que je ne hais point, mais que je plains, celle des livres, surtout quand ils sont anciens. Je l'avoue, un bouquin, bi ou triséculaire, avec son odeur *sui generis*, surtout s'il est orné de la célèbre tête de buffle des éditions elzeviriennes, a pour moi plus de charme qu'un bouquin moderne le plus élégamment relié en veau, que d'insipides rogatons donnés pour du bon et du neuf, où chacun a grand soin de peser son grain de cuivre dans des balances d'or; tel est mon goût spécial, mon idiosyncrasie si vous voulez. Vous pensez bien que plus d'une fois on a voulu m'arracher à mon intérieur, à mes habitudes, à mes livres bien aimés, mais inutilement; un de mes amis de collége, parvenu dans les hautes sphères du pouvoir, espérant vaincre ma répugnance, a appelé à son aide *l'esprit tentateur*, l'argent; cet ami m'a offert une place lucrative, mais ma réponse a toujours été la même, paix et peu. Croyez-le bien, mon lot n'est pas à dédaigner; dans mon obscur coin, je vis comme un cloporte et ne m'en trouve pas plus mal; comptez-vous pour rien de n'être plus en proie au *garde à vous*, éternel du monde et de la pratique de la médecine? J'aime mieux faire la chasse aux idées que la chasse aux millions; chacun son goût. Le sage a dit: cache ta vie, j'ai caché la mienne; *summa petit livor, perflant altissima venti.*

Tels étaient les motifs du docteur Mathanasius pour vivre dans une solitude

d'antre part, une coloration blenâtre de toute la pean correspondante.

Les *nerfs* se raccourcissent et tendent à se diriger en ligne droite entre les deux points extrêmes de leur trajet, approchés par la difformité; ce raccourcissement est quelquefois très considérable et devient alors un obstable très grand à la remise en place des parties luxées, en raison de la résistance qu'ils opposent à leur allongement et de la douleur qu'occasione leur traction.

Le *tissu cellulaire* est, en général, plus abondant et plus chargé de graisse autour des luxations congénitales. Il occupe principalement les vides que le déplacement des extrémités osseuses et la tension des muscles laisse sous la pean ou dans les espaces intermusculaires; il s'amasse également autour des muscles relâchés, s'insinue entre leurs fibres, et semble prendre la place de la trame charnue à mesure qu'elle disparaît; et cette espèce d'envahissement de la fibre musculaire par le tissu adipeux peut être tel que le muscle disparaisse en entier, ou qu'il n'en reste plus que des filamens irréguliers, d'un jaune pâle, perdus dans une masse amorphe de substance graisseuse.

Enfin, la *peau*, en vertu de l'élasticité dont elle est douée, se resserre ou s'étend pour s'accommoder aux formes et aux dimensions anormales que la luxation donne aux membres luxés, en général, et aux différens élémens qui les composent, en particulier. Quand le degré du déplacement et la rapidité avec laquelle il s'est fait n'ont pas permis à la pean de suivre exactement dans leur retrait les parties sous-jacentes, l'espace laissé entre elles et ces parties se remplit, comme je l'ai dit tout à l'heure, de tissu cellulo-graisseux.

Ces dispositions anormales du tissu cellulaire et de la pean n'opposent jamais d'obstacles sérieux à la réduction des luxations; mais elles ne sont pas tont à fait inutiles à connaître sous le point de vue du traitement préliminaire. En effet, elles contribuent à établir l'utilité de l'extension primitive des membres luxés, dans le but, d'une part, de combler plus ou moins les espaces remplis de tissu graisseux et de le faire diminuer ainsi par compression; d'antre part, de préparer le retour de la peau à ses dimensions normales, et, par ces deux résultats, de faciliter la remise en place et le maintien en rapport des extrémités articulaires déplacées.

C. ALTÉRATIONS DES LIGAMENS ET CAPSULES ARTICULAIRES.

Les ligamens et capsules articulaires offrent des altérations de formes, de dimensions et de texture analogues à celles que j'ai signalées dans les muscles.

Ils peuvent être raccourcis ou allongés. Le raccourcissement des ligamens dans certaines luxations congénitales peut être l'effet d'un retrait actif. Ce fait, que j'ai déjà montré dans certains pieds-bots, appartient également aux luxations, sub-luxations et pseudo-luxations congénitales; mais c'est surtout dans les déplacemens articulaires du pied et du genou que j'ai en l'occasion de vous le faire constater. Vous avez vu souvent ici, dans le renversement de l'astragale en dehors et dans l'adduction extrême de l'avant-pied, le ligament latéral interne de l'articulation tibiotarsienne et le ligament astragalo-scaphoïdien réduits au tiers ou au quart de leur longueur, et en même temps, durs et tendus comme des cordes; vous avez vu une disposition analogue du ligament latéral externe de l'articulation tibio-fémorale dans les déviations du genou en dedans; et quand la bride formée par ces ligamens a été coupée, vous avez pu sentir plus profondément la capsule articulaire elle-même rétractée et faisant obstacle au redressement.

Le raccourcissement des parties ligamenteuses des articulations sous l'influence du retrait passif est un effet presque nécessaire du déplacement des surfaces articulaires. Les fibres ligamenteuses, comme les fibres musculaires, se resserrent pour se tendre en ligne droite entre leurs points d'insertion, et le raccourcissement qui en résulte devient aussi, à une certaine époque, un obstacle permanent que l'extension mécanique ne suffit plus à vaincre.

Les parties ligamenteuses dont les points d'insertion ont été écartés par le déplacement ou l'écartement des extrémités articulaires, se prêtent aux tiraillemens qu'elles subissent, s'allongent, s'amincissent, s'adaptent à toutes les variations de dimension et de forme des parties qu'elles unissent ou qu'elles enveloppent. Cette circonstance de l'intégrité des ligamens et de leur allongement dans les premières années de l'existence des luxations congénitales, différencie complètement ces dernières, des luxations traumatiques dans lesquelles les ligamens et les capsules sont toujours déchirés et perforés à un certain degré.

Voici plusieurs pièces appartenant à de jeunes sujets, dans lesquelles on voit la tête du fémur complètement luxée dans la fosse iliaque, et les capsules articulaires alongées et exemptes de toute solution de continuité. Cette autre pièce, que vous avez sous les yeux, représente un cas de ce genre; une incision pratiquée à la capsule a mis à découvert le ligament rond, qui est plus mince, plus long que de coutume, mais qui n'a pas cessé de s'insérer aux deux surfaces articulaires.

Une disposition bien importante à connaître sous le point de vue des obstacles qu'elle peut apporter à la réduction des luxations congénitales, et qui n'est pas propre exclusivement aux luxations fémoro-iliaques, mais qui s'offre, dans ces luxations, à un degré plus prononcé que dans aucun autre, est la suivante: En raison de l'éloignement réciproque de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde, sa capsule articulaire allongée forme d'abord une sorte de tube membraneux, dont la pression atmosphérique rétrécit la cavité et tend à mettre les parois en contact. Ce tube membraneux, soumis ainsi à un retrait concentrique consécutif, se resserre de plus en plus; mais rempli à une ses extrémités par la tête fémorale, attaché à l'autre extrémité, à tout le pourtour de la cavité cotyloïde, les effets de son retrait concentrique, bornés en ces deux points, se font d'autant plus sentir qu'on se rapproche davantage d'un point intermédiaire entre ces extrêmes. Il résulte de là que le tube membraneux formé par la capsule prend peu à peu une forme grossièrement comparable à celle d'un sablier, c'est-à-dire qu'il représente deux cônes dont les deux extrémités se confondent et dont les bases adhèrent au pourtour des deux surfaces articulaires disjointes.

Enfin, le système ligamenteux des articulations luxées subit des *altérations de texture* analogues à celles des muscles, sauf certaines modifications en rapport avec les différences d'organisation. Les ligamens deviennent graisseux et s'atrophient sous l'influence du relâchement et de l'inertie, mais beaucoup moins rapidement et toujours à un degré moins considérable que les muscles. Là où les muscles deviennent fibreux, c'est-à-dire sous l'influence de la traction de leurs fibres, les ligamens et les capsules articulaires, déjà fibreux de leur nature, deviennent osseux; mais cette transformation osseuse des ligamens exige en outre

---

à peu près complète. Le bien-être matériel lui était indifférent : d'une sobriété extrême, il ne buvait que de l'eau, ne mangeait que les alimens les plus simples, ne se permettait rien contre la règle la plus sévère; c'était dans le sens le plus rigoureux qu'il prenait le mot *superflu*. Quelques livres, où il pouvait flairer les reliures de vieille basane, de parchemin ou de maroquin zebré étaient son seul goût dominant. J'ai su depuis que plus d'une fois dans le mois, il s'est retranché la bagatelle d'un dîner ou deux pour acheter l'ouvrage qu'il désirait, pourvu toutefois qu'il fût ancien, car on aurait pu lui appliquer ces mots de Sidoine, qu'il citait souvent: *legebat cum reverentiâ antiquos, et sine invidiâ recentes*; seulement il manquait de sympathie pour ceux-ci. J'ajoute que son savoir, loin de nuire à sa vivacite naturelle, était comme la base d'où son imagination prenait l'essor. Du reste, une memoire, une expérience qui n'oubliaient rien, une activite qui aimait l'œuvre plus que le bruit, une sorte d'eloquence austère et sentencieuse, enfin un style vif, incisif, mais sans le moindre éclat de surface; voilà ce qui le caractérisait. Et, par une singularité qui n'était qu'à lui, il aimait les jeunes médecins, il leur disait : examinez, comparez avec soin, avec discernement, puis meditez et osez. Quant à son érudition, elle aurait pu le disputer à celle du célèbre Magliabecchi, que l'on appelait le *helluo*, le glouton. Mon vieil ami en était tellement rempli, saturé, qu'elle debordait à chaque instant : les citations jaillissaient dans sa conversation, comme les proverbes chez Sancho Pança, et l'on peut en juger par l'échantillon que j'en ai donne. Cependant le docteur Mathanasius n'avait ni le ton pédant, ni la redondance empesée d'un érudit de profession; il possédait la complète intelligence des doctrines.

Comme tous les hommes qui vivent isolément, ce médecin avait ses singularités, ses bizarreries; il se plaisait à soutenir des paradoxes tout à fait étranges. Il avait, en outre, deux défauts essentiels, surtout pour notre époque; il citait toujours, son érudition débordait à flots, puis son implacable mémoire lui faisait découvrir sans cesse les nouvelles inventions dans les anciens auteurs. D'ailleurs, rempli de la haute idée de sa profession, aucun savoir humain ne lui semblait approcher de notre science, ni l'égaler en bienfaits. Aussi, dans notre état social, régler la capacité par le cens paraissait à ses yeux odieux et absurde. Il ne pouvait souffrir qu'un industriel, un marchand, quelque *commis en chicorée*, selon son expression, pût se mettre au niveau d'un enfant d'Hippocrate. La médecine était chez lui un culte, une adoration, un sacrifice perpétuel. Selon lui, il fallait sans cesse l'honorer, la respecter, comme issue en ligne directe de la divinité, dont elle imite les œuvres. Il citait à cet égard l'ancien proverbe grec: Ην ελαχες Σπάρταν, κοσμει : « Honore sans cesse Sparte, où tu es né. »

Sous une foi aussi robuste, on pense bien que le vieux Mathanasius réfutait avec une sorte de violence et d'emportement tout ce qui paraissait rabaisser la médecine. Les détracteurs de cette science étaient à ses yeux ou des envieux ou des ignorans, ou bien, s'il n'y avait pas moyen de les attaquer de ce côté, il trouvait toujours ou croyait trouver le vrai motif de leur malveillance. Que voulez-vous attendre, disait-il, de Pline, ce grand collecteur de fables et de contes sur l'histoire naturelle? D'ailleurs, Pline était athée, il a nié la divinité : comment pouvait-il reconnaître la medecine? Pétrarque, ce poète dameret, qui relevait si bien sa robe blanche, filant un langoureux et platonique amour pour Laure de Noves, était-il capable de sonder et connaître une science comme la nôtre? Montaigne ne la comprend pas davantage; on n'avait pu lui donner une recette con-

qu'ils ne soient pas seulement tendus, mais maintenus dans une immobilité complète. La seule immobilité suffit dans certains cas, comme chez le vieillard, pour amener l'ossification des ligamens.

On voit, par ce qui précède, que les altérations des ligamens et des capsules articulaires, analogues à celles des muscles, offrent sous le point de vue de la réductibilité des luxations une importance du même genre.

1° Les ligamens comme les muscles, peuvent constituer, dans certains cas, par leur retrait primitif ou consécutif, des obstacles invincibles à la réduction. Comme eux, ils peuvent, après la réduction, et par suite de la brièveté relative toujours croissante qu'entraîne leur arrêt de développement, produire en partie ou en totalité, le déplacement des surfaces articulaires. Comme eux, par conséquent, ils doivent être soumis, dans ces cas, à la section sous-cutanée.

2° Les mêmes observations s'appliquent aux capsules articulaires. De plus, une des dispositions qu'elles présentent mérite d'être prise particulièrement en considération, sous le point de vue de la réductibilité; je veux parler de l'oblitération de leurs cavités par suite de leur retrait concentrique: quand cette oblitération est portée à un degré considérable, elle devient une condition absolue d'irréductibilité, en mettant un obstacle insurmontable au retour de la tête dans la cavité.

3° L'alongement des ligamens et des capsules, consécutif à leur distension, peut devenir un obstacle sérieux, non pas à la réduction elle-même, mais au maintien de cette réduction. Il doit donc être pris en grande considération dans le traitement consécutif des luxations congénitales.

Telles sont les principales altérations que présentent les parties molles voisines des luxations congénitales. Je viens de les décrire dans leur expression la plus générale; mais pour en avoir une idée exacte et complète, il faut connaître les modifications nombreuses qu'elles peuvent présenter 1° dans leur marche et leur développement; 2° dans leur degré, et même dans leur nature, suivant le plus ou moins d'ancienneté et le degré de la difformité.

En premier lieu, ce qu'il importe surtout de constater, c'est que la rétraction musculaire active étant une fois réalisée, toutes les altérations qui en découlent immédiatement ou médiatement ne naissent et ne se développent que d'une manière graduée, depuis zéro d'existence jusqu'à leur expression la plus accentuée. C'est l'ignorance de ce principe qui a fait émettre sur la question de la réductibilité des luxations congénitales des idées tout à fait erronées.

J'ai dit dans la première partie de ces conférences, qu'ordinairement les déplacemens articulaires ne sont pas immédiatement complets, mais que, renfermés d'abord dans le champ des sub-luxations, ils se complètent ensuite d'une manière progressive. Il résulte de là que les circonstances pathologiques qui précèdent, accompagnent, ou suivent ces déplacemens, c'est-à-dire le raccourcissement des muscles, soit actif, soit passif; leur état de tension ou de relâchement; les deux principales altérations de texture subordonnées à l'un ou à l'autre de ces états; que chacune de ces circonstances pathologiques considérée seulement dans ses rapports avec la cause spéciale dont elle dépend, est subordonnée dans sa marche à la somme et à la continuité d'action de cette cause. Ainsi, le muscle frappé d'arrêt de développement subit une traction, et partant une transformation fibreuse, graduellement croissantes, à mesure que se développent et s'alongent les parties du squelette auquel il s'insère. Ainsi les muscles sains compris dans l'angle formé par la déviation d'un membre subissent d'abord un retrait passif, puis un relâchement et une transformation graisseuse de plus en plus considérables à mesure qu'augmente la difformité et partant à mesure que les points d'insertion des muscles se rapprochent davantage.

Les mêmes remarques s'appliquent aux ligamens et aux capsules.

C'est ainsi qu'à l'origine des luxations coxo-fémorales, le ligament rond est d'abord faiblement allongé, puis s'allonge d'une manière considérable et proportionnelle à l'étendue du déplacement, puis s'use, se déchire, se rompt, et finit même par disparaître entièrement, le tout sous l'influence graduée et continue des causes qui réalisent et complètent la luxation et plus immédiatement sous l'influence des effets de cette dernière.

Parmi les articulations dont les capsules articulaires peuvent être atteintes, il en est une qui mérite d'être étudiée spécialement sous le point de vue de sa marche graduelle et du temps qu'elle met à se compléter, parce que cette étude lève une grande difficulté relative à la curabilité des luxations congénitales. Je veux parler de l'oblitération du tube membraneux formé par la capsule articulaire, et qui sépare, dans les luxations du fémur principalement, la tête déplacée de son ancienne cavité. On avait ouvert des sujets d'un âge avancé, affectés de luxations congénitales du fémur sur l'os iliaque, et trouvant la communication interrompue entre la tête fémorale et la cavité cotyloïde, par suite de l'oblitération de la cavité de la capsule, on avait généralisé ce fait pour tous les cas, et on en avait conclu que ces luxations sont irréductibles. Or, l'observation directe apprend que, dans les premiers temps de la vie, il n'existe aucun étranglement de la capsule articulaire; puis, quand il a commencé à se faire, il n'augmente que lentement; ce n'est guère que vers l'âge de douze à quatorze ans qu'il oppose un obstacle sérieux au passage de la tête fémorale; et enfin le défaut absolu de communication entre cette tête et la cavité ne devient complet que dans un âge très avancé.

En effet, nous avons rencontré sur le cadavre deux cas de luxation congénitale datant de vingt et vingt-cinq ans, dans lesquels la communication dont il s'agit existait encore; et M. Sédillot en a fait connaître un autre provenant d'un sujet âgé de plus de trente ans, chez lequel il a pu réduire la luxation.

On voit donc, que sous ce point de vue spécial, la réduction peut encore être tentée à une époque assez avancée de la vie.

En second lieu, l'intervention plus ou moins active ou plus ou moins prolongée des causes auxiliaires, entraîne, ai-je dit, des modifications dans le degré et même dans la nature des altérations que subissent les parties molles voisines des articulations luxées. En effet, d'une part, l'arrêt de développement des muscles rétractés, la contraction physiologique et l'action verticale de la pesanteur, en augmentant le déplacement des surfaces articulaires, augmentent en même temps le *degré* de traction et de transformation fibreuse des muscles dont ce déplacement éloigne les points d'insertion; le *degré* de relâchement et de transformation graisseuse des muscles dont les deux extrémités sont au contraire de plus en plus rapprochées. C'est ainsi que dans la sub-luxation en dehors du tibia sur le fémur, par suite de la rétraction énergique mais isolée du tenseur aponévrotique, le degré de tension du ligament latéral interne, et le degré de relâchement du biceps et du ligament latéral externe, ainsi qu

---

tre la gravelle, qu'il tenait de son grand-père, et il déclame contre la médecine; sa fameuse devise QUE SCAY-JE? était certainement plus applicable ici qu'ailleurs. Parce que le docteur Mauvillain faisait une cour assidue à la femme de Molière, Armande Béjart, ce grand homme s'est avisé mal à propos d'attaquer la médecine. Eh! plût à Dieu qu'il en eût suivi les préceptes, il ne serait pas mort dans toute la force de son génie. Nous devons à un catarrhe chronique de la vessie et à deux hernies inguinales, les invectives de Rousseau contre notre art, et cependant vous savez ce qu'en a dit Bernardin de Saint-Pierre, ce philosophe se proposait d'effacer, dans une nouvelle édition de ses œuvres, les sacrilèges paroles qu'il a prononcées contre la médecine. Quant à Voltaire, le plus sensé des hommes d'esprit, cet illustre écrivain a vécu toujours malade, toujours souffrant, et il n'a blâmé ni la médecine, ni les médecins; lui, cet éternel moqueur du genre humain, a constamment respecté notre profession. Quant au fretin des philosophes, des littérateurs, qui ont voulu baffouer la médecine, je laisse leurs noms et leurs sarcasmes dans le profond oubli auquel ils sont à jamais condamnés.

Cependant, lui dis-je, dans l'antiquité, les médecins n'ont pas toujours joui de la haute considération à laquelle ils ont droit. C'est une erreur complète, répliqua-t-il vertement, erreur fondée sur l'ignorance où l'on est de l'état de la civilisation chez les anciens. Dans la période hiératique, ne voit-on pas les Égyptiens choisir leurs rois parmi les prêtres et ceux-ci cultiver avec soin la médecine. On a dit que les Romains furent six cents ans sans médecins, que plus tard ils en furent exilés, enfin qu'ils ne jouirent jamais chez ce peuple d'une grande considération: assertions fausses et démenties par les témoins de l'époque. Les médecins furent esclaves ou affranchis, comme toutes les autres professions à Rome. Un patricien élevé en dignité avait parmi ses cliens, *turba clientum*, des médecins, des grammairiens, des artistes, des philosophes, etc.; c'était l'usage. Drelincourt l'a prouvé dans son petit et excellent ouvrage: APOLOGIA MEDICA, QUA REPELLITUR ILLA CALUMNIA, MEDICOS SEXCENTIS ANNIS ROMA EXULASSE; Leyde, 1673; ouvrage que vous trouverez dans la collection des œuvres de ce médecin, faites à La Haye, en 1727. Vous pourrez également consulter l'ouvrage suivant, de Goelicke: EPISTOLA IN QUA REFUTATUR PRÆJUDICIUM MEDICOS OMNES ROMANOS OLIM ABJECTÆ CONDITIONIS ET SERVOS FUISSE; Leipzig, 1705.

Comment les anciens auraient-ils pu mépriser la médecine, eux qui attribuaient une origine divine à cette science? Sans parler des livres saints, où il est dit: *A Deo enim est omnis medela... disciplina medici exaltabit caput ejus, et in conspectu magnatum collaudabitur... Altissimus creavit de terra medicinam... Cede locum medico, Dominus enim illum creavit.* (ECCLES., *cap.* 38.) Le mot *Raphaël* signifie le *médecin de Dieu*, ou le *remède de Dieu* (Dom Calmet, dictionn., au mot *Raphaël*). Une foule d'auteurs anciens répètent et vantent cette origine. Écoutez Cicéron: *Deorum immortalium inventioni consecrata est ars medica.* (TUSCUL., *lib.* III.) Dans un autre endroit, il prouve son utilité: *Quibus autem artibus aut prudentia major inest, aut non mediocris* UTILITAS *quæritur ut medicina*, etc (DE OFF., *lib.* I, *cap.* 42.)

Pline dit que Rome et plusieurs nations ont été longtemps sans médecins, *plurimas gentes sine medicis vixisse* (*lib.* XXXIX, *cap.* 1); mais il ne prouve point cette assertion. Il est d'ailleurs en contradiction avec Denis d'Halicarnasse (ANT. ROMANI *lib.* X), qui dit que, la peste s'étant déclarée à Rome, en l'an 301, presque tous les esclaves périrent, ainsi que la moitié des personnes libres, et que

les lésions de structure correspondantes, sont subordonnés au degré toujours croissant de déviation de la jambe, sous l'influence plus ou moins prolongée des trois causes auxiliaires. D'autre part, cette action ou plutôt l'action de deux d'entre elles, peut, à la longue, changer la tension d'un ou de plusieurs muscles en relâchement, et consécutivement sa transformation fibreuse en transformation fibro-graisseuse. Supposez, dans l'exemple précédent, tel degré déterminé de rétraction du *tenseur aponévrotique* et du ligament latéral externe, avec un degré proportionnel de déviation de la jambe en dehors; tant que le sujet grandit, tant que les os de la cuisse et de la jambe s'allongent, le muscle et le ligament rétractés qui, frappés d'arrêt de développement, ne peuvent les suivre dans cette élongation, subissent nécessairement un degré de traction qui s'ajoute à celui qui résultait déjà de leur raccourcissement primitif. Mais quand la croissance du sujet est achevée, les deux causes auxiliaires dont l'action persiste et dure toute la vie, à savoir : la contraction physiologique et l'action verticale de la pesanteur, en augmentant sans cesse la déviation de la jambe, peuvent rapprocher les points d'insertion du tenseur aponévrotique et du ligament à un degré tel, qu'ils cessent d'être tendus et par conséquent affranchis des conditions de la texture fibreuse, pour subir celles de la transformation graisseuse. Ne voit-on pas, dans cet exemple, les causes les plus opposées se succéder et entraîner successivement, dans les mêmes parties, les effets opposés qui leur sont propres?

C'est pour toutes ces raisons, relatives au degré et à l'ancienneté de la difformité, et à l'action plus ou moins active et plus ou moins prolongée des causes accessoires, que, dans les luxations congénitales observées chez le vieillard, on trouve en général la transformation graisseuse des muscles relâchés beaucoup plus prononcée que chez l'enfant ou chez l'adulte, et souvent même la transformation fibro-graisseuse ou tout à fait graisseuse des muscles dont la rétraction primitive avait produit le déplacement des surfaces,

§ II. — ALTÉRATIONS DES EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES.

Ces altérations ne sont pas moins utiles à connaître au point de vue de la réductibilité. Elles sont de deux sortes : les unes, *générales*, communes à toutes les articulations, résultant d'un changement de totalité survenu dans la forme, le volume, la structure des extrémités déplacées par suite de la cessation du contact et du maintien en rapport des surfaces; les autres, *locales*, consistant dans des altérations partielles produites par l'application prolongée d'une extrémité articulaire contre une surface osseuse inaccoutumée, et de la pression de l'une sur l'autre sous l'influence de la contraction musculaire et de l'action verticale de la pesanteur.

Je vais suivre cette distinction en l'appliquant successivement aux têtes articulaires et aux cavités.

1° ALTÉRATIONS DES TÊTES ARTICULAIRES.

A. *Altérations générales.* La tête articulaire, par cela seul qu'elle n'est plus embrassée par la cavité, ou mise en rapport avec la surface qui la recevait, se déforme et perd ses conditions de parfaite coaptation. On trouve un exemple remarquable de ce fait dans les luxations congénitales du fémur, ainsi que vous pouvez le voir dans les pièces placées sous vos yeux. Dans quelques cas, la surface de la tête fémorale est inégale, bosselée, et présente çà et là des parties boursoufflées. Dans un autre cas, dont voici la figure, cette même surface est traversée par des sillons qui la divisent en quelque sorte en plusieurs compartimens.

Ces formes anormales des extrémités articulaires peuvent varier à l'infini. Vous avez sous les yeux une pièce dans laquelle les deux têtes fémorales luxées offrent de grandes différences dans l'expression de leur déformation générale.

Continuons l'application de nos remarques aux luxations coxo-fémorales. Vous voyez qu'indépendamment de ce que la tête fémorale perd sa sphéricité, elle subit encore une réduction de volume. Cette réduction n'est pas le résultat d'une atrophie ou d'une destruction partielles; elle porte sur la totalité de l'extrémité articulaire et sur le col même, qui est généralement raccourci. Toute la tête se rabougrit par degrés, dans des proportions relatives, non pas au plus ou moins d'activité des causes secondaires, mais seulement au plus ou moins d'ancienneté de la difformité.

Enfin, de même que vous avez vu, dans le pied-bot équin porté à un degré considérable, la totalité ou la presque totalité de la poulie astragalienne privée de son cartilage, de même, dans la luxation congénitale, la tête déplacée n'étant plus lubréfiée par la synovie, ni soumise au contact de la surface articulaire correspondante, perd graduellement son fibro-cartilage. Il devient d'abord plus sec, plus grisâtre, puis diminue d'épaisseur, couche par couche, dans toute l'étendue de sa surface, et lorsque la capsule est perforée, cette altération s'observe principalement au niveau du contact de la tête avec l'os iliaque. Dans ce point, le cartilage finit souvent par disparaître tout à fait pour laisser à sa place une surface éburnée.

Ce n'est pas le lieu de faire remarquer les différences essentielles que présentent les altérations consécutives des luxations congénitales avec celles qui sont propres aux luxations coxalgiques. Ces dernières portent avec elles, et dans leur expression particulière, et dans leur entourage, une physionomie qui ressort entièrement de leur nature.

B. *Altérations locales.* Les têtes articulaires, incessamment pressées contre une surface osseuse, éprouvent, dans le point où porte la pression, un aplatissement plus ou moins considérable. Dans quelques cas, la tête étant appliquée contre le rebord de la cavité ou de la surface articulaire reçoit l'empreinte de ce rebord, et se déprime d'une manière circonscrite, et même quelquefois sous forme de rainure. Voici des exemples de ce mode d'altération fournis par des luxations du fémur sur le rebord supérieur de la cavité cotyloïde, et par une luxation incomplète de l'humérus sur le bord interne de la cavité glénoïde.

L'influence des pressions locales ne se borne pas aux surfaces articulaires. Elle retentit encore sur des parties plus éloignées des extrémités articulaires. Par exemple, la tête du fémur ne s'insère plus sur le col suivant l'obliquité normale; mais cette insertion tend, avec les progrès de l'âge, à devenir plus horizontale. Le col lui-même, raccourci, comme je l'ai dit tout à l'heure, participe à ce changement de direction, et s'insère plus perpendiculairement à l'axe du fémur. Voici une pièce provenant d'un sujet de 73 ans, sur laquelle cette disposition de la tête existe à un degré très prononcé.

---

les médecins ne suffisaient pas au grand nombre de malades; il y en avait donc à cette époque. Sous une forme ou sous une autre, les médecins ont toujours existé; ils sont, comme leur art, un besoin de l'humanité. Mais ils ont été plus ou moins célèbres. Hermès Trismegiste, dont les inventions bienfaisantes remontent à la plus haute antiquité, n'était sans doute qu'un prêtre-médecin; ce fut aussi le Mercure des Grecs et des Romains, qui avait trouvé le *molly*, cette herbe merveilleuse, qui guérissait une foule de maladies. *Hanc herbam dicimus Mercurium invenisse et Ulyssi dedisse, cum devenisset ad Circen, ut nulla maleficia ejus timeret.* (PLIN. HIST. NAT., *lib.* I, *cap.* 4.) Mais bien au-dessus de mercure, dans l'ordre des divinités mythologiques, Apollon, le dieu du jour, le père des muses, est aussi le père d'Esculape; eh bien! ce dieu de premier rang s'attribue l'invention de la médecine:

Inventum medicina meum est; opiferque per orbem
Dicor; et herbarum subjecta potentia nobis.

(Ovide, MÉTAMORPH., *lib.* I, v. 521.)

Quintilien dit positivement, en parlant des hommes et de la médecine: *Credebant eam vix humanis potuisse ingeniis inveniri* (DÉCLAM. CCLXVIII).

Les anciens faisaient grand cas de la santé, puis de la force du corps; comment auraient-ils négligé les moyens de conserver et de rétablir l'une et l'autre? Vous rappelez-vous ce vers fameux de Juvénal, qui contient, en forme de vœu, les deux plus grands biens de la vie:

Orandum est, ut sit mens sana in corpore sano.

(SAT. X.)

Est-il rien de plus positif, comme de plus énergiquement exprimé? Vous pourrez encore, si vous le voulez, consulter Lucrèce (*lib.* II, v. 34), Horace (*lib.* II, EPIST. II, v. 47), Properce (*lib.* II, ELEG. I, v. 58), etc. Sénèque, ce stoïcien qui faisait profession de mépriser les richesses, mais recherchait la santé, avertit son lecteur: *Emis a medico rem inestimabilem vitam ac valetudinem bonam*, etc. (DE BENEF., *lib.* VI, *cap.* 15). Quintilien va encore plus loin; selon lui: *Fato vivimus, languemus, convalescimus, morimur*; puis il ajoute: *Non medicina sanat, sed quidquid videtur sanasse, medicina est* (DÉCLAMAT. VIII, *cap.* 9).

Quant aux honneurs qui furent rendus à la médecine et aux médecins dans l'antiquité, ce qui prouve le cas qu'on en faisait, les preuves abondent tellement que ce serait abuser de votre patience de rapporter même les plus connues. Je n'ignore pas qu'il n'en fut point ainsi dans les commencemens de Rome; mais la médecine partagea en cela le sort des autres sciences et des arts, encore ne sais-je; plus tard, il en fut autrement. Les honoraires des médecins étaient fixés par les lois romaines, et, dans la suite, par les codes des empereurs, ce qui n'empêcha pas les médecins de recevoir des sommes énormes de leurs cliens, ou des héritages considérables. Les grands, les princes, les rois, les empereurs les comblaient de presens et de richesses; il en fut de même des honneurs. Pline n'aimait pas les médecins, cependant il raconte d'Hippocrate: *Qui venientem ab Illyriis, pestilentiam prædixit, et discipulos ad auxiliandum circa urbes dimisit: quod ob meritum, honores illi, quos Herculi, decrevit Græcia* (HIST. NAT., *lib.* VII, *cap.* 37). On voit par là que la nation grecque rendit à un grand médecin les mêmes honneurs qu'à un dieu. Beaucoup de médecins reçurent à

2° ALTÉRATIONS DES CAVITÉS ET DES SURFACES ARTICULAIRES.

A. *Altérations générales.* Les cavités et les surfaces articulaires subissent des altérations analogues à celles des têtes correspondantes, se rétrécissent et tendent à se combler.

La déformation des cavités et surfaces articulaires est d'autant plus appréciable qu'on l'observe dans des cavités plus marquées et plus profondes. On peut surtout la constater et en suivre le développement dans les cavités cotyloïdes.

Le mode de rétrécissement de ces cavités, et la forme qu'elles prennent en se rétrécissant, rappellent, jusqu'à un certain point, la forme qu'elles affectent dans les premiers temps de l'évolution intra-utérine. On sait, en effet, que la cavité cotyloïde résultant, chez le fœtus, du rapprochement de trois pièces osseuses distinctes, est d'abord triangulaire et superficielle. Eh bien ! dans la vie extra-utérine, cette cavité, privée de sa tête par suite d'une luxation congénitale, tend à reprendre graduellement sa forme triangulaire, à mesure qu'elle se rétrécit.

Cette simultanéité d'altérations générales des têtes et des cavités articulaires, marchant pour ainsi dire de front dans les unes et dans les autres, sous la seule influence d'une cessation de rapport entre elles, est un fait des plus remarquables. Cette simultanéité est telle, que la déformation et la réduction de volume des têtes, et la déformation et le rétrécissement des cavités, se font presque dans les mêmes proportions. Cette remarque n'est pas un simple aperçu, mais un fait bien établi, résultant de la comparaison de 40 cas environ de luxations congénitales du fémur, dans lesquelles j'ai mesuré, avec toute la rigueur possible, les dimensions respectives de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde. Le défaut de rapport des surfaces est si bien la condition essentielle des altérations dont il s'agit, que la tête luxée ne se déforme pas et conserve son volume normal, dès qu'une cavité artificielle se forme pour la recevoir ; quelquefois même la tête augmente de volume. Voici une pièce qui vous offre une double luxation congénitale du fémur ; vous voyez que, d'un côté où il n'existe pas de cavité articulaire nouvelle, la tête est déformée et d'un très petit volume ; tandis que, du côté opposé, où une cavité nouvelle s'est creusée, la tête a conservé sa forme et a évidemment augmenté de volume.

Les cavités et surfaces articulaires tendent à se combler, en raison de leur degré de profondeur et de l'ancienneté de la difformité. Cette oblitération naît de deux sources distinctes ; d'une part, du soulèvement du fond de la cavité qui semble végéter et se boursouffler par suite du défaut de pression de l'extrémité articulaire absente ; d'autre part, de la production d'un tissu cellulo-graisseux qui semble être l'hypertrophie et la dégénérescence du tissu normal qui occupe le fond ou les interstices de toutes les cavités articulaires.

B. *Altérations locales.* Les altérations locales des cavités sont moins fréquentes et moins prononcées que celles des têtes articulaires. Elles n'existent que dans les cas de sub-luxations, c'est-à-dire lorsque l'extrémité luxée repose sur un point de la circonférence de la cavité ou surface articulaire, et exerce sur ce point une pression continue. Les altérations de ce genre que j'ai rencontrées jusqu'ici se rapportent à deux modes particuliers. Ou bien le rebord de la cavité ou de la surface articulaire est affaissé et forme un plan continu entre cette cavité ou cette surface et la partie de l'os qui lui fait suite et sur laquelle repose l'extrémité luxée, ou bien la cavité s'élargit dans le sens de la pression, en cédant à l'effort continu de la tête articulaire appliquée contre une de ses parois.

Si maintenant nous résumons toutes les conséquences que peuvent entraîner, sous le point de vue de la réductibilité, les diverses altérations que nous venons d'indiquer, nous verrons que ces conséquences varient suivant le degré ou le nombre des altérations.

1° Quand, par suite de l'absence d'une cavité articulaire nouvelle, la tête luxée se déforme et diminue de volume, en même temps que la cavité correspondante se rétrécit et tend à se combler, le rapport presque exact de degré que conservent entre elles, pendant toute la durée de leur développement, les altérations des surfaces articulaires correspondantes rend généralement possible le rétablissement de leurs rapports. En ce sens, ces altérations, considérées isolément, ne s'opposent donc pas à la réduction. Mais elles exercent sur la permanence de la réduction, ou sur son degré de consolidation, une influence relative à leur degré de développement. Quand ce degré est très considérable, les extrémités articulaires réduites peuvent se déplacer de nouveau, et la luxation se reproduire sous l'influence de la contraction physiologique et de l'action verticale de la pesanteur. A un degré moins prononcé, ces altérations entraînent encore, après la réduction, un défaut d'assurance et de régularité dans les mouvemens de l'articulation. Cependant, ces obstacles au maintien de la réduction ne doivent pas se mesurer seulement sur les conditions anatomiques que présentent les extrémités déplacées au moment même où cette réduction est opérée ; car le seul fait de la mise en rapport de ces extrémités entraîne, dans leur nutrition, des modifications inverses de celles qu'avait entraînées leur défaut de rapport, et tend à rendre peu à peu, aux têtes et aux cavités ou surfaces articulaires, leurs formes et leurs dimensions primitives et corrélatives. Ce retour des extrémités articulaires aux conditions normales est plus ou moins complet, suivant que leurs altérations étaient plus ou moins considérables. On peut difficilement prévoir l'époque à laquelle ces altérations ont acquis un degré de développement capable de s'opposer entièrement au maintien de la réduction ; mais, en général, on peut dire qu'à cette époque elles perdent de leur importance, parce qu'il existe ordinairement alors d'autres obstacles, soit au maintien de la réduction, soit à la réduction elle-même.

La conséquence définitive de ces considérations, c'est la nécessité d'un traitement consécutif destiné à rétablir, maintenir et consolider la coaptation des parties réduites.

2° Quand, par suite de la formation d'une cavité articulaire nouvelle, la tête luxée n'a rien perdu de sa forme et de son volume, et à plus forte raison quand elle a acquis des dimensions supérieures aux dimensions normales, en même temps que la cavité correspondante s'est déformée et rétrécie ; le défaut de rapport qui en résulte entre la forme et les dimensions des deux surfaces articulaires devient une condition absolue d'irréductibilité. Nous verrons, du reste, tout à l'heure, que cet obstacle n'est pas le seul qui naisse de l'existence de cavités articulaires de nouvelle formation.

3° Quant aux altérations locales des extrémités articulaires, elles ne peuvent pas non plus s'opposer à la mise en contact des surfaces correspondantes. Mais, d'une part, les dépressions partielles qu'elles ont subies peuvent diminuer plus ou moins les conditions et la solidité de la coapta-

---

Rome l'anneau de chevalier et les insignes de sénateur, sans compter les immunités, les priviléges, les récompenses qu'ils obtinrent à différentes époques, et que vous trouverez chez plusieurs auteurs, notamment dans Dion Cassins (*lib.* LVIII, p. 517), dans le code Justinien (tit. XXV), dans le code Théodosien (*lib.* III, DE MED. ET PROFESSORIBUS, etc.). Suétone rapporte que le peuple éleva, à frais communs, *ære collato* (sans doute par souscription), une statue près de celle d'Esculape, à son médecin (d'Auguste) Antonius Musa, qui l'avait guéri d'une maladie dangereuse (Suét., IN AUG., LIX). Je sais très bien qu'on lit ces paroles dans le même auteur : « J'envoie un médecin à moi, écrit Auguste à Agrippine, *præterea cum eo ex servis meis medicum* (n. VIII). Mais qui ne voit que les empereurs, comme les grands seigneurs de notre temps, avaient des médecins attachés à leurs maisons ? Une chose certaine, c'est que, sous les empereurs, les médecins parvenaient aux plus hautes dignités civiles, témoin ce que dit le poète Ausone, de son père, médecin à Bordeaux. En général, les poètes anciens, pour le dire en passant, ont célébré les médecins. Lisez le charmant épisode du médecin Japis, dans Virgile (liv. XII), quant à moi, j'adopte l'opinion de l'évêque Atterbury, qui croit que, sous le nom de Japis, Virgile a voulu vanter Musa, le médecin d'Auguste, de Mécène, et peut-être le sien.

Remarquez encore que, chez les anciens, beaucoup de grands hommes étaient liés avec des médecins. Cicéron (DE ORATORE, *lib.* I, *cap.* XIV) fut lié avec ce célèbre Asclepiade, qui persuada aux Romains qu'il avait ressuscité un mort, le même qui fut l'inventeur des fameuses litières mobiles, *lecti pensiles*. Plus tard, les médecins acquirent une grande importance dans la maison des empereurs. Tacite nous apprend que l'affreux Tibère, dissimulant jusqu'au dernier moment de sa vie, feignait toujours d'être en parfaite santé ; mais son médecin, Chariclès, lui ayant tâté adroitement le pouls, ne s'y trompa point : *Per speciem officii manum complexus, pulsum venarum attigit, neque fefellit* (ANN., *lib.* VI, 50). Les paroles et les ordres des médecins étaient singulièrement respectés ; ce sont, dit Pline, malgré sa malveillance, *imperatores vitæ ac necis* (*lib.* XXIX, *cap.* 1). Dans un autre endroit, le même Pline déclare *eos imperatoribus imperare* (*lib.* XXIV). Son neveu, Pline le jeune, va beaucoup plus loin ; il écrit à un de ses amis : *Si tamen superaverit morbus, denuntio, ne quid mihi detis*, NISI PERMITTENTIBUS MEDICIS, *sciatis si dederitis, ita vindicaturum, ut solent alii, quæ negantur* (EPISTOL., *lib.* VII, 1). « Si la force du mal augmente, j'avertis par avance qu'on ne me donne rien que par la permission des médecins, et je veux bien qu'on sache que j'aurai contre ceux qui, dans cette occasion, m'obéiraient, le même ressentiment que font paraître les autres malades contre ceux qui les refusent. » Ainsi, voilà un personnage illustre, un homme instruit, judicieux, un ami de Trajan, le neveu d'un homme toujours hostile à notre profession, qui porte au plus haut degré la déférence pour les médecins. Galien (METH. MED., *lib.* I, *cap.* 1) entre à ce sujet dans quelques détails intéressans. Enfin, on peut citer les célèbres paroles des empereurs à l'archiâtre du palais, et rapportées par Cassiodore : *Fas est tibi nos fatigare jejuniis ; fas et contra nostrum sentire desiderium, et in locum beneficii dictare, quod nos ad gaudia salutis excruciet*, etc. (*lib.* VI, *Var.*, ep. XIX). Je m'arrête, mon ami, je multiplierais sans fin ces preuves ; mais je ne veux pas imiter Lope de Vega, qui ne finissait ses vers que par égard pour son lecteur. Malgré le peu d'étendue de ces témoignages, ils doivent suffire néanmoins pour démontrer que

tion; d'autre part, les changemens de direction et de dimension de ces extrémités entraînent, dans la longueur des membres, des changemens correspondans qui empêchent, même après la réduction, le rétablissement complet et régulier des mouvemens; c'est ainsi que l'horizontalité du col du fémur dans les luxations coxo-fémorales entraîne dans le membre abdominal un léger raccourcissement, qui entretient après la réduction, dans les cas où la luxation n'existe que d'un seul côté, une légère claudication du côté correspondant.

4° Les déformations articulaires et le relâchement des capsules après la réduction réalisent, par leur combinaison, un nouvel ordre de conditions qui tendent à reproduire incessamment la luxation. En effet, on sait et nous avons concouru à démontrer que les extrémités articulaires sont maintenues solidement en contact, surtout par la pression atmosphérique. Or, cette pression réclame pour condition expresse 1° que les surfaces articulaires se correspondent exactement par tous leurs points; 2° que les capsules articulaires les circonscrivent de manière à former entre ces diverses parties une coaptation hermétique. Ces deux conditions n'existant pas dans les cas de déformation considérable des surfaces articulaires luxées et de relâchement des capsules, il en résulte une tendance permanente au retour de la luxation, sous l'influence des moindres mouvemens de l'articulation.

Toutes les altérations des extrémités articulaires sont, comme celles des parties molles, subordonnées au degré et à l'ancienneté de la luxation. Au moment où se fait le déplacement des surfaces, aucune d'elles n'existe encore. Ce n'est qu'à partir de ce moment que les têtes articulaires commencent à se déformer et à diminuer de volume, les cavités à s'oblitérer et à se rétrécir, mais graduellement, lentement, de telle sorte que tous ces changemens ne deviennent véritablement appréciables qu'à une époque déjà avancée de la difformité.

Cette dernière observation conduit à deux conséquences importantes.

La première, c'est que, si les luxations congénitales peuvent, à une époque donnée, devenir irréductibles par suite des altérations qu'ont subies les extrémités articulaires, il n'en est pas de même au début et pendant tout le temps qu'il faut à ces altérations pour acquérir un certain degré. On a vu réduire et j'ai réduit moi-même des luxations congénitales du fémur, jusqu'à l'âge de 10 ans, et M. Gaillard a communiqué à l'Académie de médecine un cas de luxation congénitale scapulo-humérale, réduite et maintenue réduite chez une jeune fille de 16 ans.

La seconde conséquence, c'est que tous les faits relatifs aux changemens qu'éprouvent les extrémités articulaires, dans les luxations congénitales, échappent aux anciennes théories. La plupart des auteurs avaient cru voir dans ces changemens des signes d'un arrêt et même d'une absence complète de développement, et avaient pensé que c'était là la cause de la difformité. Mais en observant les faits dans leur ensemble, en les suivant dans toutes les phases de leur évolution, on reconnaît facilement combien ils sont contraires à cette théorie. Ainsi, nous venons de voir que, dans la luxation coxo-fémorale ancienne, la tête du fémur est déformée et réduite de volume, que la cavité cotyloïde est triangulaire et plus ou moins oblitérée. Ces dispositions anatomiques, considérées isolément et dans un seul ordre de faits appartenant tous à une même époque de la difformité, paraîtraient s'accorder, jusqu'à un certain point, avec la théorie de l'arrêt de développement; mais nous avons vu aussi qu'au début de la difformité, la tête et la cavité sont parfaitement intactes, et que les altérations dont elles deviennent le siége ne se développent que lentement et par degrés. Donc ces altérations, loin d'être le point de départ de la difformité, n'en sont même pas le produit direct et immédiat, et dépendent seulement des conditions anormales consécutives, réalisées par l'ancienneté de la difformité.

§ III. — ALTÉRATIONS DES DIVERSES PARTIES DU SQUELETTE, ENTOURANT LES LUXATIONS CONGÉNITALES.

Nous allons considérer ces altérations dans le siége même occupé par la tête luxée, principalement dans les cavités articulaires de nouvelle formation aux diverses phases de leur développement; nous les étudierons ensuite dans les parties du squelette avoisinant la luxation.

1° DES CAVITÉS ARTICULAIRES DE NOUVELLE FORMATION.

Etablissons d'abord un fait révélé par l'observation directe. C'est que parmi les sujets affectés de luxations congénitales, il en est qui présentent des cavités articulaires de nouvelle formation, d'autres qui n'en présentent pas, même à un âge très avancé, à 60 ou 70 ans, par exemple. Il existe donc des conditions positives qui empêchent ou provoquent le développement de ces cavités.

Or, il résulte de l'examen que j'ai fait d'un grand nombre de pièces anatomiques, que les conditions qui empêchent la formation de cavités artificielles, sont l'intégrité de la capsule et le défaut de contact immédiat entre la tête et la surface de l'os sur lequel elle appuie, et que celles qui déterminent au contraire la formation de ces cavités sont le déchirement ou l'usure de la capsule et la mise en contact de la tête avec une surface osseuse. Parmi les pièces que je vous présente, et dont la plupart appartiennent aux luxations congénitales du fémur, vous en voyez qui portent des cavités artificielles parfaitement formées et presque aussi profondes que des cavités normales; d'autres qui n'en offrent pas même les traces, quoique appartenant à des sujets du même âge que les premiers; or, chez tous, vous remarquez un rapport constant entre la présence ou l'absence des cavités nouvelles et l'intégrité ou la perforation de la capsule articulaire. Ce rapport est l'expression d'une loi si positive, qu'on peut suivre, sur les pièces, les différens degrés et la date plus ou moins ancienne de la destruction de la capsule, depuis le simple hourgeonnement de la surface de l'os iliaque correspondant à l'usure partielle et circonscrite de la membrane capsulaire, jusqu'à la formation complète d'une cavité capable de loger la tête du fémur correspondant à la destruction et à la disparition d'une large portion de cette membrane.

L'examen des luxations traumatiques, confirme l'exactitude de la loi que j'ai établie (1). Dans ces luxations, en effet, où la violence immédiate imprimée à l'articulation déchire et perfore toujours la capsule, dans une certaine étendue, on voit commencer, après quelques mois, un travail de formation des cavités artificielles, lesquelles atteignent toujours, au bout d'un an environ, un degré de développement bien prononcé.

Voici plusieurs pièces provenant de luxations traumatiques qui ne dataient pas de deux ans; chez toutes cependant, existent des cavités nou-

(1) Voyez le rapport de l'Académie des sciences, page 10.

notre profession était singulièrement en honneur chez les anciens. Zalencus établit même cette loi parmi les Locriens, que si un malade buvait du vin pur sans un ordre exprès de son médecin, recouvrât-il la santé par ce moyen, *etiamsi ad pristinam valetudinem rediisset*, il n'en serait pas moins condamné à mort. Tous les peuples n'en étaient pas là, mais tous honoraient la médecine. Or, peut-on honorer ce qu'on méprise? et, selon la remarque de saint Augustin: *Quis sacrificandum censuit, nisi ei quem deum aut scivit, aut putavit, aut finxit* (DE CIVITATE DEI, *lib.* X, *cap.* 4); c'est-à-dire: « Nul n'a jamais sacrifié qu'à celui qu'il a su, ou qu'il a cru, ou qu'il a voulu faire passer pour un dieu. »

Plut au ciel qu'à notre époque, où, dit on, les sciences jouissent des plus hautes prérogatives, la nôtre fût estimée en raison de sa valeur et de ses bienfaits. Dans notre état social, tous veulent s'avancer et s'élever, chacun crie, que le marche-pied s'abaisse, car nous voulons monter aussi; mais notre profession reste en arrière. Les médecins font partie du peuple qui pense. qui travaille et qui produit; eh bien! que l'un d'eux aille, comme médecin, frapper à la porte du *forum* électoral, et vous verrez la réponse qui lui sera faite. D'ailleurs, où est la vie collective de la profession? En existe-t-il une? Et sans cette vie, une profession peut-elle avoir du poids, de la considération, de l'influence? Il est heureux que la médecine ait une force radicale preexistante à toute institution sociale; sans cette force, il n'y aurait plus aujourd'hui qu'à jeter le suaire sur cette profession cadavre... Mais oublions ces douloureuses pensées, vous savez combien elles m'agitent et m'attristent. Adieu, mon ami, une autre fois nous reprendrons nos conversations scientifiques.

R. P.

(*La suite incessamment.*)

velles plus ou moins complètes. En voici une entre autres qui provient d'un aliéné atteint d'une luxation traumatique de l'humérus et chez lequel, sous l'influence de mouvemens continus de l'articulation luxée, une cavité articulaire nouvelle s'est formée en quelques mois.

Dans les luxations congénitales, l'époque à laquelle ces cavités commencent à se former varie en raison du plus ou moins de rapidité avec laquelle s'use et se déchire la capsule articulaire. On peut dire en général que cette époque correspond à l'âge de 12 à 14 ans; au moins est-il rare d'observer avant cet âge une cavité nouvelle un peu prononcée. Mais cette règle n'a rien de fixe ni de précis; car, d'une part, il est impossible de saisir le moment où la cavité commence son travail de formation, et d'autre part, la membrane capsulaire peut résister plus ou moins longtemps aux causes de destruction, ou même conserve pendant toute la vie son intégrité. Voici le bassin d'une femme de 75 ans qui portait une double luxation congénitale des fémurs. D'un côté, la capsule articulaire est largement perforée et la tête est parfaitement embrassée par une cavité articulaire de nouvelle formation, tandis que du côté opposé, où la capsule est intacte, il n'y a pas de trace de cavité, mais seulement une dépression du point de l'os iliaque contre lequel appuyait la tête du fémur.

L'existence ou l'absence de cavités articulaires nouvelles réalisent deux conditions opposées de réductibilité des luxations congénitales. En quoi consistent, au point de vue anatomique et mécanique, ces conditions?

C'est encore un fait expérimental, qu'une fois la capsule articulaire perforée et la tête luxée mise en contact immédiat avec la surface osseuse qui la supporte, et à mesure que se creuse la cavité artificielle, les bords de la déchirure contractent peu à peu des adhésions avec les bords de cette cavité, de la même manière que dans l'état physiologique, la capsule adhère au sourcil des cavités normales. La tête luxée se trouve donc à la longue solidement maintenue dans des rapports anormaux. Dans ces pièces que je vous présente, et qui sont relatives à des luxations coxo-fémorales, vous voyez des exemples de cette disposition; vous pouvez constater la perforation de la capsule articulaire, et l'adhérence intime des bords de la déchirure avec le bord saillant de la cavité creusée sur la face externe de l'os iliaque.

Or, la conséquence immédiate de ce fait, est l'existence d'un obstacle permanent et insurmontable à la descente de la tête luxée. Pour opérer ce résultat, il faudrait précisément produire, dans cette articulation artificielle, ce que la luxation traumatique produit dans les articulations normales, c'est-à-dire le déchirement violent de la capsule ou l'arrachement des brides fibreuses qui la fixent au pourtour de la cavité. Mais d'abord, une pareille manœuvre présenterait de grandes difficultés d'exécution, et pourrait entraîner de graves accidens. Ensuite, l'exécutât-on impunément, qu'elle n'offrirait pas encore des avantages certains; car la tête une fois descendue et replacée dans sa cavité normale, la capsule, en grande partie détruite par l'ancienne perforation et par les dilacérations récentes, ne pourrait plus l'y retenir; et il arriverait, ou bien que le peu de solidité de la coaptation des surfaces articulaires ne permettrait pas les mouvemens de l'articulation réduite, ou bien que la luxation se reproduirait dans des conditions plus défavorables qu'avant la réduction. Faisons toutefois une restriction en faveur des luxations des plus petites brisures du squelette, comme des orteils et des doigts, dans lesquelles ces conditions d'irréductibilité seraient peut-être moins absolues. Mais l'expérience ne nous a encore rien appris à cet égard.

Enfin, non seulement la capsule articulaire se soude par les bords de sa déchirure au pourtour de la cavité artificielle, mais elle peut encore contracter, dans une plus ou moins grande étendue de sa surface extérieure, des adhérences avec les parties molles qui la recouvrent immédiatement, les muscles par exemple. C'est ainsi que dans la luxation coxo-fémorale congénitale très ancienne, les fibres du petit fessier se confondent entièrement avec la capsule articulaire, et concourent pour leur part à la fixer au pourtour du cotyle de nouvelle formation.

Mais avant que la capsule articulaire soit entièrement perforée par la tête luxée, elle contracte avec les surfaces osseuses contre lesquelles elle est appliquée, des adhérences fibro-celluleuses qui constituent, en quelque façon, les préliminaires des conditions d'irréductibilité produites par l'existence d'une cavité nouvelle. En effet, ces adhéreuces, réalisées par des brides plus ou moins solides, s'opposent au déplacement de l'extrémité articulaire qu'elles fixent. Elles constituent donc des obstacles, dans quelques circonstances, insurmontables à la réduction, mais qui peuvent être vaincus au moyen des incisions sous-cutanées. Remarquons toutefois que ces brides, celluleuses dans les premières années, ne deviennent épaisses et résistantes qu'à un âge assez avancé.

2° ALTÉRATIONS DES PARTIES DU SQUELETTE AVOISINANT LA DIFFORMITÉ (1).

Les parties du squelette qui avoisinent la difformité subissent, dans leur ensemble et dans chacune des pièces qui les composent, des changemens de forme et de direction. Ces changemens sont communs à la plupart des luxations congénitales; mais c'est surtout dans les luxations coxo-fémorales en haut et en dehors qu'ils se manifestent à un degré prononcé.

Les premiers auteurs qui s'étaient occupés des luxations congénitales du fémur avaient méconnu cet ordre de lésions. Dupuytren, entre autres, croyait qu'elles n'exerçaient aucune influence sur la forme et la direction des os du bassin. C'est à M. Sédillot que l'on doit les premières recherches sur ce point : « ce chirurgien a parfaitement démontré et a démontré le premier d'une manière précise que, dans ces difformités, les différentes parties du bassin, aussi bien que les surfaces articulaires luxées, offrent constamment des altérations de forme, de dimension et de texture, qu'il a cherché à ramener à des types déterminés. » Toutefois, M. Sédillot n'a pas épuisé ce champ de recherches; de plus, il n'a fait presque toujours que constater empiriquement, et dans leur constitution matérielle, les altérations dont il s'agit, sans se préoccuper, ni de leurs relations d'ensemble, ni des causes mécaniques immédiates qui les produisent. Cependant, la science véritable ne se contente pas d'observations particulières, quelque exactes qu'elles soient; elle réclame surtout des faits généraux qui montrent la liaison des faits particuliers, leur mode de production, et la relation qu'ils ont avec le fait principal dont ils émanent. Or, tels ne sont pas absolument les caractères des recherches de M. Sédillot, ni de ceux qui l'ont suivi jusqu'à ce jour.

Nous allons vous faire connaître les résultats les plus généraux des recherches auxquelles nous nous sommes livrés, dans le but de combler cette lacune.

Pour avoir une idée exacte de l'ensemble des altérations (changemens de forme, de direction et de dimension) que présentent le bassin et les différentes parties qui le constituent, à la suite des luxations congénitales du fémur, il faut savoir les rapporter immédiatement aux causes les plus générales qui les dominent et aux effets les plus généraux de ces causes, dans lesquels se résolvent la plupart des altérations partielles précédemment in-

(1) A propos de cette partie de nos conférences, nous ne pouvons laisser sans réponse une espèce d'accusation de plagiat que M. Sédillot a cru devoir diriger l'autre jour à l'Ecole-de-Médecine, en argumentant la thèse de M. Sanson, contre tous ceux qui se sont occupés dans ces derniers temps de l'anatomie pathologique des luxations congénitales. M. Sédillot n'a pas formulé nettement son accusation : il s'est renfermé dans des assertions générales sans indications ni preuves, de manière qu'on ne sait pas clairement contre qui et sur quoi portent ses réclamations. Cependant, comme notre nom a été mêlé, nous ne savons trop pourquoi, à cette récrimination, il nous importe de bien établir, en ce qui nous concerne, que M. Sédillot n'a dû et n'a pu rien dire, ni sous-entendre, qui fût dans le cas de légitimer en quoi que ce soit ses insinuations.

M. Sédillot a dit que ses recherches sur l'anatomie pathologiques des luxations anciennes et congénitales, présentées à l'Académie des sciences en 1835, avaient été consultées par plusieurs personnes, entre autres par MM. Bouvier et Guérin, qui les avaient mises à profit pour leurs travaux couronnés par l'Académie, et que ce mémoire, égaré au sécrétariat de l'Institut, ou dans les mains de M. Breschet, n'avait été l'objet d'aucun rapport. Jusque-là, M. Sédillot serait resté dans le vrai; mais il a ajouté que les personnes qui avaient pu consulter son manuscrit n'avaient peut-être pas reconnu d'une manière assez explicite l'origine de plusieurs idées présentées par eux comme nouvelles. A cette insinuation, dont nous laissons la responsabilité à l'auteur, nous répondrons par les trois faits suivans :

1° Le mémoire de M. Sédillot se trouve imprimé en entier, depuis deux ans, dans un journal de médecine, l'EXPÉRIENCE, années 1838, tom. II, pag. 561, et 1839, tom. III, pag. 2 et 16; tout le monde peut donc être rassuré sur le sort de ce mémoire.

2° Nous n'avons rien publié jusqu'ici sur l'anatomie pathologique des luxations congénitales; l'article inséré dans le numéro de ce jour est notre première publication sur ce sujet. La réclamation de M. Sédillot serait donc au moins prématurée.

3° Dans notre revue des travaux de 1839 (GAZ MÉD., 1840, p. 3), nous écrivions les lignes qui suivent sur le mémoire de M. Sédillot : « Contrairement à ce que Dupuytren avait établi sur le défaut d'influence des luxations congénitales sur la conformation du bassin, M. Sédillot a parfaitement démontré et a démontré le premier d'une manière précise que, dans ces difformités, les différentes parties du bassin, aussi bien que les surfaces articulaires luxées, offrent constamment des altérations de texture, de forme et de dimension qu'il a cherché à ramener à des types déterminés. » — A cette époque, l'auteur eut la bonté de nous dire, en venant nous remercier : *qu'il n'aurait pas su caractériser ses recherches aussi bien que nous l'avions fait.* Pour prouver à M. Sédillot que notre opinion sur ses travaux n'a pas changé, nous l'avons reproduite textuellement dans le compte-rendu de notre conférence. Nous aurions été heureux que M. Sédillot eût conservé un souvenir aussi fidèle de notre justice, que nous avons été fidèle à en conserver l'expression.

diquées par les auteurs. Or, les causes immédiates et mécaniques des déformations consécutives du bassin ne sont et ne peuvent être que l'action mécanique des muscles rétractés, la contraction physiologique consécutive des muscles déplacés, combinées avec l'action verticale de la pesanteur. En mettant ces trois ordres de causes incessamment en présence des déformations multiples offertes par les différentes pièces du bassin, il est facile de rapporter ces altérations à certaines déformations générales, exprimant comme la résultante d'action de ces causes combinées. Or, ces déformations générales sont les suivantes :

1° Dans les cas de luxation d'un seul fémur en haut et en dehors, tout le demi-bassin correspondant a subi un tiraillement d'avant en arrière, de bas en haut et de dedans en dehors, en vertu duquel toutes les parties composantes de ce demi-bassin sont situées, par rapport aux parties correspondantes du côté opposé, dans des plans supérieurs et postérieurs.

2° Indépendamment de ce transport du demi bassin en haut, en arrière et en dehors, il offre encore un autre déplacement et déformation de totalité qui consistent dans un certain degré d'aplatissement suivant la direction du diamètre oblique ; d'où résulte un redressement de la portion de courbe du détroit supérieur, comprise entre le pubis et les dernières limites de l'éminence iléo-pectinée, et un refoulement avec redressement partiel en avant de la branche horizontale du pubis du côté sain; ce qui transporte le pubis en totalité au delà de la ligne médiane de ce côté.

3° Tout le demi-bassin correspondant à la luxation a subi un double mouvement, concentrique en haut et excentrique en bas, en vertu duquel l'aile de l'os iliaque est devenue plus verticale en se portant en dedans, tandis que l'ischion et sa branche ascendante tendent à être portés en avant, en haut et en dehors.

4° Les demi-détroits supérieur et inférieur du bassin, correspondans au côté luxé, offrent des changemens de forme et de dimension résultant des altérations générales qui précèdent; c'est-à-dire que le demi-détroit supérieur est déprimé dans le sens latéral, refoulé en haut et en arrière, tandis que le demi-détroit inférieur se trouve évasé, élargi dans le même sens, et attiré en dehors, en haut et en avant.

5° Le bassin est élevé en totalité du côté luxé.

Comme conséquences de ces dispositions générales, les différentes parties constituantes du bassin, examinées analytiquement de haut en bas, offrent à considérer les particularités suivantes : l'ilium du côté luxé est déprimé et recourbé latéralement contre la surface correspondante du sacrum, et refoulé en arrière avec cette même surface ; il tend à devenir vertical. L'épine iliaque antéro-supérieure est sensiblement reportée en dedans et en arrière ; la branche horizontale du pubis est beaucoup plus longue, plus mince, et dirigée plus obliquement en haut et en arrière que celle du côté opposé, dont l'extrémité pubienne est saillante en avant; elle présente à sa jonction avec l'épine iliaque antéro-inférieure, en arrière et en dehors de l'éminence iléo-pectinée, une forte dépression en forme de gouttière, correspondant au point où se réfléchissent les tendons réunis des psoas et iliaque. Le corps du pubis est aminci et plus court dans le sens vertical.

L'ischion est recourbé d'arrière en avant et de bas en haut, de manière à présenter sa tubérosité dans un plan beaucoup plus antérieur et externe que celle du côté opposé. Il résulte de cette double disposition du refoulement en arrière de la branche horizontale du pubis et de la projection en avant et en dehors de la tubérosité de l'ischion, que la circonférence ovalaire du trou sous pubien présente, suivant son plan, une courbure à concavité externe et antérieure. De plus, le trou sous-pubien est allongé transversalement et rétréci de haut en bas, de manière à présenter son plus grand diamètre presque dans le sens transversal. Enfin, la branche ischio-pubienne est amincie et allongée dans la proportion du déplacement des parties précédentes. Elle est en outre plus horizontale, et il en résulte un agrandissement de l'ouverture de l'arcade pubienne.

En outre de ces changemens de forme et de direction, toutes les parties constituantes du demi-bassin correspondant au côté luxé, sont frappées d'un arrêt de développement, en vertu duquel, toutes choses égales d'ailleurs, les ouvertures qu'elles concourent à former et les dimensions qu'elles présentent sont moindres que celles du côté opposé. Ainsi, les diamètres des demi-détroits et la hauteur du bassin, de ce côté, ont subi une réduction sensible.

Nous n'avons considéré jusqu'ici les déformations consécutives des différentes pièces du bassin que dans les cas de luxations fémoro-iliaques d'un seul côté. Lorsque la luxation est double, on rencontre, dans les deux moitiés du bassin, presque tous les changemens de forme, de direction et de dimension, bornés à un seul quand la luxation est simple. Dans ce cas, le bassin est symétriquement déformé; les deux ailes iliaques sont également refoulées en dedans, en haut et en arrière ; le détroit supérieur est rétréci transversalement et augmenté d'avant en arrière; le sacrum est resserré et légèrement courbé, suivant sa face transversale, comme il l'est dans une de ses moitiés seulement dans les cas de luxation simple. Le pubis est saillant, mais diminué de hauteur dans ses deux moitiés ; ses deux branches horizontales sont de longueur égale, mais souvent d'un tiers ou d'un quart plus longues qu'à l'état normal. Les trous ovalaires sont également rétrécis dans le sens vertical, et élargis dans le sens transversal. Les deux ischions sont saillans en dehors et en avant, d'où résulte une ampliation régulière du détroit inférieur. La gouttière, qui, dans les cas de luxations simples, existe d'un seul côté à la base de l'épine iliaque antéro-inférieure pour le glissement des tendons réfléchis des psoas et iliaque, se rencontre des deux côtés. Elle est d'autant plus marquée et plus profonde que la branche horizontale du pubis du même côté est plus longue, et celle-ci est d'autant plus longue que la tête luxée est portée plus loin en haut et en arrière de la cavité normale. En résumé, les mêmes déformations se répètent de chaque côté, et elles sont d'autant plus prononcées que le déplacement du fémur est plus considérable ; d'où l'on peut déjà conclure que les causes de ces déformations sont directement liées à la luxation ; que ces causes sont les mêmes de chaque côté, et que leur degré d'action est subordonné à l'étendue, mais aussi à l'ancienneté de la difformité.

Or, quelles sont ces causes? Nous avons dit que ces causes consistent dans l'arrêt de développement consécutif des muscles rétractés, dans la contraction physiologique des muscles déplacés, et finalement dans l'action verticale de la pesanteur, et surtout dans l'association et la combinaison d'action de ces deux causes réunies. Il est impossible, en effet, de séparer l'une de l'autre ces trois ordres d'influences, qui agissent toujours simultanément; aussi est-ce moins dans la direction d'action isolée de chacune d'elles que dans leur résultante commune, qu'il faut chercher la raison des altérations générales de forme, de dimension et de direction des différentes parties du bassin. Toutefois faisons remarquer que, malgré la connexion d'action des trois causes indiquées, connexion qui est si bien représentée par les modifications de totalité auxquelles nous avons rapporté toutes les altérations particulières, faisons remarquer, dis-je, que, malgré cette connexion, il est possible de rapporter, jusqu'à un certain point, les effets particuliers de chaque cause à son mode et à son degré d'action propre. C'est ce qui ressortira de l'analyse à laquelle nous allons nous livrer.

Le premier fait qui résulte du transport en haut et en arrière de la tête du fémur, c'est le déplacement, le changement de direction et de rapports de tous les muscles pelvi-trochantériens, entraînés avec l'extrémité fémorale loin de leurs points d'insertion au bassin; ce sont les psoas et iliaque, le pectiné, le carré crural, les obturateurs et les jumeaux. A part l'action propre de chacun d'eux, on peut dire que tous concourent à un même résultat général, à savoir, le tiraillement et le soulèvement dans la direction de l'extrémité fémorale à laquelle ils s'insèrent, de toute la partie inférieure et antérieure du bassin; de là le soulèvement et la courbure, à concavité antérieure et externe, de l'ischion ; de là la diminution du diamètre transversal du trou sous-pubien; de là l'allongement et la direction plus horizontale de la branche ischio-pubienne, et la réduction du pubis en hauteur ; de là le soulèvement, le tiraillement en haut et en dehors de toute cette portion du bassin, et l'évasement consécutif de la portion correspondante du détroit inférieur et la réduction de la portion correspondante du détroit supérieur. J'ai dit qu'au milieu de cet ensemble d'altérations, on pouvait attribuer à chaque muscle la somme d'action qui lui appartient. Le carré crural et les jumeaux entraînent l'ischion en haut et en dehors ; l'obturateur interne repousse en avant et en dehors la même tubérosité, en marquant son passage sur la petite échancrure sciatique par une dépression plus profonde qu'à l'état normal, tandis que l'obturateur externe déprime la partie antérieure et externe du corps de l'ischion, sur laquelle il s'applique, et concourt, en la retenant en arrière, à la courbure qu'il présente par suite du soulèvement de la tubérosité par le carré crural et les jumeaux. Les psoas et iliaque, en se réfléchissant contre la base de l'épine iliaque antéro-inférieure, dépriment, creusent le point contre lequel ils pressent, et allongent d'autant l'espace compris entre ce point et le corps du pubis. Enfin, l'iliaque, par sa tension continue, combinée avec le relâchement du grand et du moyen fessiers, peut être considéré comme un des élémens du redressement de l'aile correspondante du bassin.

Mais vous allez voir que l'action de ces muscles, considérée isolément d'abord, eu égard à leur déplacement mécanique, est bien autrement énergique dans les effets mêmes qu'on peut leur attribuer séparément, quand elle est complétée par l'action verticale de la pesanteur et la contraction physiologique.

Et d'abord, la première somme de traction qu'exercent les muscles rétractés par l'extrémité fémorale luxée est subordonnée au premier de-

gré de ce déplacement, c'est-à-dire à celui qui résulte de la rétraction primitive et de l'arrêt de développement consécutif des muscles rétractés. Mais une fois la luxation produite, le poids du corps tend sans cesse à faire glisser le bassin de haut en bas sur la tête du fémur, et à refouler celle-ci de la même quantité en haut et en dehors. Ce résultat ne peut être produit qu'à la condition d'un tiraillement exercé sur les muscles carré crural, jumeaux, obturateurs interne et externe; car ce sont ces muscles avec le petit fessier qui retiennent le fémur; les efforts qu'ils font dans ce but retentissent donc sur leurs points d'insertion au bassin. Mais en même temps que ces muscles tirent sur l'ischion et les parties environnantes du bassin, ils retiennent la tête du fémur fortement appliquée contre la paroi externe de l'os iliaque; celle-ci, pressée, suivant la résultante de l'action oblique des muscles dont nous venons de parler et de l'action verticale de la pesanteur, cède dans la direction de cette résultante, c'est-à-dire se redresse, tend à devenir verticale et à se reporter en arrière. Dans les cas de luxation d'un seul côté, l'inclinaison latérale du bassin favorise encore ce résultat en présentant la face externe de l'os iliaque, suivant une direction plus oblique à la pression de la tête du fémur. C'est en grande partie de cette disposition que dépend la dépression de totalité du demi-bassin suivant son diamètre oblique. Enfin, dans les luxations d'un seul ou des deux côtés, l'action verticale de la pesanteur a surtout pour résultat général de reporter les parties latérales du bassin obliquement en haut et en arrière, suivant la direction oblique même que garde le sujet pendant la station.

Enfin, la contraction physiologique des muscles déplacés, en ajoutant incessamment ses tractions aux tractions dont ces muscles sont le siége, par suite de leur déplacement, concourt, pour une part proportionnelle, aux déformations qu'ils effectuent. Faisons remarquer néanmoins que la contraction physiologique des muscles différemment associés dans les mouvemens, pouvant porter ses efforts dans plusieurs directions par suite de ces associations différentes, exerce des effets corrélatifs à cette variation de directions; ce qui ne permet pas de regarder les effets de la contraction physiologique absolument comme une simple addition aux efforts de traction des muscles tendus par leur déplacement. Cela est si vrai que plusieurs muscles changés de direction et de rapports seulement, mais relâchés au repos de l'articulation, subissent pendant certains mouvemens physiologiques, des tractions qui retentissent d'autant sur leurs points d'insertion. Tels sont les adducteurs de la cuisse, pendant les mouvemens d'abduction et de flexion de la cuisse sur le bassin.

Quant à la cause de la réduction en tous sens, de l'arrêt de développement et de l'atrophie des parties du squelette qui sont le siége médiat ou immédiat de la difformité, on peut la trouver, ainsi que nous l'avons établi pour toutes les difformités, dans une diminution de l'innervation, et dans la réduction du calibre des vaisseaux, laquelle résulte de leur changement de direction, de leur gêne, et des autres obstacles apportés à la circulation, le tout se résolvant dans une nutrition moindre et incomplète.

Quoi qu'il en soit de toutes ces déformations consécutives et de leur mécanisme de production, elles exercent dans certaines limites une influence réelle sur la curabilité de ces luxations. C'est à ce titre et sous ce point de vue seulement que nous avons dû les rappeler, car nous n'avons pas la prétention de les avoir indiquées toutes, et d'en avoir fait une histoire générale et détaillée. L'influence de ces altérations au point de vue qui nous occupe peut être considérée de deux manières : comme réalisant des conditions qui altèrent celles de la fixité et de la solidité des articulations normales, et comme constituant par leur nombre une difformité consécutive, qui, en supposant la réduction possible et permanente, persistera nécessairement après cette réduction.

Sous le premier rapport, il n'est pas douteux que les déformations consécutives du bassin, par exemple, ont pour effet de changer jusqu'à un certain point les plans suivant lesquels les surfaces articulaires se rencontrent, et les directions suivant lesquelles les muscles meuvent ces surfaces. Or, la nature a si bien calculé le rapport des surfaces articulaires entre elles, de leur direction avec l'action des muscles et des efforts qu'ils doivent supporter, que la plus petite altération de ces rapports devient une condition qui diminue la solidité des articulations, et les prédispose à de nouveaux déplacemens. Cette remarque, dont personne ne contestera la justesse, soulève une foule de problèmes intéressans, mais dont le nombre, la variété et l'inextricable complication sont tels, que nous sommes obligés de nous en tenir à cette simple indication.

Sous le second rapport, il n'est pas moins certain que les déformations consécutives aux luxations constituent, après la réduction, un état anormal permanent, contre lequel la réduction ne peut rien directement. Telle est la déformation de la moitié du bassin, correspondant à la luxation d'un seul fémur, qui persiste après la réduction de la luxation, et peut constituer un élément de claudication, une étrangeté dans la marche, capable d'en imposer sur la réalité de la réduction. Il n'en est pas de même de l'élévation en totalité du bassin du côté luxé. Nous avons montré que cette élévation, qui existe constamment, est le résultat du transport en arrière, dans la fosse iliaque, de l'extrémité inférieure du psoas. La réduction, en rétablissant les rapports de situation et de longueur de ce muscle avec celui du côté opposé, a pour effet de rétablir l'horizontalité du bassin. Il faut donc distinguer entre les déformations consécutives celles qui persistent après le rétablissement des surfaces articulaires dans leurs rapports normaux, et celles qui cessent par le seul fait de ce rétablissement.

Telles sont les diverses conditions anatomiques qui peuvent, ou favoriser ou rendre difficile, ou empêcher la réduction des luxations congénitales. En résumé, la conséquence la plus générale qu'on peut tirer, sous ce point de vue, de l'examen détaillé que nous venons de faire de ces altérations, c'est que les luxations congénitales sont réductibles dans de certaines conditions, que leur degré de réductibilité diminue avec le degré et l'ancienneté de la difformité, qu'elles cessent d'être tout à fait réductibles lorsqu'elles sont très anciennes, et principalement lorsqu'elles sont accompagnées de cavités articulaires de nouvelle formation; que la permanence de la réduction est soumise, au degré près, aux mêmes conditions que la réductibilité elle-même.

CHAPITRE II.

INDICATION DES MOYENS PROPRES A PRÉPARER, EFFECTUER, CONSOLIDER ET SUPPLÉER LA RÉDUCTION DES LUXATIONS CONGÉNITALES.

Nous avons déjà fait ressortir des considérations auxquelles nous venons de nous livrer les principales indications du traitement des luxations congénitales; car la thérapeutique rationnelle que nous avons cherché à introduire dans le traitement des difformités n'est, à nos yeux, comme nous vous l'avons dit plusieurs fois, que l'étiologie retournée. Nous avons donc dû, en vous faisant l'histoire de la cause essentielle et des causes auxiliaires des luxations congénitales, faire pressentir parallèlement les moyens propres à neutraliser chacun de ces élémens étiologiques.

Ces moyens que nous allons maintenant vous indiquer d'une manière plus explicite doivent nécessairement varier dans leur application suivant le siége, le sens et le degré des déplacemens articulaires, c'est-à-dire, doivent être appropriés à l'articulation luxée, au mode de distribution et de combinaison et au degré de la rétraction musculaire primitive et consécutive, et aux modifications matérielles dépendant de cette cause et des causes auxiliaire. Leur description détaillée appartient donc à l'histoire particulière des différentes luxations. Or, comme je ne me suis proposé dans ces conférences qu'une histoire générale des luxations congénitales, je me contenterai de vous énumérer ici les moyens propres à remplir les principales indications thérapeutiques qui sont communes à toutes ces difformités.

Ces moyens comprennent :

1° *L'extension préparatoire* et continue des muscles, destinée à allonger, autant que possible, les muscles atteints de raccourcissement actif et passif, et à faire saillir les cordes musculaires, en portant à ses limites extrêmes l'élongation de leurs fibres, en même temps qu'elle tend à diminuer la difformité de toute la quantité résultant de l'action des causes consécutives et complémentaires, comme la pesanteur.

2° La *section sous-cutanée des muscles* que l'extension mécanique n'a pas suffisamment allongée.

3° L'*extension continue des ligamens* activement ou passivement raccourcis, et même, si l'extension ne suffit pas, leur section sous-cutanée.

4° Les *manœuvres*, destinées à *effectuer* la réduction.

5° Le *traitement consécutif*, destiné à *consolider* la réduction, et consistant d'abord dans l'application d'appareils propres à maintenir l'allongement des muscles dont on n'a pas fait la section, à tenir écartés les bouts des muscles et des ligamens divisés, et à maintenir en rapport les surfaces articulaires réduites; ensuite dans l'exécution graduée de mouvemens propres à compléter la coaptation de ces surfaces, et à rétablir peu à peu les mouvemens physiologiques de l'articulation.

Tels sont les divers moyens que la connaissance exacte de toutes les circonstances relatives à l'histoire des luxations congénitales conduit à employer, dans le but de préparer, d'effectuer et de consolider leur réduction. Cette réduction était le seul but que l'art s'était proposé jusqu'ici, et l'on abandonnait à elles-mêmes les luxations qu'on jugeait irréductibles. Mais j'ai pensé que, dans les cas où ce but n'est pas possible à atteindre, l'art pouvait encore créer des ressources d'un nouvel ordre, en suppléant, jusqu'à un certain point, les conditions normales des articulations, c'est-à-dire en fixant l'extrémité luxée sur le point le plus rappro-

ché possible de la cavité articulaire, et en provoquant dans ce point la formation d'une cavité nouvelle, capable de maintenir la tête déplacée et de lui permettre d'exécuter, dans un point circonscrit, un système de mouvemens analogues aux mouvemens physiologiques.

Les moyens dans cette vue auxquels j'ai recours reposent sur la connaissance des procédés qu'emploie la nature dans le même but et n'en sont qu'une imitation. J'ai montré que la condition essentielle de la formation des cavités artificielles est la perforation de la capsule articulaire et la mise en contact de l'extrémité luxée avec une surface osseuse, et que la condition du maintien de ces rapports anormaux est l'adhérence intime des bords de la déchirure avec le pourtour de la cavité nouvelle. Eh bien! il m'a paru que l'art pouvait réaliser en tous points les conditions qui président à la formation spontanée des articulations artificielles. A cet effet, je commence par pratiquer sous la peau, et dans le point correspondant à celui où il importe de fixer l'extrémité luxée, des scarifications de la capsule, jusqu'à l'os auquel elle adhère. Par ce moyen, l'extrémité luxée arrive facilement à se mettre en contact immédiat avec la surface osseuse sur laquelle elle repose, et il se fait sur ce point un commencement de travail d'organisation résultant de l'adhésion et de la fusion des points scarifiés et perforés de la capsule avec les points correspondans de cette surface. Ainsi se trouvent déjà réalisées les premières conditions nécessaires à la formation de l'articulation nouvelle. Ensuite, pour circonscrire et emprisonner l'extrémité luxée, dans ce lieu d'élection, je pratique tout à l'entour des scarifications profondes, qui ont pour effet d'exciter le même travail d'organisation et l'établissement d'adhérences fibro-celluleuses entre les bords incisés de la capsule et la surface osseuse contiguë.

Enfin, dès qu'on juge les adhérences fibro-celluleuses assez solides pour résister aux mouvemens de l'articulation nouvelle, on provoque peu à peu le développement de la cavité destinée à embrasser l'extrémité luxée par les moyens qu'emploie elle-même la nature dans des circonstances analogues, c'est-à-dire par des mouvemens circonscrits et fréquens de cette articulation.

Je ne m'étendrai pas ici sur toutes les circonstances anatomiques et physiologiques propres à l'accomplissement de ce nouveau résultat thérapeutique. Je me propose de présenter tous ces détails dans un travail spécial sur ce point, et je me borne à dire que déjà l'expérience a réalisé en grande partie, dans deux cas de luxation du fémur, et dans un cas de luxation de la clavicule, toutes les prévisions de la théorie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR LE MÉCANISME DE L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE; par M. le docteur ROSER (1).

Le caractère essentiel de la chirurgie de nos jours est de soumettre à l'épreuve les théories traditionnelles et les hypothèses professées depuis longtemps comme certaines, en leur appliquant l'anatomie physiologique et pathologique. Au lieu des anciennes règles, plus ou moins empiriques, on cherche à établir des lois physiologiques. Entièrement voué à ce grand principe, auquel tant de progrès de la science sont dus, nous avons tâché de réfuter plusieurs erreurs contenues dans la théorie de l'étranglement herniaire, qui était généralement admise jusqu'ici. On s'étonnera de voir combien les anciennes théories étaient contraires aux lois de la physique et comment leur fausseté peut être démontrée par les plus simples expériences.

En faisant des expériences sur un animal vivant, on a la plus grande facilité de se convaincre des quatre faits suivans :

1° Que l'intestin ne sort pas à travers une ouverture d'un calibre inférieur au sien; si l'ouverture est moindre, on y voit l'intestin distendu, sans qu'il puisse sortir.

2° Qu'une anse intestinale, sortie par une ouverture assez grande pour lui donner issue, éprouve souvent un obstacle à sa circulation et un engorgement de sang.

3° Que la compression exercée sur les parties herniées peut facilement les vider, mais qu'elle n'est pas fort efficace pour les faire rentrer.

4° Que le mésentère, par sa tension élastique, tend à réduire l'intestin qui est sorti.

Nous allons nous expliquer sur ces quatre points, qui serviront à éclairer la théorie de l'étranglement herniaire.

PREMIER POINT. — Pour imiter l'étranglement herniaire sur un cadavre, il ne faut pas tirer l'intestin de dedans en dehors, ou le pousser avec le bout du doigt, ou même faire une ligature, etc.; on n'a qu'à comprimer une portion d'intestin contre un trou, de manière à chasser une anse à travers ce dernier. Qu'on ne s'étonne pas à cette expérience de voir que le trou doit être assez grand pour donner issue à une anse intestinale. Jamais en pressant un intestin, du diamètre de 27 millimètres, contre un trou de 11 millimètres, on ne réussira à faire sortir une des anses situées au devant du trou; ainsi une ouverture trop étroite ne permet pas la sortie de l'intestin; c'est pourquoi l'étroitesse du trou en elle-même ne saurait être considérée comme cause de l'étranglement. M. Malgaigne a dit : « L'étranglement est dû à deux causes, ou bien à l'étroitesse de l'ouverture, à travers laquelle l'intestin a été chassé par un effort extraordinaire, ou à la réaction de l'intestin distendu sur l'ouverture qui lui a livré passage » (ANAT. CHIR., II, 219). Mais il est évident que, pour qu'une anse instestinale s'étrangle sans augmentation de son volume, il faut que l'ouverture se rétrécisse, et il semble que M. Malgaigne n'avait pas reconnu la différence importante qui existe entre une anse intestinale engagée dans une ouverture par suite de la pression abdominale et celle qu'on a fait sortir à force de pousser ou d'attirer au dehors. Quand on a imité l'étranglement d'après le dernier procédé, on conçoit très bien que l'intestin puisse être tout de suite étranglé.

SECOND POINT. — L'intestin déplacé éprouve souvent une gêne dans sa circulation. Les tissus des parois abdominales sont doués d'une assez grande élasticité pour céder à un effort de l'animal à qui on a fait l'incision de l'abdomen, et pour ensuite revenir sur eux-mêmes. La même chose doit arriver au collet du sac herniaire, qui est le siége de l'étranglement dans la grande majorité des cas. Il est ordinairement assez élastique, comme je l'ai souvent vu à l'occasion des autopsies. Abstraction faite de cette élasticité, la position déclive de l'intestin dans un sac herniaire qui est situé en bas, peut donner lieu à un engorgement veineux. L'intestin, qui était plus ou moins contracté en sortant, peut éprouver une expansion vitale, qui augmentera le volume de ses membranes. Ordinairement toutes ces causes se trouvent réunies, et à l'élasticité du col se joint l'augmentation de volume de l'intestin pour faire obstacle à la réduction et pour donner lieu à l'étranglement.

TROISIÈME POINT. — Les intestins sortis à travers une plaie de l'abdomen, se vident par une compression très modérée; mais il est souvent très difficile de les réduire. La même chose s'observe à une hernie étranglée. Ordinairement la communication avec les autres parties du tube intestinal n'est pas interceptée (O'Beirnes, ARCH. GÉNÉR., 1838, II, 329), et les liquides rentrent avec la même facilité qu'ils étaient sortis. La hernie est toujours remplie de gaz ou de matière par la pression abdominale continuelle, et au moment où la compression herniaire cesse, les intestins se remplissent de nouveau. Après avoir fait l'ouverture du sac herniaire, on voit l'intestin se gonfler subitement de gaz, qui y sont poussés par la pression abdominale, phénomène qu'on avait à tort expliqué par un développement subit de gaz ou par leur expansion rapidement survenue. La réduction d'une anse intestinale sortie ne s'opère pas si facilement qu'on pourrait le croire: les intestins, autant par leur contenu que par la mollesse de leur propre tissu, sont soumis aux lois hydrostatiques; on peut leur imprimer des mouvemens presque comme à un liquide; ils cèdent et tendent à échapper par l'endroit qui leur donne issue. Du reste, le degré de solidité de leur tissu établit cette différence, qu'ils ne sont pas aussi mobiles qu'un liquide. Ainsi le tube intestinal est empêché par sa tension de s'engager dans une ouverture trop étroite, et l'intestin, qui est un peu étranglé par le collet du sac, ne peut pas être réduit par la compression seule. La mollesse des tissus et leur flexibilité ne permettent pas de communiquer à l'intestin une direction certaine; aussi, pour réduire une anse intestinale sortie par une plaie un peu étroite, il faut pousser immédiatement, avec le bout du doigt, la partie qui est la plus prête à rentrer; de cette manière, on parvient souvent à réduire peu à peu l'intestin; mais on a beaucoup de peine, même dans les cas où le doigt peut facilement entrer à côté de l'intestin. Si on ne peut pas agir immédiatement sur les parties qui sont tout près de l'ouverture, on ne réussit plus.

Ainsi, il y a souvent des cas où la compression ne sert qu'à vider l'intestin et où la réduction par compression seule n'est pas possible. Ce fait a été entièrement oublié par ceux qui ont donné le conseil de varier l'impulsion selon la direction des canaux que la hernie a parcourus. On a cru communiquer une direction certaine à des fluides et à des tissus mous, M. Malgaigne lui-même ne s'est pas complètement affranchi de cette erreur. « Tout cela, dit-il, en parlant de ces manœuvres, qu'on avait conseillées, tout cela paraît très spécieux et très rationnel dans le cabinet, tout cela n'est qu'une vaine imagination quand on l'applique sur les malades. » (LEÇONS SUR LES HERNIES, p. 160.) Or, d'après ce que nous venons de dire, ce procédé n'est pas seulement imaginaire, mais contraire aux lois de la physique.

QUATRIÈME POINT. — Dans bien des cas où on n'avait pas réussi à

(1) Les lecteurs français voudront bien juger avec indulgence le style d'un auteur qui est forcé d'écrire dans une langue autre que la sienne.

réduire les intestins à force de comprimer et de pousser, la plus légère action du mésentère suffit pour les faire rentrer immédiatement. Ces expériences, qui sont d'une simplicité extrême, donnent une explication parfaitement nette des cas où les mains des plus habiles chirurgiens ont échoué, en opérant le taxis, et qui se réduisent souvent d'elles-mêmes, soit à l'aide d'un mouvement du malade, soit qu'on n'y ait pas contribué. Tous les écrivains racontent des cas de réductions inattendues, qu'ils appellent spontanées, parce qu'ils ne savaient pas en expliquer le mécanisme. La tension du mésentère cause ces réductions brusques et lentes; c'est elle qui achève brusquement le taxis, qui avait commencé à l'aide de la compression extérieure; enfin, sans elle la réduction d'une anse intestinale, sortie par un canal herniaire un peu étroit, ne serait presque pas possible. On conçoit, par analogie, que les changemens de position du malade, qui auront pour effet de placer les intestins vers le côté opposé de la hernie, pourront être très avantageux. Toutes les positions et tous les mouvemens qui seront propres à augmenter la tension du mésentère seront des moyens puissans de taxis. Les mouvemens péristaltiques, qui sont regardés par quelques écrivains comme exerçant un tiraillement sur la partie herniée, n'auront guère cet effet, parce que la plupart des intestins, flottant libres, n'ont aucun point fixe d'où ce tiraillement pourrait partir.

RÉSUMÉ.

Voici maintenant en quoi consiste, d'après nous, le mécanisme ordinaire de l'étranglement : l'intestin, sorti par une ouverture élastique, éprouve une gêne de circulation sanguine ; les membranes se gonflent tellement que leur volume rend la réduction de plus en plus difficile.

On s'est trompé jusqu'ici aussi bien sur le mécanisme de l'intestin sortant que sur celui de l'intestin rentrant. Nous avons prouvé, par les plus simples expériences, que l'intestin ne s'échappe pas à travers une ouverture plus étroite que le tube intestinal lui-même ; que la compression seule ne sert qu'à vider l'intestin étranglé, et n'en opère pas la réduction ; que l'agent essentiel de la réduction consiste dans la tension du mésentère. A l'aide de ces principes, on comprend des choses qui n'étaient pas expliquées jusqu'ici.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER.

TRAITEMENT DU BÉGAIEMENT PAR LA SECTION DES MUSCLES DE LA LANGUE.

M. Amussat donne de nouveaux détails sur ce sujet. Depuis lundi dernier, dit-il, j'ai opéré sept bègues, ce qui fait neuf avec les deux que j'ai déjà soumis à l'examen de messieurs les membres de l'Académie. Parmi les sept nouveaux opérés se trouvent les deux bègues que j'avais présentés à la séance dernière pour faire constater leur état avant l'opération, afin qu'on pût apprécier les effets de la section du muscle génio-glosse. Les résultats obtenus sont déjà fort encourageans; ils me causent une grande satisfaction ainsi qu'à tous ceux qui ont vu les bègues avant et après l'opération, et malgré les appréhensions de quelques personnes, j'espère que ces résultats se maintiendront comme ceux de l'opération du strabisme.

Je n'ai pas la prétention de guérir tous les bègues et de faire disparaître tous les vices de la parole par la simple section des muscles génio-glose; mais je puis dire que les succès déjà obtenus par cette opération, ont beaucoup dépassé mes espérances et celles de tous les amis sincères des progrès de la chirurgie.

Je dois ajouter que le procédé que j'emploie, par la section des muscles génio-glosse, est le même que celui que j'ai indiqué dans ma précédente lettre, et à cette occasion je m'empresse de prévenir les praticiens, comme nous l'avons déjà fait, M. Lucien Boyer et moi pour le strabisme, qu'il faut détruire avec précaution et perseverance, tous les agens de la déviation ou du raccourcissement qui produisent le bégaiement jusqu'à ce que le résultat soit obtenu, ce qui est quelquefois long et pénible. J'insiste sur ce fait, parce que déjà plusieurs chirurgiens ont échoué pour le bégaiement comme pour le strabisme; sans doute ils se sont trop pressés d'appliquer, ils n'ont pas fait tout ce qu'il fallait faire.

Je ne puis m'empêcher de répéter que ces nouvelles opérations doivent être méditées et répétées sur le cadavre et sur les animaux vivans, avant d'oser les tenter sur l'homme si l'on veut avoir tout le succès possible.

MYOTOMIE OCULAIRE DANS LE STRABISME.

M. le docteur Schuster adresse quelques détails sur les opérations qu'il a subies pour compléter la cure de son strabisme. Ces opérations consistent dans la section du grand oblique, que MM. Amussat et Boyer regardent aujourd'hui comme tout à fait inutile, et dans le débridement de l'œil dévié, au moyen de la section des attaches antérieures du fascia sous-conjonctival. — Cette pratique, très rationnelle dans certains cas, est aujourd'hui très vulgaire. Nous en avons exposé les règles publiquement il y a déjà fort longtemps. — M. Schuster rapporte, dans sa lettre, un extrait très curieux et très significatif d'une lettre de M. Strohmeyer sur la théorie du strabisme et autres difformités. Nous en prenons acte et l'insérons textuellement : il servira à éclairer l'avenir sur la légitimité des prétentions de M. Strohmeyer, et sur la véritable origine de tout ce qui se dit et se fait aujourd'hui sur le traitement des difformités musculaires.

Voici l'extrait de la lettre de M. Strohmeyer :

« Pour arriver à la conclusion que la section des muscles serait utile pour les déviations spasmodiques de l'œil, il ne suffisait pas d'avoir divisé le tendon d'Achille dans les cas de pied-bot invétéré, il était nécessaire d'avoir vu l'effet de la ténotomie dans les cas plus rares où la déviation est plutôt *fonctionnelle*, et disparaît en grande partie pendant le repos, état qui a la plus grande ressemblance avec le strabisme, dans lequel la déviation n'est que rarement permanente, mais se montre toujours, quand l'organe vient en pleine activité, en agissant d'accord avec l'autre œil. Ce fut surtout le *torticolis spasmodique*, dont M. Amussat a opéré un cas si intéressant, qui m'a donné le plus de lumière sur la nature des déviations spasmodiques. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

L'enceinte de la salle était aujourd'hui envahie par une foule inaccoutumée, et bien peu de places restaient vides sur les bancs académiques.

La lecture du procès-verbal a été écoutée avec un religieux silence, et bien évidemment, académiciens et spectateurs étaient curieux de voir l'habileté de rédaction de M. le secrétaire aux prises avec les difficultés de l'orageuse discussion qui a terminé la séance dernière. Le procès-verbal n'en a pas fait la plus petite mention. M. le secrétaire donne lecture de la correspondance écrite et manuscrite. M. Dubois fait hommage à l'Académie de ses différens mémoires sur le système capillaire.

M. Cherrière adresse la lettre suivante sur un nouveau modèle d'Ophthalmostat.

Monsieur le Président,

Un grand nombre d'instrumens ont été imaginés pour tenir les paupières écartées pendant les opérations qui se pratiquent sur le globe de l'œil. Ces instrumens étaient destinés séparément, les uns à abaisser la paupière inférieure, les autres à relever la paupière supérieure, tels sont les releveurs et les abaisseurs de MM. Caffe, Couperat, J. Guérin, Phillips, etc., et de plusieurs chirurgiens anciens. Mais avec ces instrumens, il faut deux aides pour certaines opérations; or, il est peu de praticiens qui n'aient pas désiré, dans plusieurs circonstances, de pouvoir se dispenser de ces deux aides. Déjà M. Rigal (de Gaillac), avait imaginé un seul instrument pour tenir les deux paupières écartées; mais c'est surtout depuis les opérations du strabisme, que plusieurs chirurgiens m'avaient communiqué le désir d'avoir un seul instrument capable d'atteindre ce double but. Il y a environ six mois, j'ai confectionné pour M. Sichel, d'après les indications précises de ce chirurgien, une pince dilatatrice, et j'ai appris à peu près à la même époque que M. Florent Cunier avait imaginé un instrument du même genre. Dans ces deux pièces, l'écartement des paupières s'opère par la pression exercée sur la pince.

J'ai pensé, à l'exemple de M. Lanyenbeck, qu'il serait plus avantageux que le développement de cette pince, et par conséquent, la dilatation des deux paupières s'opérât naturellement par la seule élasticité des deux branches de l'instrument. J'ai ajouté à cette pince une disposition à laquelle plusieurs chirurgiens, M. J. Guérin entre autres, attachent une assez grande importance, disposition qui fait que les paupières sont refoulées au lieu d'être renversées; pour qu'on ne donne à l'écartement des deux branches de cette pince que l'espace convenable j'ai ajouté une simple vis de pression mobile qui remplirait parfaitement cette indication. Mais soit avec cette pince dilatatrice, soit avec celle de MM. Sichel et Florent Cunier, il faut toujours un aide pour tenir cet instrument; c'est ce que j'ai tâché d'éviter, d'après le désir qui m'en a été témoigné par plusieurs chirurgiens.

L'idée qui m'a conduit dans la confection de l'appareil que je soumets à l'appréciation de l'Académie n'est pas entièrement nouvelle. Déjà M. Lucus (de Londres) avait imaginé un simple abaisseur de la paupière inférieure, qui se fixe à la mâchoire à l'aide d'un lien. Quelques autres tentatives avaient été faites tout récemment, notamment par MM. les docteurs Kelley-Snowden et Furnari, pour maintenir les deux paupières écartées; sans prétendre juger en aucune manière la valeur des appareils proposés par ces chirurgiens, il me semble que je suis parvenu à obtenir un résultat plus satisfaisant. Voici, du reste, comment j'ai confectionné mon appareil. La pince dont j'ai parlé plus haut est adaptée à un simple ressort, ressemblant en quelque sorte à un bandage herniaire qui vient prendre son point d'appui sur les parties latérales de l'occiput. L'union de ces deux pièces est très simple, de telle sorte que le ressort et la pince peuvent être indépendans l'un de l'autre.

Je suis heureux de pouvoir annoncer à l'Académie que déjà mon appareil a été appliqué sur le vivant par plusieurs chirurgiens ; ces messieurs m'ont déclaré qu'il est d'une application facile, nullement douloureuse, qu'il permet à l'opérateur de manœuvrer tout à son aise, sans secours d'aides ; mais je ne serai fixé d'une manière définitive sur les avantages de cet appareil que quand j'aurai connu l'opinion de l'Académie ; c'est pourquoi j'ai l'honneur de vous prier de soumettre l'objet de cette présentation à une commission.

Agréez, etc.

P.-S. J'ai confectionné un appareil analogue pour tenir les mâchoires écartées pendant les opérations qui se pratiquent dans la bouche.

M. le président lit et fait la communication suivante :

Le conseil d'administration, considérant que le strabisme et le bégaiement, ainsi que les opérations pratiquées pour ces deux maladies, ne sont pas susceptibles d'un examen suffisant au milieu des séances de l'Académie, a arrêté : 1° Que tous les faits relatifs à ces deux affections seraient renvoyés à une commission composée de MM. Blandin, Baffos, Bérard (Auguste), Gimelle, Jobert, Her-

vey de Chegoin, auxquels se réuniront M. le président et M. le secrétaire perpétuel. 2° Que jusqu'au rapport de cette commission, il ne sera fait mention dans le sein de l'Académie, ni de strabisme, ni de bégaiement.

La parole est à M. Capuron pour un rapport.

CAS DE RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS AU QUATRIÈME MOIS DE LA GESTATION; par CHARLES GÉRARD. (Rapport de M. Capureau.)

M. le rapporteur n'a pu prononcer que les premiers mots de son rapport. Plusieurs académiciens, qui ne peuvent pénétrer à travers la masse compacte de spectateurs qui encombrent la porte d'entrée, invitent le président à user de son autorité pour leur faire livrer un passage. M. le président invite à plusieurs reprises, mais en vain, à laisser la porte libre; enfin il déclare que si dans cinq minutes, la porte n'est pas libre, l'Académie se formera en comité secret. Cinq minutes écoulées, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, CONSIDÉRÉES SOUS LE RAPPORT THÉORIQUE ET PRATIQUE. — Vol. 19, 20, 21 et 22. Chez Béchet et Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.

Deux années se sont écoulées depuis que nous avons rendu compte pour la dernière fois de la deuxième édition du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, et, depuis cette époque, quatre volumes seulement ont été publiés, et pourtant, malgré cette lenteur apparente, il serait difficile, impossible même, qu'une publication, à laquelle prennent part tant d'auteurs différens, et la plupart occupés des travaux d'une vaste pratique, marchât avec plus de rapidité. Au reste, l'ouvrage touche bientôt à sa fin, et si le nombre des volumes promis par l'éditeur n'est pas dépassé, ce que rien ne nous autorise à penser, cette grande entreprise, à laquelle se rattachent les noms les plus justement célèbres de l'époque actuelle, ne tardera pas à être terminée. Examinons maintenant si, dans ces quatre nouveaux volumes, les auteurs se sont tenus au niveau de la tâche qu'ils s'étaient imposée, et non seulement s'ils ont tenu compte des progrès que le travail de chaque jour fait faire à la science, mais encore s'ils y ont contribué pour leur part comme on aurait le droit de l'attendre de la plupart d'entre eux, en raison de leurs antécédens et des circonstances favorables dans lesquelles ils sont placés.

La pathologie interne ne compte, dans ces quatre volumes que peu d'articles d'une grande importance. Nous citerons pourtant l'article *Méningite*, dans lequel M. Guersant admet franchement, et à peu près dans toute son extension, la distinction qui a été établie par des recherches dont les résultats sont tout à fait incontestables entre la *méningite tuberculeuse* et la méningite simple, ou non tuberculeuse. C'est un point de doctrine aujourd'hui établi dans la science, sur lequel il ne peut plus rester de doutes, et dont on ne peut encore mesurer toute l'importance sous le point de vue pratique dans l'état actuel des connaissances, où on n'a, pour ainsi dire, aucune donnée positive sur le traitement des affections cérébrales. Ce sujet réclame encore de nouveaux travaux, car le diagnostic même, entre ces deux affections si différentes, laisse encore beaucoup à désirer. « On voit, dit M. Guersant, après avoir rapproché leurs symptômes, que, à part leurs antécédens, qui sont très différens avant le développement de la période aiguë, ces espèces de maladies voisines ne se distinguent réellement pas l'une de l'autre par des caractères véritablement positifs, mais plutôt par des caractères négatifs, qui établissent néanmoins, par leur rapprochement et leur comparaison, des différences assez marquées dans l'ensemble de deux tableaux pour qu'il soit possible de les distinguer le plus ordinairement. Il faut convenir cependant que le diagnostic différentiel entre les deux espèces de méningites est quelquefois presque impossible, surtout quand les deux maladies débutent instantanément, sans aucune espèce d'antécédent. »

Voilà pour le diagnostic; pour le traitement, c'est bien pis encore. Au milieu des nombreuses médications qui ont été employées contre la méningite, et qui toutes ont réussi dans certains cas, ou qui, au moins, n'ont pas empêché la maladie de se terminer d'une manière favorable, on ne peut éprouver qu'un embarras excessif pour le choix de celles qu'on doit employer. La distinction établie entre la méningite tuberculeuse et la méningite simple nous paraît surtout n'avoir pas produit, sous ce point de vue, tous les résultats qu'on a le droit d'en attendre.

Nous passerons rapidement sur l'article *Muguet*, par M. Blache, article qui nous a paru complet et dans une bonne direction. Pour l'auteur, le muguet est une phlegmasie spécifique du tube digestif, avec altération des sécrétions. Nous regrettons pourtant, qu'à l'occasion du traitement, il ait paru oublier le caractère spécifique de cette phlegmasie, et qu'il ait conseillé presque uniquement les moyens qu'on emploie dans les phlegmasies franches, repoussant les vomitifs, sous le seul prétexte que l'estomac est irrité, et recommandant la diète la plus sévère lorsque le muguet complique une affection aiguë grave. Une preuve du peu d'efficacité du traitement opposé jusqu'ici à cette affection, c'est que, sur 164 cas observés à l'hospice des Enfans-Trouvés, il y en a 131 qui se sont terminés par la mort.

L'article *Névrose*, par Georget, paraît avoir été reproduit tel qu'il était dans la première édition.

Au mot *Névralgie*, M. Ollivier a fait l'histoire générale des névralgies, et s'est élevé avec raison contre l'erreur qui a été commise il y a quelque temps, et par laquelle on a confondu avec la névralgie intercostale la maladie décrite par les médecins anglais sous le nom d'*irritation spinale*, et dont M. Ollivier a donné une bonne et complète description dans la dernière édition de son TRAITÉ DES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE. Ces deux affections sont tellement différentes, que, quand on les a étudiées avec un soin même médiocre, il est impossible de les confondre.

A l'article *Miliaire*, M. Chomel a décrit, avec son exactitude ordinaire, l'apparence et les caractères de l'éruption miliaire, à laquelle il paraît n'attacher qu'une médiocre importance, et dont il met même en doute la fréquente présence dans les nombreuses épidémies qui ont ravagé l'Europe pendant les deux derniers siècles. Si nous l'en croyons même, cette affection n'aurait passé comme l'une des plus fréquentes pendant la moitié du dernier siècle, que parce que les journaux de médecine, les mémoires des sociétés savantes, étaient remplis d'observations et de dissertations sur cette maladie, tandis qu'aujourd'hui, qu'il n'en est point question dans les écrits périodiques, qu'on ne s'en occupe point dans les sociétés savantes, beaucoup de médecins ne la connaissent en quelque sorte que de nom, et qu'elle paraît ainsi être infiniment plus rare qu'autrefois. Sans nier ici l'influence que l'auteur semble reprocher aux recueils périodiques et aux sociétés savantes, et qui pourtant ne fait que tourner à l'avantage de la science et de ceux qui la cultivent, nous croyons qu'on pourrait soutenir que si, à ces époques, on a beaucoup parlé de la miliaire, c'est qu'elle était très fréquente dans des maladies d'un mauvais caractère, tandis que si aujourd'hui on n'en parle pas, c'est précisément parce qu'elle est beaucoup plus rare, ou qu'elle complique des affections beaucoup moins graves. Pourquoi n'en serait-il pas de l'éruption miliaire comme de l'éruption des taches lenticulaires, des taches hémorragiques de la peau, qui ont été si abondantes dans certaines épidémies, et si rares au contraire dans d'autres?

Nous louons beaucoup M. Calmeil, chargé de s'occuper des maladies de la moelle épinière, de ne s'être point dissimulé l'état peu avancé de la science sur ce sujet important. Le diagnostic connu de ces affections jette souvent dans l'embarras le praticien qui redoute plus l'erreur que le doute. « Qui ne voit, dit M. Calmeil, que les lésions locales du cerveau se comportent dans maintes circonstances à peu près comme les altérations locales de la moelle cervicale? Les désordres circonscrits du cerveau ou du cervelet, suivant qu'ils siègent dans un seul hémisphère ou dans les deux hémisphères, déterminent une hémiplégie, une paralysie des deux bras et des deux jambes, du rectum, de la vessie, comme ils peuvent produire des phénomènes convulsifs généraux, un changement dans l'état du pouls, de la respiration, dans la température de la peau, etc. » M. Calmeil doute également que toutes les maladies de la moelle soient de nature inflammatoire, ou au moins soient toutes le résultat d'une surexcitation vasculaire, comme on semble l'admettre encore généralement parmi nous. — « La nature inflammatoire d'un certain nombre d'affections spinales ne saurait être révoquée en doute....; mais la substance nerveuse rachidienne subit aussi un certain nombre de modifications qu'il serait peut-être téméraire de considérer comme autant de résultats de l'inflammation. L'on invoque des raisons plus ou moins spécieuses pour prouver que le ramollissement ou l'induration d'un tissu, la production d'une tumeur, d'un tubercule, d'un épanchement sanguin ont eu l'hipérémie pour cause; mais les faits, les argumens que l'on cite à l'appui de cette opinion, sans être toujours dénués de vraisemblance, sont loin de suffire dans tous les cas pour dissiper les scrupules d'un juge impartial. Il est certain que chez quelques sujets dont la mort ne peut être attribuée qu'à un état maladif du prolongement rachidien, rien dans l'aspect de cet organe ni dans la nature des symptômes ne paraît suffisant pour justifier l'existence d'une phlegmasie. Bien mieux, la moelle épinière semble quelquefois absolument saine, alors qu'en réalité elle doit s'éloigner beaucoup de l'état normal. » Ces citations font prévoir le jugement que doit porter l'auteur sur le traitement employé dans ce cas, et qui ne se ressent que trop souvent de l'obscurité du diagnostic et de l'incertitude de nos connaissances sur l'issue de la maladie qu'il s'agit de combattre.

Pourquoi l'auteur, après avoir émis une opinion aussi juste sur la di-

rection que suivent maintenant la plupart des pathologistes, s'est-il borné à parler des maladies organiques de la moelle, et n'a-t-il pas dit un mot de ses névroses? Pourquoi n'a-t-il pas même mentionné cette irritation spinale, dont nous parlions à l'instant, et que quelques auteurs ont attribuée à la congestion des vaisseaux des méninges rachidiennes à laquelle il a consacré un chapitre à part? Nous l'ignorons, mais nous regrettons qu'il ne l'ait pas fait, d'abord parce qu'il en résulte un vide qui pourra, il est vrai, être rempli plus tard et ensuite parce que l'opinion de M. Calmeil eût été, à notre avis, d'un grand poids sur ce sujet.

Nous voudrions pouvoir suivre le même auteur dans son article *Système nerveux* (anatomie et physiologie); nous y reconnaîtrions la même réserve dans le jugement qu'il porte sur les travaux si souvent contradictoires de nos contemporains sur ce sujet important. Nous y signalerions aussi quelques omissions que nous avons cru y remarquer, et qui ne nous semblent pas motivées; nous en citerons seulement deux qui ont rapport à des faits d'anatomie et de physiologie connus depuis quelques années déjà, et qui paraissent assez importans pour ne pas mériter d'être oubliés dans cette occasion. L'auteur a entièrement passé sous silence les recherches des physiologistes allemands sur le mélange dans les nerfs de différens ordres de fibres blanches ou nerveuses proprement dites et de fibres grises, dites organiques. Il n'a pas mentionné les expériences si curieuses de Muller sur la grenouille, et qui ne permettent plus le moindre doute sur la vérité de la doctrine de C. Bell relative aux fonctions des racines antérieures et postérieures des nerfs spinaux, ni les idées ingénieuses de Marchall Hall et de Muller sur le principe de la réflexion qui se fait des nerfs sensoriels sur les nerfs moteurs, et que le premier de ces physiologistes a appuyées par des preuves d'une valeur indubitabe.

M. Calmeil est un de ceux qui ont pris une part plus active à la collaboration des quatre volumes; outre les grands articles dont nous venons de parler, on y trouve encore les articles *Migraine*, *Manie* et *Monomanie*. Ce dernier surtout pourrait offrir l'occasion de discussions de quelque intérêt, car l'étude de la monomanie doit être considérée par le médecin non seulement sous le point de vue médical, mais encore sous le rapport médico-légal; et, par exemple, tout en accordant à l'auteur que, dans la plupart des cas, on ne peut attribuer qu'à un état maladif la prépondérance de certains penchans qui sont étrangers à la participation de la volonté, et qui, loin de tourner à la satisfaction et au profit de l'individu, ne peuvent qu'empoisonner son existence morale et ruiner sa considération personnelle; cependant on sait trop bien que ces divers motifs n'ont pas tous la même influence sur la volonté, et qu'il en est en outre d'autres souvent très puissans, qui peuvent échapper à tous les regards pour que l'on adopte sans restriction la doctrine de l'innocence des actes faits sans motifs apparens. Avec la direction artistique et romanesque que prennent aujourd'hui les habitudes chez tant de personnes, cette doctrine serait suivie de résultats trop funestes pour qu'elle soit admise d'une manière générale. Les résultats du système phrénologique seraient bien plus effrayans encore. « S'il est vrai toutefois que le rôle de l'encéphale se réduise au rôle d'un instrument; s'il est vrai que les phénomènes de l'innervation ne seraient que la représentation des divers états moléculaires de certaines parties de l'organisation, il nous est presque impossible de ne pas supposer qu'il existe, dans la substance cérébrale des monomoniaques autant de variétés de nuances de désordres que de nuances dans l'expression du délire partiel. Or, s'il en est ainsi pour la folie accidentelle, ne faudrait-il pas considérer comme une sorte d'état maladif congénital l'état de ces hommes que la société repousse durement, et qui semblent voués au crime dès la naissance, comme les idiots semblent être condamnés à végéter dans une complète nullité morale et intellectuelle? Puisque l'on commence à reconnaître que la volonté est maîtrisée par l'entraînement des penchans, dans la *monomanie impulsive accidentelle*, il nous semble que, pour être conséquent, l'on devrait aussi admettre que la volonté peut être quelquefois dominée par une impulsion innée; alors, sans établir une comparaison que l'on estime humiliante pour ceux que l'on considère comme réellement malades, entre les aliénés ordinaires et les criminels, l'on serait au moins conduit à attaquer le vice par les moyens de traitement que comporte la civilisation moderne, et l'on ne s'en prendrait à la vie des hommes qu'autant qu'il serait décidément prouvé que la justice que l'on accorde à la plus cruelle des infirmités congénitales est subversive de tout ordre social. » Quelle que soit l'opinion qu'ait voulu exprimer M. Calmeil sous ces formes ambigues, la doctrine à laquelle il fait allusion, ouvrirait un abîme trop profond pour qu'on doive le sonder, lorsque elle-même en est encore à trouver la première pierre destinée à l'édifice qui doit la représenter.

L'anatomie pathologique ne présente qu'un seul article spécial. Au mot *Mélanose*, M. Cazenave expose, avec beaucoup de développemens, l'histoire de cette altération, qu'il considère comme le résultat de l'épanchement du sang dans les tissus. Malgré les argumens qu'il apporte à l'appui de cette opinion, nous persistons à penser, avec MM. Leblanc, Trousseau et Noack, que la couleur de la mélanose est produite par un principe colorant particulier, et que s'il est fourni par la matière colorante du sang, ce n'est qu'après que celle-ci a subi une modification toute spéciale, une espèce de sécrétion qui s'opèrerait surtout dans les veines. Noack dit, en effet, que ces dernières prédominent souvent, et qu'il les a vues remplies et distendues par une matière noire semblable à celle de la tumeur, étendues sur cette dernière sous la forme d'un réseau. M. Cazenave n'a point parlé, comme c'était le cas de le faire, de la *pseudo-mélanose*, cette altération que les Anglais ont les premiers décrite, et dont on a déjà observé quelques exemples en France.

La manière dont le même auteur a traité quelques points de l'histoire du mercure nous fait regretter qu'il n'ait pas donné plus de développement à son article sur cet agent thérapeutique, par exemple, que pour l'action *antiphlogistique*, question si importante aujourd'hui, il se soit contenté de renvoyer au mot *Calomélas*, où cette question n'a pas été traitée, et ne pouvait l'être, sous son vrai point de vue; car le calomélas pourrait être antiphlogistique par son action purgative, sans que pour cela le mercure dût avoir la même propriété. Nous ne croyons pas que les médecins qui ont observé des cas d'empoisonnement par le deutochlorure de mercure partagent l'opinion de M. Cazenave, qui pense que la mort doit être attribuée spécialement à l'inflammation qu'il développe dans les tissus avec lesquels il est en contact, et à la lesion sympathique du cerveau et du système nerveux.

L'article le plus important de thérapeutique est au mot *Opium*, par M. Guersant. Nous y trouvons les recherches les plus récentes faites sur les différentes préparations de ce précieux médicament, et un doute éclairé sur la nature de son action. Peut-être cependant M. Guersant en limite-t-il encore trop l'emploi, bien que, sous ce rapport, il soit beaucoup plus avancé que bien des praticiens de notre époque, qui ne savent pas ou n'osent pas l'employer de manière à en retirer tous les avantages qu'on a le droit d'en attendre. Nous regrettons pourtant qu'à l'occasion de l'emploi de l'opium à haute dose dont il a parlé très convenablement, il n'ait point fait mention de la tolérance de ce médicament dans quelques maladies, question pratique d'une grande importance et qui eût gagné à être traitée par un homme d'une aussi vaste expérience.

L'hygiène compte d'importans articles, M. Rochoux démontre, chose facile au reste, et sur laquelle l'accord est presque général, que les *mesures sanitaires* adoptées aujourd'hui chez nous sont le plus souvent ou insuffisantes ou nuisibles. Nous trouvons encore de lui les articles *Marine* et *Marins*; ce dernier aurait gagné à être traité d'une manière plus développée et nous pensons que l'auteur aurait pu consulter avec avantage les documens que publie le gouvernement anglais sur l'hygiène et la mortalité de sa marine et de ses troupes de terre et de mer. L'article de M. Guérard, *Militaire*, qui est beaucoup plus complet, aurait pu recevoir aussi de ces documens de précieuses additions.

Après avoir présenté ces réflexions que nous a inspirées la lecture des principaux articles, nous devons dire que ces quatre volumes considérés en général, ne sont point inférieurs aux précédens et sont bien supérieurs à la première édition et que le succès qu'obtient cette entreprise malgré les difficultés et même les rivalités, est justement mérité. Nous devons, avant de terminer, rendre hommage au talent et à l'exactitude avec lesquels M. Raige de Lorme continue de s'acquitter de la partie dont il est spécialement chargé, *l'historique* et la *bibliographie*. Ses notices sur les maladies sont courtes, claires, sommaires et écrites avec indépendance. Ses bibliographies disposées avec art et dans un ordre chronologique régulier sont ordinairement très complètes. Si les auteurs des articles à la fin desquels elles sont placées les eussent toujours consultées, ils auraient évité quelques unes des légères omissions que nous avons signalées dans le cours de cette revue.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

La Faculté de Strasbourg a été, dans ces derniers temps, l'objet de nombreuses attaques. Votre numéro du 13 février en contient de tellement malveillantes, que nous nous voyons forcés d'user du bénéfice de la loi, et de répondre dans le journal même qui les a accueillies aux accusations portées contre nous avec si peu de justice et de convenance.

Deux chaires de chirurgie, l'une de clinique, l'autre de pathologie externe, étaient devenues vacantes au sein de notre Faculté. M. le ministre de l'instruction publique a réuni les deux concours en un seul et a décidé que chacun des deux professeurs nommés ferait alternativement et par semestre, tantôt le cours de clinique, tantôt le cours théorique de pathologie externe. Le chirurgien en chef

de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg était inscrit au nombre des compétiteurs : la Faculté de médecine, réunie pour présenter au ministre la liste des juges du concours, crut qu'il était de son devoir d'examiner le degré d'incompatibilité qui existe entre les fonctions de professeur de clinique à la Faculté, et les mêmes fonctions à l'hôpital militaire. Une expérience récente l'a obligée de reconnaître que, malgré les talens les plus éminens et l'activité la plus soutenue, un même homme ne pourra jamais accomplir cette double tâche dans deux hôpitaux différens. La Faculté savait très bien que le ministre ne pouvait refuser l'accès du concours à un homme remplissant les conditions fixées par les réglemens ; néanmoins elle a décidé que c'était à elle, et dans l'intérêt de l'enseignement, de signaler à l'autorité supérieure une incompatibilité matérielle que jusqu'ici les deux autres Faculté n'ont pas pu reconnaître, puisqu'elles n'en ont pas eu d'exemple.

En transmettant au ministre ces observations de la Faculté, M. le recteur demanda formellement que le concours fût transféré à Paris. Non seulement le ministre adopta cette mesure ; mais encore, pour appeler un plus grand nombre de candidats, il ouvrit une nouvelle liste d'inscription, et fixa l'ouverture du concours au 2 mai. Sans doute cette époque fut choisie parce qu'elle coïncidait avec la fin des épreuves qui ont lieu, en ce moment, pour une chaire analogue, devant la Faculté de médecine de Paris.

Une mesure prise sur la proposition du recteur, et qui est la conséquence naturelle des observations faites par la Faculté, ne peut être considérée comme un blâme; nous en avons d'ailleurs reçu l'assurance formelle. A l'abri de tout reproche, forts de la conviction d'avoir rempli un devoir, nous aurions pu dédaigner les accusations que l'on a dirigées contre nous, mais nous ne voulons pas qu'on égare plus longtemps l'opinion. Les détracteurs de la Faculté de Strasbourg oublient qu'elle n'a pas encore cinquante années d'existence ; que, dans cet intervalle, elle a réuni toutes les ressources matérielles nécessaires à l'enseignement le plus complet, et qu'elle a fondé la plus riche collection d'anatomie pathologique qui existe. Les études cliniques acquièrent chaque jour plus de développement et plus d'éclat. A-t-on oublié que l'école ne put, à son origine, obtenir qu'avec les plus grands efforts quelques malades destinés à commencer son enseignement clinique, et que pendant longtemps elle n'eut à sa disposition que des salles étroites et basses, placées au-dessus des cabanons où l'on enfermait les aliénés? Que l'on compare l'état passé avec l'état actuel, et l'on comprendra ce qu'il a fallu de persévérance et de dévoûment chez ceux qui ont poursuivi cette œuvre d'amélioration et de progrès, On reproche à la Faculté de n'avoir point un plus grand nombre d'élèves. On ignore donc que ce nombre a toujours été en croissant, que le mouvement ascendant ne s'est arrêté qu'à l'époque où les mesures prises par le ministre ont forcément diminué le chiffre des étudians dans les trois Facultés. Que l'on examine la position géographique de Strasbourg, et l'on verra que son action ne peut s'étendre qu'à un nombre restreint de départemens dans lesquels les écoles secondaires de Besançon et de Nancy viennent encore recruter des élèves. Si malgré ces conditions désavantageuses, la Faculté de Strasbourg gagne du terrain, il faut l'attribuer au zèle de ses professeurs, aux ressources de son enseignement, à la solidité de l'instruction que l'on peut y puiser et à la juste sévérité qui préside à tous les examens.

On accuse encore la Faculté de Strasbourg de se laisser aller à d'étroites considérations de personnes et de sacrifier à l'intérêt égoïste de la localité les droits sacrés de l'enseignement. Que l'on jette les yeux sur les résultats des treize concours qui ont lieu depuis huit ans dans son sein, et l'on verra si le plus grand nombre des élus n'a point été pris en dehors du cercle où l'on voudrait si injustement donner à penser qu'elle a borné ses choix.

Treize concours en huit années, c'est là sans doute l'origine de la plupart des récriminations dont les actes et les personnes de la Faculté de médecine de Strasbourg sont devenus l'objet. Au fond de toutes ces attaques, on ne trouve que des amours-propres froissés et des prétentions déçues.

Telle est, M. le rédacteur, la réponse que je suis forcé de vous adresser : la Faculté de médecine présidée par M. le recteur de l'Académie a déclaré unanimement y donner son adhésion.

J'ai l'honneur de vous saluer avec considération,

Le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

R. Coze.

Strasbourg, le 20 février 1841.

Réponse. — Nous commençons par assurer à M. le doyen Coze que l'auteur de l'article auquel il répond, n'a rien à démêler avec les *amours-propres froissés* et les *prétentions déçues* auxquels il fait allusion; car il occupe dans l'enseignement médical de Paris une position qu'il doit au concours, et n'a jamais inscrit son nom sur aucune liste de candidature strasbourgeoise; il compte des amis parmi les professeurs nouveaux que la Faculté s'est associé depuis huit ans, et sait mieux que personne, rendre justice à leur mérite; il n'y a donc au fond de ce qu'il a écrit aucune intention personnelle; mais officier de santé militaire, il a revendiqué les droits de sa corporation. M. Coze nous apprend que la Faculté n'a soulevé la question d'incompatibilité qu'entre la chaire de clinique universitaire et celle de l'hôpital d'instruction; soit, mais l'initiative de cette motion d'incompatibilité ne lui appartenait pas légalement; et de plus, nous savons, nous affirmons que dans l'opinion de la majorité des professeurs, l'exclusion ne devait point s'arrêter là; c'est le cumul du professorat de Faculté et des fonctions de médecin militaire que ces derniers espéraient proscrire, et c'est encore une question placée hors de la compétence de la Faculté.

M. Coze nous apprend que la Faculté de Strasbourg a pour ainsi dire provoqué la mesure qui transporte le concours à Paris; à la bonne heure! Nous ne nions pas qu'elle ait été prise sur la proposition du recteur de Strasbourg; mais assurément la Faculté ne prévoyait pas qu'elle serait *la conséquence naturelle de ses observations au ministre*. Nous avons des motifs pour maintenir ce que nous avons dit sur l'effet produit à Strasbourg par l'arrêté du conseil royal; au besoin, nous ouvrons le numéro 1 de la Gazette Médicale de cette ville, organe au moins officieux de la Faculté, puisqu'elle est rédigée en grande partie par des professeurs et des agrégés, puisque nous y avons déjà lu plusieurs jours avant la réception de la lettre de M. Coze, tous les argumens consignés dans cette missive; or, voici ce que nous y lisons ; « La décision que le ministre a prise à l'égard de la Faculté de Strasbourg, en la plaçant, pour ainsi dire, en suspicion légitime, en lui enlevant le droit d'être juge dans une question qui la regarde de si près, droit que jamais encore on n'a prétendu enlever à aucune des trois Facultés, est blessante, humiliante pour elle. Mais le conseil royal ou le ministre, ce qui revient au même, a traité toute cette affaire d'une manière excessivement légère, à notre avis. » (Gaz. Méd. de Strasb., n. 1, p. 7.) Cela n'empêche pas l'auteur de cette polémique de se joindre par anticipation, dans le n. 4 du même journal, à l'avis que nous exprime aujourd'hui M. Coze sur l'opportunité de l'arrêté du conseil royal : « C'est donc, à vrai dire, la Faculté qui a fait transférer le concours à Paris. Et qui donc pourrait méconnaître dans ces scrupules, franchement énoncés par la Faculté, un acte de haute moralité ? » (Gaz. Méd. de Strasb., n. 4, p. 70.) Pourquoi donc revendiquez-vous aujourd'hui pour la Faculté de Strasbourg l'origine d'un fait que vous déclariez hier *blessant, humiliant pour elle?* Pour saisir la clé de ces variations, il faudrait enfoncer la main dans des profondeurs que nous n'avons souci de fouiller; nos lecteurs ont compris d'ailleurs pourquoi une mesure qui a d'abord été l'objet de déclamations inconvenantes contre le conseil royal et le grand maître, devient ensuite une chose convenable: les faits accomplis le sont toujours.

Quant à la question de décadence, nous laissons à M. Coze la haute opinion qu'il a de son administration; permis à nous de rappeler l'école de Strasbourg, soutenue et vivifiée par les Fodéré, Flamand, Bérot, Masuyer, Nestler, Lobstein, Lauth, Caillot, Goupil; permis à nous de songer aux morts : le regret de ceux qui ne sont plus ne peut sembler une injure à ceux qui survivent.

Il nous resterait bien à épiloguer sur quelques épithètes tombées de la plume de M. Coze; mais nous n'avons pas à lui apprendre, pas plus qu'à la feuille médicale de Strasbourg qui a bien voulu nous fustiger de sa logique inexorable, que pour avoir le droit de parler d'injustice et d'inconvenance, il faut préserver sa plume et sa bouche de tout ce qui pourrait, de près ou de loin, ressembler à l'une ou à l'autre de ces deux choses.

Michel Lévy.

AU MÊME.

Monsieur,

Je n'ai point de réponse à donner à des ennemis comme M. Cunier. Mon silence témoigne assez de mon mépris; mais un ennemi comme vous trouvera toujours en moi un homme prêt à revendiquer à tout prix son bon droit.

Au nom de la science et de la vérité, mon très honorable adversaire, j'exige de vous la déclaration que c'est le 13 novembre 1839 que j'ai annoncé publiquement dans le numéro ci-joint d'un journal, la première guérison au moyen de l'opération, d'une personne qui louchait.

Si je pouvais, le 13 novembre 1839, faire connaître ce résultat par la presse, l'opération devait nécessairement avoir été faite longtemps auparavant, même bien avant le terme que M. Cunier réclame comme date de sa première opération (29 octobre 1839). M. Cunier a falsifié la date de ma publication et fixé seulement au mois de décembre l'époque à laquelle j'aurais dû, pour la première fois, mettre en usage cette nouvelle méthode.

Dans le cas où vos intentions ennemies remporteraient la victoire au préjudice de la vérité, et que vous ne voulussiez donner aucune attention à cette lettre et ne point l'insérer dans votre journal, je me verrai forcé de la faire imprimer dans plusieurs journaux de Paris. Pour éviter une semblable démarche, je vous prie instamment de faire droit à mes justes réclamations.

Agréez, Monsieur, ma haute estime, avec laquelle j'ai l'honneur de me signer comme votre confrère dévoué,

Dieffenbach,
Docteur en médecine, professeur à la Faculté,
chef de la clinique de l'Académie.

Berlin, le 2 février 1841.

Note du rédacteur en chef. — Je suis heureux de pouvoir rassurer mon honorable confrère sur mes dispositions à son égard. Je ne suis pas son ennemi, pas même son adversaire, mais tout simplement l'ami de la justice et de la vérité. A ce double titre, je prends la liberté de lui faire remarquer qu'en attribuant, comme je l'avais fait, à M. Cunier le mérite de la première application sur le vivant de la strabotomie, j'avais suivi en cela les indications données par M. Dieffenbach lui-même, dans sa lettre à l'Académie des sciences de Paris. Aujourd'hui, mon célèbre confrère m'envoie la preuve positive que sa première opération est antérieure à cette date, qu'elle a été annoncée le 13 novembre 1839 dans la Gazette médicale de Berlin. Ce fait est positif, M. Dieffenbach a joint à sa lettre le numéro du journal en question. Mais cela ne résout pas complétement la difficulté. L'opération de notre confrère de Berlin a été annoncée le 13 novembre, et celle de M. Cunier date du 29 octobre précédent. M. Dieffenbach en conclut qu'une opération annoncée le 13 novembre *devait nécessairement avoir été faite* LONGTEMPS AUPARAVANT. Cette induction n'est pas inattaquable, car le résultat de l'opération du strabisme ne demande que quelques jours, et dans l'article où la première guérison obtenue par M. Dieffenbach est rapportée, il est dit qu'au bout de huit jours la guérison était complète. Il eût donc été bien plus simple de dire positivement le jour où l'opération avait été pratiquée, d'autant plus qu'elle l'a été sur un individu, dans une famille, en présence d'aides et de confrères qui auraient pu certifier l'exactitude de la date. Notre observation n'a pour but que de fixer rigoureusement une question de fait, dont nous ne jugeons pas aujourd'hui la valeur ni l'importance, c'est-à-dire la priorité de l'application sur le vivant de la myotomie oculaire. Mais puisque un grand nombre de personnes et le public en général paraissent vouloir circonscrire à cette application tout le mérite de l'invention de la strabotomie, il ne sera peut être pas sans intérêt pour la science et la vérité de rechercher jusqu'à quel point cette prétention est fondée, et quels sont les véritables élémens de cette intéressante découverte. Nous nous abstenons d'examiner cette question aujourd'hui ; mais nous prenons l'engagement de la traiter dans une réponse plus détaillée, que nous aurons l'honneur d'adresser prochainement à M. Dieffenbach.

J. G.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 11. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 13 MARS 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler promptement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'INTUMESCENCE DE LA RATE DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES, ET DE SON TRAITEMENT; par M. E. BOUYER, D. M., à Marennes.

Les fièvres intermittentes sont souvent accompagnées d'un état morbide de la rate que les anciens médecins ont signalé sous le nom d'*obstructions*, et qu'on a récemment appelé *hypersplénotrophie*. La rate, en effet, augmente de volume, s'indure et donne lieu par son accroissement à ces tuméfactions abdominales considérables, si nombreuses parmi les habitans pauvres des pays où les fièvres intermittentes sont endémiques.

Appelé chaque jour, depuis mon début dans la pratique, à donner des conseils à des gens à *rate tuméfiée*, j'ai dû tout particulièrement étudier les phénomènes pathologiques qui s'offrent à moi, pour arriver à un mode efficace de traitement. C'est le résultat de mes observations et de ma pratique que je viens aujourd'hui soumettre au public médical.

Afin de mettre quelque suite et plus de clarté dans ce que j'ai à dire, je vais, dans un premier paragraphe, raconter les résultats de mes observations cliniques, en élaguant des détails fastidieux et en invitant surtout les praticiens à vérifier mes assertions; dans un deuxième paragraphe, j'essaierai de démontrer, par le raisonnement, ce que les faits prouvent surabondamment déjà, du moins à mes yeux; un troisième, enfin, sera consacré au traitement.

§ I.

Pendant un court séjour que j'ai fait à Paris au mois de mai dernier, j'ai eu quelques entretiens avec M. le professeur Piorry sur les fièvres intermittentes, et sur le rôle que joue la rate dans ces maladies. J'ai recueilli avec avidité ses idées sur cette matière, et surtout ses instructions,

---

Feuilleton.

ASTLEY COOPER.

Le plus célèbre des chirurgiens anglais de notre époque vient de finir, il y a peu de jours, sa laborieuse et brillante carrière. La vie professionnelle et professorale d'Astley Cooper offre une ressemblance frappante avec celle du grand chirurgien que la France a perdu à son tour il y a quelques années, celle de Dupuytren. Ces deux hommes ont eu en effet un génie, des talens, une gloire et une fortune analogues. Ils ont conquis l'admiration de leurs contemporains par le même genre de succès et de moyens, servi et agrandi leur art par le même genre de travaux. Le parallèle peut-être ne pourrait plus être suivi sous le rapport des qualités morales et du caractère; car ces deux illustres émules étaient aussi distans l'un de l'autre, comme hommes, qu'ils étaient rapprochés comme chirurgiens. C'est là du moins ce qui résulterait du portrait moral qu'on nous envoie de Londres, et qui ne laisse rien à désirer. Sir A., dit-on, n'a point eu d'ennemis et ne pouvait pas en avoir. La douceur de ses manières, l'aménité de son caractère, la candeur de son âme, la bonté de son cœur enlevaient toutes les sympathies, et même celles de ses rivaux. Sa modestie était égale à sa supériorité. Il effaçait constamment sa personne et traitait comme ses égaux ceux qui pouvaient à peine se dire ses disciples. Ceci suffit pour marquer le contraste. Egaux en talens et en renommée pendant leur vie, il est à présumer que ces deux hommes n'arriveront point d'un pas égal à la postérité, et quel'un sera encore invoqué, cité et consulté comme un maître par de nombreuses générations, tandis que l'autre y arrivera à peine au travers de souvenirs vagues et indistincts. L'un y portera à la fois sa gloire et ses pensées; l'autre n'y portera que son nom. A. Cooper, en effet, mieux inspiré que son rival du continent, a déposé le résultat de ses travaux dans des écrits nombreux, tandis que Dupuytren n'a à peu près rien écrit. Or, sans parler des anciens, que saurions-nous aujourd'hui, si nous n'avions leurs livres, d'un Gui - de - Chauliac, d'un Franco, d'un Béranger de Carpi, d'un A. Paré, d'un M.-A. Séverin, d'un Wiseman, d'un Pott, d'un J.-L. Petit?

Sir Astley Cooper naquit à Brooke, dans le comté de Norfolk, le 23 août 1768. Sa mère (Marie-Suzanne) est connue dans la littérature par une nouvelle intitulée la MÈRE MODÈLE. Il demeura dans le lieu de sa naissance jusqu'à l'âge de 14 ans, et le quitta alors pour aller habiter Yarmouth avec ses parens. C'est là qu'il fit ses premières études classiques. C'est à cette époque de sa vie que se rapporte une de ces anecdotes d'enfance, insignifiantes par elles-mêmes, qui n'acquièrent de l'intérêt, un sens et une valeur, que par les événemens postérieurs de la carrière de ceux qui en furent les héros. Un petit garçon tombe d'une charrette; dans sa chute, l'artère fémorale est ouverte, et donne lieu à une effrayante hémorragie. Le jeune A. Cooper, témoin de l'accident, court à son secours, et avec une grande présence d'esprit, faisant de son mouchoir un tourniquet, l'applique

pour apprécier avec plus de précision le volume et la forme de la rate. J'ai pu, depuis lors, m'éclairer plus complètement qu'auparavant dans mes recherches. A lui donc une part dans les résultats, ou plutôt dans l'exactitude des faits qui m'ont servi à les obtenir. Loin de moi pourtant la pensée de vouloir rendre M. le professeur Piorry solidaire de mon travail : il m'a enseigné, avec une bienveillance dont je le remercie, ses procédés de percussion, son mode de recherche et d'étude. Quant à l'appréciation des faits et aux conséquences déduites, tout cela m'appartient; s'il y a erreur, elle est à moi.

A. Je n'ai jamais pu constater d'une manière précise si la rate avait déjà subi une augmentation de volume ou une altération dans sa forme, avant l'invasion du premier accès de fièvre intermittente, chez un individu *auparavant bien portant*, par la raison toute simple qu'en général on ne recourt au médecin que quand la maladie est tout à fait déclarée. Je n'ai donc pas visité des fiévreux la veille ou l'avant-veille du jour où ils ont eu leur premier accès; mais ce que je puis affirmer, c'est que jamais, dans les renseignemens commémoratifs qui m'ont été donnés, je n'ai eu occasion de noter des symptômes que je pusse, antérieurement au premier accès, rapporter au commencement d'une affection splénique. Que l'on fasse bien attention qu'en parlant ainsi, je désigne des malades *atteints pour la première fois*, et non ceux qui sont pris de rechutes dans lesquelles, souvent, et surtout quand la rate a été tuméfiée pendant les maladies précédentes, il est question, au moment de la rechute, d'une certaine gêne, ou même d'une douleur obtuse à la région splénique.

B. Pendant le frisson du premier accès, il n'est pas rare de pouvoir constater une augmentation notable du volume de la rate, non qu'elle soit assez considérable pour que le rebord inférieur de cet organe descende au-dessous des fausses côtes; mais bien parce que, dans ce moment, il remplit plus complètement la concavité formée par le diaphragme à l'hypochondre gauche. En faisant relâcher les parois abdominales et en palpant profondément la région splénique, on peut aisément s'assurer de ce fait, et les malades, pendant cette exploration, accusent d'ailleurs une sensibilité obtuse qui disparaît pendant le stade de sueur de l'accès. Ce fait, qui peut ne pas être constamment observé pendant un premier accès de fièvre intermittente, est bien plus saisissable après deux ou trois accès, surtout si le stade de frisson se prolonge pendant deux ou trois heures.

Bien plus, dans des cas qui, je dois le dire, sont assez rares chez les fébricitans atteints pour la première fois, l'on voit quelquefois survenir une douleur assez vive à la région splénique, au moment du frisson, et qui se dissipe peu à peu, à mesure que la chaleur fébrile se développe et que la circulation prend une activité plus grande, pour disparaître ensuite presque complètement pendant l'apyrexie.

Obs. I. — Une jeune paysanne, habitant un village sur le bord de la mer, m'a présenté ce symptôme d'une manière bien tranchée à la fin du mois d'octobre dernier. Marie Rabaud, âgée de 19 ans, bien réglée, brune, colorée, d'une constitution vigoureuse, est prise, le 26 octobre 1840, d'un premier accès de fièvre intermittente quotidienne, avec un frisson de deux heures au moins, et, au rapport de la personne qui vint me prévenir, d'*un point de côté*. Arrivé près d'elle pendant le stade de sueur, j'apprends de la malade elle-même que sa douleur, dont elle m'indique précisément le siége, est à peu près dissipée. Au second accès, je la vis, pendant le stade de frisson, et je constatai que la rate, tuméfiée et douloureuse, dépassait le rebord costal de 14 millimètres. Le froid, à la périphérie du corps, était très intense; la malade faisait entasser sur elle un grand nombre de couvertures. Le sulfate de quinine, prescrit à la dose de 40 centigrammes pendant chacun des intervalles apyrétiques, enraya promptement la maladie. Deux jours après le cinquième accès, qui avait tout juste *marqué*, la rate avait repris sensiblement son état normal, c'est-à-dire qu'elle était complètement rentrée dans l'hypochondre, qu'elle n'offrait ni dureté, ni la moindre sensibilité à la pression. Je n'ai employé pour le traitement que le sulfate de quinine et des applications de lainages chauds sur le ventre pendant le frisson.

Je le répète, les exemples de ce genre, et où la rate présente un si grand développement dès le début, sont fort rares, et, quand ils se présentent, il y a toujours de la douleur. La plupart du temps, dans des circonstances analogues, la tuméfaction de la rate est beaucoup moindre que dans cet exemple, et la douleur est à peu près nulle, car je n'appelle pas douleur un embarras, un sentiment de gêne dont les malades ne se plaignent guère que quand on fixe leur attention et quand on palpe l'hypochondre gauche.

Quand il ne se passe que huit ou dix accès avant que la médication employée enraie la maladie, le malade, après avoir traversé une convalescence fort courte (je parle de fièvres intermittentes simples), se trouve à son état normal, et il ne reste pas trace des augmentations momentanées de volume qu'a subies la rate pendant la maladie. Cela est si vrai, qu'en examinant ce qui se passe dans les diverses classes de la société, on ne voit presque jamais d'intumescences de la rate chez les individus qui appartiennent aux classes aisées, parce qu'ils sont convenablement traités, et que jamais ils ne laissent s'enraciner la fièvre. Lors même qu'il leur arrive des rechutes, ils reviennent constamment à l'emploi d'une médication convenable, et ils finissent toujours par guérir sans changer de climat, et sans que la rate s'hypertrophie. Parmi les classes pauvres, au contraire, la maladie, quand elle n'est pas assez forte pour aliter de suite ceux qui en sont atteints, dure des semaines, des mois, des années entières sans être combattue autrement que par quelques amers indigènes qui n'en triomphent pas, ou qui n'amènent de loin en loin qu'une amélioration passagère, et alors la répétition successive et journalière de l'engorgement splénique finit par amener la tuméfaction permanente de l'organe.

C. L'accroissement de la rate ne se fait qu'avec une certaine lenteur, et il faut quelquefois quinze, vingt, trente jours d'intervalle pour remarquer une diminution un peu sensible dans l'espace qui sépare le rebord inférieur de la rate de la crête de l'os iliaque. J'ai fréquemment remarqué que cet accroissement est assez rapide dans le début, et que pendant longtemps ensuite il demeure stationnaire. Cependant, j'ai lieu de croire que l'augmentation de volume avait lieu quelquefois par la face concave, tandis que la face convexe restait stationnaire, et cela, je l'ai constaté par la mensuration abdominale, et surtout parce que, de concave qu'elle était primitivement, cette face devenait aplatie et descendait jusqu'aux parties les plus inférieures de l'hypogastre. J'ai souvent vu des enfans qui, assis, supportaient sur leurs cuisses la face inférieure, ainsi aplatie, de leur rate énormément tuméfiée.

D. Toutes les fois que j'ai eu à prendre des renseignemens sur l'origine de l'hypersplénotrophie, j'ai pu m'assurer que le développement de la rate avait toujours été consécutif à la fièvre intermittente. J'ai constaté ce fait d'une manière précise, et j'ai pu m'assurer que cette affection n'est *jamais primitivement apyrétique*. Il arrive quelquefois que les

---

avec assez de bonheur et d'adresse sur la cuisse pour arrêter immédiatement le jet de sang, qui serait devenu mortel en peu d'instans. A. Cooper racontait lui-même souvent dans la suite cette prouesse chirurgicale, et disait que la vive satisfaction qu'il avait éprouvée en sauvant la vie de cet enfant lui avait inspiré aussitôt le desir, presque romanesque, de se faire chirurgien.

En effet, peu de temps après, et à peine âgé de 15 ans, il fut mis en apprentissage auprès de M. Turner, chirurgien-apothicaire de Yarmouth. Après quelques mois de séjour dans ce poste, il vint, en 1784, à Londres, et continua ses études auprès de son oncle, M. W. Cooper, chirurgien de l'hôpital de Guy, qu'il quitta bientôt cependant pour s'attacher à M. Cline, alors chirurgien de l'hôpital St-Thomas. C'est sous la direction de ce praticien qu'il poursuivit ses études avec une ardeur et un zèle soutenus, pendant trois années, et fit ensuite un voyage à Edimbourg en 1787.

A son retour à Londres, il fut nommé premier démonstrateur d'anatomie, et ensuite professeur-adjoint de M. Cline. Ayant obtenu l'autorisation des chirurgiens des hôpitaux de Guy et de St-Thomas, il commença à donner des leçons sur les principes et la pratique de la chirurgie, et c'est de cette époque que date véritablement l'origine de sa renommée et de ses succès. Son auditoire, qui n'était au début que d'une cinquantaine d'élèves, s'éleva bientôt jusqu'à 400. Aucun professeur, à Londres, n'avait jamais eu un succès pareil; et il ne faut pas oublier que, dans les hôpitaux de Londres, il n'y a d'admis aux visites et aux leçons des professeurs, que des élèves payans, et payant très cher. Sans pouvoir être cité comme un orateur éclatant, sir A. Cooper, qui, du reste, n'avait aucune prétention à l'art de la parole, professait avec une facilité simple qui n'était pas dénuée de charme.

Après s'être marié, en 1791, avec une parente de son vieux et honoré maître M. Cline, il vint à Paris en 1792. Il assista aux leçons de Desault et de Chopart, à l'Hôtel-Dieu. Il y vit Dupuytren, encore jeune alors et au début de sa carrière, qui, dit-on, l'introduisit auprès de Louis-Philippe, alors duc d'Orléans, dont il reçut un bienveillant accueil, et qui, devenu roi, lui envoya depuis, en souvenir, la croix de la Légion-d'Honneur. Quelques années après cette course sur le continent, il fut nommé membre honoraire de l'Institut national de France.

A. Cooper commença sa pratique civile vers 1792; mais il continua toujours son service et ses cours à l'hôpital St-Thomas jusqu'en 1826. Il fit aussi, dans cet intervalle, des leçons d'anatomie comparée au collége royal des chirurgiens. Il devint membre du Conseil et de la Cour des Examinateurs. Il était président du collége de chirurgie pendant les années 1836 et 1837. En 1827, il fut promu au poste de chirurgien ordinaire (sergeant-surgeon) du roi Georges IV.

En 1821, A. Cooper avait été créé baronnet. Ayant perdu sa première femme en juin 1827, il se remaria l'année suivante. Il n'avait eu de son premier mariage qu'une fille qui mourut très jeune.

Sir Astley Cooper est mort le 15 février, âgé de 73 ans; il souffrait depuis longtemps d'une affection du cœur, accompagnée d'un épanchement dans la poitrine; il avait aussi éprouvé de fréquentes attaques de goutte. Ces maladies le firent songer à la retraite. Il renonça pendant quelque temps à sa pratique, mais ce désœuvrement succédant tout à coup à une vie si active, lui devint bientôt si intolérable qu'il se décida à rentrer dans la carrière, voulant, comme il l'a dit lui-même, *mourir sous les armes*.

Sa mort a été l'objet d'une douleur universelle et des patriotiques regrets du

malades affirment qu'ils n'ont pas de fièvre ; mais cela est dû à ce que les stades des accès sont moins prononcés. Chez l'un, le frisson manque; chez l'autre, il n'y a pas de sueur; un troisième a un mouvement fébrile presque continuel qui n'offre chaque jour que des rémittences d'un instant. Chez certains autres enfans, il existe des complications, soit vers la poitrine, soit vers le tube intestinal, le péritoine ou le foie, qui donnent lieu à une fièvre continue.

Eh bien! il est des malheureux, des enfans surtout, qui vivent avec cette infirmité, dans un état d'excessive maigreur, la peau pâle et terreuse, les joues creuses, dévorant chaque jour avec gloutonnerie de grossiers alimens. Et (les médecins qui n'ont pas exploré avec attention les climats de la nature du nôtre auront peine à le croire) la nature est quelquefois assez forte, l'art lui-même a parfois assez de puissance pour rappeler à la santé ces chétives créatures qui, pendant plusieurs années, semblaient devoir succomber chaque jour à cette affection si grave et si ancienne. Il est vrai de dire pourtant que quand la fièvre intermittente chronique disparaît ainsi, soit spontanément, soit par un traitement, la rate demeure presque toujours un peu hypertrophiée, et ne reprend jamais tout à fait son volume normal. C'est dans ce sens seulement, et après la guérison de la fièvre intermittente, que l'on peut dire qu'il existe des hypersplénotrophies sans fièvre; mais il se passe alors dans la rate ce que nous voyons arriver ailleurs. Lorsqu'on parvient à guérir une tumeur blanche articulaire, par exemple, n'arrive-t-il pas aussi que l'articulation conserve une dimension plus grande que celle qu'elle avait auparavant, et la guérison est-elle moins positive pour cela? Non, sans doute; mais les tissus, qui avaient acquis une augmentation considérable de volume, restent tuméfiés, quoiqu'ils ne soient plus malades.

E. Le type le plus commun des fièvres intermittentes chroniques est le type quarte. C'est le plus souvent sous l'influence de la fièvre quarte que la rate acquiert son énorme développement. Ce n'est pas un privilége du type quarte de produire cet effet. La cause de cette plus grande fréquence la voici: J'ai dit plus haut que l'hypersplénotrophie est plus commune chez les classes pauvres de la société. Quand donc un paysan, un pauvre ouvrier est atteint d'une fièvre quotidienne, il se trouve entièrement hors d'état de travailler; alors il demande les secours de l'art, on le guérit avant que la tuméfaction splénique soit survenue. Plus tard une rechute arrive; les accès sont moins prononcés, le type change; le malade se soigne lui-même assez mal, garde sa fièvre, se croit guéri ou peu près parce qu'au lieu d'avoir un peu de frisson tous les jours, il n'en a que tous les deux on trois jours, ou même pas du tout: et alors la rate se développe peu à peu et ne tarde pas acquérir un volume considérable. Si la fièvre est quarte dès le début au contraire, il a deux jours sur trois, et il calcule qu'il a plus d'avantage à faire les deux tiers de son travail qu'à acheter des médicamens pour se guérir, et la maladie marche sans être jamais complètement enrayée. Quand nos paysans n'ont que la fièvre quarte, ils n'en tiennent pas compte, il la gardent et comptent sur le temps pour la guérir. Leur ventre grossit; cela ne les étonne pas, ils sont accoutumés à cela; ils regardent cette condition de maladie comme une des nécessités de leur existence.

On voit néanmoins la fièvre quotidienne, la fièvre tierce amener aussi l'hypertrophie de la rate; mais quel que soit le type sous l'influence duquel survient cette altération organique, la forme, le volume, la consistance sont sensiblement les mêmes. Je n'ai jamais pu saisir de différence à ce sujet. Et d'ailleurs en se renseignant auprès des malades qui portent ces hypersplénotrophies l'on découvre toujours que la fièvre n'a pas eu constamment le même type. La plupart du temps elle a été quotidienne ou tierce dans le principe: il y a eu plusieurs rechutes sous ces deux types; et enfin quand l'état chronique a été tout à fait établi le type quarte est resté le dernier. Il serait peut-être impossible de rencontrer des gens à rate tuméfiée qui n'eussent jamais eu la fièvre que sous un seul type. J'ai cherché à ce sujet à établir des distinctions de forme et de volume de la rate; j'ai tenté de rapporter telle forme. telle dimension à tel ou tel type, je n'ai pu arriver à aucun résultat. Je ne crois pas, ou du je ne me rappelle pas avoir trouvé un seul malade atteint d'hypertrophie de la rate depuis plusieurs années qui ait eu la fièvre intermittente sous un type constamment le même.

F. Quelle modification éprouve le tissu primitif de la rate à mesure qu'il prend un développement aussi extrême? de quelle nature est cette induration, qui parfois égale la dureté de la pierre sur le vivant et qui après la mort est remplacée par un état d'excessif ramollissement?... Je m'abstiens de répondre à ces questions. Je n'ai point d'hôpital; je ne trouve que très rarement l'occasion de faire des autopsies. C'est aux médecins des hôpitaux qu'il appartient de faire l'anatomie pathologique de la rate. Pour mon compte, je n'ai guère observé que sur le vivant et j'aime mieux garder le silence sur ce point que de hasarder des hypothèses. Je me bornerai donc à décrire ce qui se passe pendant la vie.

Lorsque la fièvre intermittente a persisté pendant quinze, vingt, trente jours et plus, quel que soit son type (et à cet égard je n'ai pas remarqué que tel type amenât plus promptement ce résultat que tel autre), la rate commence à prendre un léger accroissement; mais sa dureté n'est pas encore très grande; la saillie au-dessous des fausses côtes est assez prononcée pour que l'on puisse avec la main et en palpant avec soin, suivre dans une partie de son étendue son rebord inférieur. Un peu plus tard, deux ou trois mois après le début de la maladie, on trouve la face concave un peu moins profonde, et il semble que la tuméfaction se propage et se répartit successivement dans toutes les parties de l'organe. La saillie abdominale n'est pas encore très considérable; les circonvolutions intestinales sont refoulées vers la partie inférieure de la cavité abdominale; l'estomac fait un peu plus de saillie en avant; l'hypochondre gauche ne proémine pas encore beaucoup; les malades semblent peu gênés et n'accusent que rarement de la douleur. Plus tard encore, après six mois, un an d'existence, la tumeur splénique s'accroît graduellement; mais alors son poids devient fatigant, sa consistance augmente et ne tarde pas à devenir extrême. Le rebord inférieur se dessine à travers les tégumens, l'hypochondre gauche augmente de grosseur et le ventre mis à nu paraît *de travers*. A une époque plus avancée la tumeur en grossissant toujours refoule davantage le tube intestinal et le diaphragme lui-même pour occuper le ventre presque tout entier et se prolonger vers l'hypochondre droit. J'ai vu des rates, à la longue, gagner à droite jusqu'à la crête iliaque de ce côté. Une large face convexe existe alors en avant et en haut, une autre face large et aplatie est tournée en bas, et le rebord inférieur presque effacé, forme un large bourrelet arrondi en travers. Dans cet état de choses surviennent les ascites, les accidens vers les organes thoraciques, le ralentissement et l'irrégularité de la circulation, les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux, l'anasarque, les maladies chroniques du foie, et enfin la mort.

---

peuple anglais. Ses funérailles ont été célébrées avec nne grande pompe. Son corps a été exposé pendant plusieurs heures à la vue dn public dans nne salle de l'hôpital Gny, et sur son corbillard couvert de velours noir et magnifiquement orné, étaient déposés les insignes des ordres dont il était décoré. Ses armoiries etaient gravées sur deux boucliers, sorte de décoration qu'on n'a jamais vue aux obsèques d'nn chirurgien français. La foule qui a assiste an service funèbre, célébré dans la chapelle de l'hôpital, était immense; on y remarquait surtout la jeunesse médicale.

Tels sont en abrégé les principaux traits historiques de la vie et de la mort de sir A. Cooper. Les Anglais qui portent en toutes choses leur esprit d'exactitude minutieuse et quelquefois pédantesque, surtout en matière d'étiquette, de généalogie et d'hiérarchie sociale, ont compilé déjà, sur leur célèbre chirurgien, assez d'anecdotes, de dates et de petits faits pour fournir matière à un volume. Nous leur emprunterons encore quelques traits.

A. Cooper est mort immensement riche, comme Dupuytren, sauf, toutes choses égales d'ailleurs, la difference d'une fortune anglaise à une fortune française. Ses honoraires annuels se sont élevés jusqu'à l'énorme somme de 21,000 liv. sterling (525,000 francs) et la moyenne était de 15,000 livres (375,000 fr.) Sa maison était journellement assiégée par une immense foule de malades dont le plus grand nombre ne pouvait obtenir audience qu'après une longue attente. On dit qu'un de ses domestiques gagna dans nne seule année 600 livres (21,000 fr.) au moyen des tours de faveur qu'il obtenait pour ceux des malades qui pouvaient les payer. Le prix de quelques unes des opérations de A. Cooper dépasse tout ce qui s'était vu en ce genre. On raconte qu'un vieux gentlemann, nommé Hyatt, ayant été traité heureusement par lui et étant en pleine convalescence, lui dit un jour: « J'ai, jusqu'ici, recompensé le médecin, mais je n'ai pas satisfait le chirurgien » et lui ayant demande ensuite ce qu'il exigeait pour l'opération et Cooper ayant répondu que c'étaient 200 guinées (environ 5,400 fr.) « Ho, ho! répliqua le malade, je ne vous donnerai certes pas nne telle somme; voici tout ce que je peux vous offrir, » et en même temps il ôta de sa tête son bonnet de nuit et le presenta au chirurgien. « Monsieur, je vous remercie, dit celui-ci, tout ce qui vient de vous est acceptable, » et il mit le bonnet dans sa poche. Rentré chez lui il y trouva un mandat de 1,000 guinées (26,000 fr.) Voici un autre fait analogue.

Un monsieur Steer était venu de temps en temps consulter sir A. Cooper et s'était retiré toujours sans laisser la rémunération d'usage. Le chirurgien fit peu d'attention à cet oubli et continua à lui donner ses soins, persuadé que c'était un homme peu fortuné. Peu de temps après, il reçut une lettre par laquelle M. Steer lui faisait savoir qu'allant à la bourse il s'était souvenu qu'il avait un *omnium* (sorte de coupon d'action), dont il n'avait pas disposé encore et qu'il avait pris la liberte de le négocier en son nom pour 3,000 livres (75,000 fr.); mais que les fonds ayant monté bientôt après il avait pris de nouveau la liberté de le vendre pour lui et qu'il lui envoyait la différence qui était de 62 livres 10 schellings.

L'immense fortune, résultat d'une si fructueuse pratique pendant près de 50 années doit, dit-on, passer, ainsi qu'une partie de la clientelle, à deux neveux et élèves de A. Cooper, M. Aston Key et M. Bransby Cooper, chirurgiens de l'hôpital du Gny.

Un autre fait plus chirurgical est le suivant. Le roi Georges IV avait une pe-

Il est difficile de préciser au juste le temps que la rate met à se développer ainsi. Ce travail pathologique est fort variable quant à sa durée, et il est aisé de le concevoir, si l'on remarque que la fièvre est interrompue quelquefois par un changement de saison ou par une médication quelconque, ou même sans cause appréciable, sans que pour cela il y ait guérison complète et entière. Il y a ainsi des temps d'arrêt pendant lesquels la fièvre cesse et la rate tend à diminuer de volume; après quoi la fièvre recommençant, la tumeur s'accroît de nouveau et indéfiniment.

Le lecteur serait effrayé si je lui mettais sous les yeux le chiffre énorme des victimes que font les fièvres intermittentes avec hypertrophie de la rate dans nos campagnes et surtout parmi les enfans. Après que la fièvre intermittente et la tuméfaction splénique ont persisté ainsi pendant des années entières, la saison caniculaire amène tout à coup une augmentation d'intensité dans les accès, une sorte de récrudescence a lieu, et deux ou trois accès violens, sans accidens pernicieux, viennent abattre entièrement ce frêle organisme déjà si fortement ébranlé; ou bien ce sera une indigestion; ou bien encore, pendant l'hiver, une affection aiguë de la poitrine donnera lieu à une réaction fébrile un peu forte et à laquelle ces êtres à constitution apauvrie succomberont en peu de jours.

Il semblerait au premier abord qu'un travail pathologique si considérable et si long devrait amener dans le viscère qui en est le siége quelqu'une de ces transformations de tissu, de ces dégénérescences que l'on voit dans les autres organes parenchymateux. Ainsi l'on serait en droit de se demander s'il y a là une dégénérescence tuberculeuse, une induration squirrheuse, ou bien si l'accroissement de volume et l'augmentation de consistance du tissu de la rate ont lieu sans que sa texture et son organisation propre soient altérées ou modifiées dans leurs principes consécutifs. C'est à l'anatomie pathologique à répondre. Pour moi, je puis le dire, je n'ai pas trouvé dans la symptomatologie, de preuve suffisante pour avancer que la rate devienne jamais tuberculeuse ou squirrheuse. Une seule fois, depuis que je pratique à Marennes, j'ai rencontré un énorme abcès de la rate, et cette observation me paraît assez curieuse pour que je croie devoir la rapporter ici avec tous les détails que j'ai pu recueillir.

Obs. — Julie Chaillou, âgée de 6 ans, petite paysanne habitant avec sa mère, veuve et pauvre, un village à un quart de lieue de la mer et avoisiné par des marais salans, était atteinte depuis l'âge de 9 *mois* d'une fièvre intermittente qui n'a été interrompue que par de rares et courts intervalles de mieux. La fièvre a affecté divers types; elle a été d'abord et alternativement quotidienne ou tierce, plus tard et plus longtemps quarte. Jamais une médication rationnelle et suivie n'a été employée pour guérir cette pauvre enfant. A l'âge de 3 ans, époque où elle a eu assez de force pour commencer à marcher seule, elle avait déjà une énorme rate. La mère qui me fournit ces renseignemens me dit que la face inférieure de l'organe avait dès-lors la largeur *du fond d'une assiette* (ce sont ses termes), et qu'il s'appuyait sur les cuisses quand la petite fille était assise.

Le 11 février 1840, je fus appelé pour la première fois auprès de cette malheureuse enfant. Je la trouvai assise au soleil en proie à une fièvre continue qui durait depuis plus de quinze jours, me dit-on, souffrant beaucoup du ventre qui était énormément distendu et occupé de toutes parts par la rate hypertrophiée. La pauvre petite, horriblement amaigrie, sans infiltration de la face ou des membres, ne pouvait pas rester couchée et jetait les hauts cris toutes les fois qu'on essayait à la changer de position. Elle avait l'intelligence ordinaire aux enfans de son âge, répondait avec précision à mes questions et préférait la position assise à toute autre. L'examen de la paroi abdominale me fit reconnaître de suite une saillie enflammée et phlegmoneuse à l'hypochondre gauche, du volume d'un œuf de dinde, et sur le point d'abcéder. La fluctuation était manifeste et le flot de liquide qui venait frapper le doigt explorateur indiquait évidemment un vaste foyer qui devait pénétrer ou plutôt occuper la rate hypertrophiée. Après un instant de réflexion, et dans la pensée de diminuer les souffrances de la pauvre malade pendant le peu de jours qui lui restaient à vivre, je me décidai à pratiquer sur le point le plus déclive de la tumeur une ouverture de deux pouces environ; une énorme quantité de pus jaillit aussitôt; je l'estimai à un demi-litre. Quelques pressions exercées en divers sens firent sortir ensuite une sorte de sanie brunâtre mêlée à du pus et répandant une odeur infecte. La tension des parois abdominales était tellement grande que l'ouverture que j'avais faite prit aussitôt une forme ovale. Il y avait, comme je l'avais supposé de suite, adhérence de la convexité antérieure de la rate avec la paroi abdominale correspondante. Le pansement consista en une tente, un gâteau de charpie et un cataplasme; l'enfant put se coucher. Je la revis le surlendemain, elle avait éprouvé un peu de soulagement. La fièvre de continue, qu'elle était pendant qu'un travail inflammatoire s'était établi dans l'épaisseur de la paroi abdominale et peut-être aussi dans l'organe malade lui-même, redevint intermittente quotidienne. Dans les visites successives que je fis à ma pauvre malade, jusqu'à l'époque de la mort qui eut lieu le 3 mars, je pouvais apercevoir au travers du large trou qu'avait produit mon incision, et en approchant une lumière, la vaste cavité qui existait. Le tissu de la rate était noirâtre, mamelonné, et fournissait, je ne dirai pas du pus, mais une sorte de bouillie brunâtre et infecte. Le pus que j'avais vu le premier jour et à mes deux ou trois premières visites semblait ne provenir que de la partie superficielle de la tumeur formée par les tégumens, les muscles et le tissu cellulaire sous-jacent.

J'ai eu à regretter de ne pouvoir faire l'ouverture du cadavre pour examiner de plus près les désordres organiques dont la rate était le siége. La mère ne voulut pas me faire prévenir le jour de la mort, comme je le lui avais demandé.

Après cet exposé des résultats de mes observations, je demande de nouveau aux médecins qui parcourront cet article, de vérifier les faits que j'avance. Je leur ai épargné le fastidieux détail d'un grand nombre de faits cliniques qui m'ont servi de matériaux. Ceux qui habitent des contrées marécageuses comme celle où je pratique reconnaîtront, je le crois bien, ce qu'ils sont accoutumés à voir; ceux d'entre eux qui ont des hôpitaux à leur disposition et qui font des autopsies nombreuses voudront peut-être le compléter. Pour moi qui ne puis entreprendre de parler *de visu* des caractères anatomiques du tissu hypertrophié de la rate, je suis obligé d'en référer à ce qu'ont vu d'autres observateurs, et que d'ailleurs j'ai pu, mais trop rarement vérifier. Je crois fermement que la rate hypertrophiée offre seulement des *congestions sanguines passives* qui envahissent son tissu tout entier, sans que la texture en soit altérée et sans qu'on y découvre, du moins dans la grande majorité des cas, aucune des dégénérescences qui d'ordinaire atteignent les autres organes parenchymateux. M. Bonnet, de Bordeaux, dans un traité des fièvres intermittentes, publié en 1833, a consacré à l'exposition des caractères anatomiques de ces fièvres, un chapitre à la fin duquel je lis (page 204) cette phrase dont j'adopte complètement les termes: « Les *congestions sanguines passives* se forment, pour ainsi dire, exclusivement dans la rate et dans le foie; la rate surtout en est si souvent le siége qu'il n'y a pas en quelque sorte de fièvre d'accès un peu ancienne où ce viscère n'offre une augmentation plus ou moins grande de volume. »

En résumé, et quoiqu'il manque ici un chapitre consacré à l'anatomie pathologique, je crois pouvoir admettre, comme conséquence de tout ce qui précède, que *les altérations de forme ou de volume dont la rate est le siége sont bien l'effet de la fièvre intermittente et ne doivent jamais en être regardées comme la cause.*

---

tite tumeur sur le péricrâne. Après bien des consultations il fut décidé qu'il fallait l'enlever, et sir A. Cooper fut choisi pour l'opération. Au jour indiqué il se rendit chez Sa Majesté. Lord Liverpool et plusieurs membres du cabinet occupaient une pièce contiguë à la chambre du roi. Quelques instans avant l'opération on s'aperçut qu'Astley Cooper était très pâle et agité. Lord Liverpool, remarquant son inquiétude, s'approcha de lui et lui saisissant la main fortement, lui dit: « Souvenez-vous que cette opération vous sauve ou vous perd. Courage, sir Astley. » Cette brusque apostrophe eut pour effet de remettre le chirurgien, et aussitôt toute apparence d'hésitation disparut de son visage, et il exécuta l'opération avec son sang-froid et son habileté accoutumés.

A. Cooper a été un des praticiens les plus laborieux et un des plus zélés professeurs; et c'est particulièrement par l'enseignement qu'il a brillé entre tous les chirurgiens de son temps. La richesse de ses connaissances pratiques, l'activité sans égale avec laquelle il les communiquait, et l'autorité que son nom et sa position scientifique lui avaient acquise, attiraient autour de lui la plus grande portion de la jeunesse médicale. Il était l'idole de ses élèves qui le suivaient en troupes, et de même que Linnée, qu'on représente suivi, dans ses excursions botaniques, par des centaines de disciples, le Dupuytren anglais traversait les salles de son hôpital, escorté par des centaines d'étudians qui écoutaient avec un religieux silence les moindres paroles qui sortaient de sa bouche. Les jours d'opération, la foule était plus pressée encore, et envahissait jusqu'aux derniers recoins du vaste amphithéâtre de Guy. Toutes ces circonstances rappellent ce qui se passait à l'Hôtel-Dieu de Paris il y a quelques années.

Les travaux chirurgicaux d'Astley Cooper sont connus en France par l'estimable édition qu'en ont donnée MM. Chassaignac et Richelot. Le but de cette notice de circonstance ne comporte ni une analyse détaillée, ni encore moins un jugement approfondi des mérites de ce chirurgien. Nous rappellerons seulement que ses écrits, conçus et rédigés sous un point de vue exclusivement pratique, offrent à peu près tout ce que la chirurgie anglaise a produit de plus remarquable pendant la première moitié de ce siècle. Astley Cooper, en effet, par une abnégation de personnalité, assez rare en Angleterre et ailleurs pour être citée, a mis à profit les travaux de la plupart de ses contemporains, qui, de leur côté, avec une abnégation bien plus grande encore, lui ont communiqué une foule de faits et de recherches inédites, qu'ils ont consenti à mettre sous le patronage d'un maître. Ses grands Traités des luxations et des fractures, des hernies, des maladies des testicules, du sein, etc. sont d'une richesse de faits et d'observations dont on avait peu de modèles. On y chercherait peut-être vainement ce grand tour d'originalité et ce cachet d'invention qu'on rencontre dans les œuvres des J.-L. Petit, des Hunter, des Scarpa. A. Cooper n'était pas probablement un esprit de cet ordre et de cette famille. C'était un praticien sagace, ingénieux, d'un jugement ferme et sain. Il avait plutôt le génie de l'opérateur que le génie du chirurgien. On trouvera dans ses œuvres des conseils utiles et variés sur des points de pratique multipliés, d'excellens exemples, mais peu de grands principes et de grandes méthodes. Il a écrit ce qu'il enseignait au lit du malade, et comme il l'enseignait; et, sous ce rapport encore, il se rapproche beaucoup du chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Mais si Astley Cooper n'a pas été, dans son art, un génie du premier rang, il est juste de lui accorder une des premières places parmi ces maîtres consommés destinés à servir de guide et d'appui à ceux qui viennent après eux.

§ II.

Pour apprécier d'une manière convenable et tout à fait rationnelle les modifications pathologiques dont la rate est le siége, et assigner à cet organe un rôle précis dans les fièvres intermittentes, il faudrait connaître quelles sont ses fonctions à l'état physiologique; mais la science est muette encore et nous sommes réduits aujourd'hui, comme il y a un siècle, à nombrer des hypothèses qui, pour la plupart sont entachées d'absurdités. Ecartant donc tout ce qui a été dit à ce sujet, je me borne à constater ce que nous ont appris l'anatomie et la physiologie expérimentale concernant ce qui se passe dans la rate, et avec ces données j'essaierai à expliquer les faits que j'ai signalés dans le paragraphe précédent.

1° La rate est un organe à trame facilement perméable et très extensible, éminemment vasculaire et dont le volume, variable suivant le sujet, est susceptible d'une augmentation et d'une diminution notable chez le même individu, dans des circonstances diverses.

2° Dans l'état physiologique, les vaisseaux de la rate sont gorgés de sang lorsque l'estomac est vide, et ils se désemplissent quand l'estomac lui-même est rempli d'alimens.

3° Toutes les fois que le sang, par une cause quelconque, reflue dans le système veineux, la rate s'engorge et se tuméfie plus ou moins par l'abord d'une plus grande quantité de ce liquide: c'est ce qui a lieu dans l'asphyxie, dans la syncope avec gêne ou interruption momentanée de la circulation; dans le froid vif et subit appliqué à la périphérie, etc., etc.

Or, que se passe-t-il dans l'économie au moment où un homme en pleine santé se trouve pris tout à coup par un premier accès de fièvre intermittente simple? Quelques douleurs vagues dans les membres se manifestent d'abord; un certain embarras à la tête et qui n'est pas encore de la céphalalgie proprement dite apparaît aussi et fait pressentir la maladie; un malaise général, des pandiculations, des bâillemens, un peu d'irrégularité et de lenteur dans la circulation, quelques modifications dans le rhythme respiratoire viennent ensuite. Bientôt le frisson succède à ces premiers symptomes, accompagné de froid aux membres inférieurs et aux régions dorsale et lombaire. Le malade est pâle à toute la surface du corps, quelquefois même le visage a une teinte bleuâtre et livide; la peau est sèche et froide au contact et recouverte de nombreuses petites élevures (chair de poule.) Le pouls est profond, petit, serré, souvent lent; les pulsations du cœur sont moins sensibles qu'à l'état normal, sa force impulsive semble lutter contre un obstacle; la circulation artérielle est évidemment moins active qu'à l'ordinaire; les veines sous-cutanées font plus de saillie sous les tégumens; le malade éprouve à l'intérieur plus de chaleur, comme si le calorique qui fuit de l'extérieur se concentrait au dedans; l'estomac, si par hasard il est plein et si l'accès débute peu après un repas, se contracte et repousse par le vomissement les alimens qu'il contenait.

Qu'est-ce qui a lieu alors dans tout l'arbre circulatoire?... L'action du cœur étant moins puissante et les artères superficielles et les vaisseaux capillaires, par une sorte de condensation de leur tissu ou, si on le préfère, se trouvant momentanément dans un état de contractilité permanente par l'impression du froid (1), les veines qui rapportent le sang vers le ventricule droit doivent se vider plus difficilement; il y a encombrement dans tout le système veineux, et la stagnation du sang noir doit avoir lieu de proche en proche, en plus grande abondance là où les veines sont plus nombreuses, plus extensibles et plongées dans des parties plus perméables, et par conséquent dans la rate. Celle-ci se tuméfie alors et devient le siége d'une *congestion sanguine passive*; son volume accru peut comprimer les organes voisins et comprime réellement l'estomac s'il se trouve plein; et si au moment du frisson l'estomac plein se vide par le vomissement, cette compression n'y serait-elle pas pour quelque chose, et ne peut-elle pas être regardée comme la cause qui provoque les contractions anti-péristaltiques qui s'y manifestent? Je le crois; mais en avançant cette explication toute mécanique, j'émets un doute et je comprends les objections qu'on peut lui adresser; je n'y attache pas au reste une grande importance..... Poursuivons: Si le frisson persiste pendant une heure et plus, cet embarras de la circulation durera pendant tout ce temps, le tissu spongieux et mou de la rate sera distendu de plus en plus; et cette distension pourra être assez grande pour que la sensibilité s'y développe; pour que le malade apprécie la douleur; pour que le médecin puisse, en palpant et en percutant l'hypochondre gauche, constater que la rate a momentanément acquis un volume plus considérable que celui qu'elle avait auparavant.

Le stade de frisson une fois terminé, la chaleur générale survient; la circulation devient plus active; la sueur lui succède, le mouvement circulatoire se ralentit peu à peu et revient par gradation à son rhythme normal; l'accès fébrile est à son terme. Tout alors rentre dans l'ordre, sauf un peu de fatigue et quelques autres phénomènes insignifians, pendant quelques heures si la fièvre est quotidienne, pendant deux ou trois jours si elle est tierce ou quarte. Qu'on remarque bien alors, comme nous l'avons vu plus haut, que la rate, momentanément tuméfiée pendant le frisson, diminue de volume pendant les stades de chaleur et de sueur et reprend, à très peu de chose près, du moins dans la plupart des cas, son volume normal pendant l'intermittence. Un nouvel accès survient-il, vous voyez se répéter la série des phénomènes que j'ai décrits et une seconde fois la rate devient le réceptacle de tout le sang que peuvent contenir ses nombreux vaisseaux. A la longue, cette suite d'atteintes successives amène un écartement ou plutôt un agrandissement des mailles spongieuses qui forment le tissu splénique, un épaississement des petites parois qui constituent ses cellules une induration de leur trame, un accroissement du calibre des vaisseaux; en somme une hypersplénotrophie. Il se passe peut-être là ce que nous voyons chaque jour survenir aux bras des boulangers, aux jambes des danseurs, dans l'ordre physiologique, parce qu'ils sont plus fréquemment et plus fortement exercés.

Que l'on suppose maintenant que le malade est un paysan habitué à voir régner chaque année la fièvre intermittente, et ne la redoutant pas; n'employant que des demi moyens pour se guérir et n'atteignant pas ou n'atteignant qu'incomplètement son but; que l'on suppose encore que sa fièvre est quarte et lui permet de se livrer tant bien que mal pendant deux jours

(1) J'accepte l'existence du froid comme un fait, sans chercher à expliquer comment il est produit; ce qui entre dans l'appréciation du mode d'action des causes qui produisent les fièvres intermittentes.

Peu d'hommes de notre profession ont eu une carrière plus brillante et plus heureuse, et une aussi grande existence. Ces exemples de haute fortune et de gloire sont rares; mais s'ils ne sont le lot que de quelques-uns, ils servent de but à tous. Ils jettent du lustre sur l'art, et, par suite, sur ceux qui l'exercent; et quand une de ces grandeurs exceptionnelles se montre quelque part, la profession tout entière doit s'en glorifier et y applaudir; et toute considération nationale doit s'effacer et se perdre dans l'unité de la science, et dans la solidarité de ceux qui la professent.

— A la suite des concours qui viennent de se terminer au Val-de-Grâce, ont été nommés:

A deux chaires de pathologie externe, vacantes dans les hôpitaux d'instruction de Metz et de Lille, MM. Goffres et Scrive. M. Goffres, agrégé à la Faculté de Montpellier, a réuni l'unanimité des suffrages.

A une chaire d'hygiène et de médecine légale, vacante à l'hôpital de Metz, M. le docteur Champouillon qui a obtenu la même distinction que M. Goffres.

Enfin, M. Milon, l'un de nos jeunes chimistes qui donnent le plus d'espérances et dont les travaux ont déjà été appréciés par l'Institut, vient d'être nommé professeur de chimie au Val-de-Grâce, à la suite d'un concours brillant.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Dans votre journal du 27 février dernier, p. 140, vous dites, à propos d'un mémoire de M. Raciborski: « Quant aux râles, M. Raciborski croit pouvoir en abréger la liste, et même réduire à deux seulement tous ceux qui ont été décrits par Laënnec et par ses successeurs. Ces râles, il les désigne par les noms de râles *bullaires* et de râles *vibrans*. » Or, cette distinction et cette dénomination des râles m'appartiennent entièrement. Il en est question très au long dans le second article de mon MÉMOIRE SUR L'AUSCULTATION, qui a paru au mois d'août dernier, dans les ARCHIVES, tandis que le travail de M. Raciborski n'a été publié dans l'EXPÉRIENCE qu'à la fin d'octobre. Je tiens d'autant plus à cette rectification, que la critique de votre journal passe, avec raison, pour être aussi impartiale qu'éclairée.

Agréez, etc. BEAU.

— CHIMIE ORGANIQUE APPLIQUÉE A LA PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE ET A L'AGRICULTURE, suivie d'un essai de Toxicologie; par JUSTUS LIEBIG, traduction faite sur les manuscrits de l'auteur; par CHARLES GERHARDT. Paris, 1841; 1 vol. in-8° sur papier vélin satiné. Prix: 7 fr. 50 c.

Chez Fortin Masson et Compagnie, successeurs de Crochard et Compagnie, libraires, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

sur trois à ses travaux habituels, ce qui augmente encore son incurie et sa sécurité; et l'on aura l'histoire de ces fièvres éternelles qui tourmentent la vie des habitans des campagnes, et qui amènent *après elles*, mais seulement au bout d'un certain temps, ces obstructions de la rate, ces hypersplénotrophies dont le développement a lieu avec lenteur et pour ainsi dire à l'insu de ceux qui les portent, et contre lesquelles ils viennent réclamer les secours de l'art lorsque déjà la rate a acquis un volume énorme.

Parmi les malades atteints de tuméfaction de la rate (et la plupart sont des enfans), on en rencontre aussi chez lesquels le foie acquiert un volume un peu plus grand. Quelques symptômes propres aux diverses affections chroniques de cet organe se montrent alors, et il devient le siége de diverses altérations pathologiques qu'il n'entre pas dans mon sujet d'examiner ici. Qu'il me soit permis de dire seulement à cette occasion, que ces diverses altérations, et notamment l'induration et l'accroissement de volume qui est proportionnellement beaucoup moindre que celui de la rate, peut s'expliquer aussi par l'abord répété du sang par la veine porte, et par la stagnation qui s'en suit dans le tissu hépatique; mais les effets de cette accumulation réitérée du sang dans le foie, doivent être et sont en effet différens, parce que la trame organique qui le compose est plus dense, moins perméable, moins spongieuse que celle de la rate; et parce qu'en outre l'anatomie pathologique nous a appris que le foie est sujet à des dégénérescences, à des altérations de tissu que l'on n'a pas, du moins que je sache, observées dans la rate.

Un troisième phénomène, produit par les fièvres intermittentes, c'est l'hydropisie, qui est toujours accompagnée et précédée de l'intumescence de la rate. Qui ne conçoit la production de cette exhalation par l'irritation latente et chronique de la séreuse abdominale et par l'embarras si souvent répété de la circulation veineuse dans cette cavité (1)?

L'hypersplénotrophie, les diverses altérations du foie et l'ascite, que j'ai été amené à signaler en quelques lignes seulement, sont donc les EFFETS, *la* CONSÉQUENCE *de la fièvre intermittente; et certainement ni la rate, ni le foie, ni le péritoine ne sont primitivement atteints et ne sont le siége d'une maladie primitive quelconque qui puisse être regardée comme la* CAUSE *de la fièvre intermittente.*

Cette conclusion, à laquelle j'ai été conduit par induction et en partant d'un raisonnement, qui peut être contesté, sans doute, mais qui pourtant me paraît avoir quelque poids, cette conclusion, dis-je, est de tout point conforme à celle que j'ai pu déduire plus haut de l'étude des faits.

Quant au siége des fièvres intermittentes, je m'abstiens de le rechercher dans ce moment. Cette question si controversée n'a pas fait un seul pas, à mon avis, depuis que la tendance à la localisation des maladies a fait éclore sur la matière un si grand nombre d'écrits. Ni les chaleureux plaidoyers des premiers médecins physiologistes en faveur de la gastrite et de la gastro-entérite, ni les assertions de M. Boisseau (pyrétologie physiologique), ni les preuves prétendues péremptoires de M. Bonnet (ouvrage cité) ne sont parvenus à me faire découvrir une irritation ou une inflammation dans la fièvre *intermittente simple*. Il existe des fièvres intermittentes pendant les accès desquelles on observe des phénomènes inflammatoires qui atteignent le cerveau, les poumons, la plèvre, les bronches, la muqueuse gastro-intestinale, etc., on, en d'autres termes, il existe des *phlegmasies intermittentes*. Cela est vrai, très vrai, je l'ai vu, et vu fréquemment. Mais tout cela constitue un ordre de faits qui ne me semblent pas de nature à autoriser la conclusion qu'on en a tirée, savoir, que la fièvre *intermittente simple*, sans symptômes d'inflammation ou d'irritation quelconque, n'en est pas moins pour cela une inflammation et une irritation périodique.

La fièvre intermittente simple et sans symptômes d'inflammation est un autre fait que je constate, et que je me crois autorisé par l'observation à proclamer; et, dans l'état actuel de la science, je serais plutôt porté à regarder ce *phénomène capital de l'intermittence*, qui vient imprimer son cachet aux phlegmasies et s'ajouter aux symptômes qui leur sont propres, comme un effet des causes productrices de la fièvre sur le système nerveux, sans qu'il me soit possible d'expliquer comment agissent ces causes. Cette opinion n'est pas nouvelle, je le sais, et quelques pathologistes diront de moi, comme des anciens médecins, que je fais, en parlant ainsi, l'aveu de mon ignorance; cela peut être; mais je signale la direction dans laquelle, suivant moi, l'on doit marcher pour arriver à la découverte de la vérité. Il y a là quelque chose que ni eux ni moi ne connaissons encore.

§ III.

Essayons maintenant de tirer parti de tout ce qui est établi ci-dessus, pour arriver au point essentiel, à l'indication d'un traitement propre à empêcher ce développement morbide de la rate, et à le guérir quand il existe. La question est complexe et doit être divisée. Examinons donc 1° la fièvre intermittente simple primitive, à son état aigu, avec augmentation légère et peu sensible du volume de la rate; 2° la fièvre intermittente simple, déjà chronique, avec un commencement de tuméfaction splénique, lorsque la rate descend à plusieurs pouces déjà au-dessous du rebord des fausses côtes; 3° la fièvre intermittente très ancienne et accompagnée d'hypertrophie considérable et d'induration de la rate, avec ou sans épanchement de sérosité dans la cavité péritonéale, avec ou sans hypertrophie concomitante du foie.

A. Dans les cas de fièvre intermittente simple et au début, l'état de la rate ne doit nullement préoccuper le praticien. Que l'on enraie de suite les accès, et par le fait seul de la cessation de la fièvre, on verra disparaître spontanément la très faible tuméfaction de la rate que l'on aura pu remarquer. Si la fièvre intermittente s'accompagnait (chose assez rare, et que cependant on voit parfois, comme j'en ai cité plus haut un exemple) de douleur à la région splénique, douleur qui se manifeste à la pression et quand le malade tousse ou qu'il fait un mouvement dans son lit, quelques topiques émolliens ou narcotiques suffiront pour modérer ou faire disparaître cette douleur, qui n'est nullement un symptôme d'inflammation de la rate. Si l'on jugeait convenable dans ce cas de tirer du sang au malade, il me paraîtrait rationnel de pratiquer une saignée générale *déplétive* plutôt que d'appliquer des sangsues ou des ventouses scarifiées. La saignée locale ne me paraît nullement indiquée, et je ne l'emploie pas en pareil cas. Je m'abstiens d'entrer dans quelques détails au sujet du traitement fébrifuge; j'en réfère au mémoire que j'ai publié dans la GAZETTE MÉDICALE (janvier 1841, n° 1).

B. La fièvre intermittente a-t-elle revêtu la forme chronique et la tuméfaction splénique est-elle devenue permanente avec pesanteur, induration, quelquefois douleur, accroissement journalier de volume dans tous les sens? Il devient utile alors, tout en employant le traitement fébrifuge, de fixer son attention sur la rate et de combattre, par une médication accessoire, ce symptôme de la maladie.

Or, voici le mode de traitement auquel je me suis arrêté, et duquel j'ai retiré un grand avantage dans beaucoup de cas de ce genre. Dès le début du traitement, et pendant plusieurs jours, j'administre avec persistance le sulfate de quinine à assez forte dose (voir le numéro cité), et je ne tarde pas à me rendre maître de la fièvre. Je prescris en même temps des frictions sèches, ou d'eau légèrement sinapisée, sur la région splénique et sur tout l'abdomen, le matin et le soir, et, en outre, l'usage habituel d'une large ceinture, qui comprime assez fortement le ventre. Dès que les accès ont disparu, ou du moins ont considérablement diminué d'intensité, je continue à donner du sulfate de quinine à faible dose, ou bien, de préférence, je mets le malade à l'usage quotidien de la décoction, ou du vin de quina, en lui prescrivant de conserver sa ceinture compressive et de prendre chaque jour autant d'exercice à pied que peuvent lui permettre ses forces. Le voisinage de la mer m'a permis d'en prescrire les bains avec avantage.

Chez certains malades apathiques, à tempérament bilieux, chez des femmes qui ont de la répugnance pour la promenade et pour un exercice de chaque jour, je me suis assez bien trouvé de quelques purgations par des sels neutres, de l'eau de Sedlitz; chez les enfans, j'emploie de loin en loin le calomel avec quelque avantage. Cependant les purgatifs, pour produire de bons effets, doivent être employés avec modération et surtout avec discernement. Quand il existe une affection organique du tube intestinal, quand on recourt à des agens trop irritans, on court le risque de voir reparaître la fièvre avec plus d'intensité sous l'influence d'une purgation.

Dans un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes simples, et dont je ne connais que les conclusions (GAZ. MÉD., 1840, pag. 301), M. le docteur Nouat, d'accord en cela avec M. le docteur Lévy (GAZ. MÉD., 1840, pag. 342), signale comme un puissant auxiliaire contre les engorgemens de la rate l'emploi des ventouses scarifiées. Tout en attachant, comme ces deux médecins, une très grande importance à l'usage persévérant de la médication fébrifuge, je ne puis partager leur avis sur l'opportunité de l'application des ventouses scarifiées. Avec la conviction que j'ai que la rate n'est pas le siége d'une inflammation, mais bien d'une *congestion sanguine passive*, je ne vois pas l'avantage que l'on peut retirer d'une ou de plusieurs saignées locales chez des sujets d'ailleurs dont la constitution est toujours plus ou moins détériorée.

(1) M. le docteur Lévy, professeur au Val-de-Grâce, a inséré à ce sujet, dans la GAZETTE MÉDICALE du 30 mai 1840, un excellent article, dans lequel je rencontre une doctrine qui est tout à fait la mienne, tant pour ce qui concerne la cause première de ces hydropisies que pour ce qui regarde la direction à donner au traitement. Je serais surpris qu'il en fût autrement, car M. Levy a observé, comme moi, dans une contrée où les fièvres intermittentes sont endémiques.

Si les ventouses scarifiées ont produit quelque bien dans les circonstances indiquées par MM. Nonat et Lévy, elles ont, à mon avis, agi comme topique irritant en activant la circulation abdominale. Les ventouses sèches, répétées sur tout l'abdomen, auraient atteint le but tout aussi bien, et leur action est à peu près la même que celle des frictions dont j'ai plus haut signalé l'usage. Les émissions sanguines locales par elles-mêmes sont, je crois, inutiles, sinon nuisibles.

Lorsqu'après la disparition de la fièvre la rate a repris ou à peu près son volume normal, il est convenable que les malades continuent à porter la ceinture abdominale, pour qu'à la longue le tissu de la rate reprenne sa consistance première et revienne complètement sur lui-même. Si la maladie n'est pas trop ancienne, si la fièvre ne remonte pas à plusieurs années, la guérison est entière au bout de deux ou trois mois, et le malade demeure dans des conditions normales.

C. Mais si la fièvre remonte à plusieurs années, et cela n'est pas rare; si la tuméfaction de la rate est poussée à un point extrême et accompagnée d'hypertrophie du foie ou d'un commencement d'ascite, il est une autre série de moyens locaux, à laquelle il faut recourir toujours, en employant concurremment la compression, et surtout en insistant sur la médication fébrifuge à l'intérieur, sans laquelle il n'y a pas de succès possible.

J'ai signalé dans mon premier mémoire l'emploi d'un emplâtre de *vigo cum mercurio*, dans lequel on incorpore le sulfate de quinine à la dose de 4, 6, 8 grammes même, et que l'on applique sur toute l'étendue de la rate tuméfiée, pour l'y laisser pendant plusieurs semaines, et même plusieurs mois. M. le docteur Voisin, de Limoges, a, comme moi, et avant moi, signalé ce moyen. J'ai eu lieu de l'employer fréquemment depuis quelques années et de m'en féliciter. Dans quelques cas, où le prix élevé de cette préparation s'oppose à ce qu'on en puisse faire usage sur des malades pauvres, j'ai usé avec avantage de frictions quotidiennes avec la teinture de quinquina, ou même avec la teinture de gentiane, en ayant soin de nettoyer de temps en temps, par des lotions savonneuses, la peau, qui reste salie par ces frictions. Des frictions d'eau sinapisée, des vésicatoires volans, appliqués tous les cinq à six jours, m'ont aussi réussi quelquefois. Enfin, j'ai aussi usé, mais trop rarement pour la recommander, de la pommade stibiée, à titre d'irritant, et d'exutoire dans des cas spéciaux.

Des boissons diurétiques et des purgations légères de loin en loin, comme je l'ai indiqué plus haut, sont utiles parfois et suivant les circonstances. Quand le foie est atteint, par exemple, et qu'il y a suffusion ictérique, les sels neutres sont indiqués. Si le péritoine a été le siége d'une exhalation commençante, les boissons nitrées, les tisanes diurétiques auront leur avantage.

Qu'on ne perde pas de vue, je veux le répéter encore en terminant, tant cela me paraît important, que tout l'ensemble de cette médication dirigée contre les conséquences de la fièvre intermittente ne peut avoir d'efficacité qu'autant que l'on combattra avec persévérance et opiniâtreté le principe de la maladie par la médication fébrifuge, par le sulfate de quinine ou le quinquina.

La guérison arrive enfin, sinon dans la majorité des cas, au moins assez souvent encore; mais les malades, quand leur affection est très ancienne et a duré pendant plusieurs années, conservent presque toujours la rate un peu tuméfiée. Ceux de tous chez lesquels on voit le plus souvent et à la longue disparaître toute trace d'hypersplénotrophie, sont les enfans. Je viens aujourd'hui même, et avant de clore ce travail, de visiter une jeune fille âgée de 14 ans, à laquelle j'ai donné, il y a six ans, des soins pour une fièvre intermittente chronique, avec une énorme intumescence de la rate, remontant presqu'à l'époque de sa naissance. Le traitement a duré sept à huit mois. Aujourd'hui, la rate a repris son volume normal; c'est-à-dire qu'elle est cachée dans l'hypochondre, ne fait pas de saillie au-dessous des côtes, et ne présente aucune sensibilité quand on la comprime. Cette jeune fille, née de parens pauvres, a été recueillie orpheline et malade à l'âge de 7 ans, par une dame charitable qui a voulu l'élever et avant tout la faire guérir. Nuls soins n'ont été épargnés: un traitement régulier a été suivi avec ponctualité et pendant longtemps, et le succès a été complet. Sans la bienfaisance de sa protectrice, cette pauvre enfant eût, sans le moindre doute, augmenté le nombre des victimes de l'insalubrité du climat.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

SUR LA GUÉRISON DU BÉGAIEMENT AU MOYEN D'UNE NOUVELLE OPÉRATION CHIRURGICALE; lettre adressée à l'Institut de France; par M. le docteur J.-F. DIEFFENBACH, de Berlin.

Depuis longtemps déjà le bégaiement attirait mon attention, et je désirais d'autant plus trouver un moyen de le guérir d'une manière prompte et radicale, que plusieurs bègues, qui s'étaient crus délivrés de cette infirmité, étaient bientôt retombés dans leur ancien état, et que d'autres avaient reçu sans aucun résultat les leçons des plus habiles maîtres. Tout à coup, l'idée me vint que le changement opéré dans l'innervation des muscles de la langue par la section de la partie musculaire de cet organe amènerait peut-être la guérison. Le succès a justifié de la manière la plus brillante cette nouvelle opération.

Cette pensée de guérir le bégaiement par la section des muscles de la langue se présenta pour la première fois à mon esprit en entendant une personne qui louchait me prier, en bégayant, de l'opérer. Elle était affectée d'un strabisme spasmodique des deux yeux (*strabismus concomitans cum nystagmo*). Dès-lors, en y faisant plus attention, je remarquai que plusieurs louches avaient en même temps un vice de prononciation. Ils louchaient presque toujours d'une manière convulsive certains jours plus que d'autres, ce qui avait aussi lieu pour le bégaiement. La difficulté momentanée, ou même l'impossibilité complète de prononcer certaines consonnes, syllabes ou mots, variait, ainsi que leur maladresse dans l'emploi mécanique qu'ils faisaient de leur langue dans certaines circonstances. Comme je pensais que le dérangement dans le mécanisme du langage qui produit le bégaiement avait une cause dynamique, et que je le regardais comme un état spasmodique des voies aériennes, qui résidait surtout dans la glotte et qui se communiquait à la langue, aux muscles du visage et même du cou, je devais aussi croire qu'en interrompant l'innervation dans les organes musculaires qui participaient à cet état anormal, je parviendrais par là à le modifier ou à le faire cesser complètement. Ce qui était arrivé lorsque je fis la section des muscles de l'œil dans le nystagme du bulbe (*nystagmus bulbi*) (1), et lorsque j'eus recours à la même méthode dans le strabisme spasmodique, et dans les crampes des muscles du visage, me confirma dans cette idée (2).

C'est par cette raison que la section transversale de toute la musculature de la langue me parut une entreprise digne de la tenter, et de la réussite de laquelle j'étais intimement convaincu, comme de l'efficacité de la section transversale des muscles dans un grand nombre de maux spasmodiques. Pour me soustraire au reproche de partialité que j'aurais pu m'adresser moi-même, de n'essayer qu'une méthode d'opération, je résolus d'exécuter de différentes manières et avec différentes modifications la coupe transversale de la racine de la langue, pour faire cesser l'innervation vicieuse, opération de laquelle seule j'attendais quelque succès.

J'ai jusqu'ici essayé trois méthodes différentes, qui toutes ont pour but la séparation totale des muscles:

1° La section horizontale transverse de la racine de la langue;

2° La section sous-cutanée transversale de la racine de la langue, avec conservation de la muqueuse;

3° La section horizontale de la racine de la langue, avec excision d'une pièce triangulaire dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur.

C'est particulièrement sur cette dernière méthode que j'avais fondé le plus d'espérance de succès, beaucoup plus que sur les deux autres, parce qu'elle avait pour résultat le raccourcissement de la langue, et qu'elle lui procurait la facilité de se porter à volonté contre la paroi supérieure de la cavité buccale, mouvement qu'on cherche surtout à développer dans les leçons que les bègues reçoivent pour se corriger de ce défaut.

Cependant, comme cette méthode lésait bien davantage les parties, qu'une simple section, avec la séparation de la muqueuse ou sans elle, je ne voulus pas m'en tenir là, mais aussi tenter les deux autres plus faciles à exécuter.

(1) S. meinen Aufsatz, UEBER DIE OPERATION DES SCHIELENS, IN CASPER'S WOCHENSCHRIFT.

(2) I-F. Dieffenbach, UEBER DIE DURCHSCHNEIDUNG DER SEHNEN UND MUSKELN. Berlin, 1841.

L'appareil instrumental est très simple; il se compose d'une pince de Müzeux, d'une pince plus petite, droite, dentée, d'un crochet double à manche, d'un bistouri à fistule étroit, long, falciforme et aigu, d'aiguilles fortement arquées, munies d'un fil de soie quadruple, d'une pince courte, épaisse, ressemblant à une pince droite pour les dents, propre à conduire les mêmes aiguilles. Ce sont les mêmes aiguilles et la même pince que j'emploie dans l'opération de la rupture du périnée.

Obs. I. — Je fis la première opération du bégaiement le 26 janvier 1841, sur Fréderic Dœnau, de Berlin, âgé de 13 ans; enfant éveillé et plein de talens. Je choisis celle des trois méthodes ou une partie triangulaire de la racine de la langue excisée, parce que j'en attendais davantage.

Avant de décrire l'opération, je dois entrer dans quelques détails sur le bégaiement même.

Dès sa plus tendre enfance, ce jeune homme avait si fort bégayé qu'on le regardait comme incurable. Ce vice était tantôt plus fort, tantôt plus faible, quelquefois le mettait dans l'impuissance de prononcer un seul son, ou bien c'étaient certains mots qu'il bégayait, tant en allemand que dans les langues latine et française. Ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'il prononçait les sifflantes (*s*, *z*, *fs*) et les gutturales (*g*, *k*, *ch*, *x*); lorsqu'il parlait, on ne pouvait distinguer les lettres dures (*p*, *t*, *k*) des douces (*b*, *d*, *g*). Souvent il répétait la même lettre quatre fois de suite: le begaiement restait le même, qu'il parlât bas ou haut, ou même qu'il élevât la voix jusqu'à crier. Plus souvent il lui était impossible de parler, ou il n'émettait que des sons a demi articulés. La présence d'une personne etrangère lui causait un trouble complet: son visage se crispait convulsivement, les lèvres tremblaient en se mouvant avec rapidité de haut en bas, les paupières s'écartaient avec force l'une de l'autre, et les aîles du nez prenaient part à ce travail convulsif. Pendant ce temps, la langue était raide, ou bien se mouvait en tous sens dans la bouche; les muscles du cou, la trachée-artère et le larynx s'agitaient convulsivement, et ce n'était qu'avec des peines inouïes que le jeune homme, victorieux de ce combat intérieur, parvenait à proférer un mot estropié. Le parler lui devenait alors plus aisé, un mot en chassait un autre, jusqu'à ce que, par le flux de paroles qu'il ne pouvait contenir, il commençait à s'embrouiller et à balbutier de nouveau. Cette espèce d'horreur toute particulière qu'éprouvent quelques bègues à prononcer certains sons, a une grande analogie avec l'etat d'agitation et d'angoisse que procure aux hydrophobes la vue de l'eau; c'est pourquoi on pourrait la désigner sous le nom de phonophobie. Le maître distingué de l'enfant, M. Rappmund, lui a donné les soins les plus assidus; c'est à ses efforts que le jeune Dœnau est redevable des progrés extraordinaires qu'il lui a fait faire dans les langues et dans les sciences, malgré les grands obstacles qu'il a eu à surmonter. Ce fut avec une grande joie que la mère de cet enfant accepta la proposition que je lui fis de tenter un essai pour la guérison de son fils. Deux personnes seulement m'assistèrent pendant l'opération, MM. les docteurs Holthoff et Hildebrandt.

Voici la marche que je suivis pour opérer. Le jeune homme était assis sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un assistant. Je fis tirer la langue autant que possible, puis la saisis dans la partie antérieure avec une pince de Müzeux, de manière que les crochets de la pince pénétrassent dans les bords: en serrant les branches de l'instrument, la langue fut ainsi comprimée latéralement et son volume devenait plus étroit tout en gagnant en épaisseur, deux conditions favorables à l'exécution de l'opération.

Pendant qu'un des aides amenait la langue autant que possible en dehors et un peu de côté, et que l'autre retirait en arrière avec des crochets obtus les coins de la bouche, je saisis avec le pouce et l'index de la main gauche la racine de la langue et la relevai en la comprimant latéralement. Cela fait, j'enfonçai la lame de mon bistouri dont le taillant etait dirigé en haut, dans la partie gauche de la racine de la langue et après avoir fait penétrer mon instrument jusqu'au point opposé à celui où j'étais entré, je terminai de bas en haut la section complete. Après avoir fixé le bord postérieur de la plaie avec une forte suture, je saisis avec une pince munie de pointes le bord antérieur et l'ayant ainsi comprimé latéralement, j'enlevai dans toute l'épaisseur de la langue de haut en bas, un morceau de 18 millimètres en forme de coin. Pour cette dernière section, je me servis d'un petit bistouri droit préferablement au bistouri à fistule.

La lèvre postérieure fut, au moyen de la suture dont j'ai déjà parlé et d'un double crochet, amenée assez en avant pour que je pusse recoudre. Six forts points de suture réunirent la plaie et empêchèrent l'hémorragie d'autant plus sûrement que j'avais eu soin de les faire pénétrer dans le fond même de la blessure. La perte de sang fut assez considérable, ce qui est tout naturel lorsqu'on réfléchit à la nature des organes sur lesquels se pratique cette opération delicate et qui exige une main exercée.

Je demandai au jeune malade, dès qu'il se fut gargarisé la bouche avec de l'eau froide, de prononcer quelques mots qui lui avaient présenté le plus de difficulté.... il ne bégayait plus. Seulement les contorsions des muscles du visage continuèrent comme auparavant.

Le malade, immédiatement transporté au lit, fut soumis à un traitement rafraichissant.

A part une agitation fébrile dans les premiers jours qui suivirent l'opération, une légère tuméfaction de la langue, de la gêne dans la déglutition, aucun symptôme inquietant ne se manifesta. L'acte de la parole était encore accompagné de contorsions dans les muscles du visage, mais le bégaiement ne se montra plus. Le cinquième jour j'enlevai trois sutures. La tuméfaction de la langue avait considérablement diminué le sixième; j'enlevai les trois derniers fils. Au septième jour, la plaie était complètement guérie; on ne remarquait plus qu'une légère enflure à la base de la langue, et le jeune homme était entièrement rétabli.

Pas la plus petite trace de bégaiement, pas le plus léger mouvement convulsif dans les muscles du visage ni dans les lèvres n'est demeuré.

La prononciation est tout à fait pure, sonore et rapide: l'émotion et la surprise ne causent plus aucune interruption dans le langage, que le jeune homme parle, lise, s'entretienne avec ses proches ou avec des inconnus. Dix jours après l'operation, j'eus l'honneur de le présenter à son Excellence M. le baron Alexandre de Humboldt, qui l'examina avec le plus grand intérêt et put se convaincre de son entière guerison. Plusieurs medecins connus ont été les témoins de cet heureux résultat. MM. Schœnlein, Muller, Lichtenstein, Krause, Romberg et Busse ont vu le jeune Dœnau: le dernier de ces messieurs l'interrompit tout à coup pendant sa lecture, en lui demandant de prononcer le mot preobadschenskoy qu'il répéta aussi vite qu'on le lui avait demandé. Les membres de la société médicale de Berlin ont aussi accordé leur attention à ce cas de guérison.

Encouragé par l'entière réussite de ce premier essai, j'entrepris la seconde opération qui, exécutée d'après les mêmes principes, eut un résultat aussi heureux.

Obs. II. — Frédéric Keil, âgé de 16 ans, d'une taille grande et svelte, d'une constitution délicate, bégayait depuis sa sixième année, après avoir eu peu de temps auparavant une grave inflammation du poumon. L'année suivante il eut de nouveau la même maladie, et après la guérison il parut bégayer plus fortement qu'auparavant. Le père de ce jeune homme, instituteur à Potsdam, a neuf enfans dont plusieurs sont atteints de cette infirmité: les deux filles aînées en sont exemptes; le frère qui vient après elles bégayait de temps en temps; deux autres fils plus jeunes ne bégaient pas: un autre plus jeune encore a bégayé quelque temps dans son enfance; la cadette de la famille, un enfant de 3 ans, bégaie fortement. Le père lui-même a souffert jusqu'à sa sixième année de ce défaut, qui l'a quitté tout-à-coup à cette époque.

Ce sont surtout les lettres *b*, *p*, *d*, *t*, qu'il avait le plus de difficulté à articuler; pour prononcer les labiales *b* et *p* il pressait fortement les lèvres l'une contre l'autre et tenait la bouche fermée avant de pouvoir produire ce son; pendant ce temps il appuyait la langue contre la rangée superieure des dents; il prononce les dentales *d* et *t* avec les lèvres ouvertes: il commence par appuyer un moment la langue contre les dents de la rangée inférieure, sans toutefois produire de son, puis la reporte avec rapidité entre les dents, et il finit par prononcer ces lettres en ne produisant qu'une fois le son *d*, *t*, ou en le redoublant *dddd*, *tttt*; quand une syllabe commence par une des sifflantes *s* ou *sch*, il tient les deux rangées des dents légèrement écartées l'une de l'autre, puis en répétant la sifflante, fait échapper l'air entre elles jusqu'à ce qu'il parvienne à articuler la syllabe qui n'est jamais qu'un son indistinct *ssss an-ft*, *sch schw-a-rz*. Il prononce sans peine les gutturales *g*, *k*, *ch*, pour l'articulation desquelles la langue joue plutôt un rôle passif; il les répète cependant plusieurs fois de suite dans la vitesse du discours, par exemple, *ku-ku-kurrz*.

La manière dont Keil prononce les voyelles mérite une mention particulière: le fait-il lentement, alors il les prononce bien, résultat qu'il a obtenu par les efforts et les excellentes leçons qu'il a reçues pour se corriger de ce défaut; mais s'il prend moins garde à lui, le son n'est plus pur, on entend aussitôt *h-ha*, *hhe*, *hii*, *h-o-ho*; quant à *und*, il n'a jamais pu le prononcer autrement que *hhund*. Il en est de même pour les consonnes que l'on fait précéder d'une voyelle comme *f*, *l*, *m*, *n*, *r*, et la sifflante *s*, il les prononce *heff*, *hell*, *hemm*, *henn*, *herr*, *hess*.

Outre ces anomalies dans la formation des sons dans le larynx et dans leur articulation dans la cavite buccale, on remarque encore chez Keil des phénomènes particuliers par rapport à la manière dont il chasse l'air hors de la bouche en parlant. De temps à autre la colonne d'air sort des poumons, traverse la trachée-artère et la glotte, arrive dans la bouche, sans que Keil puisse la contenir et sans qu'aucun son soit produit. La cause en est que les organes de la cavité buccale dont le but est de former le ton produit dans la glotte et surtout des muscles glossolaryngiens, sont empêchés par une espèce de contraction involontaire d'exécuter l'action qui est nécessaire pour articuler. Lorsqu'un ton défectueux s'est ainsi échappé, Keil inspire de nouveau avec peine, élève le diaphragme et la cavité pectorale, porte la langue dans la bonne position et articule alors le son d'une façon convenable.

L'expression de ce jeune homme plein de talens a quelque chose de souffrant et de triste; lorsqu'il parle, les mouvemens de son thorax et de la trachée-artère sont d'une nature spasmodique. Dans ce cas-ci le bégaiement présente un caractère intermittent avec un type irrégulier et augmente beaucoup lorsque le jeune homme est embarrassé: avec ses frères et sœurs il parle quelquefois assez couramment; la moindre chose étrangère, la présence d'une personne à laquelle il n'est pas accoutumé, le trouble, et alors sa pensée, quoique toute formée, ne peut se communiquer par la parole, parce que les muscles exécuteurs de la volonté sont empêchés subitement dans leur action par des contractions spasmodiques.

Je fis l'opération le 19 janvier 1841, en présence de MM. Juengken, Romberg, Baum, de Siebold, Trettenbacher, Keil, Hauck, Buebring, Hildebrandt.

J'operai dans ce cas-ci, d'après la méthode où l'on enlève une pièce dans toute la largeur de la racine de la langue à peu près, suivant la manière que j'ai décrite dans le premier cas déjà cité. Après avoir fixé la langue au moyen d'une pince à crochets, je fis une forte suture dans sa partie postérieure, aussi en arrière que je pus atteindre; puis ayant transpercé, avec un bistouri à fistule, la racine de la langue à sa base, j'opérai la section complète de bas en haut; je saisis le bord antérieur de la blessure avec une pince munie de pointes à la surface interne de ses becs, et j'enlevai dans toute la largeur et l'épaisseur de la langue un morceau triangulaire de 18 millimètres. La réunion des bords de la plaie fut operée par six forts points de suture. La perte de sang, quoique assez considérable, cessa complément après l'application des sutures.

Dès que l'opération fut achevée, j'essayai de faire prononcer au jeune homme quelques mots, ce qu'il put exécuter sans le moindre bégaiement, mais avec la gêne qui résulte naturellement d'une opération pratiquée sur la langue. J'or-

donnai une diète sévère et des gargarismes répétés. Aucun symptôme ne se montra, à part une tuméfaction médiocre de l'organe lésé; l'état du malade était semblable à celui qui serait causé par une angine catarrhale. La déglutition était un peu gênée et la langue chargée; cependant trois jours après l'opération il put quitter le lit. Il prononçait déjà quelques mots sans bégayer. Le quatrième jour la langue ne présentait presque plus de tuméfaction; ses mouvemens étaient beaucoup plus libres, et le patient pouvait déjà prononcer de petites phrases sans bégayer et sans faire de grimaces. Le cinquième jour, il se trouvait bien; je retirai de la langue un des fils et les deux jours suivans les autres. Huit jours après l'opération, le jeune homme était complètement guéri, tant de son bégaiement que de sa blessure. Un grand nombre de médecins, qui l'ont vu depuis lors, peuvent confirmer l'heureux résultat de cette opération.

Un opérateur peu exercé pourrait modifier la méthode employée dans ces deux cas, en tant que dans la section de la langue de bas en haut, il laisserait intacte une partie de la muqueuse jusqu'à ce qu'il eût fixé, au moyen d'une suture, le bord postérieur de la plaie, et l'ayant ainsi en sa puissance, il pourrait achever la section complète en coupant le pont formé par la muqueuse. L'opération suivante eut tout à fait le résultat que j'en attendais.

SECTION SIMPLE ET HORIZONTALE DE LA RACINE DE LA LANGUE.

Je n'ai pratiqué jusqu'à présent la simple section en travers de la langue que dans quatre cas: elle fut sans résultat dans le premier qui était compliqué d'un état paralytique de la langue. La guérison de la plaie chez les trois autres n'est pas encore complète, mais le bégaiement a déjà entièrement cessé.

Obs. III. — Charles Stephan, âgé de 13 ans, d'une constitution faible et d'un développement intellectuel borné, fut affecté, dès sa seconde année, d'un strabisme concomitant; à l'âge de 6 ans, il perdit la parole, apparemment par suite d'une attaque d'apoplexie, et il en demeura privé l'espace de trois mois, pendant lesquels il ne pouvait produire que des sons inarticulés. Il apprit peu à peu, quoique avec beaucoup de peine, à prononcer quelques mots isolés; cependant, ses progrès furent extrêmement lents. Maintenant, sa manière de parler est si imparfaite, qu'il n'est pas en état de fréquenter les écoles.

A la vue d'un étranger, la figure de ce jeune homme exprime un sentiment d'embarras et de crainte, il louche plus fortement, et ses yeux se portent tour à tour vers l'angle interne et externe de l'orbite. Lorsqu'il essaie de parler, sa figure se contracte comme celle d'un singe; les muscles du cou commencent à travailler d'une manière violente, sa tête vacille, et dès qu'il veut ouvrir la bouche, ses lèvres tremblent, et la salive découle avec abondance.

Ce n'est qu'avec des peines inouïes qu'il prononçait de la manière suivante les lettres de l'alphabet, en s'interrompant souvent de sanglots, de soupirs, de courtes inspirations et de longues expirations *a a a ah ah, be be weh eh, ceh ceh ceh, dedeh he, e e e eh eh, ha he ha, gegeh hege, hahah ha, i i i ih, ka kah, a ahl l, ha hahm em em mem, en n n en, o o o oh oh, pe pe p ep e peh, kuh huh, er r r, e ess, at the, ouh, vauh, h wah, i i ih hix, ipsi ipsi ipsilon, ha haz a zed*. Il ne parvenait à prononcer la lettre *p* qu'en faisant les plus fortes grimaces, en ouvrant grandement la bouche et en agitant violemment les mâchoires. Le mot *Vater* lui offrait surtout de grandes difficultés.

Pour l'opération, je fixai la langue, comme dans le cas précédent, et l'incisai transversalement à sa racine. Six fortes sutures réunirent exactement les bords de la plaie, et suffirent pour arrêter la perte de sang, qui avait été assez abondante. Immédiatement après l'opération, le bégaiement avait entièrement cessé, et les contorsions de la face étaient beaucoup moins fortes; il pouvait prononcer plusieurs lettres, le *p*, même le mot *Vater*, sans hésiter. Le malade suivit un traitement rafraîchissant; la réaction fut faible et l'enflure de la langue peu considérable; ce qui toutefois lui fut le plus à charge était une forte sécrétion de salive. Le quatrième jour, j'enlevai trois sutures, et le cinquième les trois autres; l'enfant se trouvait tout à fait rétabli. J'ai été assisté par MM. Holthoff, Buehring et Hildebrandt. L'operation n'a, du reste, pas produit une amélioration bien sensible dans le langage de ce jeune homme; ses grimaces sont cependant moins fortes.

SECTION SOUS-CUTANÉE DE LA RACINE DE LA LANGUE.

Je fis la section sous-cutanée de la langue dans le cas suivant, pour examiner l'importance de cette méthode, par rapport à la facilité ou à la difficulté de son exécution.

Obs. IV. — Herrmann Hirschberg, de Berlin, âgé de 17 ans, peintre de profession, d'une intelligence assez bornée, bégayait si fort depuis sa plus tendre enfance, qu'il dut se passer de toute instruction publique, et se contenter d'acquérir les connaissances les plus superficielles. Il lui était presque impossible de se faire comprendre; car les premiers sons qu'il proférait étaient précédés des grimaces les plus affreuses et de contractions effrayantes dans tous les muscles du visage. Tantôt la bouche s'ouvrait, tantôt les lèvres se pressaient avec force l'une contre l'autre, les muscles du cou se crispaient, la trachée-artère et la glotte montaient et descendaient avec rapidité, la tête s'inclinait, et dominé par le même sentiment d'horreur qu'un hydrophobe pour l'eau, il laissait échapper un son mutilé, bientôt suivi d'autres qui arrivaient par secousses, dans des intervalles plus ou moins rapprochés. Quelquefois on pouvait, avec ces sons, composer une phrase; d'autres fois, cela n'était pas possible. Au milieu de ce combat intérieur, le jeune homme se taisait quelquefois, dominé par un état convulsif des muscles du visage et de la langue, puis tout à coup il laissait échapper des sons comme *nein, hu-hu-hu-tu-huhhu*.

Après cela, il pouvait, en bégayant, prononcer d'une façon compréhensible plusieurs mots de suite. Il serait superflu d'entrer dans plus de détails touchant ce vice dans la prononciation, qui me décida à tenter une opération qui, malgré mon peu d'espérance, surpassa mon attente par ses brillans résultats. Dans ce cas-ci, je résolus de faire la section sous-cutanée transversale de la langue, non pas tant à cause des avantages que j'espérais en retirer, que pour me procurer aussi une occasion d'en examiner la valeur. D'un côté, elle me parut avantageuse, en tant que la partie postérieure de la langue n'était pas susceptible d'être amenée en avant, ce qui rendait plus difficile l'application des sutures; d'un autre côté, elle me sembla douteuse, à cause de la difficulté d'arrêter l'hémorragie, puisqu'il n'était guère possible d'employer la compression, et qu'une grande quantité de sang risquait de s'accumuler dans la plaie sous-cutanée pratiquée dans les muscles de la langue. Cette méthode, enfin, me parut moins sûre, parce qu'en la suivant je n'obtiendrais pas le raccourcissement de la langue, condition qui me semblait indispensable pour procurer la guérison. Le succès a cependant surpassé de beaucoup mon attente.

Pour l'opération pendant laquelle je fus assisté de M. le docteur Trettenbacher, de Munich et de MM. Buehring et Hildebrandt, je saisis la langue avec une pince de Muzeux et la tirai fortement en dehors de la bouche, puis j'enfonçai en arrière dans la face inférieure un bistouri à fistule falciforme et incisai la racine de la langue dans toute son épaisseur, en laissant intacte la muqueuse qui revêt la face supérieure. La largeur de la plaie que j'avais faite en enfonçant et en faisant ressortir le bistouri ne parut pas dépasser celle de l'instrument, ce qui provenait de l'extensibilité de la muqueuse. La langue était si complètement coupée sous la peau, dans toute sa largeur, qu'il eût suffi pour la faire céder de la tirer un peu fortement avec la pince.

Le sang jaillit avec abondance des deux blessures latérales, comme s'il fût sorti d'un gros tronc d'artère, et la langue se tuméfia bientôt par la masse de sang qui s'accumulait dans le vide produit par la section sous-cutanée. Pour rétrécir cet espace je fis une forte suture d'arrière en avant dans l'épaisseur de la langue, et fermai aussi les deux points latéraux par lesquels j'avais fait pénétrer mon bistouri. Lorsqu'après l'opération le jeune homme voulut produire quelque son, il ne contracta que légèrement la figure et parvint, sans de grands efforts, à prononcer le mot *nein*, en exprimant par des grimaces et des gestes la douleur qu'il ressentait. Les jours suivans s'écoulèrent sans qu'il se passât rien de remarquable. La déglutition était très gênée, ce qui n'empêcha pas cependant de prendre quelques soupes mucilagineuses; la langue était chargée, et le soir il était atteint d'un léger accès de fièvre. Le quatrième jour déjà je pus ôter les sutures; la réunion était complète dans toute la profondeur de la plaie; au septième jour la langue ne présentait plus la moindre tuméfaction, et le huitième, le jeune homme put quitter la chambre. Il ne bégaie plus du tout, certains mots cependant lui offrent quelque difficulté et ce n'est qu'avec effort qu'il peut les prononcer. Quant à l'exécution, cette opération présente plus de difficulté que les autres méthodes.

DE LA GUÉRISON DES BLESSURES DE LA LANGUE.

Les blessures de la langue ont la propriété de guérir promptement, pourvu que leurs bords soient rapprochés suffisamment au moyen de sutures. Les blessures faites dans la partie postérieure de langue, occasionnant toujours une forte hémorragie, exigent nécessairement que les points de suture soient placés à une certaine distance des bords de la plaie et en pénètrent le fond, pour arrêter en même temps la perte du sang. Pour cette raison, les fils doivent être noués plus fermement que dans les blessures de la peau. La ligature des vaisseaux exécutée préalablement à l'application des sutures empêcherait la réunion et serait aussi préjudiciable que la ligature des artères labiales dans l'opération du bec de lièvre. La guérison des blessures de la langue est ordinairement complète le troisième jour, quelquefois même elle a lieu 24 heures après l'opération; mais comme il n'y a aucun inconvénient à laisser plus longtemps les sutures, et que sans cela la blessure pourrait facilement se rouvrir par les mouvemens de la langue et causer ainsi une hémorragie dangereuse, il est préférable de n'éloigner les premiers fils que le quatrième jour, quelques-uns le cinquième et les derniers seulement le sixième. Si on tardait plus longtemps, on établirait un foyer de suppuration et on pourrait occasionner la formation d'une fistule.

Lorsqu'en enlevant le premier fil, il sort du point de suture quelques gouttes de sang, c'est une marque certaine que l'action plastique n'a pas encore fait des progrès suffisans, et que la réunion n'est pas encore assez solide; aussi doit-on bien se garder de continuer ce jour-là à extraire des sutures. On doit procéder à l'enlèvement des fils avec beaucoup de soins et sans secousses; le malade tire la langue hors de la bouche, on saisit alors avec une pincette l'extrémité d'un fil un peu au-dessous du nœud, on l'élève au-dessus du sillon qu'il s'était formé, de manière à ce qu'on le voie distinctement et on le coupe au-dessous du nœud. Dès que les fils sont enlevés, on ordonne au malade de se gargariser la bouche avec de l'eau tiède. Quant à l'acte de cicatrisation, nous avons déjà remarqué qu'il se faisait promptement; la cicatrice elle-même forme une ligne unie sur laquelle manque le velouté de la muqueuse qui s'élève de chaque

côté en forme d'ourlet. La place des anciens points de suture est marquée par de petits enfoncemens, et l'endroit où se trouvaient les sutures même par une strie lisse qui disparaît bientôt, si toutefois les fils n'ont pas pénétré dans la muqueuse. Les cicatrices provenant de blessures longitudinales sont beaucoup moins apparentes que celles qui résultent de blessures transverses. Aussi malgré une réunion complète, remarque-t-on que la solution de continuité causée par l'excision d'une pièce donne à la langue un aspect particulier: elle est divisée en deux parties séparées par le sillon de la cicatrice; une partie est plus étroite, comme si une langue plus petite eût été ajoutée à une plus grosse. A la suite de la même opération, la partie postérieure de la langue pourvue de grosses papilles se trouve ramenée plus en avant.

En palpant les langues opérées par section simple ou par excision d'un morceau triangulaire, peu de temps après l'opération, on sent un disque dur, vertical qui s'amollit avec le temps. Après l'excision, les mouvemens sont complètement libres; l'opéré a le sentiment d'un raccourcissement de la langue et d'un relèvement de la pointe de cet organe contre le palais. La section de la langue n'a aucune influence sur le sens du goût, qui paraît cependant être moins subtil dans les premiers temps qui suivent l'opération. On ne peut attendre un heureux résultat d'opérations pratiquées sur la pointe de la langue, qui auraient pour but de changer l'innervation viciée et de guérir le bégaiement.

J'ai fait quelquefois avec succès la section du frein de la langue sur des personnes qui avaient de la difficulté à prononcer; contre le bégaiement elle a été sans effet salutaire, ce qu'il était facile de prévoir. Quant à ce qui concerne les indications de cette opération, elles sont beaucoup plus difficiles à déterminer dans les cas particuliers que celles de l'opération du strabisme. L'importance d'une si grave opération, les dangers qui peuvent en résulter, la perte de la langue par la gangrène ou par une trop forte suppuration, ou même par la maladresse d'un assistant qui peut facilement la déchirer, sont autant de considérations qui demandent à être mûrement pesées et qui, jointes à la difficulté qu'elle présente, empêcheront des opérateurs peu exercés de vouloir la tenter. Dans ces derniers jours j'ai opéré 14 bègues en enlevant une pièce triangulaire dans la langue. Chez tous le bégaiement a entièrement cessé. Dans un temps, où c'est généralement la mode de modifier les méthodes d'opération les plus simples et déjà reconnues comme bonnes, malgré les trois méthodes principales que j'ai indiquées, les chirurgiens auront ici un large champ pour faire des modifications et inventer des instrumens. On fera des incisions en croix, en travers, au-dessus et au-dessous de la langue; on se servira de caustiques; on emploiera des bistouris et des ciseaux courbés d'une manière nouvelle, d'autres crochets, d'autres pincettes; il n'y a pas jusqu'aux manches des instrumens que l'on corrigera et courbera de manière à ce que le jour puisse mieux tomber dans la bouche. Cette nouvelle opération fournit aux antiquaires en chirurgie une occasion de créer des noms nouveaux; je leur laisse même le soin de la baptiser d'un nom grec.

J'ai opéré jusqu'à présent 19 personnes, dont plusieurs sont encore en traitement; toutes me font espérer un résultat satisfaisant.

M. le professeur Mueller a fait un examen anatomique de la portion excisée et a trouvé qu'elle était formée en grande partie par le muscle génioglosse (le muscle propre de la langue), puis par le stylo et hypoglosse (muscles latéraux).

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UNE PLAIE DE TÊTE, COMPLIQUÉE DE FRACTURE COMMINUTIVE DE L'ARCADE ORBITAIRE; ACCIDENS GRAVES; GUÉRISON; recueillie à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. CLOQUET, suppléé par M. H. LARREY fils.

Au n° 16 de la salle des femmes est couchée Thérèse Delannay, âgée de 71 ans, marchande de bottes. Cette femme se trouvant le 3 janvier dans un cabaret voulut s'interposer entre deux individus qui s'étaient pris de querelle; dans la violence des voies de fait, elle reçut au-dessus de l'œil droit un coup d'un de ces pots d'étain qui contiennent un litre de liquide; il paraît que ce fut la face inférieure du pot qui porta et que la violence du coup fut extrême, sans que toutefois le vase eût quitté la main de celui qui le lançait. Quoi qu'il en soit, la blessée ne perdit pas connaissance et avec l'aide des assistans elle retourna chez elle, où elle demeura jusqu'au surlendemain; la plaie donna lieu sur le moment à une hémorragie assez considérable.

Amenée le 5 au soir à la clinique de la Faculté, la malade se présente dans l'état suivant: Elle porte au-dessus de l'œil droit une plaie de 33 à 40 millim. d'étendue, dirigée obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, à partir de l'angle externe de l'œil. Les bords de cette plaie, inégaux, machurés, annoncent qu'elle a été produite par un instrument contondant; une suppuration peu abondante s'écoule par cette ouverture. La paupière supérieure est le siége d'une infiltration séro-sanguinolente qui ne permet pas d'examiner le globe de l'œil. Toute la partie latérale droite de la face est tuméfiée et ecchymosée, à partir des bords de la plaie jusqu'au sillon naso-labial et au bord antérieur du muscle buccinateur. L'œil gauche est dans l'état normal.

Un stylet introduit par l'ouverture des tégumens permet de constater que la table externe du frontal est brisée dans toute l'étendue de la plaie; on sent plusieurs esquilles peu mobiles, mais dans aucun point l'instrument ne pénètre au-delà du diploé.

La malade est plongée dans une sorte d'assoupissement; les réponses qu'elle fait aux questions qu'on lui adresse sont lentes et difficiles; elle tombe dans des contradictions manifestes dans le récit qu'elle donne de son accident. Céphalalgie générale.

La sensibilité et la contractilité n'offrent pas d'altérations; tous les sens ont conservé leur intégrité. Soif et inappétence. 80 pulsations fréquentes et développées. Les autres fonctions dans l'état normal. (Saignée de 350 grammes, scarifications sur la paupière supérieure qui donnent lieu à un écoulement de sang et de sérosité; cataplasme; boissons acidulées; diète. Agitation pendant la nuit.)

Le 6, à la visite du matin, la paupière est moins tuméfiée; l'on aperçoit la conjonctive boursoufflée par un épanchement sanguin considérable; la cornée est saine, l'iris non dilatée et contractile. L'état général est le même que la veille; le pouls fréquent et élevé; peau chaude.

M. Larrey pratique une incision qui vient tomber perpendiculairement sur la partie moyenne de la plaie. (Boissons acidulées; sinapismes aux membres inférieurs; diète; pansement simple; une mèche de charpie est interposée entre les bords de la solution de continuité.)

Pendant la journée, agitation extrême, loquacité; une saignée de 350 grammes est pratiquée le soir. Néanmoins l'agitation persiste pendant la nuit; insomnie.

Le 7, l'état général n'a pas changé; la plaie donne passage à une suppuration peu abondante. (Boissons acidulées; potion opiacée; lavement purgatif.)

Le soir, agitation; 80 pulsations dures et résistantes; saignée de 350 grammes.

8 Janvier. L'agitation et l'insomnie ont continué malgré la saignée; le caillot est couvert d'une couenne inflammatoire.

La malade sort de son lit, elle est en proie à une sorte de délire qui lui laisse de temps en temps toute la liberté de son intelligence. Le pouls est toujours fréquent et développé, la suppuration peu abondante. (Boissons acidulées; diète; potion opiacée; 15 sangsues à la tempe droite.)

Pendant la journée, l'agitation fait place à l'assoupissement; carphologie, mouvemens convulsifs dans les muscles des joues et des lèvres; la malade, comme on le dit, *fume la pipe*. Les pupilles ne sont pas dilatées; la contractilité musculaire est intacte, la sensibilité légèrement émoussée. Les sangsues n'ayant pas été appliquées, une saignée de 400 grammes est pratiquée le soir.

9. L'agitation a reparu. (Langue pâteuse. Même prescription que la veille moins les émissions sanguines.)

10. Une petite ouverture qui s'est faite spontanément à la partie externe de la paupière inférieure donne issue à un quart de cuillerée de pus; on peut constater, à l'aide d'un stylet introduit par cette ouverture, que l'os molaire est dénudé dans l'étendue de 13 millimètres environ.

L'agitation est moindre; mais elle reparaît avec plus de violence à la suite d'une visite que reçoit la malade dans la journée. (Saignée de 500 grammes le soir.)

11. M. Larrey débride en bas la plaie inférieure, ainsi qu'il l'a fait pour la première.

La malade est plus calme; son regard est plus intelligent; la morosité qu'elle montrait depuis le jour de son arrivée a disparu; elle demande à manger. (Une bouteille d'eau de Sedlitz.)

12, 13 et 14. Même état; on continue l'emploi des dérivatifs sur le tube intestinal. (Une soupe, un bouillon.)

15. Pendant tous les jours précédens, l'état des deux plaies n'a pas changé, M. Larrey sentant avec le stylet des esquilles mobiles dans la plaie supérieure, en enlève, au moyen de pinces à disséquer, trois de la grosseur d'une forte lentille chacune.

16. Le fond de la plaie supérieure n'offre plus qu'une dénudation de la grandeur de l'extrémité du stylet. La portion dénudée de l'os molaire est également recouverte de bourgeons charnus. (Les mèches sont supprimées.)

17. Les deux plaies n'offrent plus de points dénudés. (Quart poulet.)

18. La malade éprouve un sentiment de malaise général qu'on peut attribuer à des alimens venus du dehors. (Diète; boissons acidulées.)

A partir de ce jour les accidens généraux ont complètement cessé; la plaie inférieure se ferme rapidement. Une cicatrice solide, adhérente à l'os, se forme sur le lieu même de la fracture. La malade sort de l'hôpital pour entrer à la Salpêtrière le 19 février.

Chez la femme qui fait le sujet de cette observation, un corps contondant à surface large, venant à frapper la partie externe de l'orbite, a porté sur les deux points les plus saillans du cadre orbitaire et a déterminé, d'une part, une fracture comminutive d'une partie du coronal, de l'autre une dénudation consécutive d'une portion de l'os de la pommette. La largeur du plan contondant, la présence des deux points saillans sur lesquels toute la force d'impulsion s'est épuisée, expliquent d'ailleurs comment le globe de l'œil a été préservé de toute atteinte. Quant à l'épanchement de sang dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, il a été évi-

demment la suite de la fracture du frontal, et l'on sait que c'est un des signes presque pathognomoniques de cette lésion. Remarquons en dernier lieu, à propos des phénomènes locaux, que la dénudation de l'os molaire n'a pas été suivie de nécrose, et que l'os s'est recouvert de bourgeons charnus, sans qu'aucune exfoliation appréciable ait eu lieu.

Quant aux symptômes généraux, ils ont offert ceci de particulier, qu'il est difficile de la faire rentrer dans les trois grandes classes admises par les auteurs : *commotion, compression, contusion*. Il n'y a pas eu commotion immédiate, puisque la malade a conservé sa connaissance et qu'elle a pu retourner à pied chez elle. Il faut cependant avouer que lorsqu'elle est entrée à l'hôpital, le second jour après l'accident, l'état d'assoupissement dans lequel elle était plongée, la lenteur avec laquelle elle répondait, cette espèce de morosité sur laquelle M. Sanson a tellement insisté, pouvaient bien être regardés comme des signes de commotion ; car on ne pouvait les attribuer à la compression, vu l'intégrité de la contractilité et de la sensibilité, l'état des pupilles, etc. Mais s'il y avait eu accidens de commotion pendant les deux premiers jours, toujours est-il qu'ils faisaient place à des accidens d'une autre nature, agitation, insomnie, force et fréquence du pouls. Or, ces derniers qui ont persisté du 5 au 8 janvier doivent-ils être attribués à la contusion cérébrale? M. H. Larrey ne le pense pas. Et d'abord les symptômes de contusion ne se montrent guères avant le quatrième ou cinquième jour; puis il y a en absence de cette douleur locale, fixe et circonscrite, caractéristique de la contusion. Il est donc plus raisonnable de rapporter ces phénomènes à un état d'excitation cérébrale générale, où, pour ceux qui n'admettent pas de lésion des fonctions sans lésion des organes, à une méninge encéphalite générale, plutôt qu'à une encéphalite locale. Ce qui vient à l'appui de cette opinion, ce sont les symptômes d'assoupissement que la malade a éprouvés le cinquième jour; certes, ils n'étaient pas consécutifs à une contusion du cerveau, car dans ce cas ils eussent été dus à la présence du pus dans la substance cérébrale, ils n'auraient pas cédé, aussi rapidement du moins, aux antiphlogistiques. Il était plus rationnel de les attribuer à une compression produite par un épanchement sanguin ou purulent entre les os et la dure-mère; M. Larrey craignit un instant cet accident, qui eût exigé la trépanation du frontal; la prompte disparition des symptômes ne tarda pas à le rassurer entièrement.

Quant au traitement enfin, M. Larrey n'a pas craint d'insister sur les saignées générales ; il n'a pas respecté, ainsi qu'il l'a fait remarquer, les 71 ans de la malade ; près de deux kilogrammes de sang ont été retirés par la veine dans l'espace de quatre jours. L'évènement est venu justifier une méthode thérapeutique à laquelle bien des praticiens n'auraient pas osé se conformer dans le cas particulier dont nous venons de retracer les principales circonstances.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR LA LIGATURE DES PRINCIPALES ARTÈRES; communiquées par M. ALQUIÉ, D. M., professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Malgré le grand nombre d'écrits publiés sur le sujet dont nous allons nous occuper, il est encore plus d'un point obscur que les faits bien observés peuvent éclaircir. Telle méthode ou tel moyen thérapeutique vanté par les uns est déprécié par d'autres; la compression, par exemple, est préconisée par certains praticiens recommandables auxquels elle a procuré des succès inespérés, et cependant ce moyen offre bien des inconvéniens. C'est pour apprécier la valeur de ces moyens et d'autres dans le traitement des blessures des vaisseaux artériels importans que nous publions les faits qui composent ce mémoire.

BLESSURE DE L'ARTÈRE TIBIALE POSTÉRIEURE; COMPRESSION INEFFICACE; LIGATURE DE LA CRURALE; GUÉRISON.

OBS. I. — Joseph Trabichon, âgé de 28 ans, d'une constitution fort robuste, s'enfonça, par maladresse, un couteau dans la moitié interne de la jambe gauche, d'où jaillit aussitôt un sang rutilant. Bientôt un médecin arrêta l'hémorragie en appliquant sur le lieu de la blessure une pièce de monnaie fortement maintenue par une bande roulée autour de tout le membre. Deux jours après, 28 mai 1836, Trabichon se rend à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, où nous trouvant alors de service, nous examinâmes la blessure afin de signer le billet d'admission; voici ce que nous observâmes. Une plaie, d'un centimètre environ d'étendue, se trouvait vers le milieu de la face interne de la jambe, très près du tendon d'Achille, et paraissait avoir peu de profondeur. Le malade nous assurait que le couteau avait à peine pénétré à quelques centimètres. L'hémorragie était complètement arrêtée; aucune tumeur n'existait dans ce point, où la peau conservait sa coloration naturelle. Nous entourâmes le membre d'un bandage roulé, et nous conseillâmes au malade de garder le repos au lit.

A peine deux jours s'étaient écoulés que, dans un mouvement brusque du membre, une hémorragie eut lieu par la blessure; les environs de la plaie devinrent alors tuméfiés, bleuâtres, agités de battemens très sensibles et isochrones à ceux du pouls. (Deux saignées du bras dans la journée du 31 mai ; bandage autour du membre ; glace sur le lieu de la tumeur; tourniquet appliqué sur l'artère crurale, de deux en deux heures ; diète, tisanne d'orge.) Les mêmes moyens sont continués pendant dix jours, et l'on conçoit l'espoir d'obtenir une guérison prompte ; la tumeur devient en effet moins prononcée, moins colorée, agitée de battemens de plus en plus faibles. Mais l'on reconnaît alors à la partie antérieure et externe de la jambe, dans le point opposé à la blessure, l'existence d'une nouvelle tuméfaction, ayant tous les caractères de celle de la partie interne du membre, et offrant même des battemens fort sensibles. Les mêmes moyens sont continués.

Dans le mois de juin, nouvelle amélioration, bientôt suivie d'une recrudescence. Au 10 juillet, en effet, la tumeur est le siége de battemens très prononcés, qui font craindre une seconde hémorragie, et démontrent l'impuissance de la méthode thérapeutique mise en usage. Aussi le professeur Serre ne balance plus à faire la ligature de l'artère crurale vers le sommet du triangle de Scarpa. Une incision de huit centimètres met à nu le muscle couturier et bientôt l'artère, sur laquelle se trouvait un filet nerveux, dont l'isolement a causé de vives douleurs au malade.

La gaîne fibreuse est ouverte, et le tronc artériel, ainsi dégagé de toute partie étrangère, est embrassé par un fil de chanvre simple, dont un des chefs seulement est laissé dans la plaie. Celle-ci est réunie par trois points de suture, des bandelettes adhésives et un bandage léger. (Diète.) Dans la suite, la température du membre ne varie point 28° R. ; le malade éprouve seulement autour du genou des fourmillemens, dus probablement au développement des collatérales articulaires, la jambe n'est le siége d'aucun battement insolite, et la plaie de la cuisse est presque cicatrisée, lorsque la ligature se détache, le 5 août suivant.

Bientôt Trabichon se promène dans les salles et semble jouir de la santé la plus solide, quand, le 29 août, il est pris de fièvre assez intense. En peu de jours, il ressent des fourmillemens et des douleurs vives dans le trajet de l'artère crurale, et surtout dans le point de la ligature, où se montre une tuméfaction érysipélateuse autour de la plaie, dont une partie se rouvre et laisse échapper une certaine quantité de pus. (30 sangsues autour de la plaie; catapl., diète.) Cet accident cède au régime antiphlogistique, et sa guérison étant assurée, cet homme quitte l'Hôtel-Dieu le 29 septembre.

Il nous semble aisé de sentir combien en ces sortes de cas la compression doit être insuffisante; sa réussite demande une place solide contre lequel le vaisseau puisse être aplati; une pareille disposition n'existe pas à la jambe où les artères tibiales reposent sur une toile fibreuse dépressible. Ce défaut de résistance du ligament inter-osseux est d'autant plus sensible chez ce malade, que la seconde tumeur sanguine développée à la partie antérieure de la jambe n'a pu avoir lieu sans la division de cette cloison fibreuse.

C'est par des circonstances de ce genre que l'on doit expliquer, selon nous, la différence des résultats publiés par divers praticiens. Ainsi l'on comprendrait comment Arnaud a pu regarder la compression comme inefficace, tandis que Saviard, Foubert et plusieurs autres opérateurs ont cité des succès en sa faveur. Il faut le dire aussi : aidée des applications de glace, du tourniquet et des antiphlogistiques pendant près de deux mois, la compression a amené chez notre blessé plusieurs amendemens assez tranchés pour faire espérer une guérison solide. Malheureusement c'étaient là des améliorations d'un moment qui faisaient regretter le temps déjà perdu, et entrevoir la nécessité de plus en plus inévitable de la ligature. Ce fait vient donc confirmer ce principe d'espérance que la compression ne produit ordinairement qu'une guérison temporaire.

Ces recrudescences du mal ont sans doute tenu à l'insuffisance du mécanisme naturel qui présidait à l'occlusion de la plaie artérielle. Le caillot latéral de J. L. Petit arrêta d'abord l'hémorragie; mais elle reparut peu de jours après. Un nouvel amendement a lieu au bout de deux semaines; la tumeur s'efface de nouveau avec les battemens dont elle était agitée, et quinze jours plus tard tout espoir de guérison est perdu. Il n'est pas permis de douter que la blessure artérielle s'est rouverte, qu'il s'est formé une tumeur hémorragiale, bientôt effacée par l'absorption, enfin que les mêmes phénomènes se sont reproduits trois fois.

Le caillot pouvait d'autant moins résister à l'impulsion circulatoire, qu'il siégeait sur un vaisseau assez volumineux, et que par la suite le développement des anastomoses produit par l'application du tourniquet sur la crurale devait, quand cet instrument était enlevé, porter du sang en plus grande abondance vers la plaie artérielle.

Quand la troisième hémorragie eut lieu, la jambe se tuméfia à ses deux faces opposées; était-ce dû à la plaie de l'artère tibiale postérieure seulement qui jetait du sang à travers le ligament inter-osseux divisé, ou bien la tibiale antérieure avait-elle été ouverte en même temps? Si nous en croyons le récit du malade, la tibiale postérieure pouvait seul avoir fourni l'hémorragie; si nous en croyons, au contraire, la force des battemens dont la tumeur externe était le siége, nous ne serions pas éloigné de penser que le vaisseau correspondant avait été aussi intéressé.

Que devait-on faire dans cette dernière supposition? Fallait-il, selon les conseils de Guthrie, aller à la rencontre des deux bouts du vaisseau divisé? Malgré la haute réputation du praticien anglais, nous trouvons de trop grandes difficultés à la recherche d'une artère aussi profondément placée et environnée ensuite de caillots. Fallait-il aller aussi à la rencontre des deux artères tibiales probablement blessées? Que de difficultés à surmonter pour ne pas saisir peut-être tous les bouts de vaisseaux, ou pour les trouver déjà ramollis et incapables de soutenir l'effort de la ligature! En pareils cas, les préceptes de Guthrie nous paraissent impraticables; cependant la méthode de l'auteur anglais ne nous paraît pas aussi étrange qu'on le croit généralement. Nous avons vu l'artère axillaire blessée au bas de l'aisselle; peu de temps après l'accident, des praticiens du plus haut mérite ont cherché vainement à lier la sous-clavière, et ont été obligés de lier l'axillaire sous le petit pectoral.

En de semblables circonstances, les principes de Guthrie nous semblent incontestablement meilleurs. L'artère divisée incomplètement est assez superficielle, elle n'a pas subi de lésion organique, elle peut avec succès supporter la ligature, et comme il est souvent difficile de constater, par l'aspect seul de la blessure, quel est le vaisseau intéressé, on peut être obligé de lier seulement une collatérale au lieu du tronc intact. Les caillots de sang infiltré gênent un peu l'opération; mais en nettoyant bien les parties mises à nu par le bistouri on peut aisément, à la faveur d'un jet de sang ménagé, retrouver le vaisseau blessé. D'ailleurs quand on est forcé de mettre à découvert la partie sous-pectorale de l'axillaire, comme dans le cas dont nous avons été témoins, on a aussi du sang infiltré dans l'intervalle des nerfs et des vaisseaux, et de plus les difficultés inhérentes à ces opérations, bien autrement dangereuses et difficiles. Nous croyons donc, lorsque l'artère divisée est située assez superficiellement, et que le praticien est appelé pendant le premier jour de l'accident, que l'on doit tenter de lier le vaisseau dans le lieu même où l'instrument vulnérant l'a frappé.

La ligature est restée vingt-cinq jours en place chez notre malade; le séjour prolongé du lien a des inconvéniens que l'on a cherché à détruire en l'enlevant peu de jours après l'opération. Les succès publiés par Jones, Travers, Robetti et autres, ont trouvé des partisans en France et en Italie où Scarpa vanta beaucoup l'usage des ligatures plates nouées sur un cylindre de toile enduit de cérat. Dans le même but, Deschamps proposa son presse-artère, Assalini un petit barillet, Flojani et d'autres des compresseurs de diverses formes. Toutefois cet aplatissement temporaire des vaisseaux n'a pas réussi, parce que, selon nous, on ne divisait pas les deux tuniques internes et moyennes d'après les principes de Jones.

Voulant obtenir les avantages des ligatures laissées quelques jours seulement dans la plaie, retirées facilement après avoir produit la section des membranes internes du vaisseau, nous fîmes sur des chiens plusieurs opérations de la manière suivante: La carotide, ou la crurale étant mise à nu, nous l'entourâmes d'un fil de chanvre simple, dont les deux chefs passant par l'ouverture double d'un petit serre-nœud, étaient fixés à l'échancrure extérieure de l'instrument. Jusque là les parois du vaisseau se trouvaient seulement aplaties. Par un double mouvement de torsion imprimé au serre-nœud, la ligature pressait vivement les parois artérielles dont les deux tuniques étaient ainsi coupées.

Au bout de deux ou trois jours la ligature était facilement enlevée en faisant exécuter au serre-nœud deux tours en sens inverse, et par traction de l'un des chefs du lien qui sortait par glissement. La plaie ne tarda pas à se cicatriser sans accidens. Les artères liées étaient oblitérées à 2 ou 3 centimètres au-dessus et au-dessous du point où le lien avait été appliqué sur un chien sacrifié une semaine après la guérison. Toutefois comme ces expériences n'ont pas encore été répétés sur l'homme, et que les artères s'oblitèrent facilement chez la plupart des animaux, nous ne donnerons pas plus d'importance qu'il ne mérite au procédé dont nous parlons.

ANÉVRISME TRAUMATIQUE DE L'ARTÈRE CRURALE COMMUNIQUANT AVEC LA VEINE; LIGATURE DE L'ARTÈRE; HÉMORRAGIES; LIGATURE DE L'ILIAQUE EXTERNE; HÉMORRAGIES; COMPRESSION; MORT; AUTOPSIE.

OBS. II. — Doué d'une forte constitution, âgé de 27 ans, Rouviac travaillait avec un couteau qui, dans un mouvement trop brusque, vint pénétrer dans le milieu de la cuisse sur le trajet des principaux vaisseaux. Aussitôt il sort un flot de sang que Rouviac arrête avec la main appliquée sur la blessure jusqu'à l'arrivée du médecin, qui mit fin à l'hémorragie par la compression exercée au moyen d'un bandage maintenu en place pendant huit jours. Après ce temps, le bandage est enlevé et remplacé par des emplâtres variés; des douleurs vives sont suivies de l'augmentation de volume du membre. Cette tuméfaction cesse bientôt à l'usage des saignées locales, du repos, etc.; mais il reste au niveau de la blessure une petite tumeur, ne causant aucune souffrance, et étant le siége d'un bruit particulier. Sous l'influence des fatigues des champs, cette tumeur s'accroît bientôt; enfin cinq ans après l'accident Rouviac vient à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, au commencement du mois de mai 1838.

Située à quatre travers de doigt de l'arcade crurale, la tumeur a le volume d'une orange de moyenne grosseur, acuminée vers son centre qui s'élève d'environ 6 centimètres au-dessus de la surface de la cuisse. Indolente à la pression, elle se déplace facilement en travers, et offre à sa partie interne une cicatrice de 8 millimètres. A chaque battement de la crurale, la tumeur est soulevée en totalité, et la main perçoit un frémissement très fort qui se transmet à tout le membre explorateur. Ce frémissement existe sur le trajet de la veine crurale, depuis l'anneau du troisième adducteur, jusque dans le bassin; enfin quand on comprime l'artère fémorale, les battemens cessent dans la tumeur et l'on ne perçoit plus de frémissement dans le membre.

Le 18 mai 1838, le professeur Lallemand, diagnostiquant un anévrisme variqueux, pratique la ligature de l'artère crurale à 6 centimètres au-dessous du ligament de Fallope. Une incision, de 8 centimètres, est faite dans le sens du vaisseau qui est mis à nu et isolé des nerfs accolés dans l'étendue de quelques millimètres seulement. L'artère a un grand volume, une couleur très prononcée; la veine ne présente aucune dilatation circonscrite. Un fil de chanvre simple étreint le tube artériel, et aussitôt toute impulsion et tout frémissement cesse dans la tumeur et dans le membre. Un des chefs de la ligature est laissé dans la plaie dont les bords sont réunis au moyen de cinq points de suture; aucun bandage n'est appliqué.

Pendant le premier jour, le membre ne se refroidit pas, la nuit est à peu près tranquille, et je pratiquai deux saignées du bras d'une livre chacune répétées le lendemain. La tumeur est sans pulsations, bien qu'on en perçoive à la tibiale postérieure. La saignée du bras est réitérée le jour suivant. Tout semble bien aller, seulement l'on sent des battemens très près de la ligature, lorsque le 23 mai je suis appelé auprès du malade chez qui une forte hémorragie s'est montrée sous l'appareil; j'arrive; c'est le bout supérieur de la crurale qui fournit le sang. La compression arrête l'hémorragie; et M. Lallemand pratique bientôt après la ligature de l'iliaque externe. L'opération est laborieuse; une portion d'intestin vient à tout instant gêner l'opérateur. L'artère iliaque externe est étreinte par une ligature double; la plaie de 8 centimètres d'étendue est réunie avec des points de suture. (Saignée du bras.)

Le malade se trouve assez bien dans la journée; mais vers l'entrée de la nuit on vient m'appeler pour une nouvelle hémorragie; je cherche à m'assurer d'où vient le sang en enlevant l'appareil, mais le sang cesse de couler; la plaie crurale est ulcérée; l'ancienne ligature est en place, au milieu du tissu pulpeux et noirâtre. J'exerce une compression sur tout le trajet de la crurale et l'iliaque externe, au moyen de la charpie et de bandes. Néanmoins quelques heures après je suis appelé de nouveau pour une troisième hémorragie; le sang s'échappe en nappe de dessous le bandage. Je saupoudre les plumasseaux de colophane, j'applique un bandage plus serré et aidé d'un tourniquet placé sur l'éminence iléo-pectinée. Mais une heure s'était à peine écoulée que le sang reparut plus fort que jamais. Je n'ose enlever l'appareil de peur de voir succomber le malade entre mes mains, par suite d'une hémorragie fournie par des vaisseaux aussi volumineux que les troncs liés, et je me contente de comprimer la partie inférieure de la crurale.

Ce dernier moyen semble plus utile, car le sang ne reparaît pas de la journée; mais dans la soirée et dans la nuit suivante, les hémorragies se multiplient. Il survient des vomissemens, des douleurs abdominales, qui me font craindre une péritonite. Enfin, le malade, épuisé par les pertes incessantes de sang, s'éteint le 29 mai, onze jours après la ligature de l'artère crurale.

L'autopsie permet de constater les particularités suivantes:

De la peau incisée, on voit le muscle couturier passer au-dessus de la tumeur anévrismale, faire corps avec elle, sans en être altéré. Au lieu de la ligature, l'artère crurale est divisée dans les deux tiers de sa circonférence; ses deux portions sont écartées de plus de 3 centimètres, et recouvertes d'un caillot de sang putride.

Le bout supérieur contient un caillot assez ferme, tandis qu'il n'en existe pas dans le bout inférieur qui présente deux orifices béans, l'un appartenant à la crurale, l'autre à la profonde, dont l'orifice est à 5 millimètres du point où la ligature a été placée.

Du volume d'une pomme de moyenne grosseur, la tumeur anévrismale est arrondie, implantée sur l'artère crurale, avec laquelle elle communique par une ouverture de 5 millimètres. Elle est remplie de caillots fibrineux et stratifiés à la périphérie, mous, noirs sur l'ouverture, à laquelle ils adhèrent assez fortement. L'épaisseur et la résistance des parois de la tumeur sont grandes, et, dans un point, elles renferment une plaque ossiforme, de 2 centimètres de largeur. L'artère communique directement et vis-à-vis, avec la veine crurale, par une ouverture d'un centimètre d'étendue; mais la veine n'est point renflée en sac; au point opposé de l'ouverture veineuse existe une sorte de cicatrice, trace probable d'une blessure de la paroi opposée de la veine.

Au-dessus de la tumeur, l'artère a un gros calibre, tandis qu'il est moitié moindre au-dessous; le même changement s'observe dans la veine. La ligature de l'artère iliaque externe est bien en place; ce vaisseau, fort volumineux et sans altération apparente, est rempli de deux caillots, l'un supérieur, étendu depuis le lien jusqu'à la bifurcation de l'iliaque primitive, et l'inférieur, depuis le lien jusqu'à la plaie crurale. La consistance de ce dernier est moindre au point d'insertion des artères circonflexe, iliaque et épigastrique qui n'ont pas paru intéressées. Du pus existe au-dessous du péritoine dans la fosse iliaque gauche et dans toute la région lombaire. Les autres parties du corps n'ont pas été examinées.

Nous avons vu la compression exercée dans toute l'étendue du membre inférieur, jointe à l'action des réfrigérans (obs. 1), ou portée seulement sur les points d'où venait l'hémorragie (obs. 2) ne procurer aucun avantage. Le sang, en effet, a reparu plus ou moins longtemps après l'emploi de ce moyen, dont l'inefficacité a nécessité l'usage de la ligature. Ces faits ne sont pas les seuls dans lesquels nous ayons vu la compression

échouer ; nous avons déjà publié dans ce journal (juin 1837) l'observation d'un anévrisme variqueux, traité sans succès par la compression, soit avant, soit après la ligature de l'artère brachiale. Dans ce dernier cas, cependant, elle doit revendiquer une partie de la guérison enfin obtenue, après plus d'un mois d'immobilité et de compression du membre, où elle avait d'abord échoué.

Quelle a donc été la cause de son inutilité dans le fait dont nous venons de rapporter l'histoire tout au long? Nous ne saurions en douter; le lien où l'artère crurale a été coupée par la ligature en donne l'explication. Nous y trouvons encore la raison de la chute hâtive du lien, et de tous les accidens dont la mort du malade a été le résultat. Placée immédiatement au-dessus de la fémorale profonde, la ligature devait bien amener la formation d'un caillot au-dessus, mais le même effet était impossible au-dessous. La circulation, bientôt rétablie dans la grande anastomotique par les perforantes, avec les branches que fournit l'hypogastrique, a rendu l'impulsion du sang assez forte, non seulement pour empêcher la coagulation du sang au-dessous du lien, mais encore pour déterminer la section rapide de l'artère crurale, ramollie par le travail, ordinairement la suite de la présence d'un fil en contact avec un tube artériel.

C'est à une pareille cause que nous paraît se rapporter l'hémorragie par le bout inférieur, survenue au malade dont parle le professeur Velpeau (Méd. opér., t. ii, p. 143); à celui de M. Smith (Journ. con. méd. chir., t. ii, p. 192) et à d'autres. En liant la fémorale dans le triangle de Scarpa, on redoute surtout de placer la ligature trop près de la fémorale profonde. Quand on pratique cette opération vers le milieu de la cuisse, on n'est pas complètement à l'abri d'un inconvénient analogue. Il existe en effet des collatérales musculaires qui naissent à des points fort variables de la crurale, et dont le volume est parfois assez considérable; d'ailleurs il n'est pas rare de voir naître du même tronc et au-dessous de la grande anastomotique, les artères circonflexes elles-mêmes.

On agit donc le plus souvent en aveugle, quand on porte une ligature sur le tronc de la fémorale, et si l'on évite les accidens produits par le voisinage dangereux de collatérales importantes, c'est par hasard et non par connaissance exacte de l'état des parties. Il nous semble que cette fâcheuse incertitude peut disparaître en ayant le soin d'explorer le tronc artériel dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres au-dessus et au-dessous du lien où le lien doit être appliqué. On s'assure de l'état du tube artériel dans cette étendue, de manière à s'éloigner convenablement des collatérales. Dans un cas pareil à celui qui nous fournit le texte de ces réflexions, nous n'eussions pas hésité à lier en même temps et le tronc de la crurale et la fémorale profonde. Ainsi placées, ces ligatures eussent déterminé la formation d'un caillot au dessous et au-dessus, et l'hémorragie qui a fini par entraîner la mort de l'opéré n'eût pas eu lieu.

Deux objections peuvent être faites à cette méthode applicable dans tous les cas de ligature d'un tronc artériel : 1° elle expose à dénuder l'artère dans 4 à 5 centimètres. On produit une pareille dénudation dans la méthode de B. Bell, défendue par Albernethy, Mannoir et autres praticiens du premier mérite, qui ont fait avec succès une double ligature avec section de l'artère dans leur intervalle. Les recherches de Béclard, de M. Briquet, etc., prouvent même qu'un segment d'artère continue très bien de vivre, quoiqu'il n'y ait plus aucune communication avec le tronc dont on l'a séparé. A plus forte raison doit-il continuer à vivre quand il a seulement éprouvé une dénudation. N'a-t-on pas enfin tenté d'oblitérer les artères en les tordant au moyen d'une espèce de levier passé au-dessous du vaisseau? La dénudation devait être ici assez grande, et l'on ne s'est pas cependant arrêté à cette considération.

Dans le fait que nous analysons on pourrait nous objecter encore la difficulté de la circulation doublement interceptée et dans le tronc de la crurale et dans la grande anastomotique. Les communications vasculaires sont trop multipliées entre les divisions pelviennes et celles de la partie postérieure de la cuisse et de la poplité pour craindre la gangrène par ce motif. Il existe, comme nous l'avons fait remarquer, des vaisseaux musculaires naissant en divers points de la crurale au dessous de la fémorale profonde, bien propres à rétablir la circulation interrompue pour un instant. Lorsque les artères circonflexes naissent du tronc crural, au-dessous de la grande anastomotique, une pareille crainte ne saurait avoir de fondement. Si à ces considérations l'on ajoute la certitude physique qu'offre la méthode dont nous parlons de mettre à l'abri des hémorrhagies, trop souvent mortelles, il nous sera bien permis de lui attribuer quelque importance pratique. En résumé, quand on pratique la ligature d'un tronc artériel, on doit s'assurer de l'état de ses divisions, et placer le lien à une distance suffisante de toute collatérale importante au-dessus et au-dessous. Lorsque l'on ne peut s'éloigner assez de l'un de ces rameaux situés au-dessous de la ligature, il faut le comprendre en même temps dans un second lien.

On a diagnostiqué en ce cas un anévrisme artérioso-veineux ; cependant il manquait plusieurs importans caractères de cette disposition morbide des vaisseaux. Les veines sous-cutanées n'étaient point développées, ce que l'on explique facilement par la position de la tumeur au dessous de l'implantation dans la veine crurale de la saphène qui reçoit toutes les veines sous-cutanées de la cuisse. Il y avait absence de tumeur sous la veine même, et l'autopsie a permis en effet de reconnaître que, malgré la communication assez large de l'artère et de la veine, celle-ci n'avait pas formé une dilatation saniforme, comme on le voit au pli du bras, par exemple.

Nous croyons devoir rapporter ce défaut de dilatation veineuse à la position de la veine entre l'artère placée au-dessus et fort adhérente en ce point, et l'os de la coisse dont la résistance devait s'opposer à l'extension anormale du vaisseau. Le seul caractère à la faveur duquel le diagnostic a été porté avec justesse est le frémissement considérable dont nous avons parlé. Il différait en effet de celui présenté dans une simple tumeur anévrismale d'un tronc artériel, par son intensité qui contrastait avec le volume peu fort de la poche morbide; par son étendue à tous les membres et jusque dans le bassin; enfin par sa direction selon la veine principale du membre et de la fosse iliaque.

Une question de pratique s'offre sans doute au lecteur comme elle s'offrit à nous au moment de l'entrée de notre sujet à l'Hôtel-Dieu : fallait-il opérer? Quand on voit des insuccès nombreux entre les mains des plus habiles praticiens; lorsque les malades sont morts malgré l'habileté de Dupuytren, Mott, Roux, etc., il est bien permis de se faire une pareille question. L'occasion est d'autant plus opportune que notre malade a aussi succombé, que sa constitution était robuste, sa santé bonne, son âge peu avancé, la tumeur peu volumineuse, la peau et les tissus environnans sains, enfin le mal existant déjà depuis cinq années sans avoir produit de graves désordres et sans en annoncer de bien sérieux et de bien prochains. C'est dire enfin la conduite que nous tiendrions en pareille occurrence; c'est dire que nous nous abstiendrions d'opérer, nous contentant de recommander au malade le repos relatif et un appareil protecteur. Un malade dont parle le professeur Velpeau portait sa tumeur depuis vingt ans sans en être incommodé et sans désirer s'en débarrasser.

Je ne m'appesantirai pas sur la ligature de l'artère iliaque externe; le péritoine fut ouvert et déjà une péritonite se développait, comme le démontre le pus dont la fosse iliaque gauche était le siége. Toutefois cette lésion a été accessoire dans la fin malheureuse de ce sujet, bien que nous ne puissions pas admettre cet accident aussi innocent que porteraient à le penser les faits de Pott de M. Tait, etc. Chez notre sujet, la mort a été la conséquence des fréquentes hémorragies fournies par le bout inférieur de la crurale divisée, comme cela a eu lieu chez le malade opéré par M. Velpeau et chez d'autres.

Blessure profonde de la paume de la main; hémorragie; douze jours après, nouvelle hémorragie; ligature de l'artère radiale au poignet; guérison.

Obs. III. — Dans le mois de juillet 1838, on apporta à l'Hôtel-Dieu de Montpellier un militaire, qui s'était ouvert la main et presque détaché le pouce avec un couteau. Immédiatement après la blessure, du sang sortit en abondance; mais aucun vaisseau ne fut lié; la plaie ne fut point réunie, et, pendant douze jours, tout paraissait aller bien, quand, une nouvelle hémorragie étant survenue, ce militaire fut envoyé dans le service des blessés.

Ne comptant plus sur la formation du caillot, puisqu'elle n'avait pas eu lieu durant douze jours d'une manière suffisante, ne comptant pas davantage sur l'influence de la réunion des parties, puisqu'elles étaient suppurantes et enflammées, le professeur Serre pratique la ligature de l'artère radiale à six centimètres au-dessus du carpe, éteint le vaisseau avec un fil simple de chanvre, et réunit la plaie par première intention. La blessure palmaire, pansée avec des plumasseaux enduits de cérat, est cicatrisée le 30 juillet; celle du poignet est aussi fermée; la ligature est aussi tombée; l'hémorragie ne reparaît plus, et ce militaire sort guéri un mois après son entrée à l'hôpital.

Une première question ressort naturellement de cet historique; quel est le vaisseau d'où provenait l'hémorragie? L'arcade palmaire superficielle était sans doute intéressée, sa position et l'étendue de la blessure le mettent hors de doute; mais l'arcade profonde avait-elle été épargnée par l'instrument vulnérant? nous ne le pensons pas, nous fondant sur la profondeur et la hauteur à laquelle le couteau avait pénétré. Cette opinion est rendue plus probable encore par le succès retiré de la ligature de la radiale. Comment le sang n'a-t-il pas reparu puisque l'arcade superficielle avait été ouverte? On peut bien concevoir la suspension de l'hémorragie par le bout supérieur de cette arcade, en ce que le rameau radio-palmaire dépend de la radiale; mais le bout inférieur plus volumineux appartient à la cubitale qui n'a pas été soumise à la ligature. L'in-

terception de la circulation dans l'artère radiale au poignet est donc d'arrêter l'écoulement de sang se faisant par les deux arcades divisées; cette conséquence pratique nous paraît digne d'attention.

Douze jours s'étaient déjà écoulés depuis l'accident; néanmoins l'artère radiale découverte à quelques centimètres seulement au-dessus de la plaie livrée encore à l'inflammation, n'a offert aucune altération, et la ligature a eu sur ce point son effet ordinaire, puisque la guérison n'a été en rien entravée. Nous faisons cette observation parce que des praticiens du plus haut mérite pensent qu'il est dangereux de tenter la ligature d'un tronc artériel si près du lien blessé, lorsque surtout pendant plusieurs jours il a été soumis à la compression exercée par les handages ordinairement appliqués pour ces sortes de blessures. Si de pareilles idées étaient restées dans le domaine de la théorie, nous nous fussions abstenus d'en parler; mais elles ont conduit trop souvent à une pratique périlleuse, et sous nos yeux à une tentative mortelle. En voici la preuve.

BLESSURE DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE L'ARTÈRE BRACHIALE; HÉMORRAGIE SECONDAIRE; LIGATURE DE LA PARTIE MOYENNE DE CE VAISSEAU; HÉMORRAGIE; DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE; MORT; AUTOPSIE.

OBS. IV. — Au mois de novembre 1838, un homme, âgé d'environ 35 ans, d'une constitution robuste, vint à l'Hôtel-Dieu de Montpellier pour une blessure de l'artère brachiale, au pli du bras, faite avec un couteau, cinq jours auparavant; alors le membre était tuméfié, mais ne fournissait pas de sang. Cependant, quelques jours après, il survint une hémorragie par la blessure, et le professeur Lallemand pratiqua la ligature de la partie moyenne de la brachiale. Sept ou huit jours après, à la chute de la ligature, une nouvelle hémorragie eut lieu par cette dernière plaie; l'on se contenta de l'arrêter au moyen de la compression établie sur tout le membre. Celle-ci étant bientôt enlevée, le sang coula de nouveau avec abondance, et l'on eut de nouveau recours à la compression du membre, plus solide que la première.

Pendant ce temps, le malade s'affaiblissait; le membre gauche était de plus en plus tuméfié, et certains points gangreneux se montrèrent sur le dos de la main, lorsque M. Lallemand se décida à pratiquer la désarticulation de l'épaule, persuadé, comme MM. Dubreuil et Fonlihoy (de Brest), présens à l'opération, que, l'artère brachiale étant enflammée et malade, une nouvelle ligature ne pouvait qu'aggraver l'état du sujet. La désarticulation de l'épaule fut donc pratiquée d'après le procédé de M. Larrey; mais la forme donnée aux lambeaux ne permit d'en joindre que le tiers supérieur au moyen de la suture.

L'examen du membre amputé nous montra une division de la moitié du calibre de l'artère brachiale au pli du bras, où elle présentait un caillot peu adhérent au bout supérieur. Le point où la ligature avait été appliquée était presque complètement divisé, et les deux bouts contenaient un caillot peu volumineux et peu adhérent; enfin, l'artère n'était nullement enflammée ni malade au-dessus.

Bientôt on remarqua chez l'opéré de la tuméfaction au-dessous de la plaie et sur le côté gauche de la poitrine, où du pus ne tarda pas à fuser au loin. Le malade s'éteignit au cinquième jour de l'opération. L'autopsie montra peu de changemens dans la cavité glenoïde, mais un vaste foyer de pus sur le côté gauche du thorax.

Notre but n'est pas d'appeler l'attention des lecteurs sur l'insuccès de la compression en ce cas, comme dans ceux rapportés précédemment; nous voulons seulement faire remarquer à quelle conséquence fâcheuse a conduit l'idée erronée de l'altération du tronc artériel. Quand nous entendîmes émettre l'assertion que les artères soumises pendant plusieurs jours à la compression ont déjà subi une lésion capable de faire échouer la ligature, nous ne pûmes nous défendre d'un sentiment d'improbation fortifié par ce que nous avions vu nous-mêmes.

Après l'amputation de la partie moyenne du bras chez un homme adulte, le professeur Serre vit paraître une hémorrhagie par le moignon dont la cicatrisation était déjà avancée. Cet habile opérateur n'hésita pas à mettre à nu la partie inférieure de l'axillaire, et à l'étreindre par un fil de chanvre simple. Le succès couronna cette entreprise, et l'opéré sortit guéri quelque temps après.

Le 1er février 1839, on apporte, dans le service des blessés, un militaire, dont la tête et le cou étaient couverts de coups de couteau, dont plusieurs, situés sur le trajet des artères volumineuses, donnaient la plus vive inquiétude. Néanmoins le sang avait cessé de couler, malgré l'enlèvement de tout appareil, je réunis les plaies par première intention, et mis en usage le régime antiphlogistique le plus sévère. Tout allait bien, quand, dans la nuit du quatrième jour, une hémorragie grave se déclare; déjà plus d'une livre de sang s'était écoulée en peu d'instans, quand j'arrive près du malade.

Je fais comprimer la carotide primitive, et j'enlève le handage dont les plaies étaient environnées. Je constate que la faciale a seule fourni l'hémorragie; je divise les lèvres de la plaie en partie agglotinée; avec le bistouri, le bout inférieur du vaisseau est mis à nu et lié. Le sang cesse de couler, la plaie se cicatrise, et le malade sort quelque temps après de l'hôpital.

Ces faits et d'autres dont nous avions été témoin nous permettaient donc de douter de l'altération d'une artère plus ou moins près d'un foyer d'inflammation ou de suppuration. Dans le fait dont il s'agit, des motifs puissans devaient engager à embrasser l'opinion que nous défendons, lors même qu'elle eût eu peu de chance en sa faveur. Avant d'en venir à une opération aussi grave que la désarticulation de l'épaule, la ligature de l'artère axillaire nous semblait formellement indiquée. Car, ou la bronchiale et l'axillaire étaient enflammées, lésées d'une manière quelconque, et alors il y avait autant de chance pour le succès de la ligature faite sans amputation qu'après cette cruelle opération; ou l'axillaire était saine, comme l'examen du membre l'a montré, et alors on avait à espérer toutes les conséquences heureuses de la ligature d'un pareil tronc, en conservant un membre indispensable à un malheureux ouvrier, et ne lui faisant pas courir les dangers trop souvent mortels d'une désarticulation de l'épaule.

L'indication de la ligature des artères principales des membres nous paraît donc formelle en pareilles circonstances; quand on a assez d'espace au-dessus du lieu blessé, il faut scier le tronc sans s'inquiéter de l'altération des tissus situés à une plus ou moins grande distance au-dessous. En supposant même que le vaisseau fût enflammé, combien de fois Scarpa, Boyer, Roux, etc., n'ont-ils pas réussi en étreignant le vaisseau au moyen de ligatures larges et d'un cylindre de diverse nature placé entre le vaisseau et le lien! Ne vaut-il pas mieux faire une semblable tentative avant d'en venir à la désarticulation du bras?

Je me propose de publier prochainement des faits de ligature de l'axillaire, de la sous-clavière et des troncs les plus importans.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 MARS.

TRAITEMENT DU BÉGAIEMENT PAR LA SECTION DES MUSCLES GÉNIOGLOSSES.

M. Amussat écrit qu'il a déjà opéré 21 bègues par la section des muscles génioglosses, il donne de nouveaux détails sur son procédé. Il l'exécute en deux temps distincts.

Dans le premier, dit-il, je détache complètement le frein ou filet de la langue, à son attache à l'os maxillaire, je détruis en même temps la membrane cellulo-fibreuse qui se trouve au-dessous, et je m'arrête si le bègue parle mieux ou tout à fait bien, ce qui arrive quelquefois. Déjà 4 ou 5 malades sur 21 ont retiré un très grand avantage de ce premier temps de l'opération.

Sur les autres, j'ai été obligé d'aller plus loin et de pratiquer la suture des muscles génioglosses.

J'ai déjà dit que l'opération était quelquefois accompagnée d'une hémorragie assez abondante. Pour remédier à cet accident, j'employais autrefois des boulettes de charpies trempées dans de l'eau styptique; maintenant je me sers d'un moyen beaucoup plus simple, d'une injection d'eau froide ou d'eau glacée dans la plaie. Déjà, dans plusieurs cas, ces derniers moyens n'ont complètement réussi.

Quant aux suites de l'opération, elles n'ont rien présenté de particulier jusqu'à présent. Une légère inflammation de la langue, de la gorge et des environs de la plaie, a quelquefois retardé la guérison, qui, en définitive, est survenue, terme moyen, huit jours après l'opération.

AVANTAGE DE NE PAS COUPER LE CORDON OMBILICAL IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE DE L'ENFANT.

M. Baudelocque communique une note sur ce sujet. Ses observations ont confirmé celles de Levret, Smellie, Barbaut, Freteau, Piet et Chaussier, et depuis qu'il met en pratique le précepte donné par les auteurs de ne pas couper le cordon ombilical immédiatement après la naissance, il n'a pas perdu un seul enfant, fût-il même dans un état très grave d'asphyxie et d'apoplexie.

Quand l'enfant naît asphyxié ou apoplectique, la circulation n'en continue pas moins par la veine ombilicale, lors même que les artères ombilicales ont cessé de battre. Or, c'est là un bienfait immense dont on prive l'enfant, en se hâtant de couper le cordon.

DE L'OPHTHALMIE BELGE.

Le docteur Fourcault annonce qu'il vient de terminer un voyage médical en Belgique. En attendant de plus amples communications sur les résultats de ce voyage, il adresse à l'Académie quelques observations sur l'ophthalmie belge. Suivant M. Fourcault, cette maladie n'existait pas avant 1815; à cette époque, elle a paru se propager, des armées anglaise et prussienne, à l'armée belge.

M. Fourcault a constaté, par des expériences sur les animaux, que la matière recueillie sur des yeux affectés d'une ophthalmie de cette nature et déposée sur des yeux sains, communiquait une inflammation tout à fait semblable par ses caractères et par sa marche. En cautérisant avec le nitrate d'argent les vésicules ophthalmiques qui forment le principal caractère de cette inflammation, on ne

peut plus la reproduire chez le même animal, au moyen d'une seconde inoculation.

NOUVEAU MOYEN DE RECONNAÎTRE LA PRÉSENCE DE L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. Chorou communique une note sur un nouveau moyen de constater la présence de l'acide arsénieux, et d'estimer approximativement, en peu de temps, sa quantité dans une masse fondue et inattaquable par les acides. L'oxide de plomb et le carbonate de potasse peuvent être employés à reconnaître et à doser approximativement l'acide arsénieux, et inversement l'acide arsénieux et le carbonate de potasse peuvent servir à constater la présence et la quantité de l'oxide de plomb.

M. Crifonlière lit un mémoire sur la goutte et le rhumatisme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. Velpeau demande la parole.

M. VELPEAU : Comme la commission nommée pour suivre les opérations du bégaiement n'est pas encore établie, je demande à qui il faut s'adresser en attendant. Ainsi, j'ai opéré aujourd'hui un bègue, et ignorant où je pourrais trouver les membres de cette commission, je n'ai pu les rendre témoins de cette opération. Je ne cherche point à faire naître du scandale, mais je ne puis laisser sans réponse une lettre qui a été distribuée à tous les membres de l'Académie, et dans laquelle il est écrit que « *MM. Roux et Velpeau ont opéré le bégaiement sans succès.* » Je renvoie, pour rectifier une assertion aussi inexacte, et qui trompe tout à fait sur cette question mon opinion, à la séance du 16 février 1841.

M. LE PRÉSIDENT : La lettre dont parle M. Velpeau étant tout à fait étrangère à l'Académie, ne peut donner lieu à aucune discussion.

RAPPORT SUR L'APPAREIL D'EAUX MINÉRALES ET SUR LES VASES SYPHOÏDES POUR LES LIQUEURS GAZEUSES DE M. SAVARÈS. (Rapport de M. Henry.)

M. Savarès, au dire de M. le rapporteur, a apporté, dans la fabrication des eaux minérales gazeuses, diverses modifications qui permettent de charger mieux et plus facilement ces eaux des gaz appropriés. Les vases syphoïdes qu'il a soumis au jugement de l'Académie sont destinés à toujours conserver aux liqueurs gazeuses la même quantité de gaz ; c'est ce qui ne peut arriver quand ces liqueurs sont conservées dans des bouteilles. Les commissaires se sont assurés que la liqueur, au moment où elle est versée dans le verre en sortant du vase syphoïde, contient moins de gaz que la même liqueur tirée d'une bouteille ordinaire ; mais les derniers verres tirés des vases syphoïdes contiennent autant de gaz que les premiers, tandis que les derniers verres tirés d'une bouteille ne contiennent presque plus de gaz.

Les conclusions du rapport sont d'adresser des remercîmens à l'auteur.

MÉMOIRE SUR L'IMPOSSIBILITÉ DE L'IMPORTATION DE LA FIÈVRE JAUNE EN EUROPE ; par M. CHERVIN. (Première partie.)

M. Bertulus, médecin de la marine militaire, a dernièrement adressé au gouvernement un travail dans lequel il cherche à démontrer que l'importation de la fièvre jaune en Europe est possible. Partant de cette opinion, ce médecin prévoit les dangers que l'avenir réserve à l'Europe dans la fréquence et la brièveté des communications avec les Antilles, au moyen de la vapeur.

Dans cette première partie de mon travail, j'exposerai 1° les faits sur lesquels M. Bertulus a appuyé son opinion ; 2° les conclusions qu'il en a tirées ; 3° je soumettrai les uns et les autres à une critique consciencieuse.

M. Bertulus est médecin à bord d'une corvette de l'état, qui, en 1839, après avoir séjourné trois mois devant St-Jean-d'Ulloa, quitta ce port le 15 février 1839, et fit voile pour le Fort-Royal (île Martinique). A son arrivée, le 2 avril, M. Bertulus trouva la fièvre jaune dans l'île. L'équipage de la corvette jouissait de la plus parfaite santé. Le bâtiment embarqua, le 14 avril, deux compagnies du Fort-Royal, dont plusieurs hommes avaient été attaqués de fièvre jaune, mais étaient actuellement guéris, et se rendit à la Guadeloupe, où il prit encore deux autres compagnies dont tous les hommes étaient en bonne santé. Dès ce moment, le séjour de la corvette devint sale et dégoûtant ; la chaleur était étouffante, et il s'échappait du bâtiment une odeur infecte. Plusieurs hommes furent pris de fièvres intermittentes qui tendaient à devenir pernicieuses. Le 17 avril, un homme est attaqué de la fièvre jaune ; le 21, il succombe. Le 24, un commis aux vivres qui avait fait l'inventaire des habits du défunt, et qui s'était persuadé avoir pris le germe de cette maladie pendant cette opération, est également attaqué ; il meurt le 28. D'autres cas de fièvre jaune se déclarèrent encore, et à son arrivée à la Havane l'équipage avait eu 11 malades.

Pendant treize jours de séjour à la Havane, il y eut 13 malades, dont 6 morts. Depuis l'apparition du fléau, on prit à bord la précaution de laver tout le navire avec de l'eau chlorurée ; on ne retira de cette pratique aucun avantage.

La corvette quitta la Havane pour la France, et pendant presque toute la traversée, au milieu d'une chaleur très tempérée et souvent d'une température froide, il y eut 47 hommes pris de fièvre jaune, parmi lesquels beaucoup périrent. Elle arriva le 21 mai à Brest ; depuis quatre jours, il ne s'était plus déclaré de fièvre jaune, et ce jour-là même, par une température de 13°, il se déclare 4 nouveaux cas de cette maladie.

Informé de cette circonstance, l'intendant sanitaire fit renvoyer la corvette au lazareth. M. Bertulus a observé que les cadavres se putréfiaient avec une telle rapidité, qu'on ne pouvait attendre, pour les ouvrir, plus de deux heures. Quelquefois la putréfaction semblait commencer pendant la vie.

De ces faits, M. Bertulus a tiré les conclusions 1° que la fièvre jaune pouvait se déclarer au-delà du 48° degré de latitude nord, par une température de 14 à 10° cent. ; que l'absorption des miasmes est favorisée par l'état électrique ; 3° que son importation en Europe est possible par infection ; 4° que les quarantaines sont indispensables.

M. le rapporteur se livre à la critique de tous ces faits. Au lieu de croire le germe de la fièvre jaune qui a désolé la corvette sorti de la maladie qui régnait au Fort-Royal, il montre l'équipage jouissant d'une bonne santé jusqu'à son arrivée à la Guadeloupe, quoiqu'il eût embarqué des hommes convalescens de fièvre jaune. Dans cette dernière île, deux nouvelles compagnies sont encore embarquées, la chaleur devient insupportable, et, dès-lors, la fièvre jaune éclate, mais déjà elle avait été précédée de fièvres intermittentes. Qui ne voit ici les funestes résultats de l'encombrement ? Au lieu de laver le navire avec de l'eau chlorurée, il eût mieux valu se débarrasser d'une partie de l'équipage, et ne conserver à bord qu'un nombre d'hommes proportionné aux dimensions du bâtiment. A propos de la nécessité des quarantaines admises par M. Bertulus, M. le rapporteur rappelle que la Hollande, l'Angleterre n'en ont pas, et que la France elle-même à une certaine époque n'en avait point, sans que pour cela ou ait vu dans ces pays des épidémies de fièvres jaunes.

M. Chervin continuera la lecture de son mémoire dans la prochaine séance.

DE L'EMPLOI DES APPAREILS HÉMOSPASIQUES OU HÉMOSTASIQUES (1), ET DES BAINS D'AIR COMPRIMÉ ; par M. JUNOD.

M. Junod lit plusieurs observations d'amaurose, deux observations de pneumonie, une observation de phthisie commençante, dans lesquelles il prétend que le traitement hémospasique ou hémostasique a parfaitement réussi.

Ce travail est renvoyé à MM. Husson, Bouillaud et Martin-Solon.

DU PROBLÈME DE LA DISSOLUTION DES CALCULS URINAIRES PAR LES ALCALIS A HAUTE DOSE ; par M. LEROY-D'ETIOLLE.

M. LEROY-D'ETIOLLE commence la lecture d'un mémoire sur ce sujet. Elle sera continuée dans la séance prochaine.

COMMUNICATIONS.

M. DONNÉ présente un microscope portatif de son invention. Ce ne sont pas, dit-il, des perfectionnemens optiques, mais de simples modifications de forme que j'ai fait subir à cet instrument. Mon but, en agissant ainsi, est de rendre le microscope si commode et si portatif, qu'il devienne un instrument usuel, et dont le médecin pourra se servir à chaque instant. Ainsi modifié, le microscope offre encore un autre avantage, c'est celui de la modicité du prix ; celui-ci revient à 35 fr. De plus, les lentilles du premier microscope venu peuvent s'adapter à l'appareil nouveau que je vous propose et en être ôtées très facilement.

ÉTRANGLEMENT INTESTINAL CHEZ LE CHEVAL.

M. LEBLANC présente une portion d'intestin grêle et de mésentère de cheval. Dans le mésentère se sont développées des boules graisseuses du volume d'un œuf de dinde, situées d'ailleurs comme les appendices graisseux du gros intestin de l'homme. Ces boules tiennent au mésentère par un pédicule long et mince. L'une d'elles, développée au bord adhérent de l'intestin et sur la face supérieure du mésentère, a passé au-devant de l'intestin, puis traversé le mésentère de la face inférieure à la face supérieure, et a ainsi compris l'intestin dans son pédicule, comme le ferait une ligature. La portion supérieure d'intestin s'est considérablement distendue. La distension s'est étendue jusqu'à l'estomac, qui s'est perforé, et le cheval est mort de cette perforation.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL D'OBSTÉTRIQUE, OU TRAITÉ DE LA SCIENCE DE L'ART DES ACCOUCHEMENS, CONTENANT L'EXPOSÉ DES MALADIES DE LA FEMME ET DE L'ENFANT NOUVEAU-NÉ, SUIVI D'UN PRÉCIS SUR LA SAIGNÉE ET LA VACCINATION ; par DUGÈS. — Troisième édition, 1 vol. in-8, avec 46 fig. Paris, Germer Baillière.

Le nom et les ouvrages d'Antoine Dugès sont trop connus et appréciés dans la science pour avoir rien à gagner à nos éloges. Le MANUEL D'OBSTÉTRIQUE que nous annonçons aujourd'hui est une troisième édition qui a rapidement succédé à ses deux aînées, et n'a vu le jour après

(1) Nous n'avons pu bien entendre lequel de ces deux mots a été choisi par M. Junod.

la mort de son auteur que par les soins de deux amis, MM. Lallemand et Franc, de Montpellier.

Dugès, avant sa mort, avait recueilli, pour compléter cette troisième édition, beaucoup de notes qui, toutes, ont été mises à profit par les mains habiles de ces deux médecins. Dans les 400 pages de ce volume, Dugès a pu rassembler, à force de concision et de clarté, toutes les connaissances relatives, non seulement à l'état de couche proprement dit, mais aussi à tous les phénomènes qui appartiennent exclusivement au sexe féminin et à la première enfance. Les matériaux nombreux que nécessite un pareil but ont été rangés par l'auteur en cinq parties principales, divisées en sections, suivant les besoins du sujet dont elles traitent : 1° partie anatomique; 2° partie physiologique ; 3° partie hygiénique; 4° pathologie de la femme; 5° pathologie de l'enfant et du fœtus.

La partie anatomique ne comprend que l'étude du bassin et des organes de la génération, sur lesquels nous ne trouvons que les élémens ordinaires de ce genre de description, complétés toujours par quelques souvenirs d'anatomie comparée, si familière à Dugès.

La partie physiologique dans laquelle se trouvent la puberté, la grossesse, en ce qui touche la femme et en ce qui touche le fœtus, l'accouchement et la lactation, présente un ensemble fort complet de la théorie et des phénomènes de la vie intra-utérine, considérés dans le produit de la conception. Dans ce chapitre, l'auteur traite de l'origine du nouvel être, du développement et de la marche de l'ovule, de l'anatomie des annexes du fœtus et de ses fonctions. Dugès, comme nous l'avons déjà dit, s'était livré d'une manière toute spéciale à l'étode de l'anatomie et de la physiologie comparée. Or, il faut convenir que l'embryologie, étudiée seulement sur l'embryon humain, laisse l'esprit assiégé, malgré les travaux les plus récens, d'une foule de doutes, dont l'embryologie comparée dissipe avec certitude quelques-uns. Personne n'était plus à même que le professeur de Montpellier pour éclairer la première par la seconde, en se servant de ses propres recherches et des travaux contemporains. Ces emprunts à l'embryologie sont d'ailleurs faits avec parcimonie et à propos, et dans l'unique but d'apporter plus de clarté dans l'étude des premiers momens de la vie humaine.

Nous ne dirons rien du chapitre de l'accouchement, sinon que, renfermé dans d'étroites limites, il contient cependant tout ce qui est essentiel et pratique, et dans les circonstances relatives à la mère et dans celles relatives à l'enfant.

Dans la quatrième partie, consacrée à la pathologie de la femme, l'auteur passe successivement en revue les maladies des mamelles, des organes génitaux externes et internes et de leurs annexes. On ne doit pas s'attendre à trouver toutes les individualités pathologiques traitées *ex professo*; mais, outre qu'elles sont toutes indiquées, ce que dit l'auteur de chacune d'elles suffit pour en donner une excellente idée. Les accidens et les complications de l'accouchement forment la troisième section de cette quatrième partie. Nous n'avons pas vu signalé parmi les causes de dystocie le rétrécissement général du bassin, conservant, d'ailleurs, la régularité proportionnelle de ses formes. Sans doute l'attention de Dugès n'aura pas été éveillée sur ce sujet par les observations faites à cet égard en Allemagne et parmi nous.

La pathologie du nouveau-né, formant la cinquième partie, a été rangée sous les chefs suivans : 1° lésions de continuité; 2° déplacemens; 3° altérations de volume et de nombre; 4° vices de coloration; 5° lésions de fonctions. Dans ce cadre, l'auteur a su faire rentrer tout ce que nous connaissons des maladies du nouveau-né et proportionner l'étendue qu'il a accordée à chacune d'elles à son importance pathologique.

Enfin, le volume se termine par un appendice médico-chirurgical sur la vaccine et la vaccination.

Par cet inventaire rapide, nous n'avons pas eu la prétention de donner connaissance exacte du Manuel de Dugès; notre seule intention était d'indiquer les matériaux nombreux qu'il renferme en un bien court espace. Nous n'avons rien dit de sa doctrine, de sa méthode. La première, restée étrangère aux nouvelles idées importées de l'Allemagne en France dans ces dernières années, n'en est pas moins empreinte de simplicité et déduite de bonnes observations. On sait qu'il a participé aux travaux de sa tante, la célèbre sage-femme, Mad. Lachapelle; aussi il a tiré de la pratique si étendue de sa parente tout le parti qu'un esprit sage et éclairé comme le sien pouvait en tirer. Quant à la méthode, quoiqu'elle ne soit pas celle de tous les livres d'accouchemens, elle est pleine d'ordre, et toutes les matières sont liées les unes aux autres par des liens physiologiques ou pathologiques bien entendus. Ce qui surtout ajoute au mérite et à l'utilité incontestable de ce livre, c'est que, sous un petit volume, il contient un exposé néanmoins complet de toute l'obstétrique, et, en intitulant son livre Manuel, l'auteur a joint à ses autres mérites un mérite de plus, celui de la modestie.

G. P.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

M. Dieffenbach vent bien m'apprendre, par une lettre insérée dans votre estimable journal, *qu'il n'a rien à répondre à des ennemis comme moi, et que son silence témoigne assez de son mépris.*

Les lecteurs de la Gazette Médicale se seront sans doute imaginé que j'ai attaqué de la manière la plus déloyale l'homme qui me traite d'une façon aussi brutale. Et pourtant il n'en est rien. Mais le chirurgien prussien est ainsi fait : j'ai pris la liberté grande de mettre les praticiens en garde contre ses assertions, de signaler quelques-uns de ses insuccès, et de lui poser quelques questions, *purement scientifiques*, auxquelles il se trouve fort embarrassé de répondre : il m'envoie des grossièretés, des insolences.

J'ai falsifié, dit-il, *la date de la publication du résultat de sa première opération*. Or, il faut que vous sachiez que je n'ai eu connaissance de l'article de la Gazette Médicale de Berlin que par une copie qui m'a été envoyée comme extraite du n. 51 de ce journal, et ce numéro 51 correspond, comme celui de votre Gazette, à la cinquante et unième semaine de l'année, donc au mois de décembre et non au mois d'octobre. Il y aura sans doute eu erreur dans la citation du numéro, et cette erreur a fait que je me suis trompé dans la fixation de la date, que je croyais d'autant plus devoir être portée au mois de décembre, que M. le docteur Verhaeghe, opéré par M. Dieffenbach, écrivait de Berlin à la société des sciences naturelles de Bruges (Annales de cette société, 1840, p. 80) : le premier essai a eu lieu en décembre.

Mon impétueux *ennemi* vous dit que « s'il a pu faire connaître, dès le 13 novembre, le résultat de sa première opération; elle devait nécessairement avoir été faite longtemps avant celle que j'ai pratiquée le 29 octobre. » Tout le monde reconnaîtra avec vous que cette induction n'est pas inattaquable; il eût été infiniment plus simple de dire positivement à quelle date il avait opéré; la question de fait se fût ainsi trouvée immédiatement jugée.

Mais, après tout, que veut M. Dieffenbach en présence de la déclaration que j'ai faite en juin 1840, que « je ne tenais pas excessivement à la priorité, dont je n'avais que faire, et qui serait fort embarrassante pour moi; » (Annales d'oculistique, tom. III, p. 126), en présence de ma renonciation positive au droit de priorité, formulée le 1er octobre suivant, à la page IX de la préface de mon Mémoire sur la myotomie appliquée au traitement du strabisme? (Paris, chez H. Cousin, 25, rue Jacob.)

Il faudrait probablement encore lui accorder que vous n'avez point proposé la myotomie oculaire avant son idole, M. Louis Stromeyer; il faudrait proclamer que les 700 opérations, qu'il dit avoir pratiquées, ont toutes été couronnées de succès, que dans aucun cas le strabisme ne s'est reproduit!... A ce prix, il ne me regardera plus comme un *ennemi* méprisable, il m'accordera son estime, il me serrera la main!...

Et vous, mon savant confrère, si vous voulez qu'il vous traite à l'avenir mieux qu'il ne vient de le faire à la page III de la préface de son livre Ueber die Durchschneidung der Sehnen und Muskeln (Berlin, 1841), hâtez-vous de faire l'aveu « *que vous vous êtes attribué la majeure partie des découvertes de Stromeyer*. »

Les bons procédés, la courtoisie, sont choses peu habituelles chez notre confrère de Berlin; il n'en a tout au plus que pour ceux qui veulent bien, avec l'*inépuisable* compilateur Sachs, crier par dessus les toits qu'il est le héros des chirurgiens vivans (*Heros der lebenden Chirurgen*), le *Matador der Chirurgia Curtorum*, etc. Contrariez son ambition, sa soif de rubans et d'honneurs, et vous recevrez ses ruades.

Veuillez, je vous prie, mon très estimable confrère, insérer cette lettre dans le plus prochain numéro de la Gazette Médicale, et agréer, etc.

Docteur Florent Cunier,
chirurgien du Dispensaire ophthalmique de Bruxelles, rédacteur en chef des Annales d'oculistique, etc.

Bruxelles, le 8 mars 1841.

P.-S. J'ose espérer que les journaux français qui reproduiront la lettre de M. Dieffenbach voudront bien aussi reproduire ma réponse.

— Mémoire sur la section sous-cutanée des muscles pronateurs, fléchisseurs de la main et des doigts; par Pierre Doubovitski, docteur en médecine et en chirurgie, professeur ordinaire de pathologie externe à l'Académie impériale de St-Petersbourg. Prix : 1 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cie, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 12. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 20 MARS 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE OCULAIRE.

SUR LA CAUSE ET LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MYOPIE; note adressée à l'Académie des sciences, le 15 mars 1841; par le docteur Jules Guérin (1).

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous prier de communiquer à l'Académie les conclusions suivantes d'un mémoire sur la myopie, que je me propose de présenter dans une des prochaines séances.

1° Il existe deux espèces de myopie, comme il existe deux espèces de strabisme, la *myopie mécanique* ou musculaire, et la *myopie optique* ou oculaire. La myopie mécanique résulte, comme le strabisme, de la même espèce, de la brièveté primitive ou de la rétraction active des muscles de l'œil.

2° Dans la myopie mécanique, les muscles trop courts sont les quatre muscles droits simultanément, ou deux ou trois seulement d'entre eux, mais de manière à ce que le raccourcissement soit proportionnellement égal dans les muscles affectés.

3° Très fréquemment la myopie se combine avec le strabisme : c'est lorsqu'il existe plusieurs muscles droits rétractés, avec brièveté relative plus grande de l'un d'eux, ou bien encore lorsqu'il n'y a qu'un muscle droit rétracté, mais à un faible degré.

4° Les caractères de la myopie mécanique sont, comme ceux du stra-

(1) Les idées et les faits contenus dans cette note ont été communiqués à M. Arago il y a un mois, le lundi 15 février. Je les avais développés dans ma conférence clinique du samedi 20 février.

Feuilleton.

LES NERFS.

Par respect, par égard pour le lecteur qui, alléché par le titre, dispose et tend déjà toutes ses facultés perceptives et rationnelles pour saisir, comprendre et digérer convenablement quelque disquisition anatomo-physiologico-pathologique du genre transcendant, nous devons le prévenir par avance qu'il n'y a pas dans tout ce qu'il va lire un atôme de substance scientifique. S'il veut savoir quelque chose sur les nerfs, nous lui conseillons de s'adresser ailleurs; par exemple à la *Physiologie du système nerveux* du professeur Müller, qui vient de paraître tout fraîchement et qui, étant la dernière, doit nécessairement être la meilleure. Maintenant qu'il est averti, s'il passe outre c'est à ses risques et périls; et s'il lui arrive mal, tant pis pour lui. Le feuilleton s'en lave les mains.

Il ne s'agit donc pas ici de savoir ce que sont les nerfs, s'ils sont creux ou pleins, ni d'où ils viennent, ni où ils se rendent, ni même s'il y en a. Nous adoptons aveuglément tout ce qu'en disent les livres. N'y eût-il pas de nerfs, nos raisonnemens n'en subsisteraient pas moins, et n'en seraient même que meilleurs. Ce n'est pas de la chose que nous traitons, mais du mot. Or, ce mot, *les nerfs*, est en fait ce qu'il y a de plus important et de plus fondamental en médecine; il est la dernière clé de la théorie et de la pratique; sans lui, non seulement les innombrables arcanes de la pathologie demeureraient à jamais inexplicables, mais encore l'exercice de la profession médicale serait à peu près impossible. Otez ce mot, il n'y a plus de médecine et ce qui est pis, plus de médecins. C'est ce qu'il est facile de démontrer.

Et d'abord, sous le point de vue purement scientifique, ce petit mot a les propriétés les plus admirables. Rien ne lui résiste. Il n'y a pas de phénomène si caché dans les profondeurs de l'organisme, de modification si subtile et si fine de la vie qu'il ne soit capable de mettre à nu, pas de complication si abstruse qu'il ne délie comme par enchantement. C'est un réactif intellectuel à la fois le plus délicat et le plus sûr; il pénètre tout, s'applique à tout; et alors que l'anatomie, la séméiotique, la thérapeutique, la chimie, la physique, l'observation, l'expérience, le raisonnement sont sur les dents et s'avouent vaincus, il survient tout à coup, comme le *fiat lux*, et dissipe à l'instant les ténèbres. C'est la pierre de touche par excellence, l'*ultima ratio* médicale. Il est la dernière limite de la raison, et, comme tel, son autorité est, sinon infaillible, du moins irrécusable, parce qu'il n'y en a pas de plus haute. Aussi est-il en général sans appel. Et s'il arrive que quelque esprit mal fait, quelque pointilleux sceptique se refuse à reconnaître sa compétence, il faut l'abandonner à son sort comme un homme privé de raison.

Pour bien inculquer et faire toucher au doigt la chose, entrons dans le détail. Prenons la première maladie qu'on voudra, par exemple, ce monstre pathologique, nommé fièvre intermittente, et soit donné à résoudre le premier des problèmes dont il est gros, le problème étiologique. Allons, mettons-nous à l'œuvre

bisme mécanique, fournis par la forme du globe oculaire et par les mouvemens des yeux. La moitié antérieure du globe de l'œil est conique, la cornée représente un segment de sphère d'un rayon de courbure beaucoup plus petit que le segment de l'œil qu'il remplace. Les parties latérales du globe oculaire sont déprimées, aplaties dans la direction des muscles trop courts. Les mouvemens des deux yeux sont plus ou moins bornés en haut, en bas, en dedans et en dehors, suivant le degré de raccourcissement des muscles et le nombre des muscles raccourcis.

5° Le traitement actif de la myopie mécanique, doit consister dans la section sous-conjonctivale des muscles trop courts ou rétractés.

J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération avec succès, tantôt pour des cas compliqués de strabisme, tantôt pour des cas de myotomie simple, sans strabisme. Je citerai, parmi les cas les plus remarquables, celui d'un homme âgé de 50 ans, affecté d'un léger strabisme divergent, et qui avait été réformé il y a trente ans pour cause de myopie. Il pouvait lire avec les verres n° 3; trois jours après l'opération, il a pu lire couramment sans lunettes les caractères du MONITEUR. Je citerai encore un jeune homme âgé de 18 ans, fils d'une mère myope dont la mère avait également la même infirmité. Ce jeune homme a été présenté à M. Arago avant l'opération : il ne pouvait pas distinguer les caractères cicéro à plus de 12 centimètres, mais lisait couramment à la même distance et à une distance plus éloignée, avec des lunettes n° 7. Trois jours après la section des deux droits internes et externes, il commençait à lire sans lunettes, à la même distance, les mêmes caractères, et pouvait distinguer à une distance de 10 mètres des objets qu'il n'avait jamais pu apercevoir avant l'opération. Aujourd'hui, neuvième jour de l'opération, le malade peut lire à l'œil nu les caractères cicéro à la distance de 55 centimètres, et les capitales grasses de romain à la distance d'un mètre, mais ces caractères lui paraissent plus petits qu'avant l'opération. Il distingue assez nettement, à la distance de 100 mètres, les gros objets, comme un chien, un vase, une statue, tandis qu'il ne voit pas du tout les mêmes objets avec les verres n° 7, et ne les voit que très confusément avec les verres n° 13. Toutefois, l'œil ne paraît pas pouvoir encore accommoder son foyer à toutes les distances intermédiaires, et cette circonstance coïncide avec une réunion et une contraction encore incomplètes des muscles divisés.

6° La connaissance de la cause immédiate de la myopie mécanique tend à démontrer que l'œil s'adapte, en s'allongeant ou se raccourcissant alternativement, au moyen de la contraction primitive des muscles droits, à la distance des objets qu'il regarde. Des expériences directes prouvent d'ailleurs qu'il en est ainsi. J'ai eu l'honneur de présenter à M. Arago un jeune homme de 28 ans, sur lequel ces mouvemens alternatifs de retrait et de relâchement de l'œil, correspondans à la vision à courte et à longue distance, étaient appréciables sans le secours d'aucun instrument.

7° Ces faits et ces expériences tendent à démontrer que le cristallin ne change pas de forme pour s'adapter à la vue à différentes distances, ainsi qu'avaient cherché à l'établir plusieurs auteurs, mais qu'il change seulement de rapports avec la rétine et la cornée transparente, dont il s'éloigne et se rapproche alternativement.

Veuillez, etc.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR UN MODE DE TRAITEMENT DES ULCÈRES DES JAMBES, SANS ASSUJÉTIR LES MALADES NI AU REPOS NI AU RÉGIME; présenté à l'Institut de France, le 3 août 1840; par le docteur PHILIPPE BOYER.

Messieurs,

Le mémoire, que j'ai l'honneur de vous présenter, est le résultat des recherches que j'ai faites, afin de trouver pour les ulcères des jambes un mode de traitement qui pût permettre aux malades de guérir en continuant leurs occupations.

L'ulcère des jambes est, de toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, une des plus fâcheuses, puisqu'elle sévit principalement sur la classe inférieure de la société. Jusqu'à présent les praticiens avaient cru que le repos était indispensable à sa guérison, et qu'il était impossible d'obtenir celle-ci quand le malade marchait et se livrait à un travail quelconque. Les conditions nécessaires au traitement de l'ulcère importaient peu à l'homme riche ; il prenait le repos convenable ; lui et les siens continuaient à vivre dans la même aisance, et il n'attendait pas que sa maladie fût aggravée et arrivée au point de l'empêcher complètement de marcher, pour se mettre entre les mains des chirurgiens. Mais le pauvre, mais l'homme qui travaille au jour le jour pour gagner ce qui est nécessaire à sa nourriture, à celle de sa femme, à celle de ses enfans, cet homme, dis-je, au lieu de suspendre ses travaux, attendait; il espérait que sa maladie guérirait en prenant quelques précautions, toujours insuffisantes. Il voyait, au contraire, son mal augmenter en étendue, en profondeur, en douleur; et il était forcé d'abandonner sa famille pour venir chercher une guérison, toujours imparfaite, dans un hôpital où il passait au moins deux ou trois mois. Si encore il avait obtenu une guérison durable, il aurait été heureux; mais non; il n'en était pas ainsi. La cicatrice fermée pendant un repos complet se rouvrait peu de temps après que le malade avait commencé à marcher, parce que les muscles agissant par leur contraction sur le tissu de cette cicatrice la distendaient outre mesure et la déchiraient.

Frappé de ces inconvéniens et plus encore de l'abandon de ces malheureux, qui sont en quelque sorte la vermine des hôpitaux, j'ai cru pouvoir remédier à tous les désagrémens de leur position, en employant un traitement qui remplit toutes les conditions les plus désirables pour la classe ouvrière. Je l'ai expérimenté pendant seize mois au bureau central d'admission des hôpitaux de Paris, depuis le 24 août 1831, jusqu'au 31 décembre 1832; et depuis lors, cette médication, adoptée par le conseil général des hôpitaux et hospices de Paris, et mise en pratique par les chirurgiens du bureau central et par un grand nombre de praticiens, a été suivie de succès constans.

Il y a donc, Messieurs, huit années d'une expérience journalière et banale, si j'ose m'exprimer ainsi, ce qui met tous les praticiens à même d'apprécier la méthode et d'en connaître la valeur.

Le mode de traitement, qui consiste à entourer la partie malade de la jambe de bandelettes de diachylon gommé et d'une bande roulée, a pour

---

Interrogeons d'abord hippocratiquement les *eaux*, les *airs* et les *lieux*; puis, armés du scalpel moderne, parcourons les replis de toutes les muqueuses, les derniers coins de tous les parenchymes; plaçons la rate sous un microscope; passons à l'alambic le fluide pancréatique; prions MM. Pelletier et Caventou de nous dire au juste combien l'écorce de quinquina grise, rouge ou jaune contient d'atômes de kinate de chaux, d'amidon, de tanin, de matière dite grasse, de matière dite colorante, rouge, verte, jaune, d'acide kinique, de cinchonine, de gomme, de ligneux; puis, pour être en règle avec les préceptes classiques, distinguons soigneusement et recherchons, chacune à part, les causes *internes*, *externes*, *principales*, *accessoires*, *prédisposantes*, *concomitantes*, *déterminantes*, *occasionnelles*, *prochaines*, *éloignées*, *physiologiques*, *chimiques*, *physiques*, *générales*, *locales*, *négatives*, *positives*, *constantes*, *intercurrentes*, *matérielles*, *morales*; puis, avec la méthode numérique, alignons géométriquement, au moyen d'une règle, tous ces résultats dans autant de colonnes séparées; condensons le tout dans de bonnes additions, et faisons-les vérifier par M. Louis ou M. Bouillaud. Enfin, pour que rien n'échappe, ne négligeons pas de nous adresser à quelque métaphysicien de la vieille roche, pour qu'il nous éclaire sur le *divinum quid* de la fièvre, et sur le *génie* périodique. Cet immense travail achevé, que nous reste-il pour conclusion ? *Zéro*, rien. Nous avons appris une infinité de choses, mais non pas celle que nous cherchions. Nous ignorons, après comme avant, la cause de la fièvre, et nous l'ignorerions éternellement, si le mot Nerfs était rayé du vocabulaire. Dès que ce trait de lumière a percé l'enveloppe de votre esprit, l'inconnue est *dégagée* et l'équation faite : ce sont *les nerfs*. *Probatum est.*

Ab uno disce omnes. Il n'y a pas de problème physiologique, pathologique ou thérapeutique qui ne cède à cette explication; et ce qu'il y a de merveilleux, c'est qu'elle est, dans tous les cas, complète et certaine. La solution par les nerfs est de sa nature invincible; elle n'admet pas d'objection, parce qu'elle n'est pas susceptible de réfutation; aussi l'effet en est toujours certain. Elle a la double vertu de tranquilliser l'esprit de celui qui la donne et de fermer la bouche à celui qui l'entend.

Et ce n'est pas seulement le substantif *nerf* qui jouit de ces propriétés; les adjectifs Nerveux, Névralgique, Névropathique, ainsi que d'autres substantifs de la même famille, tels que Névralgie, Névrose, y participent plus ou moins. Ils peuvent tous être employés avec succès suivant les cas. Ainsi supposons une de ces affections si nombreuses dont on ne connaît, par les moyens ordinaires, ni la cause, ni le siége, ni la nature, ni le degré de gravité, ni le remède, et dont cependant votre conscience et votre logique vous demandent une explication. Le mot *névrose* est là pour vous tirer d'embarras. Et il ne faut pas objecter niaisement que ce nom n'explique rien, et que ce n'est qu'un mot. Ce n'est là qu'une chicane dont un vrai philosophe fera promptement justice. La science humaine ne se compose que de mots, et, comme le dit très bien Fontenelle : *une vérité est connue quand elle est nommée.* En effet, comment nommerait on l'inconnu? Otez de la physique, de la chimie, de l'astronomie, les mots: affinité, impénétrabilité, élasticité, attraction, et toutes ces sciences s'évanouissent en fumée. Ces mots sont inexplicables en eux-mêmes, et c'est pour cela qu'ils expliquent tout. Il en est de même, en médecine, des mots : sensibilité, irritabilité, sympathie, inflammation et mille autres de ce genre; mais surtout de leur chef

principaux avantages de permettre au malade de se livrer à ses occupations ordinaires quelles qu'elles soient, de ne l'assujettir à aucun régime, de ne pas exiger des pansemens journaliers, et de n'employer que des médicamens peu coûteux.

Avant d'entrer dans les détails de son application, je crois devoir vous dire quelques mots sur les ulcères des jambes.

L'ulcère des jambes est une solution de continuité de la peau des jambes avec perte de substance, écoulement de matière purulente, et tendance continuelle à s'agrandir.

On conçoit, d'après cette définition, que j'écarte toute solution de continuité des jambes entretenue par une maladie des parties molles sous-jacentes à la peau, ou des parties osseuses. Quelques écrivains ont nommé ces solutions de continuité ulcères symptomatiques, tandis qu'ils donnaient le nom d'ulcères idiopathiques à ceux qui nous occupent. Je crois ces dénominations fausses, parce que l'ulcère symptomatique, celui qui résulte d'une maladie d'un organe profond, tend constamment à se rétrécir jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'une fistule, tandis que l'ulcère, proprement dit, tend toujours à s'agrandir. J'écarte également les plaies récentes que Bell rapporte aux ulcères, parce que, dit-il, à mesure qu'elles approchent de la guérison, elles doivent toujours se terminer par un ulcère. Cette opinion est erronée; car la plaie tend toujours à la cicatrisation, l'ulcère à l'agrandissement.

La peau seule est malade dans les ulcères des jambes; il suffit d'en voir un ou d'en disséquer quelques-uns pour s'en assurer. Le tissu cellulaire sous-jacent à la peau étant complètement détruit dans les ulcères avec gangrène, la cause gangrénante continue d'agir. Mais on peut avancer que jamais, même dans les ulcères les plus graves, l'aponévrose jambière ne devient malade.

Je pourrais, et peut-être même, je devrais pour être bien complet dans mon travail, passer en revue toutes les classifications des ulcères et examiner quelle est celle qui convient le mieux aux ulcères des jambes. Mais cet exposé, qui serait nécessairement suivi de l'examen critique de chacune d'elles, m'entraînerait dans une controverse tout à la fois inutile et fastidieuse, puisque mon traitement étant applicable indistinctement à tous les ulcères des jambes, cette maladie est *une* pour moi.

Cependant comme une classification est nécessaire, je vais étudier, avant d'aller plus loin, quelles sont les causes qui peuvent occasionner les ulcères des jambes, parce que ce sera d'après ces causes que j'établirai ma classification.

Causes des ulcères des jambes. — Il n'est pas possible de parler des causes des ulcères des jambes sans rentrer dans l'étude de l'étiologie générale des ulcères. Vous ne devez donc pas vous étonner, Messieurs, de trouver ici des considérations qui pourraient paraître étrangères à mon sujet.

Les causes des ulcères ont été divisées en internes, générales ou prédisposantes, et en externes, locales ou efficientes. Cette division, très admissible, si nous considérons d'une manière générale la marche des ulcères nécessite, selon moi, une modification importante. En effet, si sous le nom de causes interne, générale ou prédisposante, nous entendons cette altération de la constitution à laquelle se rapportent certains ulcères et qui leur donne une apparence tout à fait spéciale, nous aurons, je crois, une idée fausse de la cause qui fait naître les ulcères. Car ce n'est pas cette altération de la constitution qui engendre l'ulcère; elle ne fait que modifier son aspect. La vraie cause de l'ulcère, cette cause que les anciens nommaient prochaine, réside pour la maladie qui nous occupe dans une disposition de la constitution que j'appelle *diathèse ulcérante*, et à laquelle Hunter et ses sectateurs ont donné le nom d'inflammation ulcérative, confondant dans cette dénomination la cause et l'effet. Les vices de la constitution qui modifient l'ulcère sont des complications et non pas des causes.

Je crois donc que l'on doit dire et je dis :

L'ulcère ne reconnaît qu'une seule cause, la *diathèse ulcérante*.

Les causes dites internes, générales, prédisposantes, ou externes, locales, efficientes, ne sont que des complications.

Pour bien comprendre ce que j'avance, il faut étudier avec grand soin le développement de l'ulcère, et voir si ces différentes complications ont une influence spéciale sur son développement, ou seulement sur son aspect. Or, l'ulcère vient spontanément, ou succède à une solution de continuité.

Déjà, dans mon Traité de la syphilis, j'ai appelé l'attention sur le mode de développement de l'ulcère syphilitique primitif, ou chancre, et j'ai tâché de démontrer qu'il ne vient pas par une pustule, comme on le dit généralement, mais qu'il apparaît instantanément, comme toute autre espèce d'ulcère. Je dois développer ici cette idée, que je n'ai fait qu'émettre alors dans mes ouvrages où le mode de développement de l'ulcère ne devait pas être étudié spécialement.

Si nous examinons une partie sur laquelle se forme un ulcère spontané, nous voyons que, sur un point de la peau, il paraît une rougeur, et qu'en même temps si l'épiderme est très mince et est détruit par la force ulcérante, il apparaît un ulcère que l'œil ne peut pas toujours apercevoir, mais que la loupe fait reconnaître. La circonférence de cette partie ulcérée présente une rougeur inflammatoire variable. Si l'épiderme est épais, on ne voit pas au même moment la rougeur et l'ulcère; mais le pus sécrété par l'ulcère s'amasse sous lui et forme une pustule, qui, si elle est rompue, laisse l'ulcère au-dessous d'elle.

Si nous examinons une plaie qui se change en ulcère, nous voyons que les bords de la plaie n'offrent pas ce cercle rouge, uni, qui précède la formation de la cicatrice, mais, au contraire, des bourgeons charnus de mauvaise apparence, et une raie blanchâtre qui borde la peau et semble la retenir et l'empêcher de s'étendre sur la solution de continuité, dont le fond perd son aspect granuleux et uni.

Dans l'un et l'autre cas, les parties paraissent rouges et détruites, comme si une force absorbante les enlevait, sans laisser de détritus; et c'est ce qui a porté Hunter à attribuer l'ulcération à l'absorbation.

Or, quelle que soit la complication qui accompagne l'ulcère, le développement étant le même, il faut donc qu'il y ait, pour produire l'ulcère, une autre cause que cette complication. Celui-ci dépend donc d'une cause particulière, c'est celle que je nomme *diathèse ulcérante*. La complication n'est que la cause entretenante de la maladie; et c'est pour cela que je ne lui conserve pas le nom de cause, et que je lui donne celui de complication.

Nous avons journellement la preuve de ce que je dis dans les ulcères dépendant de ce qu'on nomme ordinairement causes internes. Quand des ulcères se manifestent chez plusieurs individus soumis aux mêmes influences, vous voyez chez l'un l'ulcération survenir avec les symptômes de cette influence, et marcher très vite; chez l'autre, l'ulcération marche

---

de file le mot Nerf. On pourrait, à la rigueur, se passer des premiers, quoique difficilement, mais de celui-ci jamais; car il peut toujours au besoin tenir lieu de tous les autres. Il est littéralement l'*alpha* et l'*omega* de la science. Il est à peine besoin de faire voir que l'adjectif *nerveux*, cet agréable pendant du substantif *névrose*, a des vertus analogues à celles de son congénère. Il est même plus communément employé, parce qu'il s'applique mieux aux détails. Exemple. Des accidens morbides compliqués, obscurs, inquiétans, se présentant à un débutant, son esprit a sur le champ envie de se mettre en campagne pour en découvrir la source, l'enchaînement, les suites, mais le médecin expérimenté n'a garde de se lancer dans cette inutile recherche; il simplifie et résout en même temps le problème par ce seul mot : *nerveux*.

Si nous voulions énumérer et décrire en détail les trésors de science contenus dans le mot *nerfs* et ses dérivés, nous abuserions certainement de la patience la plus robuste du lecteur le plus désœuvré; car c'est un sujet dont on peut tirer, comme fait l'araignée de son intestin, des fils sans fin et une interminable toile. Il nous reste d'ailleurs trop à dire sur les avantages pratiques de ces cinq lettres, pour insister davantage sur ce premier point.

C'est, en effet, comme moyen pratique que les nerfs se recommandent en première ligne au médecin dans l'exercice de son art. En vérité quand on réfléchit aux si nombreux et si importans services qu'il nous rend, à l'inappréciable commodité de son emploi, et à la désastreuse position où nous serions si nous en étions privés, on s'explique à peine comment les anciens médecins grecs et romains pouvaient faire la médecine. Ils avaient, il est vrai, le sang, la bile, la pituite, beaucoup moins employés aujourd'hui; ils possédaient même quelques mots tout à fait hors de service, tels que l'atrabile et l'*infarctus*; mais avec tout ce bagage ils devaient souvent être embarrassés. Plus tard, nos pères ont eu quelques nouvelles ressources dont plusieurs pourraient être encore utilisées. Les *âcretés*, par exemple, avaient du bon; c'est un mot très bien fait. Les *obstructions* faisaient aussi très belle figure. Mais le mot le plus regrettable sans comparaison est celui de *vapeurs*. Les vapeurs égalent presque les Nerfs. L'*irritation* a essayé pendant quelques années de s'établir sur les ruines de ses aînés; mais elle n'a pas réussi. Les nerfs sont restés en possession de la confiance à peu près exclusive, et ils la méritent bien. Béni soit Cullen qui, le premier, les a mis en circulation!

La destinée des mots *nerfs* et *nerveux* est vraiment merveilleuse. Ils ont cours partout, ils sont dans toutes les bouches; et ce qu'il y a d'admirable surtout, c'est qu'ils sont immédiatement compris des ignorans comme des savans, des malades comme des médecins. Tout le monde s'en sert et les applique également bien; c'est du moins ce qu'il faut conclure du résultat; car aussitôt qu'ils sont prononcés, tous ceux qui les entendent consentent et se déclarent satisfaits. Voyez ce malade en proie aux plus vives souffrances, et aux terreurs de la mort, interroger avec anxiété le médecin et attendre la bouche béante la réponse qui donne la vie ou la mort. Que croyez-vous que va répondre le disciple d'Esculape? quelques paroles évasives peut-être, quelque mystérieuse sentence technique? pas du tout. Il ne dit que ce mot : *c'est nerveux*. C'est nerveux, répètent les assistans; et le malade qui a aussi parfaitement compris que tous les autres, se tient pour entièrement satisfait et à peu près guéri. C'est là la réponse universelle à toute question médicale, et (chose qu'on ne pourrait trop admirer!) il est sans

très lentement; chez un autre, l'ulcération reste stationnaire; chez un quatrième, l'ulcération ne peut pas survenir, quoiqu'il y ait une plaie ou des pustules qui feraient craindre son invasion; il faut donc qu'il existe chez ces malades une diathèse ulcérante différente. Et qu'on ne vienne pas dire que ces différences ne dépendent pas du degré de la force ulcérante, mais de celui de la force maladive, car on se tromperait souvent trompé, puisque souvent celui qui m'offre pas d'ulcération présente, au plus haut point d'intensité, les symptômes de la maladie interne, à laquelle on attribue l'ulcération; on observe souvent ce que je dis dans la syphilis, soit primitive, soit consécutive, et sans doute que les praticiens qui voient un grand nombre de scorbutiques ont sous les yeux les mêmes exemples.

Au surplus, les praticiens savent bien que ce que j'applique ici aux ulcères est applicable aux autres maladies. Ils ont tous vu des abcès se développer en si grand nombre chez certains malades, qu'on peut croire à une diathèse; ils ont tous fait la même observation pour l'érysipèle. Pourquoi ce qui existe pour ces maladies et plusieurs autres n'existerait-il pas pour les ulcères, indépendamment de toutes autres causes?

Ce que je dis relativement aux ulcères attribués aux causes internes trouve également son application pour les ulcères dépendant de causes externes. Ainsi, l'ulcère variqueux n'est pas produit par les varices, mais entretenu par elles; ce qui a fait dire à mon père, sur l'autorité duquel je suis heureux de m'appuyer, dans une circonstance où je combats ses opinions, et où je n'ai jamais pu vaincre son incrédulité: «La dénomination d'ulcères entretenus par les varices conviendrait mieux aux ulcères dont nous allons parler, que celle d'ulcères variqueux, par laquelle on les désigne ordinairement.»

Je crois donc que l'on doit admettre pour causes des ulcères deux ordres de causes.

1° La cause prédisposante, ou diathèse ulcérante.

2° La cause entretenante, ou complication.

Faisant maintenant l'application de ce que je viens de dire aux ulcères des jambes, nous trouvons que la cause prédisposante, ou diathèse ulcérante, est la même pour eux que pour les ulcères de toutes les autres parties du corps, et que les causes entretenantes ou complications sont nombreuses, très différentes, et méritent une étude spéciale.

Mais quoique la diathèse ulcérante soit la cause réelle de l'ulcère, et que son action seule suffise pour le faire naître, il arrive quelquefois qu'elle est mise en jeu par des causes extérieures qui n'ont d'autre influence que de lui donner une occasion d'agir.

Le nombre des malades dont le mode de développement des ulcères a été convenablement noté est de 223, ainsi répartis:

- 83 mode de développement inconnu.
- 64 contusions.
- 35 boutons. Sous ce nom, je confonds les pustules que j'ai vues, et tout ce que les malades nomment boutons.
- 9 ruptures de cicatrices, soit de plaies, soit d'anciens ulcères.
- 3 blessures. Les plaies qui leur ont succédé ont dégénéré en ulcères.
- 3 ouvertures spontanées de varices.
- 3 syphilis.
- 2 érysipèles.
- 1 sinapisme.
- 1 morsure de chien.

Examinons successivement chacun de ces modes de développement.

Chez 83 malades, le mode de développement est inconnu. Toutes mes questions ont été inutiles pour arriver à un résultat quelconque: les malades ne savaient nullement expliquer comment l'ulcère s'était développé; mais tous avouaient qu'ils n'avaient pas soigné ou qu'ils avaient mal soigné leurs ulcères commençans. Je tenais d'autant plus à connaître le mode de développement des ulcères, qu'à cette époque rien ne m'avait conduit aux opinions que je professe aujourd'hui, et qu'elles m'ont été suggérées par l'observation. Eh bien! chez ces 83 malades, rien, absolument rien n'a pu me donner connaissance de l'origine des ulcères. Je crois donc pouvoir la rapporter à l'action seule de la diathèse ulcérante.

Chez 64 malades, une contusion a précédé l'apparition de l'ulcère. Or, je le demande, quel rapport peut-il y avoir entre une contusion et un ulcère? Une contusion donne souvent lien à un abcès; le sang s'épanche dans le tissu cellulaire, il s'altère, le pus se forme. Mais les malades ne m'ont pas dit: j'ai eu une contusion, puis un abcès, puis un ulcère. Non, ils m'ont tous répondu: je me suis cogné la jambe, et il m'est venu un ulcère. Il fallait donc qu'il existât chez eux un principe particulier, qui étant mis en jeu par la contusion occasionnât l'ulcère; il fallait donc que la diathèse ulcérante fît partie de leur constitution.

Nous trouvons, en troisième lieu, que 35 malades ont eu des ulcères à la suite de boutons. J'ai établi en principe que je confondais sous ce nom les pustules que j'avais vues et ce que les malades désignaient sous le nom de boutons. Or, pour ce que j'ai vu, j'en suis sûr; il y avait bien réellement des pustules, qui, sans diathèse ulcérante se seraient guéries par la dessication et la desquammation. Mais pour ce que les malades nomment boutons, il est probable que des erreurs ont eu lieu, et qu'ils ont souvent confondu avec de vraies pustules les vésicules purulentes dont je parlerai plus tard et qui précèdent l'apparition des ulcères. Si nous laissons de côté les cas où nos renseignemens viennent des malades, pour n'examiner que ceux où nous avons fait nous-mêmes les observations, nous sommes encore forcés d'attribuer la formation de l'ulcère à la diathèse ulcérante, puisque ces mêmes pustules, qui ont précédé cette formation, ne sont pas suivies d'ulcères dans le plus grand nombre des cas.

Les réflexions que je fais ici pour les pustules peuvent s'appliquer aux huit autres maladies qui ont été suivies du développement d'ulcères, puisque dans le plus grand nombre des cas, ces maladies ne donnent pas lieu à des ulcères, et que ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles qu'on les voit survenir.

Je ne crains donc pas d'avancer que la diathèse ulcérante est la seule et unique cause des ulcères, agissant par elle-même ou mise en jeu par des agens extérieurs, et que les causes, dites internes ou externes, ne sont que des causes entretenantes ou des complications.

D'après ce qui précède, j'établis donc la classification suivante des ulcères des jambes: ulcères simples; ulcères compliqués.

Sous la dénomination d'ulcères simples, je comprends ceux qui existent uniquement en raison de la diathèse ulcérante.

Sous la dénomination d'ulcères compliqués, je renferme ceux qui, existant en raison de la diathèse ulcérante, sont entretenus par une autre cause qui complique leur existence.

1° ULCÈRES SIMPLES. — L'ulcère simple est celui qui, dépendant uni-

---

exemple qu'elle ait paru insuffisante, ou même simplement obscure à quelqu'un. Et qu'on vienne nous dire ensuite que les mots ne signifient rien! qu'on vienne nous jeter au nez l'impertinent adage *res non verba!* Nous prions humblement ces ergoteurs de nous dire quelle *chose* ils pourraient mettre à la place du *mot* Nerf dans les exemples cités; et nous n'attendrons pas même leur réponse.

Ce mot est d'invention médicale; il est un des derniers produits de la science la plus avancée; mais il est si net, si clair, si frappant d'évidence, si lumineux, si logique, qu'à peine inventé, il est immédiatement entré dans le domaine public. Je sors de chez moi le matin avec une violente céphalalgie; mon portier, que je trouve au bas de l'escalier, me voyant abattu, s'informe de ma santé. Je lui dis: J'ai mal à la tête. Il me répond aussitôt: *C'est nerveux*. Que pouvait-il dire de mieux, ce brave homme! A quelques pas de là, je rencontre dans la rue un ami qui m'invite à déjeûner. — Non, je souffre beaucoup de la tête. — *C'est nerveux*, réplique-t-il, sans hésiter davantage. J'arrive chez mon docteur, et je lui demande conseil sur mon mal. — Buvez de la limonade bouillie, me dit-il; *c'est nerveux*.

On a beaucoup écrit et discuté sur les nerfs, depuis Erophile, Erasistrate, Galien, jusqu'aux modernes anatomistes. On composerait une très vaste bibliothèque des livres *ex-professo* sur ce sujet. Mais c'est merveille que, jusqu'à ce Feuilleton indigne, personne n'ait songé à mettre en lumière cette face de la question. On nous pardonnera donc si nous ne faisons ici qu'une simple esquisse. Les esprits pénétrans qui nous lisent sauront bien voir toute la portée de notre découverte, et il nous est peut-être permis d'espérer qu'il nous en reviendra quelque bonheur. C'est un fruit de nos longues réflexions sur la théorie et sur l'exercice de l'art.

Avant de terminer cette démonstration de ces propriétés des mots jusqu'ici complètement inconnues, du moins dans leur raison scientifique, nous ajouterons une considération de premier ordre. Nous en garantissons la vérité sur l'autorité de notre expérience personnelle. Nous disons donc que le mot en question a une vertu de beaucoup supérieure à toutes celles déjà indiquées, une vertu thérapeutique des plus efficaces. Le mot *nerf*, appliqué à propos, ou même mal à propos, réussit souvent à réprimer les symptômes les plus alarmans. Il peut tenir lieu d'un purgatif et d'une saignée. Il a une propriété sédative, et s'il fallait le ranger dans une des catégories admises des médicamens, nous le classerions parmi les *tempérans*. Nous l'avons vu agir immédiatement dans des cas de dyspnée suffocante, de céphalalgie intense, de constipation opiniâtre; nous l'avons vu arrêter *illico* des vomissemens, des flux de ventre; il est souverain dans la plupart des affections de la tête et du cœur. Mais notre conscience nous oblige d'avouer qu'il n'a pas d'action appréciable sur les inflammations bien confirmées, sur les cancers, les tubercules, les calculs, et généralement toutes les dégénérescences. Il ne vaut rien non plus dans toutes les maladies situées à la surface ou dans les cavités où la main et l'œil peuvent pénétrer, comme les affections cutanées, syphilis, gale, etc., croup, hémorroïdes, polypes du nez, ophthalmies. Dans tous ces cas, c'est battre l'air en vain. Mais lorsque la maladie cachée dans les profondeurs des viscères ne se laisse saisir par aucun sens, lorsque la percussion, l'auscultation, la succussion, la mensuration sont muettes, il est tout à fait indiqué. Les autres mots analogues, substantifs et adjectifs (nerveux, névropathie) ne sont pas sans efficacité; mais leur action est plus faible: on peut les considé-

quement de la diathèse ulcérante, survient sur la jambe saine d'un individu sain.

Cette définition devrait suffire, et toute explication me semble inutile. Cependant j'entrerai dans quelques détails, afin qu'on ne puisse avoir aucun doute.

J'appelle jambe saine, toute jambe qui n'a ni varices, ni eczéma chronique ou aigu, ni œdème, ni rien qui puisse favoriser l'existence de l'ulcère. Ainsi une jambe difforme par fracture n'est pas une jambe saine, parce que la saillie de l'os peut, à cause des frottemens, entretenir l'ulcère.

J'entends par individu sain, tout homme n'ayant pas en lui un principe maladif inné ou acquis, qui entretienne l'ulcère, comme syphilis, scrofules.

Toutes les fois donc que je dis ulcère simple, on comprend sans peine ce que signifie ce mot,

95 malades étaient dans cette catégorie sur les 243 cas d'ulcères observés.

2° Ulcère compliqué. — L'ulcère compliqué est celui qui, développé en raison de la diathèse ulcérante, est entretenu par une autre cause.

Les causes entretenantes des ulcères des jambes, ou complications, doivent être distinguées en deux classes: causes locales; causes générales.

Les complications locales sont les suivantes, en les énumérant d'après leur fréquence: les varices; l'eczéma; l'inflammation; la gangrène; les callosités; les fongosités.

Les complications générales sont: la syphilis; la scrofule; le scorbut.

Les pathologistes ont admis les ulcères dartreux et cancéreux des jambes. Vous concevez sans peine que l'ulcère est une maladie de la constitution contre laquelle un traitement local est sans force. Quant à l'ulcère dartreux, il n'existe pas; l'eczéma aigu ou chronique est une complication locale, et non une complication générale.

Les complications des ulcères des jambes méritent quelque attention, parce qu'elles peuvent nécessiter des modifications dans l'emploi de moyens thérapeutiques accessoires du traitement commun.

148 malades étaient dans cette catégorie, sur les 243 ulcères observés.

Mode de développement. — L'ulcère des jambes se développe de deux manières différentes. Ou il survient spontanément, ou il succède à une plaie. Ce qui me fait distinguer deux classes: ulcère spontané; ulcère accidentel.

L'ulcère spontané apparaît sous la forme d'une vésicule ou d'une pustule survenue sans cause connue, qui s'ouvre d'elle-même ou qui est ouverte par le contact des corps extérieurs. Quand l'épiderme est enlevé, on voit une solution de continuité plus ou moins profonde de la peau; c'est l'ulcère qui, s'il est convenablement soigné, guérit en peu de temps; et qui au contraire, s'il n'est pas convenablement soigné, augmente de grandeur et peut acquérir cette étendue considérable dont je rapporte des exemples.

L'ulcère accidentel succède toujours à une solution de continuité récente qui, après avoir marché pendant quelque temps vers la guérison, reste stationnaire, change d'aspect, et tend à l'agrandissement par destruction spontanée de ses bords. L'époque à laquelle cette modification survient varie beaucoup et ne peut être indiquée en aucune façon.

Quel que soit le mode de développement de l'ulcère des jambes, il se présente sous la forme d'une solution de continuité plus ou moins étendue, ayant un fond rougeâtre formé de bourgeons charnus, qui n'offrent pas l'aspect rouge et vif des plaies récentes, mais qui sont pâles et quelquefois grisâtres, ayant des bords plus ou moins saillans, découpés irrégulièrement, et non bordés de ce cercle rougeâtre, comme membraneux, précurseur de la cicatrice, mais entourés d'une ligne blanchâtre. Les bourgeons charnus, qui constituent le fond de l'ulcère, sont quelquefois semblables à de petites tumeurs formées d'un tissu cellulaire infiltré de sérosité opaque. Dans quelques cas, ces bourgeons sont recouverts d'une couche couenneuse façonnée sur eux et très adhérente, sous laquelle j'ai vu la cicatrice se former complètement.

Cette solution de continuité persiste plus ou moins longtemps sans faire de progrès, surtout si les malades en prennent soin, et elle devient une sorte d'exutoire analogue au cautère ou fonticule. Mais, dans les cas où les malades n'en ont aucun soin, ou n'ont que des soins mal entendus, elle fait des progrès plus ou moins rapides, et peut envahir une très grande surface du membre.

L'ulcère des jambes fournit un pus peu lié, ichoreux, sanieux et fétide, dont l'abondance varie en raison de la grandeur de l'ulcère.

J'ai étudié jusqu'à présent l'ulcère des jambes sous le point de vue général; je vais maintenant l'examiner sous le point de vue particulier. Ainsi, je vais m'occuper des différences qu'il présente relativement au sexe, à l'âge et à la profession des malades, de celles qui ont rapport au siége, au nombre, à la forme, à la grandeur, à l'ancienneté et aux complications des ulcères. Je m'occuperai ensuite du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Sexe. — L'ulcère des jambes est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Je trouve 187 hommes affectés d'ulcères et 50 femmes.

Les causes de cette différence sont inconnues, on ne peut pas supposer que la diathèse ulcérante soit moins commune chez la femme que chez l'homme. Il y a bien un excès de population à l'avantage de l'homme, mais il n'est pas dans la proportion ci-dessus. Il faut se contenter de dire que les agens extérieurs qui peuvent mettre en jeu la diathèse ulcérante ont plus de prise chez l'homme que chez la femme.

Age. — Je trouve pour chiffre total 228 individus au lieu de 237, parce que l'âge de 9 malades ayant de très petits ulcères n'a pas été indiqué. Le relevé donne les proportions suivantes prises de dix en dix ans.

Entre 10 et 20 ans	20 malades	17 hommes. 3 femmes.
Entre 20 et 30 ans	45 malades	39 hommes. 6 femmes.
Entre 30 et 40 ans	51 malades	41 hommes. 10 femmes.
Entre 40 et 50 ans	39 malades	30 hommes. 9 femmes.
Entre 50 et 60 ans	40 malades	33 hommes. 7 femmes.
Entre 60 et 70 ans	30 malades	26 hommes. 4 femmes.

---

rer comme des *succédanés*. Ils seront pourtant fort utiles pour le praticien habile qui saura en bien ménager et varier l'emploi; on sait en effet que le même principe médicamenteux a besoin quelquefois d'être administré sous différentes formes et dans divers véhicules. En ceci comme en tout, il faut suivre les préceptes de nos maîtres, déposés dans nos *matières médicales* et dans nos *traités de thérapeutique*.

Nous recommandons, en finissant, à nos très honorables confrères, de méditer avec le soin, le sérieux et l'attention que la chose mérite, cette élucubration sur une question professionnelle et scientifique de la dernière importance. Et nous les prions de nous excuser, en considération de la difficulté de la matière et de l'absence de tout travail qui ait pu nous aider, s'il reste dans notre dissertation quelques obscurités. Nous sommes prêts à donner toutes les explications désirables à ceux qui nous les demanderont dans la sincérité de leur cœur, et *cum bona pace*. Quant à ceux qui ne verraient dans tout ce qui précède qu'un jeu d'esprit assez fade et une insipide bouffonnerie, nous les déclarons incapables de comprendre quoi que ce soit en fait de science et partant indignes de notre colère.

Enfin, les uns et les autres devront nous remercier de ne leur en pas dire davantage; car si ce n'était notre charité et mansuétude naturelles nous aurions fort bien pu aligner encore quelques colonnes.

— Les sciences viennent de faire une grande perte dans la personne de M. Savart, membre de l'Institut et professeur au collége de France. M. Savart était docteur en médecine et il avait été chirurgien militaire avant de devenir un des membres les plus éminens de la section de physique de l'Académie. A ce double titre, il a eu souvent l'occasion de servir puissamment les intérêts de la médecine et des médecins. On lui doit, d'ailleurs, d'importantes recherches de physique appliquée à la physiologie. Nous serons heureux de consacrer une notice à sa mémoire et à ses travaux, et de lui payer un faible tribut de la reconnaissance que la médecine lui devait et que nous lui devions en particulier.

Opérations de strabisme.

Plusieurs de nos confrères nous ont fait l'honneur de nous demander d'assister à nos opérations de strabisme. Nous les prévenons, ainsi que toutes les personnes qui désireraient être témoins de ces opérations, que nous en pratiquons un certain nombre tous les mercredis à dix heures du matin à l'hôpital des Enfans. Nous prévenons en même temps nos confrères des départemens qui nous ont écrit pour nous proposer de nous envoyer des sujets destinés à être opérés du strabisme, dans notre service de l'hôpital des Enfans, qu'ils doivent nous les adresser les samedis de chaque semaine, à dix heures précises du matin, à notre consultation de l'hôpital.

Entre 70 et 80 ans : 3 malades. { 2 hommes. 1 femme.

Nous voyons, d'après ce tableau, que l'on rencontre le plus d'ulcères à l'époque de la vie où l'homme jouit de la plus grande force. Cependant, en le suivant, nous trouvons quelques différences entre les deux sexes. C'est entre 20 et 40 ans que les hommes et les femmes sont le plus sujets aux ulcères; mais ensuite c'est, pour les hommes, entre 20 et 30 ans, et, pour les femmes, entre 40 et 50 ans. La fréquence des ulcères des jambes, à cette époque de la vie de la femme, aurait-elle quelque rapport avec la cessation des règles? Cette supposition, sur laquelle on ne peut, dans l'état actuel de la science, avoir de certitude, parce que les recherches faites par les écrivains qui se sont occupés de statistique n'ont souvent été basées que sur des documens inexacts, et non sur des observations personnelles, cette supposition, dis-je, n'est pas appuyée ici de faits suffisans et précis, parce que, lors de mes recherches, je ne connaissais pas cette particularité, et qu'en conséquence rien dans mes notes ne vient donner des éclaircissemens sur ce point.

Profession. — Pour savoir jusqu'à quel point la profession peut avoir d'influence sur le développement des ulcères des jambes, il faudrait connaître exactement quelles sont les positions que prennent les ouvriers pour travailler, et quel est, d'après cette position, le degré de possibilité pour les lésions des membres inférieurs.

L'on a cru longtemps que les hommes des ports et les blanchisseurs, qui ont les jambes continuellement dans l'eau, et qui, de plus, sont constamment debout et constamment exposés aux violences extérieures, sont les plus sujets aux ulcères des jambes. Cette erreur a été suffisamment relevée pour que je ne m'en occupe pas ici, et le tableau ci-joint prouve que mes observations concordent avec celles des autres praticiens. Ces mêmes praticiens ont avancé que le séjour continuel de ces ouvriers dans l'eau froide était la raison qui s'opposait au développement des ulcères, parce que ce liquide était un tonique qui favorisait la guérison, et qu'au contraire, les autres classes d'ouvriers qui, également exposées au contact des corps extérieurs, ne se trouvent pas dans les mêmes conditions que les précédentes, sont très sujettes à voir se perpétuer et s'agrandir les moindres ulcères des jambes. Je me trouve aussi en concordance avec eux, et mes relevés donnent que les marchands ambulans et les journaliers, exposés continuellement au contact des corps extérieurs, et que les serruriers et les ouvriers mécaniciens, exposés de plus à la chaleur du feu, sont les individus le plus fréquemment attaqués d'ulcères des jambes.

Je donne ici le relevé des professions des différens malades qui se sont présentés à mon traitement.

42 journaliers, hommes de peine, marchands ambulans.
28 serruriers, fondeurs, mécaniciens.
13 blanchisseurs.
9 maçons.
9 ébénistes.
9 tonneliers, ou marchands de vin.
9 domestiques.
8 sans état.
7 imprimeurs.
6 charretiers.
6 boulangers.
5 cuisiniers.
5 mariniers.
4 monteurs en cuivre.
3 passementiers.
3 chapeliers.
3 pâtissiers.
3 broyeurs de couleurs.
3 charbonniers.
3 couturières.
3 cochers.
2 teinturiers.
2 maréchaux.
2 bouchers.
2 scieurs de long.
2 raffineurs de sucre.
2 chaudronniers.
1 bonnetier.
1 brossier.
1 cartonnier.
1 chiffonnier.
1 commis-voyageur.
1 confiseur.
1 cordonnier.
1 corroyeur.
1 épicier.
1 épureur d'huile.
1 fabricant de pains d'épices.
1 fileuse.
1 fleuriste.
1 gantière.
1 garde-malade.
1 gazière.
1 nourrisseur.
1 perruquier.
1 précepteur.
1 sécréteur.
1 tanneur.
1 tisserand.
1 tourneur.
1 vernisseur.
1 vitrier.

Siége. — Le siége des ulcères des jambes doit être considéré sous trois rapports. 1° Relativement à la jambe malade. 2° Relativement au côté malade de la jambe. 3° Relativement à la place occupée par l'ulcère dans la longueur de la jambe.

Je vais d'abord faire connaître mes relevés; et ensuite j'examinerai quelles peuvent être les causes des différences du siége des ulcères.

Mes relevés donnent 228 malades au lieu de 237, à cause d'indications que je n'ai pas prises ou que je n'ai pas trouvées assez précises pour en faire usage.

1° Relativement à la jambe malade, j'ai sur 227 ulcères:

133 ulcères à la jambe gauche.
94 ulcères à la jambe droite.

2° Relativement au côté malade de la jambe, j'ai distingué quatre côtés, un interne, un externe, un antérieur, un postérieur; et je trouve pour chiffre 251 ulcères, chiffre plus élevé que celui du nombre des malades, parce que quelques-uns avaient plusieurs ulcères à chaque jambe:

134 ulcères au côté interne.
45 ulcères au côté externe.
51 ulcères au côté antérieur.
21 ulcères au côté postérieur.

Plusieurs ulcères de ces différens côtés existent quelquefois simultanément; mes relevés donnent le résultat suivant:

11 malades avaient en même temps des ulcères aux côtés interne et externe de la jambe.
6 malades en avaient aux côtés externe et antérieur.
3 malades en avaient aux côtés externe et antérieur.
3 malades en avaient aux côtés externe et postérieur.
2 malades en avaient aux côtés interne et postérieur.
2 malades en avaient aux côtés interne, externe et antérieur.
1 malade en avait aux côtés interne, antérieur et postérieur.

3° Relativement à la place occupée par l'ulcère dans la longueur de la jambe, je distingue trois portions dans le membre: le tiers supérieur de la jambe; le tiers moyen de la jambe; le tiers inférieur de la jambe.

Et je trouve:

11 ulcères au tiers supérieur.
98 ulcères au tiers moyen.
132 ulcères au tiers supérieur.

J'ai ici le chiffre 241, pour le nombre d'ulcères, chiffre plus élevé que celui du nombre des malades, parce que plusieurs malades avaient des ulcères sur différens points de la longueur de la jambe.

Plusieurs ulcères de ces différens points de la longueur de la jambe existaient simultanément; mes relevés nous donnent les résultats suivans:

12 malades avaient simultanément des ulcères aux tiers moyen et inférieur.
3 malades en avaient aux tiers moyen et supérieur.
2 malades en avaient aux tiers supérieur et inférieur.

Nous avons encore à considérer au tiers inférieur de la jambe deux saillies importantes, les malléoles; je trouve qu'il y avait:

42 ulcères sur la malléole interne.
8 ulcères sur la malléole externe.

Vous voyez, Messieurs, *d'après* le premier relevé que la jambe gauche est le siége le plus fréquent des ulcères: *d'après* le deuxième relevé, que le côté interne des jambes est plus exposé que les autres aux ulcères, qu'après lui vient le côté antérieur, puis le côté externe et enfin le côté postérieur: *d'après* le troisième relevé, que c'est au bas des jambes qu'on rencontre le plus grand nombre d'ulcères.

L'observation a démontré depuis longtemps que le membre abdominal gauche était le siége le plus fréquent des ulcères des jambes, et diverses proportions ont été données à cet égard.

Le professeur Richerand, sans donner de total, dit que sur 10 ulcères, il y en a 7 à la jambe gauche.

Parent Duchatelet dit que sur un relevé de 510 ulcères, il y en avait 270 à la jambe gauche et 240 à la jambe droite.

Dans le relevé que je présente, nous trouvons que sur 227 ulcères, il y en a 133 à la jambe gauche et 94 à la jambe droite.

Quoique ces proportions ne soient pas semblables, il n'en reste pas moins certain que les ulcères des jambes s'observent plus souvent à la jambe gauche qu'à la jambe droite, sans qu'aucune raison anatomique, physiologique ou pathologique vienne rendre compte de ce phénomène qu'on retrouve aussi dans les varices. Quelle est la plus exacte de ces trois proportions? Ce n'est pas à moi à trancher la question, puisque j'y suis intéressé. Je ferai seulement observer que Richerand ne dit pas sur quoi il base son chiffre; que Parent Duchatelet se fonde sur l'exactitude de registres trouvés dans les archives de l'administration des hôpitaux de Paris, et que moi j'ai pris mon chiffre sur des malades que j'ai vus, et dont je rapporte les observations.

Examinons maintenant quelles peuvent être les causes de la fréquence plus grande des ulcères à gauche.

Richerand l'attribue à la débilité des parties. D'autres l'ont attribuée à la circulation moins active des liquides dans le membre abdominal gauche par suite de la compression que le rectum exerce sur les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Je pense qu'il faut chercher dans toutes autres causes les motifs de cette prédilection des ulcères pour la jambe gauche, et je donnerai deux raisons de cette prédilection. La première sera tirée de la station ; la seconde de l'action musculaire.

J'ai remarqué que dans la station prolongée, surtout chez les individus qui se servent des membres supérieurs, comme chez les ouvriers, la jambe gauche était ordinairement portée en avant, et restait longtemps dans cette position, par une raison très simple. On sait que pour que le corps soit soutenu, il faut que la perpendiculaire, abaissée du centre de gravité, vienne tomber sur un des points de la base de sustentation, et qu'on rend la station plus solide dans un sens quelconque, en augmentant la base de sustentation dans ce sens. Or, les personnes qui restent debout pour parler, les ouvriers qui travaillent debout, augmentent la base de sustentation, en portant la jambe gauche en avant, et de plus prennent un point d'appui sur ce membre, parce que se servant de la main droite pour gesticuler ou pour faire agir les instrumens de leurs arts et faisant des mouvemens du tronc d'arrière en avant, ils ont besoin de rendre la station plus solide. La jambe alors se trouve plus exposée au contact des corps extérieurs, et par conséquent aux lésions qui peuvent mettre en jeu l'action de la diathèse ulcérante.

Le point d'appui, que les individus prennent sur la jambe gauche, ainsi portée en avant, vient expliquer l'action musculaire. Nécessairement les muscles sont alors contractés, et ils le sont de cette contraction, la plus nuisible au cours des fluides, puisqu'elle est soutenue et constante, et qu'il n'a pas des alternatives de contraction et de relâchement et que par conséquent les liquides, tant sanguin que lymphatique, sont obligés de refluer des vaisseaux profonds dans les superficiels ; d'où résulte l'engorgement du membre qui favorise la diathèse ulcérante. Cette raison qui a été également donnée pour expliquer la formation des varices, plus fréquentes du côté gauche, coïncide très bien avec la coexistence de cette maladie et des ulcères. Aussi est-elle pour moi une des causes de la fréquence des ulcères à la jambe gauche, où elle vient aider la diathèse ulcérante, pour peu qu'un agent extérieur mette celle-ci en jeu.

Nous serions complètement éclairés sur ces faits de l'action musculaire, si les observations de mes prédécesseurs et les miennes donnaient des renseignemens exacts sur la main qui travaille. En effet, si l'individu travaillant du bras droit avance la jambe gauche pour s'en faire un point d'appui, l'individu qui travaillera du bras gauche avancera la jambe droite pour se soutenir, et alors chez les gauchers les ulcères devraient être plus fréquens à la jambe droite. Mais je n'ai pas fait, en temps opportun, des recherches à cet égard. C'est une lacune dans mon œuvre, lacune que j'aurais remplie si je m'en étais aperçu plus tôt, ou que j'aurais pu faire remplir si mes successeurs au bureau central avaient tenu, comme moi, un registre d'observations.

Si les ulcères avaient leur siége ordinaire sur la malléole interne, partie si saillante de la jambe, on trouverait une raison simple de leur fréquence au côté interne et au tiers inférieur de ce membre ; mais nous voyons que sur 134 ulcères du côté interne et 132 ulcères du tiers inférieur de la jambe, 42 seulement sont sur la malléole interne ; la saillie de cette partie du membre n'est donc pas la cause de sa lésion. Ce n'est pas non plus dans la contusion de cette partie que nous devons rechercher la cause de la fréquence des ulcères à la partie interne et inférieure de la jambe, puisque sur 42 ulcères, il n'y en a que 12 dépendant de cette cause. La chaussure ne donne pas plus raison de cette fréquence, puisque je n'ai rencontré que deux cas d'ulcère par blessure de bottes ; et cependant un grand nombre des hommes du peuple ne portent pas de bas, et tous ont des bottes ou des souliers en cuir très fort et par conséquent très peu souples ; et de plus, ces chaussures sont souvent mal faites.

Il faut donc d'autres causes. Une de celles auxquelles on peut attribuer la fréquence des ulcères à la partie interne et inférieure des jambes, est la direction de la cuisse et de la jambe, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, et la tendance de porter en marchant la pointe du pied en dehors, d'où résulte que les côtés interne et antérieur de la jambe se présentent plus souvent aux corps extérieurs. Cette cause cependant ne suffit pas ; car nous avons plutôt d'ulcères développés spontanément que d'ulcères survenus à la suite d'une lésion externe. Il y a donc une autre cause inconnue pour nous, soit parce qu'elle a échappé à notre observation, soit parce qu'elle dépend de causes inappréciables à nos sens, ce qui confirme ce que j'ai dit sur la diathèse ulcérante, et ce qui la fortifie d'une manière bien remarquable, puisque dans 251 cas d'ulcères sur les différens côtés de la jambe, nous en avons pour le côté interne un nombre supérieur à celui des trois autres côtés réunis ; nous avons 134 contre 117.

Je dois donc me contenter de rapporter les faits sans en donner d'explication, puisque je n'en trouve pas de plausibles.

Nombre. — Dans la grande majorité des cas, nous ne voyoyons qu'un ulcère ; cependant il arrive quelquefois qu'on en trouve plusieurs.

Les 237 malades que j'ai observés présentaient 367 ulcères, ainsi répartis :

168	malades	avaient	1	ulcère.
39	—	—	2	—
12	—	—	3	—
8	—	—	5	—
7	—	—	4	—
1	—	—	6	—
1	—	—	10	—
1	—	—	11	—

Il est probable que la diathèse ulcérante a seule de l'influence sur la multiplicité des ulcères ; car rien dans mes recherches ne m'a prouvé que les complications puissent en avoir.

Forme. — Je n'ai très exactement que la forme de 361 ulcères :

206 ulcères ont une forme allongée, plus ou moins ovalaire ou elliptique.
112 ulcères ont une forme ronde, plus ou moins régulière.
14 ulcères ont une forme quadrangulaire plus ou moins exacte.
11 ulcères ont une forme triangulaire plus ou moins exacte.
18 ulcères ont une forme irrégulière, ne pouvant être rapportée à aucune de celles indiquées précédemment, et, dans ce nombre, 2 malades avaient des ulcères composés de deux parties réunies à angles.

J'ai été nourri dans des principes chirurgicaux qui me faisaient attacher une grande importance à la forme des ulcères, et qui me faisaient surtout croire à une grande difficulté de guérison pour les ulcères ronds. Mon expérience a singulièrement modifié mes opinions à cet égard, car je n'ai pas trouvé plus de difficultés dans la guérison des ulcères ronds que dans celle des ulcères présentant une forme très allongée, ce qui vient certainement de ce que les bords des ulcères ne peuvent pas être rapprochés comme on le pensait.

Grandeur. — La grandeur des ulcères offre des différences nombreuses, depuis 1 centimètre et même moins jusqu'à 16 centimètres. Le plus grand que j'ai vu avait 16 centim. sur 6, et il a été guéri en 91 jours par ma méthode.

Les ulcères ne parviennent ordinairement à de grandes dimensions qu'après plusieurs semaines, plusieurs mois et même plusieurs années, de sorte qu'on pourrait presque établir un rapport entre la grandeur et l'ancienneté. Cependant, dans quelques cas, on les voit acquérir en peu de temps de grandes dimensions. Ainsi, chez le malade du n. 90, l'ulcère, qui datait de quatre ans et qui avait 11 centimètres ayant récidivé, acquit en trois mois une étendue de 14 centimètres sur 8.

Dans la plupart des cas, la dimension verticale est la plus grande et l'horizontale la plus petite ; quelques ulcères, mais peu nombreux, offrent néanmoins une disposition contraire. Les malades des numéros 64 et 81 nous en fournissent des exemples. Chez la malade n. 64, l'ulcère avait 15 et 13 centimètres en largeur, et 9 et 4 centimètres en hauteur. Chez le malade du n. 81, l'ulcère avait 11 centimètres en largeur et 10 centimètres en hauteur.

Les ulcères sont quelquefois totalement ronds, et ils peuvent avoir une assez grande dimension. J'en ai vu plusieurs de 5 et 6 centimètres de diamètre, ce qui donnait une circonférence de 15 et 18 centimètres.

Je crois devoir ajouter ici une indication succincte des ulcères les plus grands.

10	ulcères offraient	une étendue de	8	cent. sur	2	à	7 cent.
5	—	—	11	—	6		10 —
4	—	—	10	—	4		6 —
2	—	—	9	—	6		8 —
2	—	—	15	—	9 cent.		
1	—	—	14	—	8		
1	—	—	16	—	6		

Ancienneté. — L'ancienneté des ulcères des jambes offre des différences qui doivent être considérées sous trois rapports :

1° Relativement à l'ancienneté première, ou première apparition de l'ulcère.

2° Relativement à l'ancienneté de la plaie actuelle, soit première, soit récidivée.

3° Relativement aux causes de cette ancienneté.

Nous voyons, en parcourant les observations que je rapporte, qu'un grand nombre d'ulcères offrent une existence de plusieurs années, et nous avons les résultats suivans.

206 malades m'ont seuls donné des renseignemens très exacts, et sur ce nombre je trouve :

1	ulcère existant	depuis	40 ans.
1	—	—	35
6	—	—	20 à 25 ans.
4	—	—	15 20
8	—	—	10 15
9	—	—	5 10
42	—	—	1 5

135 ulcères existant depuis moins d'un an.

Il résulte de ce relevé que plus du tiers des ulcères de jambes a une existence de plus d'une année, et que le septième a une existence de plus de cinq ans.

Je trouve de telles différences relativement à l'existence actuelle des ulcères, qu'il m'est impossible de rien fixer. Elles tiennent à l'insouciance des malades, à l'absence de douleur, au besoin qu'ils ont de travailler, quelquefois à l'idée qu'on leur inculque que l'ulcère est un exutoire qui entretient la santé; quelquefois aussi elle dépend de l'emploi de mauvais moyens thérapeutiques, ou du mauvais emploi des bons moyens.

J'ai vu les ulcères exister depuis huit, quinze, vingt jours, un ou plusieurs mois, une ou deux années; rarement l'existence actuelle est plus longue. Je crois devoir donner quelques exemples. Le malade du n. 32 avait son ulcère depuis quinze ans. Un malade, qui n'est pas revenu, gardait un ulcère rouvert depuis cinq ans. La malade du n. 101 avait son ulcère depuis sept ans. D'autres malades portaient des ulcères depuis dix ans.

Les causes de l'ancienneté des ulcères peuvent être variables. Celle que je crois devoir mettre en tête est la diathèse ulcérante qui, faisant que la moindre écorchure des jambes dégénère en ulcère, veut aussi que les cicatrices se rompent spontanément, ou que lorsqu'elles sont rompues dans la plus petite étendue possible, elles s'ulcèrent rapidement. Je pense que, sans cette disposition, les ulcères des jambes ne seraient ni aussi fréquens, ni aussi sujets à récidive, ni par conséquent aussi anciens.

Mais, indépendamment de cette cause, nous en trouvons d'autres dans le manque de soins apportés au traitement des ulcères, et dans les soins mal dirigés qu'on leur donne, soit pendant, soit après la cure. Malgré l'influence de ces causes, j'insiste de nouveau sur la première que j'ai indiquée, parce que je crois que, sans elle, ce second ordre de causes serait presque sans conséquence, puisque nous voyons journellement des individus qui, blessés aux jambes, guérissent sans suivre aucun traitement. Je pourrais citer un grand nombre d'observations prises parmi celles rapportées à la fin de ce mémoire, où l'influence de la diathèse ulcérante est bien évidente; mais les détails dans lesquels je serais forcé d'entrer seraient des répétitions, puisqu'ils sont consignés dans les observations.

Mais si nous voyons ainsi la diathèse ulcérante être la cause de l'existence des ulcères, je peux aussi citer des exemples où elle n'avait aucune influence, et où d'autres causes, entretenant les ulcères, ceux-ci, une fois guéris, ne reparaissaient plus. Ces cas rares, et en quelque sorte, exceptionnels, appartiennent aux malades des numéros 32, 101.

Complications. — L'ulcère des jambes est plus souvent compliqué que simple. Ainsi, sur 243 ulcères simples, nous en trouvons 148 qui sont accompagnés de complications.

Ces complications variables doivent être étudiées d'après l'ordre de leur fréquence. Quelquefois il n'y a qu'une complication; d'autres fois, deux se trouvent réunies. La double complication la plus fréquente est celle des varices et de l'eczéma chronique. Je n'ai trouvé qu'un seul cas de réunion de trois complications : il y avait à la fois varices, inflammation et gangrène.

La complication la plus commune consiste dans les varices : 98 malades en étaient attaqués. Ces ulcères ont été nommés variqueux, quoique ce ne soient pas, à proprement parler, les varices qui les occasionnent, mais elles qui les entretiennent. Tout le monde sait que, lorsque les membres inférieurs sont attaqués de varices, ils présentent souvent un œdème plus ou moins considérable, en raison des constitutions, des âges et des travaux des individus. Or, c'est à cet œdème que l'on a rapporté la formation plus aisée de l'ulcère, et des praticiens ont dit que celui-ci ne survenait pas aussi fréquemment aux jambes variqueuses sèches qu'aux jambes variqueuses infiltrées. C'est une erreur que mes observations journalières m'ont obligé de rectifier, malgré le respect que je porte aux écrivains avec lesquels je suis en contradiction. Les ulcères variqueux sont faciles à reconnaître à la coexistence des varices. Je n'ai pas observé que le pus qu'ils fournissent, ni l'aspect de leur fond, fût différent de celui des autres ulcères, comme on l'a avancé. Ils peuvent être variqueux simples, ou compliqués d'eczéma, d'inflammation, de gangrène, de callosités ou de fongosités.

L'eczéma chronique est, après les varices, la complication la plus fréquente. Il est assez ordinaire de voir un eczéma aigu s'enter sur cet eczéma chronique par suite de l'emploi des bandelettes de diachylon gommé. Quelquefois aussi l'eczéma aigu se manifeste sur une jambe saine, et est produit par la même cause. Il est très aisé de reconnaître l'existence de l'eczéma chronique : la jambe offre une teinte violacée et noirâtre dans le plus grand nombre des cas; dans quelques-uns, elle présente seulement une teinte rougeâtre; la peau, lisse et glabre, n'a plus son aspect ordinaire; on dirait qu'une lamelle très lisse recouvre les parties molles, et elle paraît percée de petits trous, semblables à ceux que ferait la pointe d'une épingle, et desquels suinte un fluide ichoreux. Elle se recouvre quelquefois de squamines plus ou moins grandes, assez épaisses et d'apparence cornée. L'étendue de cet eczéma est très variable; elle peut devenir telle qu'il occupe toute la partie antérieure de la jambe, à laquelle il forme, pour ainsi dire, une bottine. Ordinairement il se borne aux environs des malléoles et au-dessous du mollet.

L'eczéma aigu, soit qu'il se manifeste sur une jambe affectée d'eczéma chronique, soit qu'il se manifeste sur une jambe saine, se présente avec ses caractères ordinaires, qui sont un léger prurit, avec une multitude de très petites vésicules, d'abord transparentes, puis troubles, par la teinte laiteuse et purulente que prend le liquide qu'elles contiennent. Cet eczéma aigu, qui conserve, le plus souvent, les caractères de l'eczéma simple, prend, dans quelques circonstances, ceux des eczéma rubrum et impetiginodes. Sur les 243 ulcères qui font le sujet des observations, je trouve 32 cas d'eczéma chroniques, dont quelques-uns sont devenus aigus.

L'inflammation vient au troisième rang : ses causes sont distinguées en externes et en internes. Les premières dépendent de l'action continuelle des corps environnans ou de celle des substances appliquées; les secondes sont inhérentes à la constitution. Les praticiens avaient ajouté à ces causes l'obligation pour certains individus de se tenir constamment debout. Je pense que cette dernière cause doit être rejetée complètement, puisque le principe fondamental du traitement, dont je vais parler, est la station et la marche. Quant aux autres causes, les unes existent réellement, les autres doivent aussi être rejetées. Il est facile de concevoir que le frottement des vêtemens et de tous les corps environnans produit l'inflammation des ulcères des jambes, et qu'il en est de même pour les substances plus ou moins irritantes qu'on applique sur eux. Mais, puis-je admettre que les écarts de régime, que la maladie, désignée autrefois sous le nom d'embarras gastrique, que les vices ou virus généraux entretiennent cette inflammation, quand je l'ai vu céder constamment à l'emploi de mon traitement? Non, certainement; et, malgré l'autorité des praticiens, je repousse toutes ces causes internes, pour n'admettre que les externes. Je n'assujettis mes malades à aucun régime, et assurément on ne refusera pas de m'accorder que les gens du peuple se livrent à des écarts de régime. Le malade qui fait le sujet de l'observation 90 était un marinier qui buvait journellement plusieurs litres de vin. Je ne crois pas l'avoir vu une seule fois sans qu'il fût ivre, et cependant il est parfaitement guéri. J'ignore si la maladie désignée sous le nom d'embarras gastrique peut causer l'inflammation des ulcères, mais je sais que je n'ai jamais employé contre elle aucun des moyens recommandés. Quant aux vices, ou virus généraux, j'ai mis en usage, pour les combattre, dans les cas peu nombreux où je pensai qu'ils produiraient l'ulcère des jambes, les moyens thérapeutiques ordinaires, sans remarquer que cet emploi eût aucune influence sur l'inflammation : souvent même j'attendais qu'elle fût dissipée par mon traitement pour avoir recours à ces moyens. Je n'ai sur 243 cas d'ulcères que 23 cas d'inflammation.

J'ai eu peu d'occasions d'observer la gangrène, puisque, sur 243 cas, je n'ai rencontré que 12 ulcères avec gangrène : 3 par suite de boutons; 2 après contusions; 5 dans les cas où les ulcères sont survenus sans cause connue; 2 après des brûlures; 1 après une morsure d'un chien. Nous retrouvons ici pour causes de la gangrène les deux ordres de causes indiquées par les chirurgiens, les causes externes et les internes. Dans les contusions, les brûlures, les plaies, la gangrène est occasionée par l'excès de l'inflammation, ou la désorganisation, résultat de la blessure. Dans les cas où les ulcères ont été la suite de boutons, ou

se sont développés sans cause connue, on peut l'attribuer à la malignité de l'inflammation. Mais je n'ai pas noté alors les symptômes indiqués par les écrivains qui annoncent la présence dans l'individu d'un principe délétère, qui tend à produire la mortification des parties, et qui nécessite l'emploi des moyens généraux. J'ai constamment suivi le même traitement et constamment avec le même succès. Je suis loin de prétendre que ces symptômes ne peuvent pas exister; mais, comme dans 243 ulcères, pris au hasard, et sans que jamais j'en aie rejeté aucun, je n'ai jamais observé ces accidens; je rejette entièrement ce qui a été dit sur les ulcères gangreneux, et je dis qu'ils doivent être regardés comme une modification de la diathèse ulcérante, et combattus par le moyen commun.

J'ai observé peu d'ulcères syphilitiques des jambes, existant seuls, indépendamment de toute autre maladie syphilitique consécutive. Aux trois cas que j'ai rencontrés dans mon expérimentation, je n'ai à ajouter que deux autres cas, vus pendant mon séjour à l'Hopital du Midi, de Paris, et j'ai eu recours avec gaand succès à mon traitement.

Sur les 237 malades qui font le sujet des observations de ce mémoire, je n'ai eu qu'une seule fois égard à l'apparence scorbutique du sujet.

Je n'ai pas rencontré d'ulcères des jambes scrofuleux.

J'ai encore à examiner deux autres complications des ulcères des jambes, les callosités et les fongosités. Elles ont, l'une et l'autre, occupé beaucoup de pathologistes, et je n'en parlerais pas s'ils n'y avaient attaché de l'importance, car pour moi elles n'en ont aucune; aussi dans mes observations n'en ai-je pas fait mention. Cependant je dois noter leurs signes, indiquer leur cause présumée, et surtout exposer la différence qui existe entre les ulcères nommés calleux et dont la guérison est possible, et certains ulcères des jambes, qui présentent de l'analogie avec les ulcères calleux, mais qui sont incurables par mon traitement.

Les ulcères calleux ont les bords durs, relevés, le fond déprimé, pâle ou d'un rouge blafard; ils causent peu de douleurs, et fournissent, au lieu de pus, une matière séreuse, sanieuse, sanguinolente et fétide. Les parties environnantes sont engorgées et dures. Ils sont toujours anciens. On les attribue généralement aux inflammations successives qui ont attaqué l'ulcère existant. Les caractères de l'ulcère calleux donnés de cette sorte ont été, je crois, trop généralisés, et je distingue ces ulcères en deux classes : les ulcères calleux curables et les ulcères calleux incurables. Les premiers sont des ulcères simples, qui, par suite de mauvais soins ou d'une disposition particulière des individus, ont pris l'aspect indiqué plus haut; leur fond est devenu pâle et blafard; leurs bords sont endurcis; la matière qu'ils rendent est sanieuse; mais les parties environnantes n'ont pas éprouvé d'altération notable. J'ai toujours obtenu la guérison de ces ulcères.

Les seconds présentent les mêmes symptômes, mais, de plus, la peau environnante a augmenté d'épaisseur; sa surface est rugueuse et chagrinée; le tissu cellulaire sous-cutané est endurci, résistant, presque lardacé, et présente une teinte jaunâtre; on dirait qu'entre ses mailles il s'est épanché une matière qui a pris de la consistance. Quand on le coupe, il crie sous le scalpel. Souvent on trouve au fond de l'ulcère un tissu analogue, sur lequel les caustiques ont peu d'action, à moins qu'ils n'aient une très grande énergie. Les ulcères sont incurables par les moyens ordinaires : ce n'est pas d'eux qu'il faut s'occuper, c'est de la maladie de la peau qui les accompagne et qui les occasione. Aussi mon traitement a-t-il été tout à fait inutile, parce que l'emploi des bandelettes de diachylon gommé n'est pas suffisant pour ramener la peau à son état naturel. Cette affection de la peau est pour moi un premier degré de l'éléphantiasis des Arabes. Le cas le plus remarquable que j'ai observé est celui d'un charretier, âgé de 51 ans. Cet homme a les membres abdominaux d'un volume énorme, et, quoiqu'il prétende que le matin l'œdème est presque dissipé, cependant je ne peux pas admettre cette version, à cause de la consistance du tissu cellulaire. La jambe gauche présente une circonférence qui est, au pied, de 29 centimètres; au-dessous des malléoles, de 30 centim.; au mollet, de 40 centim. La jambe droite présente une circonférence qui est, au pied, de 24 centim.; au-dessous des malléoles, de 23 centim.; au mollet, de 31 centim. J'ai vu cet homme, pour la première fois, le 28 septembre 1831, et, pour la deuxième fois, le 6 octobre. Il y avait, par suite de la compression exercée par les bandelettes, une diminution de 3 centimètres. Il portait trois ulcères, qui certainement ne se seraient jamais guéris si le malade eût continué mon traitement, et quand je l'ai employé chez lui, j'étais persuadé de son inutilité, mais je voulais en avoir la preuve. Un second malade a présenté la même altération de la peau et du tissu cellulaire, mais à un degré bien moindre. Cet homme, âgé de 57 ans, serrurier, dont l'observation est rapportée sous le n° 134, avait quatre ulcères. Trois de ces ulcères guérirent, mais je n'ai jamais pu obtenir la cicatrisation du quatrième, quoique j'aie modifié de différentes manières le mode de pansement, et quoique le traitement ait apporté quelques changemens dans l'état de la peau et du tissu cellulaire du côté externe de la jambe, car, au côté interne, où était le siége de l'ulcère qui a persisté, il n'y a eu aucun changement. Les deux malades sont, sur les 237 que j'ai traités, les seuls qui m'aient offert des ulcères qui méritent réellement le nom de calleux, et qui aient véritablement présenté les symptômes donnés par les écrivains; et, sur le nombre de 95, que j'ai qualifiés d'ulcères simples, si quelques-uns ont présenté des bords saillans et durs, je n'ai pas cru devoir leur donner le nom d'ulcères calleux, parce qu'ils n'offraient pas suffisamment les phénomènes attribués aux ulcères désignés sous ce nom.

Quant aux fongosités, qu'on regarde comme une complication des ulcères des jambes, je crois devoir les rejeter, parce qu'elles ne sont pas réellement une complication. Les écrivains ont compris, sous le nom d'ulcères fongueux, des ulcères appartenant à diverses maladies : ainsi, dans le cas des maladies des os, dans ceux de trajets fistuleux, dans les cancers, mais alors ce n'est plus un véritable ulcère dans l'acception que je lui donne ici. Les fongosités sont très rares dans les ulcères des jambes; je n'en ai vu qu'un cas, c'est chez le malade du n° 6. Le pansement consistait en un linge enduit d'un topique gras et maintenu avec une bande irrégulièrement appliquée. Des bourgeons charnus luxurians dépassaient la plaie d'un centimètre, dans la partie supérieure seulement. J'ai fait le pansement avec les bandelettes, et quand je l'ai renouvelé au bout de 48 heures, il n'y avait plus de traces de fongosités.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des ulcères des jambes est facile. On voit sur le membre une solution de continuité, présentant l'aspect que j'ai décrit, existant depuis un temps plus ou moins long, et ayant eu, en général, une ou plusieurs récidives.

La nature des complications externes qui l'accompagnent se reconnaît aussi facilement. Mais il n'en est pas de même des complications internes. Il faut, pour les diagnostiquer, une grande habitude de pratique, et quelquefois néanmoins il se présente encore des difficultés.

Je ne crois pas devoir dire ici les signes qui distinguent entre eux et des autres les ulcères syphilitiques, scorbutiques et scrofuleux.

PRONOSTIC. — Le pronostic des ulcères des jambes n'est pas grave en général; cet ulcère n'occasione jamais d'accideos mortels, et jamais il ne nécessite d'opérations importantes, comme l'amputation du membre, parce que mon traitement le guérit dans certains cas où on avait cru l'opération nécessaire, par suite de traitemens inconvenans; parce que, si l'ulcère dépend d'une maladie des os ou des parties molles, ce n'est plus l'ulcère des jambes, que je décris ici, mais une maladie concomitante de la première, et, enfin, parce que, dans les cas d'ulcères avec maladie concomitante de la peau, c'est celle-ci qu'il faut guérir pour obtenir la guérison de l'ulcère. Cependant je dois faire une exception : c'est le cas où un traitement intempestif aurait altéré tellement les parties environnantes de l'ulcère que celui-ci ne serait plus la maladie principale, qui alors serait le désordre occasioné par la mauvaise conduite du chirurgien.

Au pronostic appartiennent encore les récidives et les accidens qui peuvent résulter de la suppression d'un ulcère, qu'on peut regarder comme un exutoire ancien. Ce sont deux questions dont je m'occuperai en parlant du traitement.

(La suite et fin à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDICINISCHE JAHRBUCHER DES OESTERREICHISCHEN STAATES.

Le trente-unième volume contient les articles originaux suivans : 1° *Sur les vaisseaux capillaires des muqueuses des amphibies*; par le professeur Hyrtl. 2° *Sur les méthodes métasyncritiques*; par le docteur Hlwaczek. 3° *Quelques cas de chirurgie*; par le docteur Schab. (Rien de saillant.) 4° *Des circonstances qui favorisent l'action thérapeutique de l'iode*; par le docteur Mojsisovits. 5° *Sur l'efficacité de l'huile de foie de morue contre la carie et les tubercules du poumon*; par le docteur Haller. (Rien de concluant.) 6° *Ischurie produite par un endurcissement de la prostate*; par le docteur Klaus. 7° *Sur les cordes et les bandelettes médullaires des pédoncules du cerveau et du pont de varole*; par le docteur Engel. (L'auteur, après avoir parlé des cordes des pédoncules du cerveau décrites par Bergmann, dit avoir trouvé un nouveau système de relief et de dépression sur les pédoncules du cerveau et sur le pont de varole. Selon lui, ces espèces d'inégalités, qu'il compare au moiré métallique, ne peuvent pas être attribuées à l'em-

preinte des vaisseaux sur la substance cérébrale.) 8° *Observations*; par le docteur Witowsky. (Rien de saillant.) 9° *Prodrômes d'une physiologie comparée*; par le professeur. Jeitteles. 10° *De la structure des glandes du corps humain*; par le professeur Berres. (Article non achevé.) 11° *Sur une épidémie qui a régné à Vienne en 1838-39*; par le docteur Bittner. (Rien d'inconnu.) 12° *Sur l'emploi du sel ammoniac à haute dose dans quelques maladies chroniques*; par le docteur Rechnitz. (L'auteur rapporte deux cas d'engorgement de prostate avec fistule urinaire guéris par le sel ammoniac à haute dose, (30 grammes dans les 24 heures.) 13° *Observation d'une fille de 20 ans affectée de bec de-lièvre avec division du palais*; par le professeur Hanser. (On a opéré avec succès le bec-de-lièvre et placé un obturateur à ressort sur la fente du palais.) 14° *Sur les eaux minérales de Daruvar*; par le docteur Wagner. 15° *Compte-rendu de la clinique d'accouchement de Prague, pendant 1839*; par le professeur Jungmann. 16° *Sur le sulfite de soude sulfuré*; par le professeur Pleischl. 17° *Du camphre*; par le professeur Almutz. (Article renfermant beaucoup d'hypothèses sur les vertus de ce médicament.) 18° *Sur les sexes douteux*; par le docteur Engel. (Description de quelques pièces anatomiques du musée de Vienne.) 19° *De la rage et de sa propagation*; par le docteur Kugler. 20° *Observation d'une commotion cérébrale qui a donné lieu à une perte de connaissance de 54 heures*; par le professeur Wagner. 21° *Quelques remarques sur une police vétérinaire*; par le docteur Knaffl. 22° *Quelques mots sur les maladies mentales*; par le docteur Kœstler. (Rien de nouveau.) 23° *Sur les eaux minérales de Kissingen* (Bavière); par le docteur Maas. 24° *Description d'un individu affecté d'hypospadias qui a été pris pour hermaphrodite*; par le docteur Kugler. 25° *Sur les fonctions des médecins d'arrondissement en Allemagne*; par le docteur Drinkwelder.

DES CIRCONSTANCES QUI FAVORISENT L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'IODE; par le docteur MOJSISOVITS, de Vienne.

Dans ce mémoire, qui contient quelques vues pratiques, et qui est basé sur plus de 800 malades, l'auteur fait connaître plusieurs faits curieux concernant l'administration de l'iode.

1° De toutes les préparations d'iode, l'hydriodate de potasse, le proto et dento-iodure de mercure sont les plus notables, lorsqu'elles sont pures; mais très souvent elles sont altérées dans le commerce, ou bien dans de certaines prescriptions, ou les combine avec des matières qui les décomposent.

2° Quoique l'influence des constitutions médicales sur l'efficacité de l'iode soit complètement inconnue, l'auteur a fait la remarque que pendant un temps clair et sec ce médicament a le plus d'action; celle-ci est presque nulle lorsqu'il règne des épidémies de variole, de fièvre puerpérale et des diarrhées; elle est an contraire très énergique lorsque la constitution médicale est inflammatoire et catarrhale.

3° La teinture d'iode est de toutes les préparations celle qui est la plus défavorable; elle provoque plus que toute autre la fonte des seins et des testicules, la dyspnée, le crachement de sang, les battemens de cœur et la constipation. Cette teinture devrait être bannie de la matière médicale, parce qu'elle ne consiste pas dans une simple solution de l'iode dans l'alcool, mais dans un composé nouveau dont la nature n'est pas encore bien connue.

4° La forme la plus convenable, c'est l'hydriodate de potasse dissous dans l'eau distillée; les pilules, les poudres, les bols, etc., ont tous l'inconvénient de décomposer le sel, de mettre l'iode à nu; celui-ci s'attache alors aux muqueuses digestives, et provoque une saveur âcre à la gorge, des nausées, des vomissemens ou de la diarrhée; dans ce dernier cas on finit par trouver l'iode dans les selles sans qu'il ait produit d'action sur l'organisme.

5° Comme les matières féculentes décomposent les préparations d'iode, on retrouve ce médicament à l'état d'iodure d'amidon dans les selles des personnes qui se nourrissent de pain, de pommes de terre, de riz, de gruau, de lentilles, etc. Il faut donc interdire toute espèce de fécule aux malades soumis aux traitemens par l'iode.

D'après cela on serait tenté de regarder l'iodure d'amidon comme un médicament mixte, et on pourrait s'expliquer les doses énormes auxquelles il a été administré par M. le docteur Buchanan (GAZ. MÉD., p. 2. 1837), et M. le professeur Forget (BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, février 1839, p. 75); chose remarquable cependant que ces médecins n'ont pas trouvé de traces d'iodure d'amidon dans les matières fécales, tandis que l'auteur de cet article l'a toujours rencontré dans les selles de ceux qui mangèrent des farineux.

6° Les crises que provoque l'iode existent dans la salivation et dans une éruption semblable à la scarlatine ou à la miliaire. Les urines sont d'autant plus marquées que la diète est plus sévère.

7° Les bains de sel marin contribuent beaucoup à seconder l'action de l'iode.

8° La dose, pour les adultes, est de 1 gramme d'hydriodate de potasse et de 25 milligrammes d'iode dans 100 grammes d'eau distillée, à prendre dans la journée; tous les quatre jours on peut augmenter la dose de 50 centigrammes; une seule fois l'auteur a dépassé la dose de 2 grammes d'hidriotate de potasse et de 25 centigrammes d'iode. Les parties ulcérées peuvent être couvertes par des compresses trempées dans cette solution. Si les tumeurs ne sont pas couvertes, on y fait des frictions avec une pommade composée de 2 grammes de proto-iodure de mercure et de 24 grammes d'axonge; lorsqu'on veut produire un état révulsif, on donnera la préférence au dento-iodure dans la même proportion; son efficacité sera encore plus grande lorsqu'il est appliqué sous forme d'emplâtre.

9° On peut aussi employer l'iode en frictions sur et sous la langue; à cet effet, on mélange 47 milligrammes d'iode avec 10 centigrammes de poudre de lycopode.

10° Les maladies contre lesquelles l'iode s'est montré surtout efficace sont les suivantes: 1° Ozène, ulcères du palais, du pharynx, des amygdales, du larynx et de la langue; éruptions et ulcères impétigineux, teigne, gale invétérée, dartres, éruptions et ulcères syphilitiques invétérés ou entretenus par l'abus du mercure; excroissances dures, charnues ou condylomateuses; tumeur blanche due au ramollissement et à l'altération des cartilages. 2° Gonflement des ligamens articulaires; inflammation chronique du périoste, douleurs des articulations et des gaines muqueuses dues à un principe syphilitique ou au mercure; exostoses; gonflement des tissus lymphatiques et surtout des glandes. 3° Endurcissement scrofuleux du tissu cellulaire sous-cutané; développement de tubercules scrofuleux dans les capsules articulaires; affections scrofuleuses et rachitiques de la partie spongieuse des os; engorgement scrofuleux du tissu cellulaire inter-musculaire; affections scrofuleuses du système nerveux, du cerveau et de la moelle épinière.

DE LA RAGE ET DE SA PROPAGATION; par le docteur KUGLER.

La rage, d'après l'auteur, ne se développerait que sur des chiens, des loups et des renards, et, contrairement à l'opinion reçue, elle ne pourrait être propagée par aucun autre animal; même la transmission de la rage d'un chien mordu à un autre ne serait pas très prouvée. M. Kugler n'admet pas non plus l'influence du grand froid et de la grande chaleur sur la production de la rage; car, dit-il, les chiens, complètement abandonnés en Turquie, dans un climat très chaud et malsain, et ceux du Nord et de la Russie, sont rarement affectés de cette maladie; elle serait surtout fréquente parmi les chiens de luxe, parce qu'on les habitue à une alimentation excitante, qu'on les tient attachés ou enfermés, et qu'on les empêche de satisfaire l'instinct de la propagation. Le moyen que l'auteur indique pour diminuer la rage, serait de faire disparaître les chiens de luxe, de ne jamais les conduire en laisse et de leur accorder beaucoup de liberté; mais nous demandons comment il se fait que les loups, qui sont très libres, sont encore plus fréquemment atteints de la rage que les chiens.

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE PRAGUE, PENDANT 1839; par le professeur JUNGMANN.

1382 femmes accouchèrent dans le courant de l'année, à la clinique de Prague, pendant 1839; sur ce nombre, il y avait 1360 grossesses simples, 20 de jumeaux et 2 de trijumeaux; ainsi 1406 enfans dont 720 garçons et 686 filles, 60 sont morts-nés.

Présentations	du sommet de la tête	1338
—	de la face	17
—	du coccyx	25
—	des pieds	16
—	transversales	10
		1406

Autant de fois qu'on a pu constater la position de la tête encore au-dessus du détroit supérieur, on a vérifié la théorie de Kilian, qui prétend que la suture sagittale se trouve dans le diamètre transverse du bassin, et ce n'est que lorsqu'elle commence à s'engager que la suture sagittale prend une direction oblique; cependant, on a aussi observé des cas tout à fait contraires, c'est-à-dire où la suture sagittale correspondait au diamètre antéro-postérieur du bassin.

Deux fois, dans cette position, le cordon a prolabé, et lorsque, pour sauver l'enfant, on a employé le forceps, les cuillères se sont appliquées avec facilité, mais il fut impossible de faire l'extraction dans cette position, et l'opération échoua.

Autant de fois qu'on a appliqué le forceps au détroit supérieur ou dans l'excavation, l'une des cuillères s'est trouvée portée sur l'un des frontaux, et l'autre sur les côtés de l'os occipital; ce n'est que quand on a fait usage du forceps au détroit inférieur que l'application a été faite exactement sur les côtés de la tête.

Règle générale, plus les têtes des enfans sont petites, plus tôt elles font la rotation, et la suture sagittale se place dans le diamètre antéro-postérieur du bassin.

Dans quatre cas, le front s'est rapproché du pubis, et une fois seulement la tête a conservé cette position jusqu'à sa sortie complète; mêmes remarques ont été faites pour la présentation de la face; son grand diamètre est resté transversal, d'autant plus longtemps que la tête a été plus grosse. Dans tous les 17 cas de cette présentation, ce furent toujours le menton et la bouche qui se développèrent les premiers sous l'arcade du pubis.

L'accouchement par la présentation de la face est toujours lent, souvent dangereux pour les enfans; le plus grand nombre est né en état de mort apparente, 5 ont succombé. Pour quelques-uns de ces accouchemens, on a eu recours à des moyens de l'art.

Dans trois cas, où il y avait une quantité considérable de l'amnios, on a observé des mouvemens si étendus des enfans, qu'on a pu constater différentes présentations dans un très court espace de temps. Une fois, en moins de cinq minutes, on a touché successivement la tête, l'épaule, les deux pieds, et de nouveau la tête. Les enfans étaient petits, hydropiques, et ont succombé. Le placenta était volumineux et infiltré.

Dans un cas de grossesse double, l'accouchement est fait à terme d'un enfant bien portant, et d'un autre mort à peu près vers le septième mois.

Jamais il n'y a eu d'indications pour l'accouchement prématuré artificiel.

Parmi plusieurs grossesses apparentes, un cas de diagnostic très difficile s'est présenté: chez une femme qui avait déjà plusieurs fois accouché, le col était effacé, et le foie hypertrophié distendait tellement le bas-ventre, qu'il simulait une vraie grossesse, et transmettait à l'oreille de l'observateur les deux bruits du cœur de la femme en état de fièvre, qu'on aurait pu aisément prendre pour les pulsations du cœur d'un fœtus.

On appliqua 45 fois le forceps, et on amena 33 enfans vivans et 12 morts. On fit 11 versions, dont deux sur la tête et les autres sur les pieds. De ces 11 enfans, 5 étaient morts; 3 extractions par les pieds; 2 perforations du crâne. Dix fois on alla à la recherche du placenta, et ce n'était pas sans le plus grand danger pour la mère; des injections dans la veine ombilicale suffirent souvent pour hâter la délivrance; ou appliqua deux fois le crochet de Smellie; 14 hémorragies graves furent arrêtées par des injections d'eau froide, qui ne furent suivies de métrite que chez une seule femme. Une fois on pratiqua l'hystérotomie vaginale. On observa sept chutes du cordon qu'on tenta de réduire; souvent on fut obligé de percer la poche des eaux; quelquefois on incisa le périnée trop étendu, et six fois on eut recours à la suture pour des déchirures de périnée considérables. Deux hémorragies foudroyantes produites par la rupture des veines variqueuses du vagin furent arrêtées par le tamponnement.

Nous faisons suivre ce résumé de quelques observations qui nous ont paru les plus intéressantes.

DILATATION FORCÉE DU COL DE L'UTÉRUS POUR CAUSE D'ADHÉRENCE AVEC LES MEMBRANES.

OBS. I. — Une primipare, âgée de 48 ans, était en travail depuis trois jours, et avait déjà perdu beaucoup d'eau, lorsqu'elle entra à la clinique le 8 décembre. On ne put toucher l'orifice de l'utérus qu'avec la plus grande difficulté, et ce ne fut qu'avec peine qu'on y engagea d'abord une sonde et ensuite le bout du doigt; on reconnut alors que les membranes de l'œuf étaient extraordinairement adhérentes au segment inférieur, on parvint à les décoller, et le col se dilata d'une manière normale.

Dans un accouchement de jumeaux, l'auteur a constaté le fait souvent observé que le fœtus, placé en arrière, est toujours celui qui naît le premier; le dernier venu des deux fœtus était mort longtemps avant l'accouchement, mais il était séparé de l'autre par une cloison formée par l'amnios.

Outre plusieurs cas de déchirure de l'utérus et du vagin, suivie de métro-péritonite mortelle, l'auteur rapporte l'autopsie d'une femme récemment accouchée et morte avec des symptômes d'une inflammation du bas-ventre. On trouva, outre les caractères ordinaires de l'inflammation, la déchirure d'un ovaire, duquel s'était échappé beaucoup de matière sébacée et de longs poils noirs.

OBS. II. — Un enfant, affecté de spina bifida et d'une difformité considérable des membres inférieurs, naquit avec une grande difficulté. Les cuisses étaient si fortement fléchies vers le tronc qu'il fut impossible de les étendre, et les genoux, plus mobiles en avant qu'en arrière, permettaient à la pointe du pied de toucher à la cuisse; la tête et le tronc étant sortis, les membres inférieurs se dégagèrent avec peine, jusqu'à ce qu'une forte contraction de l'utérus eût rompu un des fémurs. L'enfant, gros et bien nourri, se portait encore bien quatre mois après. La fracture qui avait eu lieu au tiers supérieur de l'os guérit bientôt, et, du spina bifida, suintait, par plusieurs ouvertures, une quantité considérable de sérosité.

Durant l'année 1838, il n'y eut que 7 morts sur 1417 accouchées, tandis qu'en 1839, on compta 34 sur 1382, parce que la fièvre puerpérale, qui, depuis 1835, n'enlevait que 2 à 5 malades par an, a sévi d'une manière épidémique en 1839, et a fait mourir 39 femmes en couche; en tout, on a observé 138 cas, dont 79 grossesses. L'encombrement des accouchées ne pouvait pas être accusé comme cause de l'épidémie, ainsi que plusieurs auteurs, et surtout Cruveilhier, l'ont avancé; car, dans l'hôpital de Prague, il n'y a jamais eu plus de 7 accouchées à la fois dans la même salle. Une autre circonstance remarquable, c'est que, pendant l'épidémie, la forme de l'affection était très variable et se dessinait par groupes; c'est ainsi qu'à une époque on voyait prédominer, dans toutes les salles à la fois, les inflammations des séreuses, à une autre, celles des muqueuses. L'épidémie, qui a commencé avec le mois de décembre et fini au mois de juin, paraissait être sous l'influence des constitutions atmosphériques, et dans aucun cas la contagion n'a pu être admise.

Les femmes dont le travail avait été pénible, on avait réclamé les secours de l'art, ont été le plus gravement affectées.

La maladie s'était presque toujours déclarée du premier au cinquième jour après l'accouchement, jamais après le dixième; elle était d'autant plus grave qu'elle avait commencé plus tôt après la parturition.

Les symptômes variaient selon les tissus principalement affectés; la maladie s'est montrée sous la forme d'une métrite, d'une péritonite, d'une phlébite, d'une pleurésie ou d'une péricardite.

Le traitement consistait principalement dans d'abondantes émissions sanguines, dans l'emploi de forts purgatifs, composés de jalap et de calomel.

Le résultat des autopsies cadavériques était d'accord avec ce qu'on trouve ordinairement, comme des exsudations de pus, de sérosité, de lympbe plastique, de fausses membranes dans les différentes cavités, etc.

II. RUST'S MAGAZIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Le troisième cahier du 56e volume et le premier du 57e contiennent: 1° *Sur la taxe fixée en Prusse pour le traitement des luxations et des fractures*; par le docteur Richter. 2° *Sur l'asthme thymique*; par le docteur Landsberg. (C'est une monographie qui n'est pas sans intérêt. Sur sept cas d'asthme thymique que l'auteur dit avoir observés, trois sont morts. Malheureusement l'autopsie n'a pas pu être faite, ce qui est une grande lacune dans cette maladie, encore si obscure, car tous les symptômes de l'asthme thymique peuvent exister sans qu'il y ait hypertrophie du thymus, élément principal de la maladie. Les quatre autres petits malades ont guéri. L'auteur se loue de l'emploi des lavemens viscéraux de camphre et de l'hydrochlorate de fer.) 3° *Observations*; par le docteur Tott. (Rien d'inconnu.) 4° *Sur l'émancipation de la maladie*; par le docteur Goeden. (Idées spéculatives.) 5° *Sur les constitutions médicales et sur leurs rapports avec les théories médicales*; par le docteur Carganico. 6° *Du strabisme et de son traitement par l'opération*; par le docteur Ender. 7° *De la hernie diaphragmatique*; par le docteur Lesser. (Un soldat, âgé de 25 ans, qui avait toujours été bien portant, fit une chute de cheval, à la suite de laquelle il succomba au bout de 46 heures. A l'autopsie on trouva une ouverture au diaphragme, par laquelle l'estomac avait passé dans la cavité thoracique. A en juger par la disposition de toutes les parties, la hernie était congénitale.) 8° *Sur les institutions médicales en Portugal*; par le docteur Kessler. 9° *Rapport des maladies observées pendant 1839 à l'hôpital de Schwetz*; par le docteur Butzke. (Rien de saillant.)

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

SUR LA VALEUR DES MOYENS PHYSIQUES DANS L'EXAMEN DE LA POITRINE DES CONSCRITS; par le docteur SEEGER.

On a proposé à plusieurs reprises de recourir à l'auscultation, à la percussion et à la mensuration dans les conseils de révision, pour examiner la poitrine des jeunes gens destinés au service militaire. M. Seeger regarde ces moyens comme de peu de valeur, parce que le bruit dont on est entouré dans le conseil, et le peu de temps qu'on peut employer à l'examen ne permettent point de porter un diagnostic sûr à l'aide de l'auscultation et de la percussion, et l'excitation dans laquelle les jeunes gens se trouvent ordinairement dans ces circonstances rend leur respiration en quelque sorte anormale, etc. Quant à la mensuration, elle semble fournir plus promptement des données positives : pour s'en convaincre, M. Seeger a fait des recherches sur 915 soldats, âgés de 20 à 26 ans, tous fantassins, bien portans, et ayant la taille d'au moins 5 pieds 5 pou. Wurtemberg. Il s'est servi d'une bande circulaire et du compas d'épaisseur, et a mesuré la poitrine chaque fois à la fin de l'expiration : 1° au niveau du creux de l'aisselle, de l'angle inférieur de l'omoplate et au travers de doigt au-dessus du mamelon (circonférence supérieure); 2° au niveau de l'extrémité inférieure du sternum et de la douzième vertèbre dorsale, endroit que l'auteur regarde comme le plus ample du thorax (circonférence inférieure); à l'aide du compas d'épaisseur, il mesure la distance d'un creux de l'aisselle à l'autre sur la convexité de la quatrième côte (diamètre transverse supérieur); 4° au niveau de la circonférence inférieure, il mesure la distance de la convexité d'une huitième côte à l'autre (diamètre transverse inférieur); 5° avec le compas d'épaisseur, il obtient la distance du manubrium sternal à l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre dorsale (diamètre antéro-postérieur supérieur); 6° enfin, depuis l'extrémité inférieure du sternum jusqu'à l'apophyse épineuse de la douzième vertèbre dorsale (diamètre antéro-postérieur inférieur).

Il résulte de ces recherches, qui ont été faites sur des jeunes gens, forts et au service depuis plus de six mois, et même plusieurs années, que la mensuration circulaire est la plus sujette à erreur, en ce que l'embonpoint et l'état des muscles donnent le plus souvent au thorax une apparence d'ampleur qu'il n'a pas, au point que généralement la circonférence supérieure, en réalité plus petite que l'inférieure, paraît plus large à la mensuration ; mais, à l'aide du compas d'épaisseur, on s'assure mieux de la capacité réelle; la circonférence inférieure varie moins par l'embonpoint des individus.

Il résulte des mensurations faites sur 915 soldats que le diamètre (1)

	Pouc.	Lig.		WIRTEMBERG. Pouc.	Lig.		Pouc.	Lig.
Circulaire supérieur était de	31	6,31	Minimum	28		Maximum	35	5
— inférieur —	29	6,15		25	3		33	
Transverse supérieur —	8	8,54		6	9		10	3
— inférieur —	9	8,84		8			10	8
Antéro-poster. supér. —	5	0,38		4	1		6	2
— inférieur —	7	0,46		5	4		8	4

Ainsi la circonférence supérieure est plus grande que l'inférieure de...	2	0,15
Le diamètre transverse supérieur est plus petit que l'inférieur de......	1	0,30
Le diamètre antero-postérieur supérieur est plus petit que l'inférieur de	2	0,07

Il est pourtant à remarquer que, dans le nombre de 915, il s'est trouvé des individus dont l'ampleur de la poitrine était bien inférieure à la forme normale; il y en avait même quelques-uns dont le diamètre transverse supérieur égalait ou dépassait l'inférieur, et cependant les sujets étaient bien portans. Quelques-uns avaient un des côtés de la poitrine plus ample que l'autre, sans moins bien faire leur service, qui était très rude. Il résulte donc des recherches de M. Seeger que la mensuration, pas plus que la percussion et l'auscultation, ne fournit des données sûres pour en faire une application à l'examen des conscrits.

(1) NOTE DU RÉDACTEUR. — Un mètre vaut 1000 millimètres.

Un pied de Paris....	—	324,84	—
— de Wurtemberg.	—	286,49	—
— de Bade.....	—	300,00	—
— de Bavière....	—	291,86	—
— d'Autriche....	—	316,10	—
— de Saxe......	—	383,26	—
— de Havovre....	—	292,00	—
— de Prusse....	—	313,85	—

IV. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN, publié par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cahiers de février et de mars contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur un moyen populaire de guérir la gale en trois jours*; par le docteur Adolphi. 2° *Trois observations de résections d'os*; par le docteur Karawajew. 3° *Du volume excessif du fœtus comme cause de dystocie*; par le professeur Osiander. 4° *Nécrose de l'apophyse coronoïde et du col de la mâchoire du côté gauche chez un enfant de six ans*; par le docteur Helmbrecht.

SUR UN MOYEN POPULAIRE DE GUÉRIR LA GALE EN TROIS JOURS: par le docteur ADOLPHI, de Mitau.

Il y a plus de vingt ans que l'auteur de cet article est familiarisé avec cette méthode, qui, depuis plusieurs siècles, était connue de certaines familles russes. Elle est applicable à tous les individus, forts ou faibles, aux enfans au berceau, aux vieillards et même aux femmes en couches, aux gales récentes ou invétérées, avec éruption franche ou dégénérée, et à toute espèce d'exanthème, dit l'auteur, qui cause de la démangeaison, surtout dans le voisinage des articulations, et qui augmente avec la pleine lune et diminue avec la nouvelle lune. Cette méthode consiste : 1° à choisir de préférence l'époque de la lune décroissante; 2° à conserver les mêmes habits sur le corps pendant les trois fois 24 heures que durera le traitement, et à ne pas même quitter ses gants pendant les repas; à rester dans sa chambre, qui devra être spacieuse et bien chauffée; 3° si la peau était couverte de croûtes, il faudrait préalablement les faire tomber au moyen de frictions avec du savon vert et d'un bain chaud; 4° pendant le traitement, on mangera des soupes et de la viande; on s'abstiendra d'alimens aigres et salés; l'eau et la bière ne sont pas défendues; mais en général on sera sobre dans le boire et le manger. Puis on prend le premier jour, au matin, un mélange de parties égales de baies de genièvre et de laurier. Pour les adultes, la dose est d'une forte cuillerée à café, délayée dans de l'eau ou de l'eau-de-vie; une demi-cuillerée à café pour les enfans de dix ans, et autant qu'on peut mettre sur la pointe d'un couteau pour ceux qui sont au berceau. Immédiatement après avoir pris la poudre, on fait des frictions avec une pommade, composée de poudres de baies de genièvre et de laurier, de chacun 48 grammes, fleurs de soufre, 96 grammes, du beurre salé, 192 grammes. Ces frictions doivent être faites avec vigueur sur tout le corps et surtout aux parties les plus couvertes de l'éruption. Le premier jour, il est nécessaire d'user au moins 126 grammes de pommade pour un adulte. Le malade mettra ensuite les habits qu'il ne devra plus quitter pendant le traitement. Le lendemain matin, on reprend encore une dose de poudre et on répète les frictions, ainsi que le troisième jour au matin, si les boutons ne sont pas desséchés et que la démangeaison n'ait pas encore tout à fait cessé. Au soir du troisième jour, on met le malade dans un bain de vapeur d'eau, qui devra être donné graduellement à une température plus élevée, et maintenu aussi chaud que possible pendant au moins une demi-heure. Avant que le malade entre dans l'étuve, il se déshabillera dans un appartement chaud, nettoiera son corps avec de l'eau chaude et du savon vert, et se frictionnera de nouveau avec la pommade; au sortir du bain de vapeur, il se lave encore avec de l'eau de savon, prend du linge frais et des habits propres, et dès ce moment il est considéré comme guéri.

Nous n'entrerons pas dans tous les détails de ce long mémoire, où l'auteur rapporte une foule d'expériences qui ont été faites en grand pour prouver la supériorité de cette méthode. Puisse-t-elle être aussi efficace qu'on en vante les avantages avec assurance.

TROIS OBSERVATIONS DE RÉSECTIONS D'OS; par le docteur KARAWAJEW, médecin de l'hôpital de marine, à Kronstadt.

OBS. — Un matelot, âgé de 23 ans, eut (février 1839) un abcès froid au-dessus de la clavicule, qui se termina par suppuration; un autre abcès venant à s'ouvrir au côté gauche de la poitrine, à l'endroit qui correspond à la neuvième côte, près de son insertion au cartilage, fut reconnu pour dépendant de la carie de l'os. On se décida à faire la résection d'une portion de la côte; celle-ci fut exécutée le 24 mai, au moyen de la scie de Heine, et on enleva une portion de près de 3 centim., en ayant soin de ménager autant que possible le périoste de la face interne de la côte, ainsi que la plèvre y contiguë. La plaie fut guérie en peu de semaines, en laissant encore une petite fistule.

Au mois de décembre dernier survint un nouvel abcès dans la région iléo-sacrée; une suppuration de mauvaise nature, qui avait sa source dans l'os, fit tomber le malade dans un état cachectique et l'enleva en peu de temps.

A l'autopsie, on trouva une carie de la colonne vertébrale, et à la neuvième côte, sur laquelle on avait pratiqué la résection, on vit une lame d'os de l'épaisseur de 2 millimètres, passant d'une extrémité à l'autre, le long du périoste pos-

térieur, qui avait été ménagé. On observa dans cette lame osseuse trois petits trous du diamètre de 2-5 millimètres et des vaisseaux nourriciers qui y avaient pénétré depuis le périoste; à la partie antérieure, la perte de substance était marquée par une échancrure dans laquelle on pouvait parfaitement loger la portion de côte excisée. L'endroit où la portion de côte a été enlevée était distant de 27 millimètres du cartilage du sternum.

La deuxième observation est une résection de l'os métacarpien du milieu, pour cause de spina ventosa. Après la guérison, le doigt médius était rétracté et n'avait rien perdu de sa mobilité.

La résection qui fait le sujet de la troisième observation a été pratiquée sur un tibia droit pour enlever un séquestre de 24 centimètres de long. Le malade a guéri.

L'observation de la résection de la côte prouve en faveur de l'opinion de ceux qui regardent la conservation du périoste comme une des conditions essentielles pour la régénération des os; elle montre encore qu'on peut enlever une portion de côte sans ouvrir le thorax et sans même détruire le périoste interne, à moins qu'elle ne se trouve comprise dans une masse de tissu dégénéré, comme dans le cas si souvent cité de Richerand, où les côtes et la plèvre étaient devenues cancéreuses.

DU VOLUME EXCESSIF DU FOETUS COMME CAUSE DE DYSTOCIE; par le professeur OSIANDER, à Gœttingue.

Après avoir passé en revue ce que les auteurs ont dit sur cette matière, M. Osiander avance que la nourriture, qui consiste principalement dans des matières féculantes, et surtout dans le pain de seigle, contribue au développement extraordinaire du fœtus; il recommande donc aux femmes enceintes des jeûnes et des abstinences méthodiques, et de prendre quelquefois un purgatif salin. Suivent cinq observations d'accouchemens laborieux où les fœtus dépassaient le poids normal.

V. HUFELAND'S JOURNAL DER PRATISCHEN HEILKUNDE, continué par OSANN.

Les cahiers d'août, septembre et octobre contiennent: 1° *Observation de morve transmise du cheval à l'âne*; par M. le professeur Alexander. (C'est un nouvel exemple qui parle en faveur de ceux qui croient à la propriété contagieuse de la morve.) 2° *Remarques sur le chlore, la élixine, etc.*; par le docteur Schneider. (Rien de nouveau.) 3° *Sur la constitution médicale de Lünebourg*; par le docteur Fischer. 4° *Sur la constitution médicale de Fulda, pendant* 1839; par le docteur Schwarz. 5° *Dégénérescence des viscères du bas-ventre et friabilité des os chez un ivrogne*; par le docteur Schupmann. (Rien de saillant.) 6° *Aphorismes*; par le docteur Pitschats. 7° *Histoire d'une tumeur du scrotum, contenant les rudimens d'un fœtus*; communiqué par le docteur Ebel. (GAZ. MÉD. n° 7. 1840.) 8° *Remarques sur l'emploi du calomel dans les maladies inflammatoires*; par le docteur Amelung. (Memoire intéressant, mais ne contenant rien de nouveau.) 9° *Sur l'efficacité de l'assa fœtida dans les coliques venteuses*; par le docteur Szerlecki. (L'auteur rapporte quelques observations où le médicament donné en lavemens a été suivi d'une amélioration très marquée.) 10° *Sur quelques affections gastro-intestinales*; par le docteur Droste. 11° *Mélanges*.

VI. WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE, publié par CASPER.

DEUX OBSERVATIONS DE HERNIE FORMÉE PAR UN DIVERTICULUM D'INTESTIN; par le docteur KIECKE, à Stendal.

Le premier cas concerne une femme de 50 ans qui a été opérée d'une hernie crurale qu'elle portait déjà depuis douze ans, et qui s'était étranglée; pendant l'opération, on a ouvert l'intestin, il en est sorti beaucoup de liquide ne ressemblant pas à des matières fécales. Les vomissemens et les autres symptômes d'étranglement ont persisté et la femme a succombé cinq jours après l'opération. A l'autopsie on a trouvé à la partie inférieure de l'iléon, tout près du cœcum un diverticulum de l'intestin qui avait formé la hernie. Ce diverticulum pyriforme et d'environ 5 centimètres de long, tenait au canal digestif par son extrémité rétrécie; à la partie écrasée, on observait l'ouverture faite pendant l'opération, et dans tout son pourtour il adhérait au sac herniaire; ses parois étaient épaissies, livides, enflammées, mais non gangrenées. A l'endroit où le diverticulum se continuait avec l'intestin, celui-ci était rétréci et admettait à peine l'introduction du petit doigt; au-dessous de ce rétrécissement l'intestin était vide et avait perdu un tiers de son calibre dans tout son trajet jusqu'à l'anus; au-dessus il était écrasé et formait un sinus du triple ou du quadruple de son diamètre normal; on y remarquait un point perforé par la gangrène, ayant livré passage aux matières fécales dans la cavité péritonéale. L'iléus, distendu par des gaz, était d'autant plus enflammé qu'on l'examinait plus près du diverticulum.

Dans la seconde observation, il est question d'une femme de 33 ans qui, depuis treize ans, portait une hernie crurale; celle-ci s'étant étranglée fut méconnue, passa en gangrène et donna lieu à une fistule stercorale. M. Kiecke, en examinant la fistule, la trouva d'une étendue de 2 centimètres, à bords calleux, renversés, rouge foncé, veloutés, mous et très compressibles; on ne pouvait douter que sa surface interne ne fût formée par une muqueuse d'intestin. En introduisant une sonde, on la fit pénétrer à 40 millimètres de profondeur, perpendiculairement au trajet de l'intestin; lorsqu'on inclinait au contraire l'instrument de manière à l'engager dans le bout supérieur du viscère, on le faisait avancer de 12 à 13 centimètres; vers le bout inférieur, il ne fut pas possible de glisser la sonde très en avant, ce qui fit admettre à l'auteur l'existence, pour nous bien douteuse, d'une hernie formée par un diverticulum d'intestin, comme dans le cas précédent; mais ce qu'il y a de plus intéressant dans cette observation, c'est la guérison de cette fistule stercorale que l'auteur a obtenue en maintenant la malade dans une position couchée sur le dos ou sur le côté sain avec le bassin fortement élevé, en exerçant une pression sur le pli de l'aine, à l'endroit où le canal crural passe sous le ligament de Poupart et enfin en cautérisant, avec la pierre infernale, le bourrelet formé par la muqueuse renversée; le cautère potentiel ne suffisait pas pour détruire les villosités intestinales et mettre les surfaces ulcérées dans les conditions propres à entrer en inflammation adhésive, il eut recours au fer rouge; des fomentations avec une décoction de tan fécondèrent le travail de la cautérisation; celle-ci fut assez rapide et amena une guérison radicale.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 MARS.

NOTE SUR LA CAUSE ET LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MYOPIE; par M. JULES GUÉRIN.

(Voir ci-contre cette note.)

RÉSUMÉ D'UN MÉMOIRE SUR L'OPÉRATION DU BÉGAIEMENT; adressé par M. AMUSSAT à l'Académie des sciences, le 15 mars 1841.

Nous extrayons de ce résumé les propositions suivantes:

« Je crois avoir indiqué le premier que la cause du bégaiement résidait le plus souvent dans le défaut de conformation ou dans l'excès de contraction des génioglosses, et que la langue était presque toujours raccourcie, déviée ou mal conformée. C'est cette idée, confirmée depuis par les faits nombreux que j'ai observés, qui m'a conduit au procédé que j'ai imaginé.

» Les bègues que j'ai opérés jusqu'à présent sont au nombre de 33. Sur ce nombre, trois femmes seulement étaient affectées de bégaiement. Les autres résultats statistiques que j'ai obtenus ne sont pas encore appuyés sur un assez grand nombre de faits pour que je puisse en tirer des conclusions rigoureuses. En attendant je dirai cependant que, chez quelques bègues, l'hérédité et les convulsions dans l'enfance peuvent être considérées comme cause de leur infirmité.

» Les résultats que j'ai obtenus par la section des muscles génio-glosses sont tout-à-fait satisfaisans: ils sont survenus quelquefois immédiatement après l'opération; d'autres fois l'amélioration ne s'est manifestée qu'au bout de quelques jours. Parmi les bègues que j'ai opérés, il en est un certain nombre chez lesquels on trouverait difficilement des traces du bégaiement dont ils étaient affectés; chez d'autres, les résultats ont été moins complets. Enfin, sur six bègues, le premier temps de l'opération, c'est-à-dire la section complète du filet de la muqueuse et des tissus fibreux jusqu'aux muscles, a suffi pour faire cesser le bégaiement.

» Il survient quelquefois, pendant et après l'opération du bégaiement, un accident sur lequel j'ai déjà insisté, c'est-à-dire l'hémorragie. Pour le faire cesser, j'emploie l'eau glacée en injections, ou des plumasseaux de charpie, mélangée avec de la glace pilée en petits morceaux, et lorsque cela est nécessaire, je joins à ces moyens la compression, avec deux doigts de chaque main, placés dans la bouche sur la charpie, et prenant un point d'appui avec les pouces sous le menton et en arrière.

» Une seule fois j'ai été obligé, à cause de la persistance de l'hémorragie, d'avoir recours à un corps dur, que j'ai placé sur la charpie, en faisant serrer les dents. Si ces moyens ne suffisaient pas, il faudrait employer les styptiques, et même le fer rouge. Du reste, dans les cas ordinaires, j'ai renoncé aux styptiques et à l'eau de Rabel, qui m'ont paru augmenter l'inflammation. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

A l'occasion du procès-verbal, qui est adopté sans réclamation, M. Bouley demande la parole.

INVAGINATION DE L'INTESTIN GRÊLE GUÉRIE PAR LA GASTROTOMIE.

M. BOULEY : J'ai cru de mon devoir de signaler à l'Académie un fait de médecine vétérinaire que j'ai trouvé, la semaine dernière, dans un journal encore peu répandu et qui se publie dans le midi de la France. C'est un cas d'invagination de l'intestin grêle, guérie par la gastrotomie chez une génisse. Un vétérinaire du département de Lot-et-Garonne fut appelé par un métayer pour voir une génisse qui souffrait de coliques depuis quelques heures seulement. Le troisième jour les symptômes firent soupçonner un étranglement interne; le vétérinaire introduisit son bras dans le rectum et sentit dans la fosse iliaque une tumeur, ce qui le confirma dans son diagnostic. Le septième jour, les symptômes persistant, il pratiqua la gastrotomie, et se guidant sur la tumeur de la fosse iliaque, eut assez de bonheur pour tomber sur la portion d'intestin grêle, siége des phénomènes prétendus d'étranglement, et qui n'étaient en réalité dus qu'à une invagination de 5 à 6 pouces d'intestin. Les séreuses des parties invaginées avaient déjà contracté de légères adhérences qu'il fallut rompre. L'opération consista simplement à exercer des tractions légères sur l'invagination. L'intestin était d'ailleurs parfaitement sain. Une suture réunit la plaie faite aux parois abdominales.

Il est probable que chez les chevaux une pareille opération ne pourrait guère réussir, car cette race est beaucoup plus que la race bovine sujette aux inflammations péritonéales.

M. REYNAUD : J'ajouterai les faits suivans à ce que vient de dire M. Bouley; je dirai que j'ai pratiqué une fois la gastrotomie pour une hernie inguinale étranglée. J'ai, par la plaie des parois abdominales, ramené la hernie par l'anneau interne dans l'abdomen. Il n'y avait aucune trace de gangrène sur l'intestin; l'animal guérit. Mais deux autres fois j'ai fait la même opération et les deux fois la péritonite a emporté les animaux.

M. BARTHELEMY : J'ai eu occasion de réduire une hernie inguinale étranglée, par un procédé tout particulier et qui a quelque analogie avec celui que vient de raconter M. Reynaud. J'introduisis ma main par le rectum assez loin pour sentir les bouts intestinaux placés au-dessus de la hernie inguinale, et par des manœuvres répétées, je fus assez heureux pour pouvoir relever la hernie par l'anneau interne. L'animal guérit parfaitement; deux mois après, la hernie s'étrangla de nouveau, je voulus mettre en usage le même procédé, mais il échoua. J'opérai la gastrotomie et l'animal mourut de péritonite.

M. CORNAC : J'ai toujours regardé les invaginations comme très dangereuses, jusqu'à ce que j'aie eu occasion d'en rencontrer dans les autopsies sur des sujets qui n'en avaient offert pendant la vie aucun symptôme. Je demanderai si quelque membre de l'Académie a observé quelque chose de semblable.

M. BOULEY : J'ai vu chez les chevaux deux espèces d'invagination dont l'une est fort rare, sinon unique, dans la science. La moins rare est l'invagination de l'intestin grêle dans le cœcum, et l'autre, l'invagination du cœcum dans le colon. Or, le cœcum chez les chevaux, est d'un volume énorme.

OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX; TRAITEMENT PAR LE COLCOTHAR; par le docteur BOUILLET. (Rapport de M. CHEVALLIER.)

Une personne, dans l'intention de se donner la mort, prit 6 grammes d'acide arsénieux, le 11 novembre. Appelé quelques heures après, M. Bouillet administra 60 grammes de colcothar dans de l'eau sucrée; le 12 novembre, il n'y avait point eu d'amélioration; M. Bouillet commença un traitement diurétique et purgatif; mais ni l'une ni l'autre de ces médications ne fut suivie de bons effets. Les symptômes continuèrent leur marche, les urines furent très peu abondantes le 14 et le 15 novembre. La malade succomba le 16 novembre.

Les urines recueillies pendant la vie donnèrent de l'arsenic par l'appareil de Marsh; on en trouva également dans les matières de vomissement. De cette observation, M. le docteur Bouillet a tiré les conclusions suivantes :

1° Dans l'empoisonnement par l'acide, on ne retire pas d'avantages par le traitement par les diurétiques.

2° L'arsenic passe dans les urines des personnes empoisonnées par l'arsenic.

3° Cet arsenic devient de plus en plus considérable dans les urines, à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'empoisonnement.

M. le rapporteur trouve que cette dernière conclusion n'est pas fondée, car elle ne s'appuie sur aucun des faits contenus dans l'observation et propose d'adresser des remercimens à M. le docteur Bouillet.

M. ORFILA : Je demande à l'Académie la permission de lui adresser quelques observations sur le fait qui lui a été communiqué par M. le docteur Bouillet. Mes réflexions porteront sur l'emploi du colcothar et du peroxide de fer hydraté, sur la présence de l'arsenic dans l'urine des individus empoisonnés par des préparations arsenicales et sur l'emploi des diurétiques dans le traitement de l'intoxication qu'elles déterminent.

COLCOTHAR ET PEROXIDE DE FER HYDRATÉ. — Je parle à dessein de ces deux corps séparément, parce qu'il importe de ne point les confondre. Le colcothar est un oxide anhydre qui n'exerce aucune action neutralisante efficace sur l'acide arsénieux. Que l'on fasse bouillir pendant deux heures 16 grammes de cet oxide avec de l'eau tenant en dissolution 2 milligrammes d'acide arsénieux (1/25 de grain), la liqueur filtrée fournira encore de l'arsenic, à l'aide de l'appareil de Marsh; donc 16 grammes de cet oxide n'ont même pas neutralisé 2 milligrammes d'acide arsénieux, ce qui revient à dire qu'il faudrait plus de 400 grammes de colcothar (12 onces et demie) pour absorber un grain de ce poison. Il est de toute évidence, d'après ce fait, que le colcothar doit être proscrit du traitement de l'empoisonnement par l'arsenic. En est-il de même du peroxide de fer hydraté? Je ne le pense pas, tout en reconnaissant qu'il n'est pas un antidote susceptible de neutraliser *complètement* l'acide arsénieux. Examinons les faits.

M. Guibourt a prouvé dans un mémoire imprimé en 1839 qu'il suffisait de 100 grammes de peroxide de fer hydraté à l'état de *magma* pour absorber et neutraliser 3 décigrammes et demi d'acide arsénieux (7 grains). Je viens de constater par des expériences nombreuses, que si, au lieu de prendre le peroxide à l'état de *magma*, on l'emploie desseché, c'est-à-dire *hydraté* et non humide, et à la température de 35 à 40 degrés centigrades, 16 grammes peuvent neutraliser environ 6 décigrammes d'acide arsénieux (12 grains). Du moins la liqueur aqueuse surnageant, les 16 grammes d'oxide hydraté laissée pendant quelques heures en contact avec 6 décigrammes d'acide arsénieux ne jaunissait plus par l'acide sulfhydrique additionné de quelques gouttes d'acide chlorhydrique.

D'un autre côté, les expériences de MM. Lesueur, Bouley jeune, Nonat, Deville, Sandras, etc.; ont établi que les animaux ne périssent jamais empoisonnés quand on leur administre une dose d'acide arsénieux capable de les tuer, pourvu qu'on leur fasse prendre assez de peroxide de fer hydraté, pour neutraliser tout l'acide arsenical. MM. Nonat, Deville et Sandras ont même indiqué avec raison de se servir de préférence de peroxide de fer hydraté sec, parce qu'il renferme, sous le même poids, une quantité d'oxide quatre fois au moins aussi considérable qu'à l'état de magma, et ils ont conseillé de donner 16 grammes d'oxide hydraté sec pour chaque gram d'acide arsénieux que l'on voudrait neutraliser.

Il était curieux et utile, pour résoudre le problème dont je m'occupe, de savoir jusqu'à quel point le composé d'acide arsénieux et de peroxide de fer hydraté qui se forme dans l'estomac des personnes empoisonnées conserve des propriétés toxiques. Déjà MM. Nonat, Deville et Sandras avaient annoncé que ce composé était vénéneux. Les expériences que j'ai tentées ne laissent aucun doute à cet égard. J'ai administré à des chiens robustes et de moyenne taille 32 grammes de peroxide de fer hydraté sec, que j'avais préalablement combiné avec un gramme, un décigramme d'acide arsénieux (20 grains); le composé ferrugineux ne contenait pas un atôme d'acide arsénieux libre; on pouvait le faire bouillir dans l'eau, sans qu'il abandonnât à ce liquide la moindre parcelle de poison. Les animaux avaient des évacuations alvines plus ou moins abondantes et ne tardaient pas à éprouver tous les symptômes de l'empoisonnement par l'arsenic; ils périssaient au bout de 28, 30 ou 40 heures, pourvu qu'on les empêchât de vomir, et à l'ouverture des cadavres, on décelait la présence de l'arsenic dans l'*urine* et dans le *foie*; le canal digestif était à peine enflammé.

Je crois pouvoir conclure des faits qui précèdent : 1° Que le colcothar ne doit jamais être employé comme contrepoison de l'acide arsénieux, parce qu'il ne neutralise pas sensiblement ce poison, même à une dose exorbitante; 2° que le peroxide de fer *hydraté sec* absorbe et neutralise une assez grande quantité d'acide arsénieux, en formant un sous-arsenite de fer vénéneux, mais moins délétère que l'acide arsénieux; les effets funestes de ce sous-sel dépendent évidemment de ce qu'il est décomposé par les acides contenus dans l'estomac et de l'absorption de l'acide arsénieux mis à nu; 3° qu'il est dès lors utile d'administrer ce peroxide hydraté sec, après l'avoir délayé dans l'eau, surtout si l'on fait vomir, car alors, indépendamment de la portion de poison expulsée *à l'état d'acide arsénieux* par le vomissement, les malades rejettent encore *le sous-arsénite de fer* qui s'est formé dans l'estomac et qui renferme une assez forte proportion d'acide arsénieux; 4° que l'on doit peu redouter, dans le cas où il n'y aurait point de vomissement, la présence du sous-arsenite de fer dans l'estomac, quelque vénéneux que soit ce sel, parce qu'au fur et à mesure que les acides de l'estomac le décomposent, l'acide arsenieux mis en liberté, est saisi et neutralisé par une autre portion de peroxide, lequel, comme on l'a constamment prescrit, *doit avoir été employé à haute dose.*

Qu'il me soit maintenant permis de dire un mot sur les complications que peut amener la présence du peroxyde de fer hydraté dans le canal digestif, relativement aux recherches *médico-légales.* J'ai annoncé en septembre dernier que certains colcothars et certains peroxides de fer hydraté des pharmacies contiennent de l'arsenic, et qu'il suffit quelquefois d'en introduire quelques grammes dans un appareil de Marsh pour obtenir des taches arsénicales nombreuses. Je supposerai donc que, dans un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, l'on ait administré du peroxyde de fer hydraté, et qu'après avoir extrait celui-ci de l'estomac ou des instestins, on ait reconnu qu'il est arsenical. Comment déterminera-t-on si l'arsenic qu'il fournit provient du peroxyde de fer, qui était naturellement arsenical, ou du sous-arsenite de fer, resultat de la combinaison du peroxide avec de l'acide arsenieux qui aurait été pris comme poison? Ce problème, d'une importance incontestable, peut être facilement résolu.

1° Tout porte à croire, s'il y a eu empoisonnement, que l'acide arsénieux n'a pas été entièrement neutralisé par le peroxide, avec lequel il peut être mêlé; s'il en est ainsi, il suffira de faire bouillir pendant vingt-cinq ou trente minutes le peroxyde avec de l'eau distillée qui dissoudra l'acide arsénieux *libre*, tandis qu'elle n'exercera aucune action sur l'arsenic naturellement contenu dans le peroxide de fer, ni sur l'arsénite de fer qui aurait pu se former.

2° Admettons que l'eau bouillante n'ait point dissous de traces d'acide arsénieux; on agit era 15 ou 16 grammes de peroxide de fer bien lavé avec autant de potasse à l'alcool *à froid*. Cet alcali, qui n'enlève pas un atôme de l'arsenic naturellement contenu dans le peroxide de fer, se combinera avec l'acide arsenieux qui aurait été neutralisé par le peroxide, *pour peu que cet acide se trouve en quantité notable* dans le sous-arsénite de fer. L'arsénite de potasse dissous dans l'eau sera facile à reconnaître, soit à l'aide de l'appareil de Marsh, soit à l'aide du gaz acide sulfhydrique, après saturation de l'excès d'alcali.

Si, au lieu d'agir à froid, on faisait bouillir pendant deux heures les proportions

indiquées de peroxide de fer et de potasse, la liqueur filtrée contiendrait de l'arsenic, soit que l'on eût agi avec certains peroxides de fer *naturellement* arsénicaux, ou avec ceux qui, n'étant pas arsénicaux, auraient absorbé de l'acide arsénieux dans le canal digestif.

PRÉSENCE DE L'ARSENIC DANS L'URINE DES INDIVIDUS EMPOISONNÉS PAR UNE PRÉPARATION ARSÉNICALE. — Puisque, dans ces derniers temps, MM. Flandin et Danger ont conteste l'existence de l'arsenic dans l'urine de certains animaux empoisonnés par l'acide arsénieux, je crois devoir ajouter à ce que j'ai déjà publié sur ce sujet : 1° qu'on trouve ce métal dans l'urine des chiens empoisonnés par l'application d'un décigramme d'acide arsénieux sur le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse, ou par l'ingestion de 60 à 75 centigrammes d'acide arsénieux en poudre fine, alors même que les animaux n'ont pris ni alimens, ni liquides depuis vingt-quatre heures (1), ou enfin par l'introduction dans l'estomac de 20, 30 ou 40 centigrammes de ce poison dissous dans l'eau ; 2° qu'à la vérité la sécrétion urinaire est *quelquefois* arrêtée dans cet empoisonnement, et qu'il existe alors à peine quelques gouttes d'urine dans la vessie ; 3° qu'il peut se faire aussi, quand la mort arrive au bout de quelques heures, que l'acide arsénieux ne soit pas encore parvenu jusqu'à la vessie. Je suis tellement convaincu de la réalité de ces assertions, que j'offre volontiers à MM. Flandin et Danger de le leur demontrer. De tous les procédés imaginés pour constater l'existence de l'arsenic dans l'urine, celui qui mérite, suivant moi, la préférence, consiste à traiter ce liquide par le nitrate de potasse, comme je l'ai indiqué dans mon premier mémoire sur l'arsenic. C'est en agissant ainsi que M. Chevallier a extrait l'arsenic d'une très petite quantité d'urine rendue par la malade qui fait l'objet de l'observation présentée à l'Académie par M. le docteur Bouillet.

EMPLOI DES DIURÉTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE L'INTOXICATION ARSÉNICALE. — J'ai fait voir, par de nombreuses experiences, que tous les animaux empoisonnés par l'acide arsénieux n'urinaient pas, même lorsqu'on leur administrait d'abondans diurétiques aqueux et nitrés. Evidemment, quand on ne parvient pas à augmenter la sécrétion de l'urine, le traitement par les diurétiques échoue; c'est ce qui est arrivé à la dame qui fait le sujet de l'observation recueillie par le docteur Bouillet, laquelle n'a peut-être pas pris la dose de diurétiques aqueux et nitrés qu'on aurait pu lui faire avaler. Mais, par contre, j'ai établi que lorsqu'on parvenait à faire uriner abondamment les animaux empoisonnés, ce qui n'est pas rare, on enlevait promptement aux organes l'arsenic qu'ils contenaient, arsenic qui était éliminé par l'urine, et j'ai dit avec raison que, dans ces cas, la médication diurétique était suivie de bons effets. Toutefois, je n'ai jamais prétendu qu'il suffit de diurétiques, même les plus actifs, pour guérir l'empoisonnement par les arsénicaux ; faites vomir et purger, ai-je dit, pour chasser le poison qui se trouve dans le canal digestif ; puis employez les diurétiques, afin d'expulser la portion de poison absorbée. Qu'on ne vienne donc pas opposer à la méthode que j'ai justement préconisée des cas où les individus n'ont pas uriné, ou des expériences faites sur des chevaux avec de fortes doses d'acide arsénieux, expériences dans lesquelles on n'a pris qu'une des médications qui font partie du traitement que j'ai conseillé, la médication diurétique, négligeant la partie la plus essentielle, celle qui a pour objet l'expulsion du poison contenu dans le canal digestif. D'ailleurs, Messieurs, il est des espèces où l'art est impuissant, parce que la dose du poison ingéré est trop forte, et que l'empoisonnement est trop grave. Pouvez-vous vous flatter de guérir toutes les hemorragies cérebrales, tous les cas de péritonite puerpérale, etc., ce qui n'empêche pas de traiter avec succès plusieurs individus atteints de ces maladies ?

M. BAILLY : Tout ce que vient de lire M. Orfila a trait à l'acide arsénieux ; je n'y ai rien vu qui regarde l'acide arsénique. Ne serait-ce point aussi une question importante ?

M. ORFILA : Je n'ai point fait d'expériences à cet égard. Tout ce que je sais, c'est que M. Bouley a traité l'arseniate de soude ou de potasse par l'hydradate de peroxide de fer, et qu'il n'y a point eu neutralisation, tandis que celle-ci se faisait pour l'acide arsénieux; mais, comme je l'ai déjà dit, le composé d'arsenite de fer qui en résulte est vénéneux. Mes expériences, et, avant les miennes, celles de MM. Nonat, Deville et Sandras, l'ont prouvé; seulement il l'est moins que l'acide arsénieux.

M. CHEVALLIER : Je regarde le péroxide de fer comme un excellent antidote de l'acide arsénieux. Le peroxide de fer contient bien quelquefois de l'acide arsénieux ; une bonne préparation peut facilement l'en débarrasser. Un élève en pharmacie, en rassemblant tous les faits qui militent en faveur de ce médicament, me semble avoir prouvé qu'on pouvait se fier sur son efficacité, et depuis, des faits, recueillis en Belgique, en Angleterre, ont confirme ces idées. J'ai vu derniérement, dans un cas d'empoisonnement, un fait curieux, qu'il importe de connaître. Ordinairement l'eau ne peut, à aucune température, enlever au peroxide de fer l'arsenite formé par le mélange des deux substances. Dans l'empoisonnement dont il est ici question, l'eau froide n'enleva pas la plus petite quantité d'arsenite de fer, mais de l'eau à 100° en enleva après quelques instans de contact une petite quantité.

M. ORFILA : Je ne suis pas de l'avis de M. Chevallier quand il dit que que le peroxide est un excellent contre-poison. Je ne connais rien au-dessus du mot excellent, et comme cette substance forme, avec l'acide arsénieux, un composé qui est lui-même vénéneux, elle ne peut être un excellent antidote. Il est possible que, dans le fait cité par M. Chevallier, l'arsenic enlevé par l'eau ne se fût point encore combiné avec le peroxide de fer. Il faut encore savoir que, lorsque le poison est donné en solution, la combinaison avec le pexoxide de fer se fait beaucoup plus rapidement que lorsqu'il est administré à l'état solide. Sous cette dernière forme, la combinaison demande un temps assez long, dont la durée dépend d'un concours de plusieurs circonstances, telles que d'une certaine quantité de liquide dans l'estomac, de la quantité et peut-être de la qualité du suc gastrique.

M. CHEVALLIER : Le peroxide de fer étant jusqu'à présent le meilleur des antidotes contre l'arsenic, je maintiens mon mot d'*excellent*. Quant au fait que j'ai cité tout-à-l'heure, je garantis son authenticité.

M. CORNAC : Je demanderai si le peroxide peut encore donner quelque espoir alors que les symptômes de l'empoisonnement sont déjà très prononcés.

M. CHEVALLIER : Employé assez longtemps après l'empoisonnement, le contre-poison l'a éte avec avantage en Allemagne.

(Plusieurs voix demandent ce qu'il faut entendre par *assez longtemps*.)

M. ORFILA : Quand une quantité de poison, suffisante pour donner la mort, a été absorbée, l'antidote ne peut être d'aucune utilité Mais il peut exister dans l'estomac une quantité suffisante pour donner la mort, mais dont la moitié seulement aura été absorbée. Dans ces circonstances, l'antidote neutralisera l'autre moitié et s'opposera ainsi à son absorption, qui deviendrait mortelle. Il y a plus, quand une quantité de poison, suffisante pour donner la mort, a été absorbée, il peut bien arriver que la moitié de ce poison absorbé soit éliminée par les sécrétions; s'il reste alors de l'arsenic dans l'estomac, une nouvelle absorption se fera, et peut devenir mortelle ; on s'oppose à cette absorption par l'antidote.

M. BOULEY : Dans les expériences que j'ai faites sur les animaux, le peroxide de fer a réussi après deux heures, quatre heures, d'empoisonnement ; mais, au-delà de ce terme, il ne m'a offert aucun avantage.

Les conclusions du rapport de M. Chevallier sont adoptées.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la commission chargée d'examiner les faits relatifs au bégaiement et au strabisme est constituée.

LE PROBLÈME DE LA DISSOLUTION DES CALCULS URINAIRES EST-IL RÉSOLU PAR LE TRAITEMENT ALCALIN A HAUTE DOSE.

M. LEROY-D'ETIOLLES continue la lecture de son mémoire sur ce sujet. Suivant lui, la theorie chimique, les expériences faites par immersion des calculs, et les résultats de l'application à l'homme vivant, sont contraires à la dissolution. La moitié des calculs sont insolubles dans les alcalis; l'acide urique formant l'autre moitié donne lieu, par une combinaison avec le bi-carbonate de soude, non pas à un urate acide, comme on le suppose, mais à un urate neutre tout aussi peu soluble que l'acide urique lui-même. Quant aux expériences par immersion, elles ont montré que de simples fragmens ont été plongés pendant quarante jours dans les sources de Vichy sans être détruites.

Enfin, des applications aux calculeux ont fourni les résultats suivans : les uns ont succombé aux altérations organiques produites par la pierre; d'autres, n'éprouvant pas de soulagement, se sont soumis a la lithotritie ou à la taille; les plus heureux ne sont point encore guéris après trois années.

Les boissons et les bains ne pouvant faire arriver dans la vessie une quantité suffisante d'alcali pour dissoudre la pierre, on dut songer aux irrigations continues avec la sonde à double courant; c'est ce qu'a fait M. Leroy-d'Etiolles sur plusieurs malades. 225 litres d'eau tenant en dissolution 5 kilogrammes de bicarbonate de soude ont traversé la vessie sans que la pierre ait rien perdu de son volume, son poids seul avait un peu diminué; des expériences faites par M. Pelouze, de l'Academie des sciences, ont démontré qu'il en devait être ainsi.

Le traitement alcalin, s'il est ordinairement inefficace, est-il du moins toujours innocent ? Cette question, M. Leroy-d'Etiolles la résout négativement. Plusieurs personnes, entre autres deux membres distingués de l'Académie de médecine ont vu des pierres se développer dans leur vessie, sinon sous l'influence des alcalis, du moins pendant qu'ils en faisaient usage ; M. Leroy-d'Etiolles les en a débarrassés par la lithotritie. Chez d'autres, le traitement a paru favoriser la déposition des phosphates terreux et l'accroissement de la pierre.

Quant à la gravelle rouge, M. Leroy-d'Etiolles considère les alcalis comme utiles dans un grand nombre de cas, mais non toujours. Il se demande comment il se fait que certaines personnes qui ne rendent ni sable ni gravier pendant dix mois de l'année, en expulsent en quantité pendant les deux mois qu'ils prennent les eaux alcalines.

Il est fâcheux, dit en terminant M. Leroy-d'Etiolles, que la réalisation d'une espérance si souvent reproduite soit encore ajournée; mais le plus sûr moyen d'y arriver, c'est de montrer que le problème de la dissolution des calculs n'est pas resolu, afin que l'on ne soit point détourné de sa recherche.

Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Patissier, Bégin, Chevallier, Bérard.

NOTE SUR UNE DISPOSITION DU SYSTÈME VASCULAIRE ARTÉRIEL DE L'UTÉRUS, UTILE POUR CONSTATER L'IDENTITÉ EN MÉDECINE LÉGALE; par M. BRICQUET.

Tous les médecins savent que le travail de l'utérus pendant la grossesse

(1) On a dit que dans le cas où l'acide arsénieux était administré en poudre fine, à la dose de 60 ou 80 centigram., *il n'était pas absorbé*, qu'il agissait localement en déterminant une vive inflammation, des escarres, etc., et que d'ailleurs il était rejeté par les selles. Dans ces cas, a-t-on ajouté, l'urine ne renferme point d'arsenic. J'avoue que je n'ai jamais vu une pareille espèce; toutes les fois que j'ai tué des chiens avec une forte dose d'acide arsénieux pulvérisé, une partie de cet acide avait été absorbée alors même que l'estomac était vide au moment de l'empoisonnement, et j'ai pu démontrer l'existence de l'arsenic dans l'urine, dans le foie, etc. Les animaux dont l'œsophage avait été lié avaient vécu huit, vingt ou quarante heures, et ils avaient eu des selles abondantes. En ouvrant les cadavres, je n'apercevais pas toujours, il s'en faut de beaucoup, ces inflammations intenses et ces escarres dont on parle, et constamment il y avait dans l'estomac et dans le duodénum, même chez les animaux que l'on avait privés de liquides pendant vingt-quatre heures avant l'expérience, une quantité variable de bile, liquide alcalin qui avait nécessairement dû s'emparer d'une portion d'acide arsénieux, et en faciliter l'absorption en le rendant plus soluble.

amène dans les canaux vasculaires de cet organe des changemens considérables. Les artères, outre un accroissement de diamètre, éprouvent aussi une élongation qui les rend tortueuses avant même que l'utérus amplifié ait commencé à revenir sur lui-même; mais aussitôt que commence ce retrait, après la sortie naturelle ou accidentelle du produit de la conception, les sinuosités artérielles augmentent au point que leurs convexités viennent se toucher les unes les autres. Alors le plan des cercles auxquels elles appartiennent est parallèle au plan de la matrice. Le retrait augmentant toujours, et les sinuosités ne pouvant plus augmenter, se font alors dans un autre sens, perpendiculairement au plan de la matrice; dans cet état, les artères, au lieu de simples sinuosités, offrent toutes des spirales désormais persistantes, qui se régularisent et se resserrent même de plus en plus jusqu'au retour complet de l'utérus à son état ordinaire. Dès que les artères utérines ont pris une fois cette disposition hélicienne, elles la conservent toujours et elle devient elle-même un indice certain d'une grossesse antécédente. On retrouve ces artères en hélices sur les deux faces utérines; elles forment, dans l'épaisseur des couches du tissu utérin, une couche jaunâtre, plus rapprochée de la face externe que de l'interne.

Dans les utérus des femmes vierges, on ne trouve rien de semblable.

La séance est levée.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Permettez-moi de répondre dans votre estimable journal aux attaques qui viennent d'être dirigées contre moi par M. Gendrin, dans une lettre adressée à l'Académie des sciences, à la date du 15 février dernier.

Je ne veux ni ne puis discuter ici les prétentions de ce médecin au sujet des vertus de la limonade sulfurique, comme moyen préservatif et curatif des maladies saturnines. Mais je dois relever publiquement des assertions qui ont pour objet d'attaquer ma réputation de bonne foi scientifique.

Voici l'exposé des faits :

Le 19 décembre 1831, M. Gendrin annonce à l'Institut sa découverte de la limonade sulfurique comme moyen curatif et préservatif de la colique saturnine (Transactions médicales, 1832, tom. vii). Au milieu de l'année 1834 (1), M. Gendrin déclare à MM. Chomet et Blache que depuis sa communication à l'Institut, c'est-à-dire pendant les années 1832, 1833, et partie de 1834, il a guéri par le même médicament plus de 300 malades affectés de colique de plomb (Dict. de méd., deuxième édition, tom. viii, p. 395).

Étonné que M. Gendrin, médecin de l'hôpital Cochin, eût pu recevoir dans ses salles, et, à plus forte raison, guérir un aussi grand nombre de malades dans un si court espace de temps (*tous* les médecins du grand hôpital de la Charité, où afflue ce genre de maladie, reçoivent à peine dans leurs services ce nombre de malades pendant ce laps de temps); je fis des recherches qui me permirent de déclarer que *tout* l'hôpital Cochin n'avait reçu que 76 malades atteints de colique de plomb, pendant les années 1832, 1833 et 1834, même jusqu'à l'époque de la publication de l'article du dictionnaire, où se trouve relatée l'estimation du nombre de guérisons de M. Gendrin. Je me crus donc en droit de conclure (2) que M. Gendrin, l'un des médecins de Cochin, n'avait pu guérir 300 malades et plus dans l'espace de temps indiqué.

J'arrive à la lettre de M. Gendrin du 15 février 1841.

A la page 12 de cette lettre, publiée deux ans après mon travail, M. Gendrin cherche à établir à l'aide de certificats émanés, dit-il, de l'administration des hôpitaux, et de la direction de Cochin, qu'il n'a jamais été délivré de relevé des malades admis pour maladies saturnines dans son service, pendant qu'il était médecin à cet hôpital; *d'où il conclut que le résultat du dépouillement des registres de l'hôpital Cochin, invoqué par M. Tanquerel des Planches, est faux*.

A cette accusation de faux, je réponds par les faits suivans :

Depuis la page 1 jusqu'à la page 36 du tome xix des Annales d'hygiène publique et de médecine légale se trouve un mémoire intitulé :

Rapport adressé a M. le préfet de police sur les maladies que contractent les ouvriers qui travaillent dans les fabriques de céruse, par MM. Adelon et Chevallier, rapporteur.

Aux pages 20 et 21 de ce rapport, MM. Adelon et Chevallier déclarent que les administrateurs des hôpitaux, MM. Desporles et Blondel leur ont adressé des états d'ouvriers cérusiers, atteints de colique de plomb, et admis dans les hôpitaux de Paris, Beaujon, la Charité, l'Hôtel-Dieu, *Cochin*, etc., pendant les années 1833, 1834 et suivantes (1). Les délégués du conseil déclarent en outre, aux pages 22 et 23 qu'ils ont fait et *fait faire* des recherches sur le nombre de ces malades, avant les renseignemens fournis par l'administration.

Ainsi, contrairement aux assertions de M. Gendrin : 1° L'administration des hôpitaux a fait délivrer des relevés des malades admis pour affections saturnines dans le service de M. le docteur Gendrin, pendant qu'il était médecin de l'hôpital Cochin.

2° MM. Adelon et Chevallier, délégués du conseil de salubrité, ont fait et *fait faire* des recherches, dans ledit hôpital, sur les mêmes maladies.

D'où je conclus que le dépouillement des registres de l'hôpital Cochin, pendant que M. Gendrin était médecin de cet établissement, a été fait, et que le résultat de ce dépouillement invoqué par moi n'est point faux.

Maintenant, revenons sur le nombre de 300 malades, que M. Gendrin prétend avoir guéris depuis le 19 décembre 1831 jusqu'au milieu de l'année 1834. (Dict. de méd., t. viii.)

D'après la page 13 de la lettre de ce médecin, ce nombre se composerait, d'une part, de 160 malades, reçus à l'hôpital Cochin depuis juillet 1832 jusqu'au milieu de 1834; de l'autre, de 104 malades, qu'il aurait observés à l'Hôtel-Dieu pendant dix-huit mois, époque durant laquelle il a été chargé d'un service médical. Outre ces malades, dont il posséderait les observations détaillées, il aurait quelques notes recueillies par lui-même sur d'autres malades, qui compléteraient le nombre de 300 guérisons.

Malades de Cochin. — Je possède un relevé des malades admis dans les salles de tous les services de l'hôpital Cochin, depuis juillet 1832 jusqu'au milieu de l'année 1835. Pendant ce laps de temps, on a admis dans cet établissement 52 malades atteints de coliques de plomb (2).

Malades de l'Hôtel-Dieu. — Depuis le 19 décembre 1831 jusqu'au 1er juillet 1832, c'est-à-dire pendant six mois, l'Hôtel-Dieu n'a reçu dans *tous* ses services que 39 malades atteints de maladies saturnines, petit nombre qui s'explique par l'encombrement que produisaient dans les salles les cholériques et les blessés de juin.

Mais dans les douze mois précédens, pendant lesquels M. Gendrin faisait encore le service à l'Hôtel-Dieu, combien avait-il guéri de malades? 12, comme il nous l'apprend lui-même dans sa communication adressée le 19 décembre 1831 à l'Institut. (Transactions médicales, 1832, t. vii, p. 63.)

Et pourtant nous ne pouvons même lui accorder ces 12 malades, car ses 300 guérisons datent depuis cette communication à l'Institut, comme il l'a affirmé à MM. Blache et Chomet. (Dict. de méd., t. viii, p. 395.)

Ainsi, d'après les registres des hôpitaux, 52 malades à Cochin, 39 à l'Hôtel-Dieu, total : 91 malades; voilà tout ce que nous pouvons accorder de guérisons à M. Gendrin, en supposant toutefois qu'il ait été appelé à traiter ces malades dans *tous* les services de ces établissemens.

Cette discordance entre le nombre des observations de M. Gendrin et le nombre des malades inscrits sur les registres des hôpitaux, dépend-elle seulement de l'infidélité de ces registres? C'est ce que veut prouver M. Gendrin en nous faisant dire, page 13 de sa lettre, que les registres de l'hôpital, où nous avons recueilli nos propres observations, sont une source très infidèle. Mais il fallait compléter la citation. Ces expressions n'ont été appliquées par moi, tom., I, p. 94 de mon ouvrage, qu'aux relevés des professions qui sont indiquées par les malades ou les élèves internes. D'ailleurs le nombre de mes observations est inférieur à celui des maladies saturnines consignées sur les registres de l'hôpital de la Charité.

Ainsi j'ai fait, d'après mes propres observations, un relevé, (page 92, tom. I) des cérusiers atteints de coliques de plomb, traités dans *toutes* les salles de la Charité, pendant plus de 8 ans, de 1831 à 1839; ils sont au nombre de 406. De son côté, l'administration n'a fait sur les registres de la Charité le relevé que de 4 de ces années, de 1836 à 1836; et ce nombre consigné dans les Annales d'hygiène, tom. xix, p. 21, se trouve être de 224, c'est-à-dire qu'il dépasse un peu la moitié des cas observés par moi. Résultat, comme on le voit, bien différent de celui obtenu par M. Gendrin, dont les observations dépassent, dans une énorme proportion, le relevé de l'administration.

Quant à la priorité de l'emploi de la limonade sulfurique contre les maladies saturnines, que M. Gendrin la conteste s'il le veut à Mosley et même à M. Foucat, cité par M. Chevallier (Ann. d'hyg. publiq. et de médec. lég., t. xv), c'est une découverte que personne n'est jaloux aujourd'hui de s'approprier; car la limonade sulfurique, comme moyen curatif et préservatif des maladies saturnines est désormais jugée. Et je puis opposer aux certificats d'un honorable propriétaire d'une fabrique de céruse, l'affluence toujours considérable des ouvriers cérusiers de cette fabrique dans les hôpitaux; je puis invoquer aussi le témoignage de tous les médecins de la Charité et de l'Hôtel-Dieu, et même celui des malheureux ouvriers atteints de ces cruelles maladies.

Agréez, etc.

L. Tanquerel des Planches.

(1) Avant la composition et l'impression de l'article *colique de plomb*, par MM. Chomet et Blache, du tom. viii du Dict. de méd., deuxième édition, qui parut en octobre 1834.

(2) Traité des maladies de plomb ou saturnines, suivi de l'indication des moyens dont on doit se servir pour se préserver de l'influence délétère des préparations de plomb, et de figures explicatives, par le docteur L. Tanquerel des Planches. 2 vol. in-8°. Paris 1839, chez Ferra, libraire-éditeur, rue des Grands-Augustins, 16.

(1) A la page 13 de sa lettre, M. Gendrin déclare lui-même qu'il a été médecin de Cochin depuis la fin de 1832, et pendant les années 1833, 1834, etc.

(2) Nous avons les noms, l'indication de la profession, le nom de la salle et le mois d'entrée, etc., de tous les malades atteints de colique de plomb, et admis à l'hôpital Cochin, pendant les années 1832, 1833 et 1834.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Nº 13. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 27 MARS 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, nº 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er avril. On s'abonne dans les départements chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR UN MODE DE TRAITEMENT DES ULCÈRES DES JAMBES, SANS ASSUJÉTIR LES MALADES NI AU REPOS NI AU RÉGIME; présenté à l'Institut de France, le 3 août 1840; par le docteur PHILIPPE BOYER.

(SUITE. — Voir le numéro précédent.)

TRAITEMENT.

Je vais maintenant, messieurs, vous faire connaître le nouveau mode de traitement, qui est le sujet principal de ce mémoire.

Le traitement consiste :

1° A entourer, dès le premier jour, la jambe malade de bandelettes de diachylon gommé, dans toute l'étendue de l'ulcère, quels que soient sa nature et son état présent;

2° A recouvrir le membre d'un bas lacé ou d'une bande;

A permettre au malade de marcher et de vaquer à ses occupations, quel qu'en soit le genre, sans suivre aucun régime.

Ce traitement subversif de tous ceux admis jusqu'à ce jour doit être exposé dans tous ses détails, et quand il sera connu, je vous ferai apprécier sa valeur, en vous mettant sous les yeux les résultats que j'ai obtenus.

Le sparadrap de dyachylon gommé dont je me sers est fait avec l'emplâtre diachylon gommé du CODEX GALLICUS, fondu et étendu en couches minces sur du calicot. J'ai choisi ce tissu, parce qu'il forme un sparadrap aussi bon et aussi solide que la toile, et parce qu'il est beaucoup moins coûteux pour l'administration des hôpitaux. Je le coupe en bandelettes larges de 2 à 3 centimètres, en ayant soin d'ôter les lisières; je roule la bandelette comme une bande, sans trop la serrer, dans la crainte d'agglutiner les tours de bande; de cette manière, la bandelette roulée

Feuilleton.

DISCOURS PRONONCÉ SUR LA TOMBE DE SAVART, AU NOM DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES;

Par M. BECQUEREL.

Messieurs,

Trois années se sont à peine écoulées, et l'Académie des sciences a vu, frappées par la mort, dans la même section, trois de ses plus grandes illustrations! Après Fresnel sont, en effet, descendus successivement dans la tombe Dulong, Poisson et Savart, dont nous déplorons aujourd'hui la perte, réunion d'hommes du premier ordre, qu'il n'est pas donné deux fois à un siècle de produire, et dont la disparition laisse parmi nous des vides bien difficiles à remplir!

Appelé par l'Académie et l'amitié à payer un tribut d'hommages à la mémoire de l'homme non moins remarquable par ses hautes facultés intellectuelles que par la noblesse de son caractère et la pureté de ses intentions, je crains d'être au-dessous de la mission qui m'est confiée; mais vos souvenirs suppléeront, j'en suis assuré, à la faiblesse de mes éloges.

Félix Savart naquit à Mezières, le 30 juin 1791, d'une famille d'artistes distingués, attachée à l'école du génie de cette ville. Artiste lui-même au berceau, les jeux de son enfance se passèrent sous les yeux de son père, dans l'exercice des arts manuels, à l'exemple des Galilée, des Newton, des Franklin, qui les possédaient à un degré si éminent. La nature développa rapidement en lui les germes de cette admirable aptitude que nous lui avons reconnue pour les recherches expérimentales et pour la construction des instrumens de physique.

A la création de l'école d'application de Metz, il vint avec sa famille dans cette ville, où il commença ses études, qu'il acheva avec distinction. Immédiatement après, il embrassa la carrière de la médecine, et remplit, avec un grand dévouement, pendant plusieurs années, le service de sous-aide chirurgien. Près d'être atteint par la conscription, en 1810, il s'engagea dans le premier bataillon des mineurs, où il ne tarda pas à être nommé élève chirurgien. Il s'y fit remarquer constamment par un zèle sans bornes pour l'accomplissement de ses devoirs.

Licencié en 1814, et désirant continuer la carrière qu'il avait embrassée, il se rendit à Strasbourg, pour y prendre le grade de docteur. Les événemens de 1815 arrêtèrent le cours de ses études; il reprit du service dans les hôpitaux militaires jusqu'en octobre 1816, époque à laquelle il retourna à Strasbourg, afin de s'y faire recevoir docteur. Mais, pour Savart, ce titre n'était valable qu'autant qu'il était accompagné des connaissances nécessaires pour le porter avec distinction. Aussi jugea-t-il nécessaire de fréquenter une année encore l'école de Strasbourg. Pour augmenter son érudition, il étudia les auteurs anciens de médecine, et s'occupa de la traduction de Celse. Il revint ensuite à Metz, dans l'intention de s'y fixer et d'exercer la médecine; mais, à peine rentré sous le toit paternel, la

et tenue dans ma main gauche, ne me gêne pas pour le pansement, et je la déroule autour du membre, comme je ferais d'une bande. Je tiens de ma main droite mes ciseaux, selon la méthode que doivent toujours suivre les chirurgiens, c'est-à-dire en passant le pouce et le doigt annulaire dans les anneaux des branches, parce que je peux à volonté ôter mon pouce de l'anneau qui le reçoit et avoir la liberté des trois premiers doigts. Je m'en sers pour saisir le bout de la bandelette roulée, et quand j'en ai déroulé une longueur suffisante pour faire une fois et demi le tour du membre, j'applique le milieu sur un des côtés de la jambe, et je viens croiser les bouts du côté opposé, en mettant en-dessous le bout tenu par la main droite et en dessus le bout tenu par la main gauche, afin de pouvoir le fixer avec un des doigts de cette main, et d'avoir l'autre libre pour reprendre la branche des ciseaux avec le pouce et couper la bandelette, et le pansement est terminé très promptement et très proprement.

J'ai dit que je plaçais le milieu de la bandelette sur un des côtés de la jambe : il faut avoir soin que ce ne soit pas sur le côté diamétralement opposé à l'ulcère, parce qu'alors les bouts de la bandelette viendraient se croiser sur l'ulcère même, ce qui ne vaut rien, quoique ce soit le précepte donné jusqu'à ce jour par les chirurgiens. Le pus, en s'interposant entre les bouts de la bandelette, les détache, et le bandage se défait. Dans les premiers temps, j'agissais ainsi; mais j'ai bientôt reconnu les inconvéniens et j'ai cessé. Les chirurgiens pensent qu'on peut obtenir de cette manière une cicatrice plus étroite, parce qu'on rapproche les lèvres de la plaie l'une de l'autre : cela ne se passe pas ainsi. Souvent il m'est arrivé de mettre le plein de la bandelette sur l'ulcère même et de la croiser du côté diamétralement opposé, et je pense que c'est la meilleure méthode à suivre dans les cas d'ulcères fournissant une grande suppuration. D'ailleurs, en croisant sur l'ulcère, on ne fait pas prêter la peau, qui est toujours trop adhérente aux parties sous-jacentes pour permettre d'obtenir ce résultat.

La première bandelette doit être mise à 3 centimètres au-dessous de l'ulcère, et la dernière à 3 centimètres au-dessus. Il faut que chaque bandelette recouvre l'inférieure d'un tiers de sa largeur. Quand l'ulcère suppure beaucoup, ou que le malade est obligé de marcher longtemps, on peut doubler le nombre des bandelettes en mettant le milieu des secondes sur le bord des premières. On peut, dans quelques cas, se contenter de mettre ainsi des bouts de bandelettes sur la partie correspondante à l'ulcère. Il faut, dans leur application, avoir grand soin de suivre la forme du membre, pour qu'elles ne fassent pas de godets. Cela est quelquefois difficile, surtout au mollet, et exige une grande attention du chirurgien.

Quand un malade se présente, je fais de suite l'application des bandelettes, essuyant seulement la jambe, mais ne la lavant pas, et ne prenant d'autres précautions que de raser le poil. J'applique par dessus les bandelettes un bandage fait avec une bande de calicot qui enveloppe toute la jambe. On peut mettre des compresses, mais je n'usais pas de cette précaution de propreté chez les malades qui venaient au bureau central, parce qu'ils se fournissaient eux-mêmes de linge, et qu'ils avaient très rarement des compresses. J'avais cru, dans le principe, devoir faire usage du bas lacé, parce que des chirurgiens l'ont recommandé, comme préférable à tout autre moyen de constriction, à cause de la compression égale qu'il exerce sur tout le membre. Je n'ai pas observé qu'il eût de grands avantages, et il coûte plus cher. Souvent même, quand il n'est pas bien fait, ses plis entament la peau. Au surplus, si on croit devoir en faire usage, il faut le prendre en coutil très fort : il fait moins de plis et soutient mieux le membre.

Quand il s'agit de lever l'appareil, on le fait selon les règles de l'art établies pour le pansement avec les bandelettes de sparadrap de diachylon gommé : on introduit le bout d'une des branches des ciseaux à pansement sous les bandelettes, du côté opposé de la plaie, et en les faisant glisser le long du bandage; on coupe successivement les bandelettes. Il faut avoir soin que le bout des ciseaux soit bien mousse, afin de ne pas couper la peau, ce qui est d'autant plus à craindre qu'elle est ramollie par l'emplâtre; malgré toutes les précautions, cela arrive quelquefois. Il faut aussi couper les bandelettes dans un endroit où elles sont simples, parce que si on les coupait dans le lieu où elles se recouvrent, on éprouverait plus de difficultés.

Je cautérise très souvent avec le nitrate d'argent fondu. J'ai remarqué que l'application fréquente de ce caustique a l'avantage d'accélérer la formation de la cicatrice.

Dans le commencement de mes essais, j'ai cru devoir renouveler les pansemens d'abord tous les jours, puis tous les deux jours ; mais, peu à peu, je suis arrivé à ne les faire que deux fois par semaine pour les cas graves, et une fois pour les cas ordinaires. Cependant, dans quelques ulcères considérables, je panse encore tous les jours.

Le pansement terminé, je renvoie le malade sans lui faire aucune prescription, et je l'abandonne à ses travaux, à ses goûts, à son incurie. L'exemple le plus remarquable que je puisse citer est celui du malade n° 90. Cet homme, marinier, conducteur de vin, buvait par jour cinq à six litres de vin. Dans un voyage qu'il fit à Rouen, il but par jour quinze à seize litres de vin; il resta pansé pendant dix-huit jours, et il revint le pansement intact et l'ulcère diminué. A une autre époque, il resta pansé pendant vingt-sept jours sans aucun dérangement du pansement, et la cicatrice se formant.

La grossesse n'est point un empêchement à l'emploi du traitement, ni à la guérison. Nous en avons un exemple dans la malade du n° 61. Malgré des varices énormes, qui contribuaient à augmenter le volume des jambes, qui sont ordinairement infiltrées pendant la grossesse, cette femme, enceinte de sept mois, fut complètement guérie en quarante-trois jours.

Il en est de même des décollemens de peau et des languettes de peau minces et étroites, qui peuvent séparer des ulcères; elles ne s'opposent nullement à l'emploi du traitement. Vous voyez la peau se recoller promptement dans le premier cas, comme aux observations 12, 35, et dans le deuxième cas, vous remarquez les languettes de peau qui s'élargissent, s'épaississent et concourent à la formation de la cicatrice, comme dans les observations 11, 97.

J'ai observé chez plusieurs malades qu'une couche plastique, une espèce de couenne, assez analogue à celle du caillot de sang, se forme sur la surface de l'ulcère; non seulement elle occupe la surface ulcérée, mais encore elle la déborde un peu; elle est excessivement adhérente, et mes tentatives pour l'enlever ont toujours été infructueuses; elle suit dans sa disposition celle des bourgeons charnus, saillante et enfoncée comme eux. La cicatrice se forme au dessous d'elle, et dès qu'elle est solide en un point, cette couche s'enlève seule, sans attendre qu'elle soit

---

vue des instrumens de mathématiques et de physique, dont la construction avait fait les délices de sa jeunesse, frappa de nouveau son imagination ardente; son goût pour les arts et les sciences qui s'y rattachent revint dans toute sa force par un entraînement irrésistible; et, négligeant alors la médecine, il se remit à étudier la physique et la chimie. Pour cela, il fallait un laboratoire et des instrumens; il trouva tout dans son adresse et son intelligence.

En 1817, il imagina et fabriqua lui-même un violon trapézoïde, et commença dès-lors à se livrer à l'étude spéciale des vibrations sonores. Ce premier travail décida de sa vocation pour l'acoustique; de ce moment, les sciences firent en lui une nouvelle conquête.

Le séjour de Metz ne pouvant plus lui être d'aucune utilité, il vint à Paris pour y publier sa traduction de Celse, s'y livrer à la littérature médicale, et pour présenter en même temps à l'Académie des sciences un mémoire sur la construction des instrumens à cordes; il balançait encore entre la médecine et la physique; mais cette irrésolution ne fut que de courte durée.

A son arrivée dans la capitale, inconnu, sans fortune, sans recommandation aucune, n'ayant pour lui que lui-même et son premier travail, il se présenta à l'un de nos confrères qui professait alors l'acoustique à la Faculté des sciences, et qui, précisément, par un hasard heureux, venait de commencer, peu de temps avant, les *vibrations des corps solides*. A peine M. Biot eut-il connaissance des recherches de Savart, qu'il en sentit sur le champ toute la portée; il se les fit immédiatement expliquer par leur auteur; et, peu d'heures après, elles recevaient une grande publicité devant un nombreux auditoire, en présence même du jeune physicien.

Le mémoire qui renfermait ses premiers travaux, ne tarda pas à être présenté à l'Académie, qui, sur le rapport d'une commission mixte, composée de membres pris dans les Académies des sciences et des beaux-arts, donna son entière approbation aux résultats importans qui lui avaient été communiqués.

De ce moment, data une ère nouvelle pour le jeune Savart qui se livra exclusivement à l'acoustique. M. Biot ne cessa pas de lui témoigner la plus tendre sollicitude et lui prédit le rang élevé qu'il occuperait un jour dans les sciences.

Ceci se passait en 1820. Je ne puis me rappeler, sans une vive émotion, que, cette même année, dans le même mois, par un hasard qui a décidé de ma vocation pour les sciences, ce même académicien accueillait avec la plus grande bienveillance mes premiers travaux qui, sans lui très probablement, n'auraient reçu aucune publicité. Ses encouragemens à l'un et à l'autre ont été sans bornes, et la reconnaissance que nous lui en portions a toujours été le sujet de nos conversations intimes. Ce début simultané n'a pas peu contribué à établir entre nous les liens d'une étroite amitié.

Le premier soin du protecteur de Savart fut de lui assurer les moyens d'existence nécessaires pour vivre à Paris et pouvoir y continuer ses travaux. Il le fit, en conséquence, nommer professeur de physique, dans une institution particulière, à la fin de 1820, et Savart y resta jusqu'en novembre 1827, époque de sa nomination à l'Académie des sciences.

Les émolumens attachés à cette place étaient insuffisans, bien que Savart fût habitué à une vie sobre et qu'il n'eût jamais recours à des ingénieurs pour construire ses appareils; mais la bonté providentielle qui l'avait si bien accueilli à son début, veillait encore sur lui et fit créer, en sa faveur, de concert avec M. Tho-

complète. Dans quelques cas, j'ai été très étonné, après un pansement de huit jours, de ne plus retrouver cette couche et de voir l'ulcère complètement cicatrisé. J'ai cherché à la faire disparaître par la cautérisation; je n'ai pu y parvenir. Le nitrate d'argent produit sur elle la même altération de couleur que dans les cas où les bourgeons charnus sont découverts; il paraît même agir sur ceux sous-jacens à cette couche plastique, mais il ne la détruit pas. Malgré toutes mes recherches, rien dans l'état du membre ou la nature de la plaie n'a pu me conduire à découvrir la cause de cette formation.

Pour m'assurer de la solidité de la cicatrice, j'ai toujours eu soin de la frotter fortement avec le linge à pansement, et toujours je choisissais le plus gros. Si la cicatrice est bonne, elle résiste à cette épreuve; si elle ne l'est pas, elle cède en partie ou en totalité, comme nous en avons des exemples dans les observations 53, 36 et 59.

Les succès obtenus par ce mode de traitement nous mènent naturellement à l'examen de son mode d'action. Est-ce à l'action médicamenteuse de l'emplâtre dyachylon, ou à son action physique que sont dus ces succès? Je crois que l'oxide de plomb contenu dans l'emplâtre a quelque action sur la surface ulcérée, et cela est rendu probable par la propriété astringente et seccative des sels de plomb. Mais je pense que c'est surtout l'action physique des bandelettes qui produit la guérison. La compression exacte et méthodique qu'elles exercent, et l'obstacle qu'elles opposent au contact de l'air, sont, suivant moi, les principales raisons de leur réussite. Dans les plaies à la suite des opérations, elles ont un effet que nous n'observerons pas ici; elles approchent les lèvres de la plaie et les maintiennent en contact. Nous n'avons pas cet avantage pour les ulcères. La peau des jambes engorgées n'est pas extensible à cause de l'endurcissement du tissu cellulaire sous-cutané: ce n'est que dans quelques cas que le membre œdématié permet, par la compression, le rapprochement des lèvres de la solution de continuité; sur une jambe sèche, on n'obtient pas ce rapprochement, et cependant elles guérissent aussi vite et peut-être plus vite que les autres. Je pense que c'est principalement la privation du contact de l'air qui produit cet heureux effet, et c'est par ce motif que j'ai diminué la fréquence des pansemens; et je suis persuadé que si on pouvait se contenter d'un seul pansement pour tout traitement, la guérison serait bien plus rapide. Tous les chirurgiens ayant pensé que la guérison plus prompte des ulcères par les bandelettes de diachylon gommé dépendait du rapprochement des lèvres de la plaie, j'ai dû faire à cet égard des recherches. Ce sont elles qui m'ont engagé à adopter la manière de panser exposée plus haut, de préférence à celle qui consiste à croiser les bandelettes sur l'ulcère, parce qu'elles m'ont appris que, dans aucun cas, même lorsque les jambes étaient œdématiées, on n'obtenait la guérison par le rapprochement des lèvres de la plaie, et que toujours la cicatrice était égale en grandeur aux deux tiers de la grandeur de l'ulcère, soit que la jambe fût sèche, soit qu'elle fût tuméfiée.

Après avoir exposé mon mode de pansement nouveau, je dois dire quels ont été ses résultats sur les 237 malades qui sont compris dans ce mémoire; puis j'examinerai quels sont ses avantages, ses inconvéniens et ses rapports avec les autres modes de traitement soit analogues, soit différens.

125 malades ont été guéris complètement. Dans ce nombre sont compris 7 malades chez lesquels il y a eu récidive et guérison nouvelle. Ces malades comptent donc pour deux malades. Il n'y a donc en réellement que 118 individus, mais 125 cas d'ulcères.

35 malades ne sont pas revenus après un traitement plus ou moins long, mais pas assez prolongé pour que je les regarde comme incurables.

33 malades ont été laissés en traitement; sur ce nombre, 8 avaient récidivé. Je range dans cette catégorie les malades, dont le traitement commencé lors de mon départ du bureau central n'a pas été assez long pour faire présumer l'incurabilité des ulcères.

9 malades n'ont pas été guéris, et tout prouvait qu'ils ne pouvaient pas guérir.

22 malades ont eu des récidives.

Les observations rapportées à la fin de ce mémoire viennent en preuve de ce que je dis. Elles comprennent les observations de guérisons; les autres étant incomplètes, je n'ai pas cru devoir les donner. Pour éviter au lecteur des recherches longues et fastidieuses, je vais exposer ici les faits les plus remarquables des catégories. Je parlerai des récidives dans l'examen que je ferai du mode de traitement.

Parmi les 125 malades guéris, un très grand nombre ne demande aucun examen. Ni l'étendue, ni l'ancienneté des ulcères, ni la nature des complications ne méritent notre attention, mais quelques uns doivent être notés.

Le cas le plus remarquable est celui de la malade n° 101. Cette femme, affectée d'ulcère à la jambe gauche depuis sept ans, n'avait jamais pu guérir par les moyens variés et nombreux qu'on avait mis en usage. Un chirurgien même voulut lui couper la jambe, elle s'y refusa, vint me trouver, et en quatre mois elle fut parfaitement guérie. Je l'ai revue pendant trois années, et toujours sa cicatrice s'est maintenue ferme et solide. L'écoulement mensuel avait lieu depuis plusieurs années par l'ulcère; il reprit son cours par les voies ordinaires, à mesure que la cicatrice se fermait.

Le deuxième malade sur lequel je fixerai votre attention est le marinier du n° 90, dont je vous ai déjà parlé. Son ivrognerie, son incurie, la durée des pansemens sont remarquables.

En troisième lieu, je citerai le malade n° 32, guéri en neuf mois d'un ulcère datant de quinze ans. Cet homme, charretier, a continué de conduire ses chevaux.

Les malades des n°s 5, 12, 18, 27, 29, 30, 31, 83, doivent être cités. D'autres, dignes d'être connus, seront indiqués plus tard.

Je n'ai rien à dire des 85 malades qui ne sont pas revenus, et des 33 malades qui ont été laissés en traitement. L'observation est complètement nulle pour les uns et pour les autres, puisqu'il ne peut y avoir que des probabilités.

Quant aux neuf malades qui n'ont pas guéri, nous devons rechercher quelles sont les causes qui les ont empêchés de guérir. Mais comme je ne peux qu'indiquer ici les observations, j'engage le lecteur à les lire en entier parce qu'elles sont très curieuses.

Le premier malade, sous le n° 127, a subi un traitement de huit mois. Les ulcères sont sur les malléoles; il ne prend aucune précaution. Le siége des ulcères me paraît seul la cause de l'impossibilité de guérison depuis 18 ans. Peut-être, avec quelques précautions, comme de préserver les malléoles du contact des corps extérieurs, et de porter un bas lacé, aurais-je pu le guérir complètement. Je le regarde comme incu-

---

nard, la place de conservateur du cabinet de physique du collége de France.

Libre désormais de tout souci, il se livra alors avec une ardeur incroyable à l'étude de l'acoustique, dont il recula les limites d'une manière inespérée. Je ne puis, dans ce peu de mots, vous rappeler les nombreux et importans travaux dont il a enrichi cette partie de la physique, et dont une voix plus éloquente que la mienne vous fera apprécier l'importance dans l'une de nos prochaines solennités académiques.

Je me bornerai seulement à vous rappeler quelques-uns des faits généraux qu'il a découverts, qui sont ses titres de gloire à la postérité, dont le jugement commence aujourd'hui pour lui, et qui, au surplus, s'enquiert peu des expériences plus ou moins multipliées que l'on a faites pour arriver à des principes généraux; ce qu'elle veut, ce sont des lois qui résument en quelque sorte la vie scientifique du savant; quelques mots, il est vrai, suffisent pour les exprimer; mais ces mots renferment des vérités impérissables, monumens durables et glorieux du génie qui les enfanta!!!

On doit à Savart deux moyens ingénieux à l'aide desquels on mesure, avec la plus grande exactitude, le nombre de vibrations dont se compose un son; le premier est un système de roues dentées, animées d'un même mouvement et dont les dents sont frappées par un corps dur; le second est un pinceau fixé à l'extrémité d'une verge en vibration, et qui trace un trait pour chaque excursion de la verge.

Savart est parvenu à fixer sur le papier les figures produites par les vibrations des plaques; et, par ce moyen ingénieux, il a pu établir des lois très complexes qu'il eût été impossible d'obtenir sans ce moyen. Il a trouvé que le nombre de vibrations perceptibles à l'organe de l'ouïe, pour les sons graves, pouvait être moindre que 32 et descendre même jusqu'à 3 ou 4; et qu'à l'égard des sons aigus, on pouvait aller jusqu'à 64,000, au lieu de 32,000.

Les travaux de Savart, sur les vibrations des corps solides, tels que les cordes, les membranes, les verges droites et courbes, les anneaux, les solides de révolution, pleins ou creux, les plaques, etc., sont de la plus haute importance.

On lui doit particulièrement cette découverte fondamentale que, sur les deux faces opposées d'une lame en vibration, les lignes nodales sont alternativement disposées.

Je regrette qu'il me soit impossible d'entrer dans aucuns détails sur les belles découvertes dont Savart a doté cette partie de l'acoustique.

Un des travaux les plus originaux de notre confrère, est celui qui concerne les axes d'élasticité des corps qui cristallisent régulièrement, attendu qu'il nous fournit un moyen nouveau d'étudier la structure intime des corps.

Savart a étendu ses expériences aux lames de bois taillées; soit parallèlement aux fibres, soit perpendiculairement à leur direction, ou dans des directions plus ou moins inclinées, afin de reconnaître si l'élasticité du bois, et en général des corps organisés, est la même élasticité dans toutes les directions. Il a soumis également à ce mode d'investigation une masse de métal fondu, et qui, au premier aspect, paraît homogène. Les résultats qu'il a obtenus dans toutes ses recherches sont, je le répète, de la plus haute importance. C'est ainsi qu'il a reconnu que l'élasticité de toutes les diamètrales d'un plan perpendiculaire à l'axe d'un prisme de cristal de roche est sensiblement la même; que tous les plans parallèles à l'axe ne possèdent pas la même élasticité.

rable à cause de la persistance de l'ulcère et de sa tendance à revenir au moindre manque de soin.

La malade du n° 128 a subi le traitement pendant dix mois sans obtenir aucune amélioration. La cause de cet insuccès me paraît dépendre uniquement du volume des varices, qui était remarquable, et qui était accompagné de nodosités des veines tellement grosses, qu'elles pouvaient recevoir le pouce.

La malade du n° 129, n'a subi qu'un traitement de trois mois, et cependant je la regarde comme incurable par ma méthode, à cause de l'eczéma chronique de la jambe et de l'exsudation abondante qui l'accompagne, d'où résulte la non agglutination des bandelettes de diachylon gommé, qui conséquemment sont sans effet.

J'ai pansé, pendant seize mois, le malade du n° 130, et au bout de ce temps l'ulcère était aussi grand que le premier jour. Je ne crois chez lui d'autres causes de cet insuccès que la perte de la peau dépendant des cantérisations faites intempestivement avec le fer rouge, pendant que le malade était dans un hôpital de Paris.

Le malade du n° 131 ne peut pas être regardé tout à fait comme incurable, puisque réellement son ulcère s'est presque entièrement guéri; ce pendant la facilité avec laquelle il s'est rouvert plusieurs fois m'a engagé à le ranger dans cette catégorie.

Le malade du n° 132 est un exemple de l'inefficacité de mon traitement, quand il est employé seul et qu'il existe un vice général de la constitution. Cet homme, affecté d'ulcères syphilitiques fut pansé pendant douze mois sans aucun succès. Trois semaines de séjour au lit on suffi pour sa cure complète. Il fit pendant ce temps, sous mes yeux, un traitement anti-syphilitique.

Un traitement de quinze mois a été complètement inutile chez le malade du n° 133 qui portait un ulcère sur la malléole interne.

J'ai cité le malade du n° 134 comme affecté d'un éléphantiasis, cause de l'insuccès de mon traitement; je n'ai pas ici à parler de lui.

Chez le malade du n. 135, la position exacte de l'ulcère n'a pas été bien indiquée; je sais seulement qu'il est à la partie inférieure de la jambe, et qu'il existe depuis sept mois. Neuf mois de traitement n'ont apporté aucun changement dans l'ulcère entretenu par des varices. Je crois donc devoir le regarder comme incurable par ma méthode.

Vous voyez, Messieurs, que, si parmi les ulcères que je regarde comme incurables, il en est quelques-uns dont la longueur infructueuse du traitement prouve bien l'incurabilité, il y en a d'autres qui paraîtraient susceptibles de guérison, à cause du peu de temps que je les ai soignés. Mais mon expérience m'oblige de les ranger dans cette catégorie. Je ferai observer que, sur les 9 cas, il en est 2 où l'éléphantiasis et le vice syphilitique s'opposaient à son efficacité, et 1 où la sérosité de l'eczéma empêchait l'agglutination des bandelettes. Je ne trouve pas dans les 6 autres cas de cause bien patente de l'efficacité de mon traitement. Celle qui me semble la plus plausible est la perte de substance de la peau sur le tibia, et la difficulté de la formation d'une cicatrice sur un os presque dénudé et privé de tissu cellulaire.

Examinons maintenant les avantages et les inconvénients de ce mode de traitement.

Les avantages sont incontestables, et ils le sont tellement, que je n'hésite pas à les proclamer, sans craindre que la prévention, même la plus aveugle, vienne les contester. Sur 134 malades qui ont été convenablement traités, nous trouvons 125 cas de guérison et 9 cas d'incurabilité, par mon traitement; et, dans ces 9 cas, 2 ulcères où le traitement n'était pas applicable. On ne peut pas, je pense, avoir de moyen thérapeutique plus infaillible que celui que je présente.

Je ne crois pas non plus qu'on puisse en avoir de plus simple dans son application; cependant, je dois dire qu'il faut suivre exactement les règles que j'établis; car, si on les néglige, on n'obtient pas les heureux résultats que je donne ici. J'en ai vu plusieurs exemples. Une seule démonstration a suffi pour remettre les ulcères en voie de guérison.

Il n'y a pas d'agent thérapeutique plus connu et plus commun que le diachylon gommé.

Il n'y en a pas de moins coûteux, et cette dernière considération, importante pour tout malade, et à plus forte raison pour les pauvres, l'est encore plus pour une administration d'hôpitaux; car, indépendamment du prix de l'emplâtre, des bandes ou des bas lacés, il faut encore considérer que les malades n'entrent pas dans les hôpitaux, ce qui est une grande économie.

Aucun régime médicamenteux, hygiénique ou alimentaire n'est à suivre. Aucun repos n'est nécessaire, la marche même est utile, et elle devient facile chez ceux qui ne pouvaient marcher qu'avec peine, parce que, dès que le pansement est fait, toute douleur cesse dans le membre; de sorte, Messieurs, que je ne crains pas de dire que c'est un bienfait pour l'humanité d'avoir été assez heureusement inspiré pour faire l'essai de ce traitement. Jamais je n'ai astreint mes malades à aucun repos ni à aucun régime; je vous ai cité comme extraordinaire le malade n. 90, je ne reviendrai pas sur son compte.

Je viens de vous dire qu'aucun repos n'était nécessaire, et que la marche même était utile. Ce n'est pas un paradoxe; je ne me sers pas ici d'une expression métaphysique. C'est une réalité, Messieurs, c'est une vérité que je vais vous prouver. Le but que se propose le praticien dans le traitement des ulcères des jambes est la formation d'une cicatrice assez solide pour résister aux mouvemens de la jambe. Or, quand on traite un malade en le laissant au lit, il se forme une cicatrice sur des parties immobiles; dès que le malade peut marcher, les parties sous-jacentes à la cicatrice, qui toutes sont musculeuses, impriment à cette cicatrice des tiraillemens qui la rompent au bout de peu de temps, comme l'expérience le prouve. Quand, au contraire, je traite le malade en le laissant marcher, la cicatrice se forme sur des parties qui se meuvent pendant sa formation, de sorte qu'elle n'est complète que lorsqu'elle peut résister aux mouvemens imprimés. Ce que je dis est si vrai, que lorsque la cicatrice ne peut pas se faire solidement, elle s'enlève entière ou par portions, comme je l'ai vu chez les malades des numéros 53, 56, 57, et que lorsqu'elle peut se faire bonne et durable, même en très peu de jours, elle persiste, comme j'en ai eu la preuve chez le malade du n. 26, qui avait un ulcère de 9 centimètres de longueur et de 4 centimètres de largeur, dont le tiers de la cicatrice fut formé en six jours.

Cette explication de la cause de la durée de la cicatrice après mon traitement et de sa non durée après le traitement ordinaire est assez palpable pour que je ne m'étende pas plus longuement sur elle. Je ne pourrais que faire des répétitions inutiles et fastidieuses. Mais ce qui vaut mieux que toute explication, c'est la vue de la cicatrice. Chez les malades traités par le repos, les cicatrices sont minces, saillantes, adhérentes aux parties sous-jacentes. Chez ceux traités par ma méthode, elles sont épaisses, pla-

---

Les travaux de Savart sur l'écoulement des liquides par des orifices circulaires à minces parois ont enrichi la science d'une foule de faits nouveaux auxquels on était loin de s'attendre.

En analysant une veine fluide, il a reconnu qu'elle ne se contractait pas, mais qu'elle allait en diminuant de diamètre jusqu'à un point où elle se divise pour former ce qu'on appelle la *veine trouble*, et qu'alors cette veine n'est plus qu'un composé de gouttes séparées, dont le diamètre horizontal augmente et diminue alternativement, de manière à former des ventres et des nœuds. En recevant cette veine trouble sur une membrane tendue, elle produit des sons distincts dépendant de la vitesse d'écoulement; et si l'on produit avec un instrument de musique un son à l'unisson de cette veine, on voit les ventres augmenter, diminuer et remonter jusqu'à l'orifice.

Savart a vu qu'en faisant couler l'eau à travers un orifice d'une certaine épaisseur, il s'établissait des vibrations qui produisaient des sons très forts, et dont il a donné les lois.

On lui doit un mémoire intéressant sur la voix humaine; il y établit l'importance des ventricules pour la production des sons, et compare ce qui se passe dans la voix à ce qui a lieu dans les appeaux.

Dans l'analyse qu'il a faite du chant des oiseaux, il a rectifié plusieurs points d'anatomie dont l'importance avait été négligée jusqu'à lui, même par Cuvier.

Savart a fait aussi quelques excursions dans les autres branches de la physique; le premier, il a reconnu que lors de la décomposition de l'ammoniaque par les métaux, il se produisait des azotures.

L'électro-magnétisme lui doit aussi un travail, fait en commun avec M. Biot, touchant l'action à distance exercée par un fil métallique, d'une longueur indéterminée et unissant les deux pôles d'une pile sur une aiguille aimantée, librement suspendue, placée dans la sphère d'activité de ce fil.

Le but constant des travaux de Savart était de rattacher les phénomènes d'acoustique à tous ceux de la physique générale, qui dépendent de mouvemens vibratoires. Si la mort ne l'eût pas ravi aux sciences, dont il était un des plus forts soutiens, il aurait cherché à réunir, par un lien commun, l'acoustique, l'électricité et l'optique. Son but, en agissant ainsi, était de jeter les bases de la physique moléculaire.

L'Académie des sciences suivait avec un vif intérêt toutes les découvertes de Savart, et le 5 novembre 1827, elle l'admit dans son sein.

Le comité consultatif des arts et manufactures, sur la proposition de M. Arago, ne tarda pas à s'attacher un homme aussi éminent et qui avait des qualités supérieures pour juger les objets d'art, étant artiste lui-même.

La chaire de physique générale au collége de France étant devenue vacante par le décès de M. Ampère, il y fut nommé à sa place avec l'assentiment général.

Dès l'instant qu'il fut admis dans cet établissement comme conservateur, il donna ses soins à l'arrangement, et je pourrais dire à la formation du cabinet de physique, qui est peut-être aujourd'hui un des plus beaux de l'Europe.

Tant de travaux exécutés avec une verve que rien ne pouvait affaiblir, ni les conseils de l'amitié, ni les fortes chaleurs de l'été, ni l'intempérie de l'hiver, ébranlèrent ce corps fortement constitué. Une affection grave de poitrine se déclara avec force, et ne put être maîtrisée par les secours de l'art. Il y succomba le 16 mars!

tés, solides, offrant un tissu analogue à la peau, glissant comme elle sur les parties sous-jacentes et résistant au toucher.

J'ai dit que la douleur cessait dès que le pansement était fait, et que les malades pouvaient marcher sans peine. Bien plus, ceux qui ont perdu le sommeil le recouvrent. C'est un résultat de l'expérience qu'il est aisé de vérifier, et que je ne peux expliquer que par le soutien que les bandelettes de diachylon gommé et les bandes fournissent à la jambe. Les malades des observations 11, 67, 115, en sont des exemples; cependant, chez le malade de l'observation 70, il a fallu le bas lacé pour faire cesser les douleurs.

D'autres avantages résultent encore de mon mode de traitement. J'ai dit qu'il était applicable à tous les cas et dans toutes les circonstances. Examinons si cela est exact, et nous verrons que les complications des ulcères ne sont pas un obstacle à son emploi.

Dans les cas de varices, je l'ai constamment employé avec succès, même lorsqu'elles étaient tellement énormes qu'elles égalaient en quelques points la grosseur du pouce.

L'eczéma chronique n'a jamais été pour moi une contre-indication de mon mode de traitement. Dans certains cas même, son emploi a été suivi d'une guérison si prompte et si bonne, que j'ai été tenté de croire qu'on pourrait s'en servir avec avantage pour ramener à son état naturel la peau des jambes converte d'eczéma. Quelquefois cependant l'eczéma chronique irrité est passé à l'état aigu. Voici les phénomènes qu'on observe : quand on applique des bandelettes sur une jambe eczématique et que le diachylon n'irrite pas la peau, il se forme entre elle et les bandelettes une couche de matière purulente concrète, comme sébacée ; on l'enlève et on trouve la peau lisse, glabre, brillante, offrant à chaque bulbe de poil un petit orifice, comme la piqûre d'une pointe d'épingle, d'où l'on voit sortir une sérosité très limpide. L'écoulement de cette sérosité est quelquefois si abondant dans l'intervalle des pansemens, qu'il faut renouveler plusieurs fois les compresses et les bandes. Au second pansement, cette matière et cette sérosité sont moins abondantes, et on observe ainsi une diminution à chaque pansement. Dans les cas moins heureux, la sécrétion de l'eczéma augmente pendant les premiers jours; la peau devient rouge et enflammée, quelquefois douloureuse; mais, en persévérant, on obtient la guérison, comme dans les cas précédens. Enfin, quand le diachylon fait passer l'eczéma chronique à l'état aigu, il faut, selon l'intensité de ce dernier, continuer ou cesser l'usage des bandelettes pour recourir aux applications de cérat ou de suif, comme je l'ai fait quelquefois.

L'inflammation a toujours cédé à l'application des bandelettes. La compression qu'elles exercent, loin d'être nuisible, a été utile. Chez le malade de l'observation 1, j'ai craint que cette compression ne produisît la gangrène; aussi l'ai-je fait revenir le lendemain, et j'ai trouvé l'inflammation dissipée. Cette malade et le sujet de l'observation 128 m'ont offert les deux cas les plus remarquables. Les observations 13 et 55 sont aussi curieuses sous ce rapport.

Lorsque des points gangréneux existent sur l'ulcère, il faut, sans s'en inquiéter, avoir recours aux bandelettes; et on voit, au bout de quelques jours, les escarres se détacher et la plaie prendre un aspect vermeil. Les observations 12, 22, 52, 101, en sont des exemples.

J'ai dit ce qu'on devait entendre par ulcère calleux; dans tous les cas où j'en ai rencontré, j'ai mis des bandelettes et les duretés se sont fondues. C'est un avantage d'autant plus grand, que les praticiens qui faisaient le plus fréquent usage des bandelettes pensaient devoir se servir de cataplasmes pour faire fondre ces callosités. Jamais je ne m'en suis occupé, et toujours je les ai vu disparaître.

J'ai parlé, à l'article des complications, du seul cas de fongosités que j'avais observé, et de la rapidité avec laquelles les bandelettes les avaient affaissées.

Un avantage immense de ce mode de pansement est sa durée, quand il est convenablement fait. J'ai déjà dit plus haut que je ne renouvelais les pansemens qu'une ou deux fois par semaine; certainement c'est beaucoup qu'une jambe qui fonctionne puisse rester pansée pendant sept jours. Mais si nous parcourons les observations, nous trouvons des exemples de durée bien plus grande. Ainsi, nous voyons :

1° Le malade de l'observation 4 conserver son pansement pendant douze jours.

2° Le malade de l'observation 5 le garder pendant treize jours.

3° Le malade de l'observation 22 le garder, à deux époques différentes, pendant quinze jours,

4° Le malade de l'observation 88 le conserver pendant vingt-cinq jours.

5° Le malade de l'observation 90 le garder une fois pendant dix-huit jours, et une autre fois pendant vingt-sept jours.

6° Les malades des observations 54 et 86 le garder pendant trente jours.

7° Le malade de l'observation 69 est resté pansé pendant quarante-neuf jours.

Et, dans tous ces cas, les malades marchaient, travaillaient, faisaient quelquefois des voyages très longs (le malade du n. 90 est allé à Rouen en bateau pendant l'intervalle d'un pansement à l'autre), et cette durée de pansement ne nuisait en rien à la rapidité et à la solidité de la guérison.

Les deux derniers avantages de mon mode de pansement sont dans la durée du traitement et dans le prix du médicament.

Dans les premiers essais, l'avantage relatif à la durée du traitement était très grand, puisque j'avais trouvé pour terme moyen vingt-six jours, tandis que Parent Duchatelet avait trouvé 52 jours et demi. Depuis, ayant eu un plus grand nombre de malades et des cas plus graves, je trouve, pour durée moyenne du traitement des 125 malades guéris, 51 jours $\frac{112}{125}$. Parent Duchatelet avait son chiffre pour 693 malades. Je rappellerai ici qu'il a fait son relevé dans les archives de l'administration des hôpitaux, et qu'on peut élever quelques doutes sur l'exactitude des registres, relativement à la durée de la maladie, puisque ces registres donnent principalement la durée de séjour. La durée du traitement est d'ailleurs très peu importante, puisque les malades peuvent vaquer à leurs occupations. Au surplus, comme dans tout ce mémoire j'ai apporté le plus grand scrupule sous tous les rapports, je crois devoir faire observer ici que nous trouvons une durée moyenne du traitement aussi longue, à cause des 15 malades dont les traitemens ont dépassé 5, 6, 8, 9 et même 15 mois, comme on peut s'en assurer en consultant les observations. Et si nous établissons la durée moyenne de traitement pour ces 15 malades et pour les 110 autres, nous avons pour les 15 premiers une durée moyenne de 171 jours $\frac{2}{15}$, et pour les 110 restans une durée moyenne de 35 jours $\frac{4}{110}$. Cette dernière base me paraît plus rationnelle que la première, qui n'est aussi

---

Après avoir suivi Savart dans sa carrière scientifique, faisons-le connaître dans l'intérieur de la vie privée.

Il s'était séquestré de la société pour qu'aucun devoir ne pût le distraire des travaux auxquels il avait voué sa vie entière. Il n'était visité que par quelques amis, qui seuls avaient le secret de cette âme tonte de science, et qui s'est consumée pour elle.

Savart avait les qualités de l'homme de bien, dans toute l'acception du mot : probité intègre; désintéressement sans bornes; fidélité à la parole donnée; patriotisme à toute épreuve; indépendance de caractère qu'il exagérait peut-être quelquefois, mais qui avait sa source dans les idées qu'il s'était faites d'un système social bien difficile à réaliser! Chez lui, cette indépendance s'alliait parfaitement à la foi des sermens. Ennemi de tout frein, il serait mort néanmoins pour la défense de la cause à laquelle il aurait juré fidélité, lors même que cette cause n'eût pas été la sienne : « Je suis enfant de Metz, me disait-il peu de jours avant les atteintes de la terrible maladie qui nous l'a enlevé, une fois que j'ai prêté serment, rien ne peut m'en relever que la personne à laquelle je l'ai prêté. »

On retrouve en Savart le type de ces philosophes de l'antiquité, qui brillèrent aux yeux de leurs contemporains de tout l'éclat des qualités qui distinguaient notre confrère.

Cette fermeté de caractère, ce courage stoïque, ne l'ont pas abandonné un seul instant dans ses derniers momens. Son frère, lieutenant-colonel du génie, un des officiers les plus distingués de cette arme, me disait la veille de sa mort : « Félix est sublime! il me donne de la force, à moi qui en manque en ce moment. »

Dès qu'il connut sa position, sa résignation fut complète, et il vit approcher la mort avec le calme d'un philosophe. Il rendit le dernier soupir ayant conservé jusqu'à la fin la lucidité de ses idées et en serrant les mains de son frère et des amis qui l'entouraient!

En Savart périt une des gloires de l'Académie, modèle parfait à citer sans cesse aux jeunes physiciens qui cherchent à reculer les limites de la science. C'est dans ses mémoires, véritables monumens scientifiques, qu'ils apprendront l'art des expériences et les méthodes ingénieuses à l'aide desquelles on peut interroger la nature.

Paris, 18 mars 1841.

OPÉRATIONS DE STRABISME.

Plusieurs de nos confrères nous ont fait l'honneur de nous demander d'assister à nos opérations de strabisme. Nous les prévenons, ainsi que toutes les personnes qui désireraient être témoins de ces opérations, que nous en pratiquons un certain nombre tous les mercredis à dix heures du matin à l'hôpital des Enfans. Nous prions nos confrères des départemens qui désirent nous envoyer des sujets destinés à être opérés dans notre service de l'hôpital des Enfans, de nous les adresser les samedis de chaque semaine, à dix heures précises du matin, à notre consultation publique.

grande qu'à cause des 15 cas, qui peuvent être regardés tout à fait comme exceptionnels. J'ajouterai que, dans les calculs qui ont servi à obtenir cette dernière base, il se trouve encore 11 malades dont le traitement a duré deux mois et demi à trois mois. Au reste, je laisse le lecteur impartial et instruit seul juge et seul appréciateur de ce point du traitement, exposé avec franchise et vérité, comme le prouvent les observations.

La dépense a été très minime. Dans le rapport que j'ai fait an conseil-général des hôpitaux de Paris, à la fin du mois de septembre 1832, treize mois après le commencement de mes essais, pour lui demander la création d'un service régulier, je lui présentais les résultats suivans :

185 malades s'étaient présentés.
96 étaient guéris.
61 n'étaient pas revenus.
25 étaient en traitement.
3 étaient déjà regardés comme incurables.

424 francs 94 centimes avaient été dépensés ainsi qu'il suit :

43 bas lacés à 5 fr.	215 f.	» c.
48 kil. de sparadrap de diachylon simple	190	38
2 kil. de sparadrap de diachylon mercuriel.	9	96
0,64 de nitrate d'argent fondu	9	90
	424 f.	94 c.

Cette somme, répartie entre tous les malades soignés, donne pour terme moyen 2 f. 29 c. 26 m. Mais si nous la partageons seulement entre les 96 malades guéris, nous avons pour terme moyen 4 f. 42 c. 64 m. Dans l'une et l'autre supposition, nous avons une très grande économie, puisque la somme la plus forte ne nous donne que deux journées et demie de séjour dans un hôpital. (Voyez le tableau 30 du COMPTE MORAL ET ADMINISTRATIF DES DÉPENSES ET RECETTES DE L'ADMINISTRATION DES HÔPITAUX DE PARIS, année 1828.)

Si j'ai fait connaître et fait valoir les avantages de mon traitement, mon impartialité veut que j'en dise les inconvéniens. Eh bien ! Messieurs, il n'y en a qu'un seul, celui d'occasionner, dans quelques cas, un eczéma aigu. Cet inconvénient est inhérent au diachylon gommé. Tous les praticiens le connaissent; tous savent aussi qu'il produit quelquefois un érysipèle. Jamais je n'ai vu ce dernier accident. Quant à l'autre, il a été assez fréquent, soit qu'il fît prendre à l'eczéma chronique les caractères de l'eczéma aigu, soit qu'il fît naître un eczéma aigu sur une jambe saine. Dans la plupart des cas, j'ai continué le pansement avec succès; dans quelques-uns, j'ai été obligé de le suspendre, et dès que l'eczéma a été passé, j'ai repris le diachylon gommé. Chez quelques malades, j'ai été forcé de supprimer l'emploi des bandelettes pour n'avoir recours qu'à un simple emplâtre.

Je devrais peut-être examiner la question du danger de la guérison des ulcères, d'autant plus que dans ma thèse inaugurale, j'avais, sous l'influence des idées de mon père, soutenu les inconvéniens de cette guérison, en m'appuyant d'observations puisées dans divers écrivains et surtout dans Morgagni. Mais l'étude de ce point de doctrine applicable à tous les ulcères m'entraînerait trop loin; il me suffira de dire que je n'ai pas vu d'accidens, suite de cette guérison. Un seul malade, celui du n° 27, âgé de 68 ans, a eu, après la cicatrisation de son ulcère, des maux de tête et un étourdissement. Comme cet homme est broyeur de couleurs, je n'ai pu savoir si je devais attribuer ces accidens à la cessation de l'écoulement de l'ulcère, ou à l'action de quelque préparation minérale. Au surplus cet accident ne s'est pas renouvelé chez lui; je m'en suis assuré, ayant eu l'occasion de le revoir plusieurs fois. J'appuierai mon opinion de celle de Camper, qui dit, dans son mémoire, n'avoir jamais vu d'accidens à la suite de la guérison des ulcères.

J'ai encore une autre question à examiner, c'est celle des récidives. Tous les praticiens savent qu'après la guérison des ulcères des jambes, un des accidens les plus à craindre est la récidive qui est ordinairement très prompte, et, on pourrait presque dire constante. J'ai exposé plus haut les raisons pour lesquelles je croyais ces récidives si fréquentes après le traitement par le séjour au lit, ou la position horizontale, et celles d'après lesquelles je pensais qu'elles devaient être très rares après mon mode de pansement. Abordons franchement la question, et voyons si j'ai raison.

J'entends par récidive d'ulcère, tout ulcère nouveau survenu sur la cicatrice de l'ancien, quelle que soit la cause qui a occasionné ce retour.

Mes relevés me donnent les résultats suivans : Sur 237 malades qui sont cités dans ce mémoire, il y en a 62 chez lesquels les ulcères récidivaient pour la première ou la seconde fois ou plus. Les malades avaient été traités par les cataplasmes et le séjour au lit; 5 seulement l'avaient été par les bandelettes de diachylon gommé, soit qu'on leur permît un peu de marche, soit qu'on leur défendît complètement. Le plus grand nombre de ces malades n'a pas su me dire l'époque de la récidive. Chez ceux qui l'ont indiquée, la cicatrice se rompait dès qu'ils marchaient, ou au bout de 5 à 20 jours, quand la rupture était spontanée. Elle avait lieu au bout d'un temps très indéterminé, quelquefois 8, 10, 11 mois, quand elle était le résultat d'une lésion extérieure.

Sur les 125 malades, dont je donne la guérison, il y a eu 22 récidives. L'examen des causes de la récidive dans ces 22 cas donne le tableau suivant :

7 cas où les causes sont inconnues aux malades.
5 cas d'eczéma chronique.
5 cas de contusion, soit par les chaussures, soit par les corps extérieurs.
3 cas par cessation de l'usage du bas lacé dans les complications des grosses varices.
1 cas de syphilis.
1 cas d'une marche de 18 lieues, ou 7 myriamètres.

Les récidives les plus promptes ont eu lieu au bout d'un mois; il y en a 2 cas. La cause était inconnue dans un cas; dans l'autre, il y avait eu contusion par un manche de casserolle et déchirure de la cicatrice. Dans 15 cas, elles ont eu lieu entre le premier et le septième mois, à des époques variables, et elles étaient dues à diverses causes. Chez 2 malades, je n'ai pu obtenir connaissance de l'époque de la récidive. L'un d'eux avait des ulcères syphilitiques. Les époques les plus éloignées ont été 13 mois dans une récidive par contusion; 14 mois dans une récidive par eczéma chronique; 19 mois dans une récidive par contusion.

Nous trouvons ici que les récidives occasionnées par les lésions extérieures ont de l'analogie entre celles tirées des cas cités précédemment, dans lesquels le traitement se faisait par repos, et entre celles tirées des cas où le traitement a été fait par les bandelettes de diachylon gommé. En effet, nous voyons que, dans les deux modes de traitement, elles arrivent à une époque indéterminée, selon le moment où la contusion a été reçue. Mais il n'en est pas de même pour celles qui sont survenues spontanément. Admettant que les 7 cas de récidives où les causes sont inconnues dépendent d'une mauvaise cicatrice, il y a une grande différence avec les 62 cas cités, puisque dans 52 cas les causes de récidives sont inconnues, et que dans 10 cas elles sont dues à des contusions. Il est donc certain qu'elles dépendaient de mauvaises cicatrices, et la certitude devient encore plus patente si l'on fait que, attention dans ces cas de récidive, elle avait lieu au bout de quelques jours ou de quelques semaines.

Il n'est donc pas possible de ne pas reconnaître la supériorité de mon mode de traitement, et de ne pas admettre qu'il est incontestablement supérieur sous tous les rapports à tous les traitements proposés pour les ulcères des jambes. Il n'est pas infaillible, j'en conviens, contre les récidives; mais quel est le traitement infaillible? En trouve-t-on beaucoup dont les succès soient aussi nombreux dans tous les cas pris indistinctement?

Les observations de récidives sont aux n°s 59, 60 — 63, 64 — 73, 74 — 81, 82 — 88, 89 — 94, 95 — 118, 119.

Il me resterait, Messieurs, en terminant ce mémoire, à vous exposer la comparaison de mon mode de traitement avec ceux suivis jusqu'à ce jour. Comme cet examen m'entraînerait dans des longueurs oiseuses, je vous donnerai seulement un exposé très succinct, qui vous prouvera par la connaissance de ce qui a été fait jusqu'à ce jour, que mon mode de traitement, basé sur des règles stables et fixes, diffère de tout ce qui a été dit et mis en pratique.

Hippocrate recommandait le repos le plus absolu pour la guérison des ulcères des jambes; et Galien, qui donne le même précepte, apporte cependant une modification en disant qu'il ne faut les panser que tous les trois jours.

Les Arabes sont les premiers qui parlent de serrer la jambe avec des bandes, et c'est dans Rhazès que nous trouvons ce précepte.

Les chirurgiens qui ont existé depuis les Arabes jusqu'à notre époque ont tous varié de différentes manières ces trois préceptes, repos, pansemens rares ou journaliers, constriction du membre par un bandage; et ils ont varié à l'infini les médicamens qu'ils appliquaient sur l'ulcère; mais aucun n'a voulu et encore moins recommandé la marche.

Il faut arriver aux dernières années du dix-huitième siècle pour entendre dire que la marche n'est pas nuisible, qu'elle ne retarde pas la guérison et que même elle paraît l'accélérer dans quelques cas.

Champeaux cite dans les prix de l'Académie de chirurgie l'observation d'un malade qui guérit d'un ulcère des jambes, quoique marchant. Il regarde ce fait comme exceptionnel, et il recommande le repos.

Underwood, qui variait presque journellement les applications thérapeutiques qu'il faisait sur les ulcères, pense qu'un bandage serré est avantageux, mais qu'il peut avoir des inconvéniens, que la marche seule prévient et combat; en conséquence, il croit que les malades doivent marcher.

Mais c'est surtout Baynton, chirurgien anglais, qui a recommandé la marche, en donnant également le précepte d'entourer le membre de bandelettes enduites d'un emplâtre composé de diachylon gommé et de résine, et de les recouvrir d'une bande. Mais l'emplâtre composé dont il se sert a l'inconvénient d'enlever l'épiderme, et, pour s'opposer à cet effet, il faut que le malade arrose le membre, plusieurs fois par jour, avec de l'eau de fontaine froide. Le mémoire de Baynton, très concis, ne donne que six observations, sans aucun détail et sans aucun précepte général, de sorte que, malgré l'analogie qui existe entre cet écrivain et moi, je ne crains pas d'avancer que mes recherches sont neuves, puisqu'elles établissent des règles générales et particulières d'un traitement sur lequel on n'avait, avant mes travaux, aucunes notions exactes et certaines. M. le professeur Roux, lors de son voyage en Angleterre, vit employer cette méthode, qu'il rapporta en France, mais très modifiée; et pendant douze années que j'ai suivi le service chirurgical de l'hôpital de la Charité, je ne l'ai jamais vu mettre en usage comme je le fais. Les chirurgiens de cet hôpital commençaient par appliquer des cataplasmes émolliens, puis ils mettaient des bandelettes et permettaient aux malades de se lever pendant quelques heures. Cela est si vrai que M. Roux défendit la marche à la malade du n° 101, que j'avais prié mon père de recevoir à l'hôpital de la Charité, à la condition de la traiter par ma méthode.

L'analogie entre la méthode de Baynton et la mienne m'engage à exposer ici les différences qui existent entre elles.

1° Baynton croise les bandelettes sur l'ulcère, afin d'en rapprocher les bords; je les croise sur tout autre point du membre, et même du côté opposé, parce que la suppuration défait le pansement à l'endroit de l'entrecroisement.

2° Baynton se sert d'un emplâtre qui produit nécessairement un eczéma, d'après son dire. J'emploie un emplâtre qui n'occasione d'eczéma que chez quelques malades, et, par conséquent, les lotions répétées d'eau froide recommandées par Baynton deviennent inutiles.

3° Baynton panse les malades une fois par jour, et deux fois si la suppuration est très abondante. Je les panse tous les trois à quatre jours, dans les cas les plus graves, et souvent je les laisse pendant sept à huit jours.

4° Baynton dit que les malades peuvent marcher sans inconvénient. Je recommande la marche comme indispensable et nécessaire à la guérison.

5° Baynton croit un régime hygiénique et alimentaire utile dans quelques cas; je les rejette pour tous.

J'ai cru devoir établir cette comparaison entre Baynton et moi pour prouver que, si l'idée du chirurgien anglais et la mienne sont analogues, mon expérience et les principes solides que je pose mettent entre nous deux une telle différence qu'aucune comparaison ne peut être faite, et que je ne peux être accusé de donner comme neuf un traitement qui a déjà été mis en usage. J'évite ainsi le reproche que m'ont fait quelques chirurgiens, peu instruits probablement de la méthode de Baynton et de la mienne, et je mets ma réputation à couvert.

Enfin, je dirai qu'il y a une dixaine d'années il existait à Paris, rue St-Florentin, un invalide, nommé Gaillard, qui pansait les ulcères des jambes avec un emplâtre composé de gomme ammoniaque, cire jaune, litharge, axonge, parties égales, et de vert de gris, à la dose de 250 grammes pour 5 kilogrammes d'emplâtre. Il permettait aux malades de marcher.

Je donne à la suite de ce mémoire 134 observations. Les 125 premières, dont la dernière est numérotée 126, parce qu'en copiant le n° 66 a été omis, sont les observations de succès obtenus; les neuf observations suivantes sont celles des insuccès. J'ai pensé convenable de les rapporter, afin que vous puissiez juger plus impartialement le mérite du traitement que je mets en pratique.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS.

COMPTE-RENDU DES ACCOUCHEMENS QUI ONT EU LIEU A L'HOSPICE DE LA MATERNITÉ DE MARSEILLE; par le professeur VILLENEUVE, chirurgien en chef de l'établissement.

Du 1er octobre 1839 au 1er octobre 1840, il y a eu 95 accouchemens et l'expulsion d'une môle hydatidaire. Le vertex s'est présenté 92 fois, le pelvis 2 fois et l'épaule gauche une fois.

Les 95 parturitions ont fourni 51 garçons et 44 filles. Parmi les 92 présentations du vertex, 62 ont offert la première position; 26, la seconde, dont 9 étaient en troisième au début du travail; 2 la troisième et 1 la quatrième. Il est une présentation du vertex dont la véritable position n'a pu être déterminée, attendu que la mère, folle à l'hospice St-Lazare, est accouchée toute seule. Je ferai remarquer en passant que cette malheureuse, dans son état d'aliénation, a conservé cet instinct animal qui l'a portée à couper avec les dents le cordon ombilical, auquel elle a eu le soin de faire un nœud.

Des deux présentations du pelvis, l'une était une seconde position des fesses et l'autre n'a pu être connue dans sa position, le fœtus n'ayant que quatre mois. Enfin, l'épaule gauche, qui s'est présentée une fois en première position, termine le nombre des parturitions, qui est de 95; et, parmi les 96 grossesses, une d'elles a donné lieu à l'expulsion d'une môle hydatidaire.

Parmi les 95 enfans, 11 sont nés morts, 6 filles et 5 garçons. Parmi les filles, 4 étaient putréfiées et 2 sont mortes au moment de la naissance; l'une était hydrocéphale et l'autre avait présenté l'épaule. Des 5 garçons, 4 étaient également putréfiés, et un avorton de 4 mois nous a présenté une hémorragie abdominale, provenant de la partie postérieure inférieure du grand lobe du foie.

Nous n'avons jamais vu un si grand nombre d'enfans putréfiés dans l'espace de 14 ans. L'année qui nous en présente le plus grand nombre après l'année actuelle est celle de 1829, laquelle, sur 67 accouchemens, nous fournit le nombre de 5 enfans putréfiés. En jetant un coup d'œil sur le tableau suivant, il est facile de voir que, depuis plus de dix ans, il n'était pas tombé une aussi grande quantité d'eau qu'en 1839, année pendant laquelle on a recueilli 906 millimètres 0,4 d'eau; qu'en 1829, il en est tombé 637mm,04, tandis qu'il en tombe, terme moyen, de 350 à 400mm par an à Marseille.

ANNÉES.	PLUIE RECUEILLIE.		NOMBRE (1) d'accouchemens.	NOMBRE (1) d'enfans morts avant 24 heures.	NOMBRE (1) d'enfans putréfiés.
	mm.	mm.			
1828	1er semestre. 165,8 2e semestre. 318,5	484,3	57	8 :: 1 : 7 1/8	2 :: 1 : 28 1/2
1829	1er semestre. 350,9 2e semestre. 286,5	637,4	67	8 :: 1 : 8 3/8	5 :: 1 : 13 2/5
1830	1er semestre. 141,7 2e semestre. 162,3	304,0	87	7 :: 1 : 12 3/7	4 :: 1 : 21 3/4
1831	1er semestre. 193,0 2e semestre. 161,5	354,5	120	11 :: 1 : 10 10/11	3 :: 1 : 40
1832	1er semestre. 265,2 2e semestre. 74,0	339,2	119	11 :: 1 : 10 9/11	4 :: 1 : 29 3/4
1833	1er semestre. 254,9 2e semestre. 144,5	399,4	130	21 :: 1 : 6 4/21	4 :: 1 : 38 1/2
1834	1er semestre. 124,3 2e semestre. 416,1	540,4	110	6 :: 1 : 18 1/3	0
1835	1er semestre. 206,4 3e semestre. 290,6	497,0	90	13 :: 1 : 6 12/13	2 :: 1 : 45
1836	1er semestre. 343,2 2e semestre. 379,1	722,3	107	15 :: 1 : 7 2/15	3 :: 1 : 35 2/3
1837	1er semestre. 152,6 2e semestre. 115,6	268,2	66	12 :: 1 : 5 1/2	3 :: 1 : 22
1838	1er semestre. 357,1 2e semestre. 132,8	489,9	50	4 :: 1 : 12 1/2	0
1839	1er semestre. 134,2 2e semestre. 772,2	906,4	85	12 :: 1 : 7 1/12	3 :: 1 : 28 1/3
1840	1er semestre. 164,3 2e semestre. 373,8	538,1	88	13 :: 1 : 6 10/13	7 :: 1 : 12 4/7

(1) Le nombre des enfans morts avant les vingt-quatre heures et celui des enfans putréfiés sont mis dans les deux colonnes, en comparaison avec le nombre des accouchemens. Ainsi, pour 1828, par exemple, c'est comme si l'on disait : 8 enfans morts avant les vingt-quatre heures sont à 57 accouchemens comme 1 enfant mort sur 7 1/8 accouchemens; 2 enfans putréfiés sont à 57 accouchemens comme 1 enfant putréfié sur 28 1/2 accouchemens; ainsi de suite.

Le nombre des enfans putréfiés est pris parmi les enfans morts avant les vingt-quatre heures.

En jetant un coup d'œil sur le tablean précédent, il reste démontré que la grande quantité d'ean tumbée en 1839, année dans laquelle nos registres ne nous montrent qu'un senl enfant putréfié, paraît avuir exercé nne grande iufluence sur l'année 1840, qui nous doune un enfant putréfié sur donze accouchemens. Jamais le nombre des eufans putréfiés n'avait été si considérable; mais jamais aussi la quautité d'ean tombée dans l'année précédente n'avait été si forte. Il en est de même des années 1830 et 1837, lesquelles, à l'exception de l'année 1829, nous présentent le plus grand nombre d'enfans putréfiés : 1 sur 22. Ces années sont toutes les deux précédées d'nue année pendant laquelle un a recueilli nne assez graude quantité d'ean, 637^{m}. 4 en 1829, et 722, 3 en 1836.

Il est également intéressant de remarquer que les années 1834 et 1838, dans lesquelles il n'est point né d'enfant putréfié à l'hospice, ont été précédées par des années dont la quantité de pluie obtenue ne s'élève pas au-dessus de la moyenne qui est de 400^{m}; car il est tombé 399^{m}, 4 en 1833 et 268, 2 en 1837. Cette dernière quantité d'ean est en effet le minimum qui ait été recueilli depuis plus de douze ans. Ainsi, d'une part, il est bien démuntré pour nous que les années pluvieuses unt une influence fâcheuse sur le pruduit de la conceptiun et prédisposent à la naissance d'enfans putréfiés; que cette iufluence s'exerce lentement sur ce produit de conception, puisque les années pluvieuses sont celles qui précèdent les années qui fournissent le plus grand numbre d'eufans putréfiés. D'autre part, cette influence nous paraît plus solidement prouvée par l'absence d'enfans putréfiés dans les années qui suivent une année qui a donné très pen d'eau ou bien nne quantité qui ne s'élève pas au-dessus de la moyenne.

Si des causes générales un atmosphériques nous cherchons à pénétrer la valeur des causes plus immédiates de la murt des enfans, nuus voyons que parmi les huit femmes qui sont accouchées d'enfaus putréfiés, quatre d'entre elles étaient primipares. Parmi celles-ci, il en est une dout le travail a duré cinq jours, et chez laquelle un avait cru devoir administrer à prufusion le seigle ergoté qui, évidemment, a été très nuisible à l'enfant. A l'exceptiun de ce dernier fait, les antres ne truuvent d'explication que dans l'actiun de l'état atmusphérique. Nous en voyous deux, l'une en décembre 1839, et l'autre au mois de février, atteintes d'uu rhume dont la violence des quintes retentit donloureusement dans le bas-ventre, et qui tient l'nne cinq jours et l'autre quarante-cinq jours dans le lit; deux qui, pendant leur grossesse, unt éprouvé des étourdissemens, des hémorragies nasales et des infiltrations assez fortes pour les ubliger de garder le lit. Toutes les deux accouchent avant terme, au septième mois, l'une en février, et l'autre en juillet. Ces deux dernières femmes, l'nne étant à sa seconde grussesse et l'antre à sa truisième, avaieut chacune mis au monde uu enfant vivant dans l'accouchement précédent, tandis qu'elles accouchent, la dernière, d'nu enfant putréfié à terme le 8 février, et la première d'un enfant également putréfié de sept mois le 5 mars dernier.

La constitution atmosphérique ne s'est pas seulement manifestée par un plus grand nombre d'enfaus putréfiés. Il nous sera facile de démontrer cette actiun par des affections graves évidemment dues à cette constitution, survenues chez des femmes enceintes qui sont néanmoins accouchées d'enfans vivans. Deux femmes se trouvent principalement dans cette catégorie; la femme Vasio enceinte pour la troisième fois, accouchée le 7 novembre, et la fille Maurel accouchée le 25 mars. Ces deux femmes unt présenté un état d'infiltration considérable qui a commencé à paraître dès le quatrième mois de la grossesse chez la première, et au commencement du cinquième chez la seconde.

Obs. I. — L'anasarque était chez la femme Vasio accompagné de suffocation et de dysenterie. Après avoir subi en ville un traitement convenable à sa situation, cette malheureuse s'est livrée au travail; mais un mois aprés (septiéme mois de la grossesse) elle a eté forcée de s'aliter, et la gravité des symptômes semblait compromettre chaque jour de plus en plus son existence. Entrée le 5 octobre dans cet état pitoyable à la Maternité, elle a été soumise à un régime léger et adoucissant; on lui a donné des tisanes béchiques et des diurétiques.

Le cinquiéme jour, nous avons cru devoir combatire l'imminence de la suffocatinn par une saignée qui u'a prncuré qu'un peu plus de sommeil.

Le huitiéme jour, nous avons prescrit de la digitale à petites doses. La toux et la suffocation semblent se ralentir pour reprendre plus tard une nouvelle intensité. La diarrhée est toujours la même. L'infiltration s'étend aux membres superieurs et est plus prononcée du côté où se couche la malade. Vers la fin de la grossesse, les parois abdominales, qui étaient avant trés tumefiées, s'amincissent de haut en bas, de manière à permettre de distinguer les parties du fœtus contenues dans la matrice. Le travail se déclare le 31 octobre, à tel point que l'orifice utérin présente 37 millimètres de diamètre; ce travail s'arrête pour ne reparaître que le 7 novembre 1839.

Ce phénomène qui se rencontre quelquefois chez des femmes qui ne sont point infiltrées est ici fort extraordinaire par le degré avancé de dilatation (37 millimètres), qu'a présenté l'orifice. Nous ne saurions l'expliquer qu'en admettant un obstacle mécanique opposé aux contractions musculaires et utérines, par la trop grande infiltration interstitielle des muscles abdominaux et des parois utérines. Cette infiltration une fois dissipée, exprimée même par les contractions, le travail de l'accouchement se rétablit dès que l'utérus et les muscles abdominaux sont débarrassés du liquide qui les penétrait et gênait l'action expultrice de ces organes.

L'enfant, quoique né vivant, n'a pas moins succombé le deuxième jour; 1° sous l'influence prochaine de la maladie de sa mère, et 2° d'une manière plus éloignée, sous l'influence de la constitution atmosphérique. Cet enfant, né faible, ne pesant que 1500 grammes, ne pouvait téter, et le second jour aprés sa naissance vomit, par trois fois, des matiéres sanguinolentes. Il est mort le même jour.

L'autopsie cadavérique, faite 22 heures après la mort, nous a fourni les remarques suivantes : Cavités droites du cœur occupées par une très petite quantité de sang; ce sang était liquide et non coagulé. L'œsophage sain contenait un peu de sang semblable à celui qui avait été vomi. L'estomac était très volumineux et considérablement distendu par une très grande quantité de sang noirâtre et coagulé. La muqueuse était saine et offrait pourtant une rougeur un peu plus prononcée dans le grand cul-de-sac. Les petits intestins, très rétrécis à la portion supérieure, étaient un peu plus distendus à leur partie inférieure, dans laquelle on remarquait, par intervalle, quelque peu de matières noires et sanguinolentes. La muqueuse offrait une couleur normale et les autres organes étaient sains.

Cette observation, comme on le voit, n'est pas dénuée d'intérêt. Les phénomènes observés chez cet enfant ne se passent-ils pas chez les enfans qui naissent putrefies et dont la mort est due à des causes identiques ? Eh ! n'est-il pas raisonnable de penser que les désordres que nous avons observés sur ce cadavre se sont passés dans le temps que l'enfant était encore dans le sein de sa mère ? Ces réflexions, dont nous ne fesons que jeter le germe en ce moment, pourront peut-être par la suite être élaborées par de nouveaux faits à peu prés semblables. La mére a présenté, après, les symptômes les plus alarmans. La toux, la suffocation étaient plus fortes et celle-ci semblait menacer à chaque instant sa vie.

Le quatriéme jour après l'accouchement, à un frisson qui a duré un quart-d'heure, ont succédé de vives douleurs d'estomac et du bas-ventre. On s'est décidé d'appliquer un vésicatoire à l'épigastre. L'abdomen, quoique développé, est moins douloureux; les lochies deviennent plus abondantes; il n'y a pas de sécrétion laiteuse. (Tisane nitrée, looch avec le kermès.)

Le cinquiéme jour, l'abdomen est souple et sans douleurs; l'infiltration est toujours la même, malgré la diarrhée qui persiste. (2 vésicatoires aux cuisses, bouillon, mêmes médicamens.) Son état s'améliore sous l'influence d'un sommeil plus calme et plus profond, et, le neuvième jour, on peut lui permettre une soupe. Les vésicatoires commencent à sécher; la toux est toujours forte et la respiration génée. On applique, le treiziéme jour, un vésicatoire au bras gauche, ce qui ne l'empêche pas d'être toujours bien tourmentée par la suffocation, qui cède assez le dix-neuvième jour pour permettre le quart à la malade, qui est mise à l'usage des bouillons amers.

Le vingt-cinquiéme jour, les enflures étant toujours considérables, surtout aux membres inférieurs, on lui administre une infusion de digitale, que nous élevons jusqu'à la dose de demi gros par jour. Cette médication, continuée pendant cinq jours, a complétement fait disparaître l'infiltration à tel point que les jambes semblent tannées. Depuis, elle va de mieux en mieux. La toux est toujours forte, les crachats abondans, et la suffocation presque nulle.

Le trente-septiéme jour, je prescris 271 milligrammes de rhubarbe en poudre, à prendre matin et soir. Le sommeil devint plus profond, l'appétit plus prononcé et la toux plus légére. Mais la mort qui, dans ce moment, frappe quelques femmes en couches atteintes de péritonite, la jette dans un effroi qui lui fait demander sa sortie, ce qui lui est accordé le 16 décembre 1839, quarantième jour de couches.

J'ai appris depuis que cette malheureuse femme, n'ayant pu se faire soigner comme son etat l'exigeait, a été mourir peu de temps après à l'Hôtel-Dieu.

Obs. II. — La fille Jeanne Maurel, âgée de 35 ans, primipare, entre à l'Hôtel-Dieu dans le mois de novembre 1839, au quatriéme mois de sa grossesse, se plaignant d'une forte toux, d'infiltration aux extrémités inférieures, d'étourdissemens, de maux de cœur et de vomissemens. On lui pratique une saignée qui ne paraît pas porter beaucoup d'amendement dans son état.

Elle entre le 6 février à la Maternité, parvenue au septiéme mois de la grossesse. Nous la mettons à l'usage des diurétiques et des pectoraux.

Le 17 du même mois, on lui pratique une saignée de 250 grammes, qui se sépare en 190 grammes de cruor et 60 grammes de lymphe, sans aucune trace de couenne. La circulation fœtale, quoique profonde, s'entend pourtant à gauche. On présume une grande quantité d'eau.

Le 23 mars, le travail de l'accouchement se déclare. Après quelques douleurs faibles et éloignées, les membranes se rompent, et une grande quantité d'eau s'écoule à minuit. L'enfant se trouve encore très haut.

Le 24, à huit heures du matin, la fille Maurel a été saisie d'un étourdissement qui lui a fait perdre connaissance pendant quelques minutes. A neuf heures, l'orifice utérin offre une épaisseur insolite qu'on ne peut attribuer qu'à l'infiltration qui rend peut-être sa dilatation difficile. Les douleurs vont se ralentissant de plus en plus, et finissent par se suspendre pendant deux heures. A trois heures du soir, je fais pratiquer une saignée de 300 grammes, 120 grammes de lymphe et 180 de cruor. On voit que la lymphe est proportionnellement plus abondante que lors de la premiére saignée. La surface présente une petite couche de couenne qui n'existait pas dans la première. Dés cet instant, les douleurs sont devenues plus vives; trois heures après, la tête avait franchi l'orifice utérin; mais, arrivée dans le vagin, la tumeur se forme sur la tête, on reconnaît une première position du vertex; on constate la vie de l'enfant. Cet état mêlé d'angoisses, de nausées et de vomissemens, dure jusqu'au 25 à six heures du matin. On s'aperçoit alors que le méconium sort mêlé à un reste d'eau amniotique. Chaque douleur provoque une toux qui ne permet pas aux muscles pectoraux et abdomi-

naux de concourir à l'expulsion fœtale. Nous avons recours à l'application du forceps avant que la rotation soit achevée. L'instrument porté sur les parties latérales du bassin saisit le diamètre fronto-mastoïdien droit. Cette opération, faite à onze heures du matin, avait été précédée de l'auscultation, qui avait fait distinguer 154 pulsations fœtales et 90 utérines. Fille vivante, mais faible et asphyxiée, pesant 3,000 grammes.

L'accouchée, très fatiguée, est aussi bien que peut le comporter son état. L'enfant tète, rend son méconium; mais le troisième jour, des convulsions, un état tétanique, saisissent cette enfant, qui succombe le 28 à une heure après midi.

L'autopsie cadavérique dévoile une grande quantité de sérosité rougeâtre dans la poitrine, montre les poumons un peu injectés, les cavités droites un peu engorgées de sang, un léger épanchement de sérosité sanguinolente dans l'abdomen, les intestins d'un rouge foncé, les vaisseaux distendus.

Dans le crâne, collection purulente sur la fosse temporale externe droite.

La mère, jusqu'au vingtième jour, a présenté un état inquiétant sans être très grave. L'oppression et une douleur à l'épigastre, l'émission involontaire des urines et l'infiltration des pieds, tous ces symptômes ont persisté jusqu'alors, quoiqu'ils diminuassent chaque jour d'intensité. Elle est sortie parfaitement guérie le trente-huitième jour après son accouchement.

Cette observation qui, dans toute autre circonstance, n'eût présenté qu'un cas d'éclampsie imminente, s'est trouvée compliquée de cette disposition à l'infiltration par l'influence de la constitution médicale régnante. Le tempérament du sujet, son caractère essentiellement apathique semblaient la prédisposer davantage à l'influence hygrométrique, et si quelques symptômes précurseurs de l'éclampsie se sont déclarés, ce n'est que parce que cette fille était primipare. Aussi, voit-on des résultats à peu près identiques dans l'autopsie des enfans de ces deux malades, et si l'enfant de la femme Vasio a présenté des désordres plus graves, c'est que sa mère a été plus longtemps et plus gravement affectée.

Chez les deux enfans, en effet, ce n'est que la gêne et le trouble porté dans la circulation utéro-placentale d'abord, et placento-fœtale ensuite, qui ont produit ces désordres à des degrés différens à la vérité, mais identiques dans leur essence. Hémorragie gastro-intestinale dans le premier cas; épanchement séro-sanguinolent plus abondant dans la poitrine que dans l'abdomen dans le second cas; telle est la différence dans les résultats de l'affection et de l'obstacle circulatoire. On comprendra aisément que si le premier enfant a présenté les cavités droites du cœur presque vides de sang, et ne contenant qu'un sang fluide, c'est que ce sang était passé dans la cavité de l'estomac et dans quelques points de la cavité intestinale où il s'était coagulé, tandis que le second enfant, qui n'a offert qu'un épanchement de sérosité sanguinolente, avait le cœur distendu par des caillots dans ses cavités droites.

Les mouvemens tétaniques qui ont précipité la mort de ce dernier enfant nous semblent devoir être attribués à l'épanchement purulent de la fosse temporale externe droite, qui, de proche en proche, a communiqué l'irritation au cerveau et aux centres nerveux. Il est évident pour nous que l'application du forceps n'a été, dans cette circonstance, qu'une légère cause occasionnelle, mais suffisante, de la formation de cet abcès. Nous pensons que l'épanchement de la poitrine a été la cause essentielle et première de la mort de cette enfant, en s'opposant à la liberté des mouvemens respiratoires et circulatoires, et en comprimant l'influx nerveux nécessaire à l'entretien et au développement de la vie.

Nous croyons avoir suffisamment établi l'influence délétère de la constitution atmosphérique de 1839 sur les enfans, puisque la proportion des enfans putréfiés est de 1 sur 12, tandis que ce nombre d'enfans putréfiés n'a jamais été aussi considérable, et qu'il faut remonter jusqu'en 1829 pour trouver la proportion d'1 sur 13. Mais si cette influence de la constitution médicale de 1839 a retenti jusqu'au produit caché de la conception, il est facile de comprendre que les femmes enceintes, et surtout celles qui sont privées des commodités et même des nécessités de la vie, ont dû être plus profondément pénétrées dans leur constitution par les variations d'une atmosphère froide et humide, aussi longtemps prolongée qu'elle l'a été l'an dernier.

En consultant les tables de l'Observatoire, on voit qu'il est tombé, le 4 octobre 1839, 121^{mm},4 d'eau dans les vingt-quatre heures. Aussi, sur 6 femmes qui accouchent au mois de décembre suivant, 4 meurent de péritonite, sans qu'aucun traitement, quelque varié, quelque adapté qu'il soit au tempérament du sujet, ait pu amener une solution heureuse. C'est qu'il faut bien en convenir, il est de ces maladies que la médecine est impuissante à guérir dès qu'elles sont déclarées, mais qu'elle peut prévenir par des mesures hygiéniques savantes et bien combinées.

Nous pensons que, dans les années humides, il serait d'une charité éclairée et bienveillante de recevoir les femmes enceintes à une période peu avancée de leur grossesse, dans des établissemens disposés sur le plan des Maternités de Copenhague, d'Edimbourg ou de Dublin. En soustrayant ces malheureuses à des fatigues qui épuisent leur constitution, à la misère qui l'appauvrit, elles trouveraient dans ces établissemens un salut qu'elles ne peuvent obtenir lorsqu'elles y viennent accoucher avec une constitution déjà épuisée, qui les rend bien plus aptes à être envahies par les épidémies régnantes. Si l'on consulte les mémoires publiés en 1744 par Royer, et en 1798 par Demangeon, sur l'hôpital des femmes en couches à Copenhague, l'on verra qu'avec les dispositions hygiéniques les mieux combinées, on était parvenu à faire disparaître la péritonite, dans un pays brumeux et humide, où elle était en quelque sorte endémique. White, John et Joseph Clarke donnent à peu près les mêmes indications pour les hospices d'Edimbourg et de Dublin. Telles étaient les idées qu'Alphonse Leroy communiqua, en 1795, au citoyen Lanmonier, chirurgien en chef de l'hospice d'humanité de Rouen, où l'on vit l'épidémie cesser dès que l'on transporta les femmes dans un lieu bien sec, bien aéré et exposé au midi. Vogel dit expressément : *Aer in quo puerpera commoratur, purus requiritur et temperatus; cubiculumque idcirco, si fieri possit, amplum sit et altum oportet.* C'est en suivant ces préceptes, et surtout en disséminant les malades dans le plus grand nombre de chambres dont nous avons pu disposer, c'est en les isolant que nous croyons avoir contribué à faire cesser une épidémie qui nous avait enlevé 4 femmes sur 6 nouvelles accouchées.

Ce serait donc bien mériter de l'humanité que de travailler à arracher à une mort certaine des femmes exposées à devenir la proie d'une épidémie. On peut même ajouter que, dans nos contrées du midi, ces exigences de la charité publique ne seraient pas si souvent mises à contribution pour que le gouvernement ne vînt pas au secours des villes où sont établis des hospices de Maternité, et pour lesquels on ferait de ces secours un emploi si noble et si utile à la population pauvre. Que d'enfans, l'espoir et peut-être la gloire de la patrie; que de femmes, le soutien et la consolation de leur famille, devraient leur salut à une mesure dont l'initiative semble de droit appartenir à une commission administrative d'hôpitaux! Ne serait-il pas possible de réserver pour ces années de calamité les économies que l'on s'efforcerait de faire pendant les années de salubrité? D'ailleurs, quand on pense que, depuis quatorze ans, il n'a régné que deux épidémies, l'une en 1831, et l'autre en 1839, ne serait-il pas permis de penser que ces dépenses ne grèveraient pas beaucoup le budget, en supposant que l'on ne se fît pas un honneur de les appliquer à un but aussi louable?

Tout en rendant justice au zèle et à la sollicitude que la commission administrative des hôpitaux a montrées en faveur des malheureuses femmes atteintes de l'épidémie, nous pensons qu'il serait plus raisonnable et surtout plus utile de chercher à prévenir ces épidémies, en affectant à ces sortes d'établissemens un local qui réunisse des conditions hygiéniques mieux combinées, et qui puisse prendre, dans l'intérêt des malades et de l'instruction, un développement en harmonie avec les ressources d'une ville aussi populeuse et aussi opulente que Marseille.

Après cette légère digression, que nous avons crue importante dans l'intérêt de l'humanité, nous ferons remarquer que s'il est vrai que le nombre des enfans putréfiés ait été plus considérable aux époques qui ont suivi les années pluvieuses, en 1829 et 1840, il est également vrai d'ajouter que cette disposition atmosphérique, qui paraît constamment funeste aux enfans, ne l'est pas d'une manière aussi prononcée à l'égard des mères, quoique toujours il y ait un plus grand nombre de femmes enceintes malades par l'influence pluvieuse. Cela s'explique facilement par la plus grande résistance vitale des mères chez lesquelles la maladie parvient à tuer, dans leur sein, des êtres dont l'existence est plus chétive, tandis qu'elles parviennent à guérir des maladies souvent très graves dont elles ont été frappées par la constitution médicale régnante. D'ailleurs, si en 1829 et en 1840 la proportion des enfans putréfiés est la plus considérable, celle des femmes mortes, sans être plus grande d'une manière absolue, est pourtant assez forte relativement à celle de neuf autres années pendant lesquelles elle est infiniment moindre. Cette proportion est pour 1829, 1 femme morte sur 16 3/4 accouchées, et pour 1840, 1 sur 14 1/6, tandis que pour les autres années la proportion moyenne est de 1 sur 30.

Nous rappellerons qu'une épidémie de péritonite régna dans les premiers mois de 1832, et qu'il y a en cette année 1 femme morte sur 10 9/11 accouchées. En consultant la table météorologique, on voit qu'il n'est tombé que 339^{mm}, 2 d'eau. Il semblerait, d'après cela, que nous nous serions trompé dans le rapprochement que nous avons établi, de cause à effet, entre la grande quantité d'eau tombée et les épidémies qui se sont manifestées. Mais en examinant avec attention, on verra que si, dans l'année 1832, il n'est tombé que 339^{mm}, 2 d'eau, il en est tombé 265,2 dans le premier semestre, tandis qu'il n'en est tombé que 74 dans le dernier; et si sur 11 femmes mortes on en trouve 10 dans le premier semestre, et 1 seule dans le second, on trouvera, je pense, une explication suffisante.

Il résulte de nos recherches : 1° qu'une énorme quantité d'eau tombée, comme en 1839, influe d'une manière fâcheuse sur les mères et les enfans; 2° qu'une grande quantité absolue nuit plus aux enfans intrà-utérins qu'aux mères; 3° qu'une plus grande quantité relative est plus funeste aux mères qu'aux enfans; et 4° enfin que l'action hygrométrique de l'atmosphère paraît agir plus promptement sur les femmes que sur les enfans; je dis : *paraît agir*, parce que l'expulsion du fœtus pouvant avoir lieu à une époque reculée du moment de l'action morbide de l'atmosphère, il est difficile de déterminer l'action primordiale de l'humidité sur le produit de la conception, dont l'état pathologique plus ou moins éloigné du moment de la naissance ne peut pas être apprécié à son début. En effet, un enfant putréfié qui peut rester plusieurs jours et même plusieurs mois en cet état dans le sein de sa mère, ne saurait fournir de données précises sur l'invasion et la nature de la maladie qui l'a fait succomber. D'un autre côté, l'indépendance de la circulation fœtale d'avec celle de la mère fait facilement comprendre que l'enfant peut vivre pendant quelque temps hors de toute influence morbide de la part de la mère, déjà profondément affectée. Cependant, comme il n'y a que la circulation fœtale qui peut donner, au moyen de l'auscultation, des signes de trouble dans le fœtus, nous déclarons, pour notre part, qu'il est fort difficile de préciser, par ce seul moyen d'investigation, la nature de ces troubles qui, d'après nous, ne consistent que dans le rythme variable de la circulation fœtale. Ce rythme nous a présenté, chez des enfans malades, des variétés tellement identiques à celles que nous ont offertes des enfans parfaitement sains, que nous nous déclarons jusqu'à présent tout à fait incompétens pour déterminer, au moyen de l'auscultation seule, la nature et le degré de maladie d'un enfant contenu dans le sein de sa mère. Il n'est donc pas étonnant que les mères qui ont la faculté de parler et de se plaindre, dont on peut vérifier l'état des divers organes, nous rendent plus facilement témoins des effets produits sur leur constitution par l'influence des causes qui les entourent, tandis que les enfans n'en sont ordinairement atteints que longtemps après leur mère par les raisons déjà développées.

Il faut également remarquer qu'aucune des quatre femmes mortes de péritonite dans le mois de décembre dernier n'est accouchée d'enfans morts. Une seule, qui était prisonnière du palais, est accouchée d'un enfant faible, mort le troisième jour. Des deux femmes mortes en février 1840, l'une est accouchée d'un enfant putréfié, de sorte que sur six femmes mortes des suites de couches, une seule a donné naissance à un enfant mort. Il reste donc prouvé que la mort prochaine des mères qui trouve sa cause dans l'état de l'atmosphère n'entraîne pas essentiellement la mort des enfans et pas même un état maladif chez ces derniers lorsque la maladie de la mère a suivi des périodes rapides. On remarque aussi que le seul enfant né putréfié appartenait à une femme épuisée par les hémorragies nasales, infiltrée et profondément atteinte d'un engorgement pulmonaire. On conçoit qu'un pareil état a dû porter une atteinte fatale à son enfant.

Sur les 96 accouchées, nous comptons 38 primipares. Parmi les 6 femmes mortes, 4 étaient primipares. Des 8 femmes qui ont produit des enfans putréfiés, il y en a eu 5 de primipares; mais comme un des enfans n'est sorti putréfié que par l'extrême longueur du travail, pour une troisième position du vertex, dans lequel cas on a administré le seigle ergoté, il ne reste que 7 enfans dont l'état de putréfaction peut plutôt être attribué à la constitution médicale. Ainsi, il reste donc 7 femmes, dont 4 sont primipares. On voit que la proportion des primipares est un peu moindre pour celles qui ont eu des enfans putréfiés que parmi celles qui sont mortes.

Il nous reste à parler maintenant de quelques cas particuliers qui se sont présentés dans le cours de cette année scolaire.

Obs. III. — Une femme de 21 ans, primipare, arrivée au cinquième mois de sa grossesse est frappée d'hémorragie utérine assez abondante. Trois jours après cet accident, on lui pratique une saignée en ville; l'hémorragie n'en continue pas moins et augmente beaucoup le quinzième jour. Des douleurs se déclarent ce jour là, deux heures après midi, dans les régions lombaire et hypogastrique. On la transporte en cet état, le 20 novembre, à six heures du soir, dans l'hospice. On reconnaît que la personne est en travail. On sent à travers l'orifice utérin dilaté un corps mollasse, spongieux que l'on prend pour le placenta. Le bas-fond de l'utérus répond à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A sept heures, une heure après son entrée, cette femme a rendu une masse spongieuse qui a été reconnue pour une môle hydatidaire très volumineuse. On a fait quelques injections avec de l'eau de mauve et de camomille, et le second jour elle a rendu une petite quantité d'hydatides. On n'a point trouvé de traces d'embryon ni de fœtus. Depuis, cette femme s'est parfaitement bien trouvée. Elle est sortie le sixième jour après son admission.

Obs. IV. — Le 25 novembre 1839, la nommée Félix, épouse Roman, enceinte pour la troisième fois, offre, pour la seconde fois, une présentation de l'épaule. Cette femme, entrée le 11, allait être soumise à l'action d'un bandage, dans l'intention de substituer à la présentation d'épaule que nous avions soupçonnée, une meilleure présentation, lorsque les membranes se rompent spontanément le 20, à quatre heures du soir, avant la confection et l'application de notre bandage. Les douleurs ne se déclarent que le 24, et ce n'est que le 25 à neuf heures du matin que la dilatation de l'orifice est presque complète. On sent un coude à travers l'orifice. On attend jusqu'à onze heures pour délivrer cette femme, pensant que l'orifice serait plus complètement dilaté. On entend la circulation fœtale à gauche en haut et en bas. On diagnostique une première position de l'épaule gauche (dos en avant, tête dans la fosse iliaque droite. — Dugès). La version est pratiquée; les pieds, le tronc et les bras sont extraits en quelques minutes; mais une constriction de l'orifice utérin retient la tête pendant très longtemps. Les difficultés de cette extraction ont fait durer cette opération une demi-heure. L'enfant est né asphixié et privé de vie peu de temps après.

Nous avons rarement observé cette constriction de l'orifice lorsque la grossesse est arrivée à son terme, tandis que nous l'avons rencontrée assez souvent quand l'accouchement est prématuré. Nous pensons que, dans cette circonstance, la rupture prématurée des membranes, cinq jours avant l'accouchement, a habitué l'utérus à se tenir serré sur l'enfant et que l'excitation produite sur cet organe par la version a augmenté cette susceptibilité contractile qui s'est exercée avec énergie autour du cou de l'enfant. Ne serait-il pas sage de laisser un bras relevé sur les côtés de la tête dans les cas où les membranes se sont rompues longtemps avant l'opération, et lorsque l'accouchement est prématuré, circonstances qui paraissent favoriser le resserrement de l'orifice utérin sur le cou de l'enfant? Je soumets cette proposition à la méditation des accoucheurs et de M. Velpeau en particulier, qui paraît partager le blâme de Peu à l'égard de Deventer, et condamne également A. Petit et Millot, ainsi que Froriep. (Velpeau, p. 344, tome II.) Cette femme est sortie de la maison onze jours après son accouchement.

Obs. V. — Dans le mois de mars 1840, nous avons eu à soigner une mastoïte avec abcès sous-mammaires, dont les foyers nombreux ont été taris par des injections stimulantes et la guérison complète a été obtenue au moyen de la compression.

Obs. VI. — En avril, une maniaque entre à la Maternité avec son enfant qu'elle a mis au monde la nuit d'auparavant, sans aucun secours, dans l'hospice des insensés. Par instinct elle avait coupé le cordon ombilical avec ses dents, et grâce à cette opération, la vie de l'enfant a été conservée. Cette malheureuse, malgré l'aberration complète de ses facultés intellectuelles, donnait les soins les plus affectueux à son enfant, qu'on a pu lui laisser sans inconvénient pendant quinze jours, après lesquels on a cru prudent de lui donner une autre nourrice et la pauvre mère est rentrée dans l'asile d'où elle était venue.

Obs. VII. — Au mois de mai, une fille, âgée de 30 ans, primipare, parvenue au neuvième mois de sa grossesse, éprouve les premières douleurs de l'enfantement; le 18 à cinq heures du soir. Ces douleurs sont faibles d'abord et plus fortes ensuite. Cet état dure pendant quatre jours; fumigations, lavemens et bains, tels sont les moyens employés dans cet intervalle.

Le troisième jour, deux doses de seigle ergoté, une autre le lendemain matin.

Le 23, à cinq heures du soir, cinquième jour, cette fille entre dans la maison paraissant affaiblie et très fatiguée. On reconnaît une présentation du sommet; l'orifice n'est dilaté que de 40 millimètres, les membranes sont rompues. Le stétoscope ne fait découvrir aucune espèce de circulation ni fœtale, ni utérine. La tumeur de la tête cache la position. La femme est altérée et assoupie. L'orifice a acquis 67 millimètres de dilatation.

Le 24, sixième jour, à une heure du matin; il ne s'écoule plus d'eau, l'utérus est fortement monté sur l'enfant. A six heures et demie l'enfant a été expulsé en troisième position du vertex, cent trente-trois heures après l'invasion du travail.

Cette longueur excessive, assez ordinaire chez les primipares qui présentent une grande rigidité des parties molles, a été prolongée, selon nous, par les moyens que l'on a cru devoir employer pour l'abréger. Nous accordons volontiers que ce travail a dû principalement sa longueur à la position occipito-postérieure de l'enfant; nous avouons même que beaucoup d'enfans venant dans une pareille position naissent morts, surtout des femmes primipares. Mais ce que nous n'avons jamais vu, si ce n'est seulement que dans les cas où le seigle ergoté a été administré, c'est la rétention du placenta et le resserrement de l'utérus sur cette masse cellulo-vasculaire. Déjà, l'an dernier, nous avions signalé cette constriction de l'utérus sur des placentas de jumeaux, à la suite de l'administration du seigle ergoté (Gaz. Méd.). Comme alors, il nous a fallu faire prendre un bain entier pour relâcher l'utérus et favoriser sans déchirement l'extraction du placenta; ce n'est qu'après des tentatives inutiles et réitérées, et dix heures après l'accouchement, qu'on a cru devoir recourir au bain. Cette fille est sortie le vingt-deuxième jour parfaitement guérie.

Obs. VIII. — A la fin d'août, il entre dans l'hospice une femme âgée de 18 ans, enceinte pour la troisième fois, parvenue au quatrième mois de sa grossesse, se plaignant d'une légère hémorragie et de douleurs lombaires et hypogastriques.

On pratique une saignée en ville. L'hémorragie, qui était assez forte, diminue de plus en plus et devient presque insensible, mais ne laisse pas que de persister, malgré le repos absolu, la position horizontale. Les opiacés, en diminuant les douleurs, lui font passer de bonnes nuits, et l'on eût pu espérer de faire parvenir la grossesse à son terme, si quelques gouttes de sang ne s'échappaient pas toujours. Onze jours après son entrée, les douleurs hypogastriques se renouvellent à neuf heures du soir, et à onze heures et demie, un fœtus de quatre mois est expulsé. Le placenta sort une demi-heure après. Cette jeune femme se trouvant très bien le cinquième jour demande avec instance à sortir.

L'avorton ne paraît pas mort depuis longtemps, quoique nous n'ayons pas pu entendre la circulation fœtale, et que nous n'ayons pu percevoir que le souffle utérin. Sans autre motif que celui de montrer à nos élèves sages-femmes l'état des divers organes à cette période embryonnaire, nous rencontrons les particularités suivantes : caillot de sang coagulé dans l'abdomen, ayant la forme vermiculaire ainsi façonnée par les anfractuosités intestinales. Poursuivi jusqu'à sa partie supérieure, il tire son origine de la partie postérieure, inférieure et latérale droite du grand lobe du foie. Dans ce point, cet organe est déchiré, tandis que sa surface est parfaitement lisse, et offre le luisant péritonéal sur le point correspondant opposé (lobe gauche). Estomac très petit et rempli d'une mucosité sanguinolente; intestins grêles, remplis de méconium dans leur portion inférieure; gros intestins très exigus et complètement vides.

Annexes.— Le placenta présente une forme telle que la surface membraneuse ou fœtale semble, par son retrait, avoir diminué la cavité de l'œuf et augmenté la convexité de la surface utérine ou externe de cet organe. Cette surface n'est point recouverte par des caillots. Il en existe un au segment inférieur correspondant au col utérin par où il s'est engagé. Une couche mince, couenneuse, de couleur et de consistance sébacée est placée entre l'amnios et le chorion placentaire. Elle présente une agglutination assez forte entre ces deux membranes. A l'insertion du cordon sur le placenta, on voit une poche remplie d'un liquide jaunâtre, de l'étendue d'une petite fève de marais, située entre l'amnios et le chorion, et se prolongeant sur le cordon. Il nous a été impossible, en séparant ces deux membranes, de trouver à cette poche d'autres parois que celles fournies par le chorion et l'amnios, et qui pussent nous faire croire à l'existence de l'allantoïde.

Ce liquide était-il une production normale ou morbide? La forme rétractée du placenta est-elle due à une maladie des membranes de l'œuf? Est-elle le résultat de la diminution de l'eau amniotique, diminution produite peut être par la mort du fœtus? Ou bien n'est-elle que la conséquence des contractions utérines?

Telles sont les questions qui se présentent naturellement. Quant à nous, en tenant compte de la mort récente du fœtus, qui, loin de présenter aucune altération putride, était dans un état de fraîcheur remarquable, nous pensons que la mort du produit de la conception est due à l'hémorragie hépatique, laquelle n'a certainement eu lieu que quelques jours avant son expulsion. Nous pensons aussi que, vu l'état de mort récente du fœtus, le placenta dont l'expulsion a suivi de si près celle du fœtus (demi-heure) n'a pas eu le temps de se racornir pour que sa forme recoquillée fût exclusivement due à la pression exercée sur lui par l'utérus; car, dans les accouchemens à terme où l'expulsion du placenta se fait plus longtemps attendre, on ne voit rien de pareil, même quand les enfans sont morts récemment. Il me paraît donc très raisonnable d'admettre pour cause de ce phénomène, ou une maladie des membranes, signalée par cette substance couenneuse placée dans l'intervalle des deux membranes, ou une diminution proportionnelle de l'eau de l'amnios, qui n'aurait pu s'opérer que depuis la mort du fœtus. Un plus grand nombre de faits observés avec le même soin pourra, j'espère, jeter une plus vive lumière sur ces questions encore nouvelles.

Nous voilà arrivé à la fin de notre tâche. Quelque rétréci que soit le champ dans lequel nous avons à travailler, nous donnons la preuve qu'on peut encore en retirer quelques fruits utiles à la science, comme ils le sont toujours à l'humanité. Nous prouverions même facilement que, s'il est donné à un vaste théâtre d'instruction de porter des matériaux plus abondans à la science, un petit théâtre est plus utile aux élèves et aux malades.

Dans les hôpitaux trop vastes, il est difficile que chaque malade reçoive des soins aussi assidus que dans les petits hôpitaux, où l'on ne peut recevoir que peu de malades. Le système des cliniques établies dans les divers hôpitaux a déjà répondu victorieusement à cette assertion. Qui ne sait l'intérêt qu'inspire à l'élève studieux qui en est chargé, le malade qui fait le sujet de son observation? Je dis de plus que l'élève retire bien plus d'avantages de ce petit nombre de malades choisis. Je n'insisterai pas pour prouver cette proposition; c'est une vérité trop bien établie. Mais, s'il ne faut pas un trop grand nombre de malades pour que ceux-ci soient mieux soignés, il ne faut pas non plus un trop grand nombre d'élèves à instruire, si l'on veut que chaque élève sorte avec une véritable instruction. D'après ces idées, qu'on n'aille pas conclure qu'il faut peu de malades dans les hôpitaux et peu d'élèves dans les écoles. Telle ne saurait être ma pensée. Il faut, pour qu'une école soit utile, que le nombre des malades soit assez considérable pour que tous les cas possibles puissent se présenter sous les yeux de l'élève dans le laps de temps que celui-ci est obligé de rester dans l'école. Il faut que, sans être trop grand, le nombre des élèves soit pourtant suffisant pour que chaque malade important puisse être observé avec soin et attention.

Ces quelques mots doivent déjà faire comprendre combien est défectueuse l'instruction médicale en France, qui tend à agglomérer vers un seul point central la foule des élèves. De quelle utilité sont pour l'élève de première année les savantes leçons des sommités médicales de la capitale? (*Margaritas inter.*) De quelle utilité sont pour les malades ces promenades de jeunes gens fashionables dans les salles d'hôpitaux, où bien souvent ils s'occupent de toute autre chose que de maladies, et où ils observent à peine la distance et le nombre des lits occupés? Au lieu d'un spectacle aussi triste pour le séjour des douleurs humaines, figurez-vous la présence de ces élèves qui, déjà nourris d'études préliminaires, observent avec autant d'attention le médecin que le malade, et vous comprendrez que ces élèves deviendront un jour vraiment utiles à la société. Les salles d'hôpitaux fréquentées par de semblables élèves, tout le monde y gagnera; le médecin plus de recueillement et moins de distractions; l'élève plus de solide instruction, et le malade des soins plus éclairés, et je dirai même plus affectueux. Mais, pour obtenir un résultat aussi désirable, il ne faut pas que l'élève de première année soit admis à la Clinique, où il perd son temps et le fait perdre souvent à d'autres qui en auraient mieux profité sans sa compagnie. Il faut enfin que cette foule d'étudians venue de la province ne soit accueillie dans la capitale que lorsque déjà ils peuvent fournir la preuve qu'ils ont reçu, dans les écoles de province l'instruction préliminaire jugée nécessaire, indispensable pour pouvoir suivre avec fruit les grands maîtres. Il faut donc organiser fortement des écoles préparatoires dans les provinces, et où peut-on le faire avec plus d'avantages, si ce n'est dans les localités où il y a de grands hôpitaux et beaucoup de cadavres? N'est-ce pas l'anatomie et les cliniques qui forment la base, l'essence de toute éducation médicale? Il serait même à désirer que ces écoles préparatoires, pour être fortes et véritablement utiles, ne fussent pas aussi multipliées; car il n'y a pas en France dix-huit villes qui puissent fournir à un nombre convenable d'étudians les matériaux nécessaires à leur instruction. Il résultera de là que le temps ou la force des choses détruira nécessairement ces écoles dans les localités qui ne peuvent leur fournir le développement dont elles ont besoin. En effet, quand un professeur d'anatomie n'aura point de cadavres, quand un professeur de clinique n'aura que des maladies insignifiantes et toujours identiques à présenter aux élèves, le professeur se dégoûtera, ralentira forcément son zèle; les étudians, qui apprendront que dans d'autres localités voisines les études sont plus fortes, et que l'on peut y puiser une instruction plus solide et plus variée, abandonneront les écoles pauvres de matériaux instructifs pour venir satisfaire leur ambition scientifique élémentaire dans celles qui leur offriront ces ressources.

Une bonne organisation primordiale pourrait éviter ces résultats fâcheux, dont la réalisation semblerait attester de l'imprévoyance dans l'autorité chargée de cette organisation. Il appartient en effet à une bonne administration de bien connaître l'état et la tendance des esprits, et de profiter de l'expérience déjà acquise pour rendre durables les institutions que l'on se propose de fonder; car rien n'inspire moins de confiance dans l'excellence d'une organisation quelconque que la nécessité de modifications profondes à apporter dans cette organisation, peu de temps après son établissement. Cela tend à prouver, ou qu'il y a eu peu de réflexions d'abord, ou qu'on n'a pas compris l'intérêt général. Les intérêts particuliers froissés ne manqueront pas de prendre acte de ces tiraillemens, de ces impossibilités, pour tâcher de prouver que l'organisation est mauvaise, et profitant grassement des abus qui existent, ils auront peut-être assez d'influence et de talent pour prouver qu'il ne peut rien y avoir de mieux que ce qui existe. Mais le temps marche et finit par doter, lentement il est vrai, l'humanité, de ces institutions qu'une haute capacité intellectuelle placée à la tête des destinées d'un pays aurait pu se donner la gloire de fonder longtemps avant que la force des choses le nécessite.

Il arrivera des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie mal organisées ce qui, depuis longtemps, est un fait accompli pour les écoles d'accouchement. La loi du 19 ventôse an XI exigeant qu'aucune sage-femme ne pût se présenter au jury médical du département, sans présenter un certificat du professeur d'accouchement, qui constate que chaque sage-femme a fait des accouchemens et suivi deux cours dans l'école du chef-lieu de département, il en est résulté que des écoles ont été fondées dans plusieurs chefs-lieux pour satisfaire à un vœu en apparence si raisonnable et si louable de la loi. Mais qu'est-il arrivé? Que des cours exclusivement théoriques ont été établis dans plusieurs chefs-lieux dont la localité ne permettait pas d'avoir un hospice d'accouche-

ment. Ces cours, établis au profit exclusif du médecin qui en était chargé, ont fini par être abandonnés, parce qu'il n'apprenaient pas ce qu'il y a de plus nécessaire à une sage-femme, la pratique. Nous avons vu des sages-femmes, munies de leur diplôme par le jury médical qui ne les avait reçues que sur la présentation d'un professeur de cours théorique, venir nous demander la faveur insigne d'assister, au moins pendant un mois, aux accouchemens de notre école pour avoir, nous disaient-elles, l'occasion de voir au moins ce que c'est qu'un accouchement et des suites de couches. Dans d'autres localités, plus ambitieuses, on est parvenu à fonder de véritables hospices de Maternité, qui n'ont pu vivre que quelques années, parce que le nombre des accouchemens était loin de répondre aux besoins de l'instruction des élèves. De là des frais inutiles d'établissement qui eussent bien mieux profité s'ils eussent été employés au soulagement d'autres misères et si surtout on les avait affectés au profit des personnes qui, se destinant à la profession de sage-femme, auraient pu être envoyées dans l'école la plus voisine et assez fortement constituée pour leur donner une instruction solide. Pour prouver ces propositions par des exemples, nous dirons qu'une école d'accouchement avait été fondée à Draguignan, un hospice de Maternité à Toulon et un cours d'accouchement à Digne, après la fondation d'un hospice de Maternité à Marseille qui eut lieu en 1826. Qu'est-il arrivé? On a fait demander à Marseille un bassin de femme pour l'école de Draguignan. On n'a jamais pu avoir plus de dix accouchemens par an dans la Maternité de Toulon et on n'a jamais pu montrer un seul accouchement naturel au cours qui se faisait à Digne. N'est-ce pas là l'anarchie la plus déplorable dans l'enseignement obstétrique? Aussi le cours de Digne, l'école de Draguignan et la Maternité de Toulon ont passé. Mais est-il résulté un avantage proportionnel pour l'école de Marseille? Nullement. Et pourquoi? parce que le jury médical. institution déjà mauvaise par le principe légal qui la soutient, est encore plus dangereux pour la société par les abus extra-légaux qu'il ne craint pas de commettre.

L'accusation est grave, je le sais; mais plus elle est grave, plus il y a de devoir à la signaler et à en donner les preuves authentiques. Le jury médical institué par la loi du 19 ventôse a le droit incontestable de conférer le titre d'officier de santé à des candidats qui, par leurs réponses, en sont jugés dignes. Voilà bien, je pense, le véritable esprit de la loi. Veut on savoir comment le jury des Bouches-du-Rhône use de sa prérogative de conférer des diplômes d'officier de santé? En décembre dernier, treize places d'élèves étaient mises au concours à l'Hôtel-Dieu; elles étaient disputées par treize candidats, parmi lesquels se trouvaient des officiers de santé. Ceux-ci n'ont pas été trouvés dignes de les occuper, quoique le nombre de ces places fût égal à celui des concurrens. Ne semble-t-il pas vraiment que plus la réprobation devient générale sur les opérations des jurys médicaux, plus on cherche à les justifier? Or, si le jury use d'une indulgence que je ne caractériserai pas en faveur des officiers de santé, quelle sévérité peut on exiger de lui à l'égard des sages-femmes? Jusque là les opérations du jury ont été légales, même en accordant le droit d'exercer la médecine à des individus reconnus, par un jury d'hôpital, trop ignorans pour occuper des places d'élèves à l'Hôtel-Dieu. On conviendra, du moins, que cette légalité, ainsi exercée, peut avoir des résultats bien funestes à la société.

Pour les sages-femmes, le jury médical des Bouches-du-Rhône ne croit pas devoir s'astreindre à l'observance d'une loi déjà si mauvaise par les applications si déplorables qu'on en fait. La loi veut qu'un candidat au titre de sage-femme ait assisté à deux cours d'accouchement, qu'elle ait fait, au moins pendant six mois, des accouchemens et qu'elle présente un certificat du professeur de l'école. Ainsi exécutée, la loi pourrait être utile à la société, aux écoles d'accouchement, à la classe même des sages-femmes. Eh bien! il n'est presque plus de session du jury médical où l'on ne reçoive des personnes qui n'ont d'autres titres qu'un certificat délivré par un médecin ou par une sage-femme. Or, dans quel article de la loi voit-on que l'on puisse recevoir sage femme une personne qui n'a d'autre instruction que quelques leçons données dans le cabinet d'un médecin dont bien souvent tout le mérite scientifique réside dans l'intérêt qu'il porte à son élève? En avançant ces faits, nous pourrions signaler le nombre de ces réceptions extra-légales, le nom même des sages-femmes qui jouissent du privilége de leur profession an grand détriment de celles qui se sont condamnées à passer un an et demi et même deux ans dans l'hospice de la Maternité, où après avoir supporté les ennuis de la displine d'une école, après avoir puisé leur instruction en prodiguant des soins de toute espèce et pendant le jour et pendant la nuit aux malheureuses femmes en couches, après avoir quitté leur famille, elles ont la douleur d'exercer leur profession en concurrence avec des sages-femmes dont l'audace et l'intrigue sont en raison directe de leur ignorance.

Il faut bien d'ailleurs que le jury médical lui-même sente l'illégalité de pareilles opérations, puisqu'il n'ose pas les exercer publiquement et en présence des élèves de l'école dont il ne craint pas de frustrer les intérêts. Nous avons dit la vérité; nous avons hésité longtemps à la dire. Tout le monde en comprendra les motifs. Il est difficile de signaler des actes mauvais sans porter quelque défaveur à ceux qui les commettent, et c'est cette raison qui accrédite beaucoup d'abus. Mais quand ces abus sont nuisibles à la société, qu'ils enfantent des crimes que la justice ne peut poursuivre, quelle conduite doit tenir l'honnête homme qui les connaît? Doit-il, pour respecter des convenances envers des hommes toujours honorables pour les intentions qui les dirigent, doit-il, dis-je, taire cette vérité? N'est-ce pas rendre au contraire un service signalé à ces hommes d'élite, qui sont juges dans un jury médical, de leur développer les conséquences de leurs facilités qui deviennent coupables par le fait seul de leur illégalité? Nous aimons à profiter de cette occasion pour rendre hommage à la mémoire de Delpech. Cet illustre professeur hésitait et refusait même de conférer le titre à une élève de la Maternité qui, gravement malade à la suite d'études consciencieuses et soutenues, ne pouvait se rendre à l'examen du jury médical. Il s'agissait de venir l'examiner dans sa chambre. Delpech, prévenu en faveur de cette élève, distinguée par ses connaissances, refusait à contre cœur de lui conférer le titre de sage-femme parce que, disait-il, la loi veut que les examens soient publics. Il céda pourtant, d'abord parce qu'elle avait la capacité voulue, ensuite parce qu'elle avait des titres *légaux* pour l'obtenir et surtout parce que ce titre pouvait amener et consolider plus facilement la convalescence de la malade. Tel était le respect de Delpech pour la légalité. Aussi, nous devons dire qu'à l'époque où ce professeur venait présider le jury médical, personne n'osait demander un titre de sage-femme si l'on n'exhibait des certificats qui constatassent le séjour dans une Maternité. Nous devons rendre la même justice à d'autres honorables professeurs, dont nous citerions volontiers les noms si nous ne craignions pas de désigner ainsi implicitement les professeurs qui n'ont pas cru devoir suivre des exemples aussi recommandables: car nous voulons bien blâmer, détruire si nous le pouvons des abus que nous croyons funestes; mais nous respectons toujours la réputation de qui que ce soit, et nous espérons que les hommes qui commettent ces abus s'en abstiendront dès qu'ils seront convaincus du danger qu'ils peuvent entraîner.

Or, si de pareils abus se commettent dans la ville même où existe une école d'accouchement, que ne doit pas se permettre le président de ce jury lorsqu'il va tenir sa session dans un département voisin qui ne possède aucune école? Là le jury exerce ses opérations avec une liberté qui lui permet la réception de sages-femmes, qui non seulement ne savent ni lire ni écrire, mais qui n'ont jamais vu d'accouchement, et dont la moralité ne présente pas toujours des garanties suffisantes pour le bien de la société.

Pour faire cesser un état de choses aussi déplorable, le législateur ne devrait-il pas porter son investigation sur la manière dont l'art des accouchemens est enseigné et exercé en France? N'est-il pas même de son devoir d'exiger que toute personne qui se destine à la pratique de cette branche de la médecine ait reçu la somme d'instruction pratique nécessaire? Ne doit-il pas enfin profiter de la connaissance des abus qui lui sont signalés pour établir des mesures destinées à les prévenir et à les punir même dans les personnes qui oseraient sciemment les commettre? Ces mesures consisteraient à exiger: 1° que tout médecin et toute sage-femme qui voudra pratiquer les accouchemens ait étudié, pendant un temps déterminé, dans un hospice où ils aient pratiqué des accouchemens; 2° que des écoles d'accouchement ne soient établies que dans les villes où l'hospice pourra fournir un nombre suffisant d'accouchemens pour l'instruction des élèves; 3° que les départemens dont le chef-lieu ne peut pas fournir ces matériaux nécessaires à cette étude votent des bourses en faveur des personnes du sexe qui veulent devenir sages-femmes, et que le préfet de ces départemens enverra dans l'école la plus voisine; et 4° enfin que tout examinateur qui aura conféré le titre d'accoucheur ou de sage-femme à des personnes qui ne peuvent fournir des preuves authentiques de leurs études en accouchement, soit puni par la loi, ainsi que ceux qui auraient donné de faux certificats. Ces mesures seules, sérieusement exécutées, rendraient les plus grands services à la population et à l'art lui-même. Car du moment où la femme enceinte la plus pauvre, comme la femme d'un grand seigneur, seront assistées par une sage-femme ou un médecin connaissant les accouchemens, il sera permis d'affirmer que la mortalité des enfans de naissance et même des femmes en travail sera beaucoup diminuée. L'art gagnera en considération quand il sera généralement reconnu qu'il n'est exercé que par des personnes capables; les écoles d'accouchement jouiront de la réputation qu'elles méritent quand il n'y aura plus d'accoucheurs ni de sages-femmes qui n'aient été obligés légalement d'étudier dans leur sein.

Il est impossible de ne pas reconnaître le bienfait que les ordonnances

royales de 1837 et de 1840 sont destinées à apporter dans les études obstétriques; mais encore faut-il qu'elles soient un peu mieux exécutées qu'elles ne le sont, par exemple, à Marseille. Car s'il est bon et utile que les sages-femmes soient instruites en accouchement, il est bien plus important encore que ceux qui sont appelés par la loi à pratiquer les opérations graves que réclament les accouchemens difficiles possèdent une instruction plus approfondie. Or, il faut bien l'avouer, jusqu'aujourd'hui on peut affirmer sans exagération qu'il n'est aucun officier de santé qui possède l'instruction pratique des sages-femmes sorties des Maternités, et l'on peut même ajouter qu'il en est ainsi d'un grand nombre de docteurs en médecine. Grâces soient donc rendues aux ministres de l'instruction publique qui ont mis toute leur sollicitude à faire disparaître dans notre patrie une anomalie aussi dégradante pour l'art qu'elle est essentiellement funeste à la population. Aussi sommes-nous convaincu qu'une bonne organisation des écoles d'accouchement, sérieusement exécutée, sera pour le moins aussi utile que la découverte de la vaccine. On objectera que cette proposition est exagérée, parce qu'il est reconnu que la plupart des accouchemens sont heureux et que les accouchemens fâcheux ne sont que de rares exceptions. Erreur grossière à côté d'une vérité incontestable! On ne sait pas apprécier dans le public comment la véritable science peut rendre facile un accouchement qui eût été laborieux de sa nature, ni ce que peut faire l'art en sauvant la mère et l'enfant dans des circonstances où ces deux êtres eussent infailliblement péri si le travail eût été livré à lui-même. Soupçonne-t-on seulement les heureux résultats que l'on peut obtenir, tantôt par une sage temporisation, tantôt par une célérité qui seule, comme dans les hémorragies foudroyantes, peut presque toujours sauver la mère quand elle ne sauve pas l'enfant? Personne, d'ailleurs, ne conteste que l'art est inutile quand tous les phénomènes se passent avec régularité. Mais est-ce pour ces derniers cas que l'art a été créé? N'est-ce pas, au contraire, pour les cas malheureux? Il faut donc connaître ceux-ci, et où peut-on les étudier, si ce n'est dans des hospices où il se fasse beaucoup d'accouchemens? Car la plupart des accoucheurs établissent, d'après leurs observations statistiques, que l'on rencontre 1 accouchement laborieux sur 80 environ qui se font par les seules ressources de la nature. Maintenant si nous prouvons qu'en France il y a, année moyenne, plus de 970,000 naissances, il en résulte que ce nombre, divisé par 80, présente 12,125 accouchemens laborieux. Or comme il est probable que le nombre des naissances déclarées à l'état civil représente des enfans vivans, on peut bien en conclure que ce nombre de 12,125 accouchemens laborieux est encore inférieur au chiffre réel.

Devant des faits aussi bien établis, osera-t-on bien soutenir que la vie de plus de 12,000 femmes et d'autant d'enfans est peu importante pour le pays? Est-on bien assuré que toutes ces existences sont confiées à des médecins, à des sages-femmes suffisamment instruits? Pour quiconque connaît le peu d'importance que des hommes, des médecins fort recommandables font de l'étude des accouchemens, il est facile d'être convaincu du contraire. A cette facilité inexplicable, on pourrait même dire coupable, avec laquelle on reçoit des sages-femmes qui n'ont jamais étudié dans les Maternités; à la négligence, à l'oubli que l'on met, à l'inutilité que l'on trouve peut-être à faire dans les examens des officiers de santé et des docteurs, des questions d'accouchemens, ne dirait-on pas que cette étude est surabondante pour le médecin, que c'est enfin pour lui le luxe de la science, ou bien que la science des accouchemens ne saurait fournir les moyens de sauver la vie d'une femme ou d'un enfant essentiellement condamnés à mourir par la nature même de l'accouchement?

Telle est l'impression qui doit rester dans l'esprit de tout homme qui est témoin de pareils faits. Cependant le gouvernement a fait depuis longtemps son devoir en exigeant, par la loi du 19 ventose an XI, que toute sage-femme ait assisté à deux cours d'accouchemens et les ait même pratiqués dans un hospice destiné à cette étude avant d'être reçue par le jury médical. Le gouvernement a fait depuis quelques années son devoir en exigeant que les étudians en médecine fussent admis dans les Maternités. Le gouvernement a donc fait ce qu'il a pu; il a fait ce qu'il a dû en faveur de la population, en faveur de la science en facilitant une instruction éminemment utile au pays. C'est maintenant aux hommes assez haut placés pour seconder ses vues, à l'aider dans cette noble tâche. En première ligne se trouvent tous les préfets des départemens où sont établis des hospices de Maternité; ensuite les hommes d'élite chargés d'administrer directement ces hospices. Tous, nous en sommes assuré, ne manqueront pas de faire concourir leur zèle, leurs lumières, leur sagesse et leur expérience à une œuvre d'une aussi grande portée et qui, dans notre belle France, il faut malheureusement bien l'avouer, se trouve plus arriérée que chez les nations voisines.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

A propos du procès-verbal, M. Capuron demande la parole, et rappelle qu'on trouve dans Wan Swieten l'histoire d'un cas de gastrotomie pratiquée sur l'homme pour un valvulus.

M. Orfila, en réponse aux explications qui lui ont été demandées, dans la dernière séance, par M. Bailly, sur l'action du peroxide de fer sur l'acide arsenique, s'est livré à de nouvelles expériences pour résoudre ce problème. Les réactions de cet oxide avec l'acide arsenique sont en tout semblables à celles de la même substance avec l'acide arsenieux.

L'Académie nomme les commissaires pour les prix Civrieux, Portal, et le prix de l'Académie, envoyés au concours de 1841.

Prix Civrieux. — Commissaires : MM. Réveillé-Parise, Colleneau, Joly, Dubois (d'Amiens).

Prix Portal. — Ribes, Ollivier (d'Angers), Cornac, Martin Solon.

Prix de l'Académie. — Louis, Bricheteau, Fouquier, Honoré et Cruveilhier.

Abus dans l'exercice de la pharmacie. (Rapport par M. Adelon.)

Il y a déjà quelques mois, à propos d'une pétition adressée par 250 pharmaciens au ministre du commerce, sur la répression des abus dans l'exercice de la pharmacie, M. Bouley exprima le vœu que l'Académie joignît auprès du ministre des travaux publics ses réclamations à celles des pharmaciens. Une commission, nommée à cet effet, et composée de MM. Bouley, Cornac, Adelon, dut rédiger un rapport, que M. Adelon, rapporteur, vient aujourd'hui soumettre à l'approbation de l'Académie. Les commissaires ont cru devoir ajouter à leur travail des considérations tendant à la prohibition absolue des brevets d'invention pour médicamens.

Le rapport, après des considérations générales sur les abus de la vente des médicamens par des personnes autres que les pharmaciens, demande que l'article 33 de la loi actuelle, relatif à cet objet, soit également modifié.

Il sera défendu aux droguistes, herboristes, épiciers, et tous autres que pharmaciens, de tenir en dépôt, mettre en vente, ou vendre des médicamens.

Le second article dont la commission a demandé la rectification est celui qui concerne les remèdes secrets. Elle propose une proscription absolue de ces remèdes, et réclame une peine contre ceux qui enfreindront cette défense.

Dans leur pétition, les pharmaciens n'ont point abordé la question des brevets d'invention pour remèdes secrets. La commission demande au ministre, d'une manière absolue, qu'il ne soit plus délivré de brevets pour des médicamens.

La commission punit d'une amende de 3000 fr. les vendeurs de préparations vénéneuses qui n'obéissent point aux formalités qu'elle lui impose. Le rapport propose un maximum et un minimum d'amende. La forte amende de 3000 fr. effraie souvent les juges qui vont condamner les petits détaillans, sûrs de l'impunité, ou ceux qui ne vendent sans formalité qu'une petite dose de poison. En fixant à 100 fr. le minimum, et en conservant le maximum de 3000 fr., la conscience des juges peut ainsi proportionner la peine au délit.

M. Nacquart : Je ne comprends pas l'intérêt que peut avoir l'Académie à patroner une question aussi exclusivement pharmaceutique, landis que je comprends très bien la portée du rapport dans lequel on propose la proscription des brevets d'invention pour médicamens et remèdes secrets. Je demande donc que le rapport soit borné à cette seule partie.

M. Bussy désire qu'on demande au ministre la suppression des brevets pour médicamens, et non pas seulement pour remèdes secrets. En effet, un médecin ou pharmacien découvre un nouveau médicament et demande un brevet d'invention; aussitôt les annonces retentissent de tous côtés; il est mis partout en dépôt, et, en supposant même qu'il soit bon, comme il ne peut l'être que dans quelques cas déterminés, il devient mauvais par son administration à tout propos et sans aucune ordonnance de médecin.

M. Moreau demande que chaque paragraphe du rapport soit discuté à part. Il désire qu'on lui donne quelques explications sur ce qu'il faut entendre par remède, médicament : ces mots ont besoin d'être définis. Il est une foule de médicamens bons, mais innocens, dont la vente serait seulement confiée aux pharmaciens, d'après la loi, et certes, une pareille disposition attaquerait la liberté du commerce.

M. Bouillaud demande que la discussion d'un rapport embrassant des questions aussi importantes soit ajournée. Malgré l'opposition de MM. Bouley et Adelon, la proposition de M. Bouillaud est adoptée.

Variétés des taches simulant les taches arsenicales et obtenues par l'appareil de Marsh; par MM. Flandin et Danger.

L'examen auquel se livre actuellement une commission de l'Institut, sur la valeur de nos travaux sur l'arsenic, nous faisait un devoir d'en attendre le résultat avant de vous faire part de ces travaux. Mais ces travaux sont devenus, à plusieurs reprises, dans cette enceinte, l'objet de critiques; nous venons aujourd'hui répondre à ces dernières.

1° Par beaucoup d'expériences, qu'il nous serait trop long de rapporter ici, nous avons établi qu'il n'existe pas d'arsenic dans le corps humain à l'état normal. Cette proposition n'a point été combattue.

2° Pendant la carbonisation des matières animales, il se forme des produits solubles, le sulfite et phosphite d'ammoniac, qui donnent par l'appareil de Marsh, des taches semblables à celles de l'arsenic pour les caractères physiques, et qui se comportent comme elles avec beaucoup de réactifs. Nous vous présentons qua

torze assiettes sur lesquelles nous avons fait toutes les variétés de taches non arsenicales qu'on peut aussi produire.

Cette similitude de caractères physiques, et cette similitude pour beaucoup de réactions, nous font croire qu'il est fort difficile de bien établir en médecine légale les différences de ces deux espèces de taches, et qu'il est toujours nécessaire, pour se prononcer sur l'existence de l'arsenic, d'obtenir ce dernier à l'état métallique. Nous proposons donc de brûler l'hydrogène arsénié, pour arriver à ce résultat.

Pour combattre nos assertions, M. Orfila s'est placé dans des conditions toutes particulières et qu'on ne rencontre point en médecine légale. Il a pris 30 grammes de phosphite d'ammoniac et une certaine quantité de térébenthine, et d'un autre côté, il a comparé les taches ainsi obtenues à des taches d'acide arsénieux pur.

Dans les analyses que nécessite l'exercice de la médecine légale, on ne trouve jamais ni une aussi grande quantité de phosphite, ni l'arsenic seul. Bien au contraire ce dernier se trouve, comme on sait, en minime quantité dans une forte proportion de matières animales. A l'arsenic, peut s'ajouter une certaine proportion d'antimoine, quand l'émétique a été donné pour favoriser le rejet du poison. De plus, la carbonisation des matières est souvent rendue fort difficile par les quantités de ces dernières. Ce sont autant de difficultés qui, jointes à la similitude de beaucoup de réactions pour les taches de nature semblable, rendent celles-ci infidèles dans la détermination de la présence de l'arsenic.

Nous n'avons point dit d'une manière absolue que les chiens empoisonnés par l'acide arsénieux, ne rendaient point d'urine. Nous avons établi deux espèces d'empoisonnement : 1° Un empoisonnement physique dont les lésions peuvent être plus ou moins profondes sur le canal intestinal, et dans lequel la guérison est la règle et la mort l'exception. Il n'y a point dans cette espèce absorption du poison ; 2° un empoisonnement organique dans lequel il y a absorption et dans lequel la guérison est l'exception et la mort la règle.

Les chiens, quand ils se trouvent encore sous l'influence stupéfiante du poison n'urinent pas. L'urine et toutes les autres sécrétions ne commencent qu'avec la réaction organique, si elle peut s'établir. Nous avons conclu de ces expériences que ce n'était point dans les urines des personnes empoisonnées qu'il fallait chercher les traces du poison, mais bien dans leurs fèces qui en contiennent une bien plus grande quantité.

Pour obtenir l'arsenic mêlé aux matières animales, nous proposons d'annexer à l'appareil de Marsh un autre appareil que nous vous présentons ici. En opérant de cette manière, voici les résultats auxquels nous sommes arrivés. De 50 grammes de foie, et de 50 grammes de muscles d'un chien empoisonné par 15 centigrammes d'acide arsénieux, déposé dans le tissu cellulaire de la cuisse, nous avons retiré ce petit anneau d'arsenic dont le poids est de 1 milligramme. On peut, dans tous les cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, obtenir l'arsenic métallique.

MM. Flandin et Danger présentent d'autres échantillons d'arsenic métallique, dont le poids est de beaucoup inférieur, 1 milligramme, et qui ont été obtenus par leur procédé.

MM. Pelletier, Chevalier, Caventou, Husson, Adelon, sont chargés d'examiner ce travail.

M. Roux demande la parole pour une communication.

RÉSECTION DE L'ARTICULATION DU COUDE.

Depuis le 20 juillet 1839, jusqu'au mois de novembre dernier. M. Roux a pratiqué trois fois cette opération avec succès. Ce ne sont pas les seules qu'il ait faites. Le nombre total des opérations de ce genre, faites par lui, depuis 1812, est de 11, parmi lesquelles il y a eu seulement 3 résultats funestes. Toutes les fois que l'articulation du coude est compromise seule dans les tumeurs blanches et que les lésions des os ne s'en éloignent pas trop, M. Roux préfère la résection à l'amputation du bras. Il présente aujourd'hui deux malades, dont l'un, jeune homme de 17 ans, a subi l'opération dans le mois de juillet 1840, est aujourd'hui parfaitement guéri. Le second est un homme d'une cinquantaine d'années, opéré en novembre 1840. Il reste encore plusieurs fistules qui fournissent du pus. La consolidation, suite du travail qui se passe entre les os, n'est point encore faite, chez le premier malade, les mouvemens de flexion et d'extension peuvent se faire mais dans une très faible étendue. La main, chez les opérés, jouit de tous ses mouvemens ; la pronation et la supination sont nulles dans les deux cas. M. Roux a supprimé une des deux incisions latérales du procédé de Moreau; il se borne à l'incision verticale externe et à l'incion transversale. Il pense que ce procédé a l'avantage de hâter la cicatrisation et de favoriser la guérison.

FISTULE HÉPATO, PLEURO-BRONCHIQUE ; par M. PELLETAN jeune.

M. Pelletan présente le poumon, la plèvre et le foie d'un homme mort dans son service, à l'hôpital Saint-Louis. Cet individu fut pris, quelque temps avant sa mort, d'une expectoration très abondante de matière de couleur jaune, offrant quelque ressemblance avec la bile, M. Pelletan songea à la faire analyser ; mais par des circonstances indépendantes de sa volonté, l'analyse ne fut point achevée. A l'autopsie on a trouvé dans le lobe droit du foie beaucoup moins développé que le gauche, un kyste qui a détruit toute l'épaisseur du lobe droit, le diaphragme, et communiquait avec la plèvre qui forme poche à cet endroit. La poche pleurale a refoulé et condensé la portion voisine du poumon, et s'est ouvert à travers la substance de cet organe un conduit fistuleux qui arrive dans les bronches. C'est par cette voie que le liquide du kyste est arrivé dans les ramifications bronchiques et a été expectoré.

FRACTURE DU COL DE L'HUMÉRUS AU-DESSUS DE SES TROCHANTERS ; par M. MALGAIGNE.

M. Malgaigne présente l'épaule d'un vieillard mort dans son service à Bicêtre. Cet homme entra à l'infirmerie pour une fracture du col anatomique de l'humérus, produite par une chute sur le moignon de l'épaule dans un escalier. Avant d'opérer la réduction et d'appliquer un bandage convenable, il voulut attendre la résolution du gonflement de l'épaule. Pendant ce temps le vieillard fut pris de symptômes typhoïdes qui allèrent en augmentant et finirent par entraîner sa perte. Cette circonstance empêcha l'application d'aucun appareil. A l'autopsie, le fragment inférieur avait complètement abandonné le supérieur et se portant en avant et en dedans était placé dans l'aisselle. La tête humérale, obéissant à l'action du petit rond, d'abord a tourné de haut en bas sur la cavité glénoïde, comme cela arrive dans le mouvement d'élévation du bras. La surface fracturée était aussi emportée en haut et en dehors. Une fois le mouvement en ce sens commencé par le sus-épineux, il ne peut qu'être favorisé par l'action du sous-épineux et sous-scapulaire, et petits ronds qui deviennent, à cause de la direction nouvelle, comprimer à la tête des congenères du sus-épineux. Il est impossible, pendant la vie, d'avoir aucune prise sur ce fragment; aussi par les différentes positions que les chirurgiens ont recommandé de donner au bras dans cette fracture, on ne pourrait jamais obtenir l'affrontement des surfaces fracturées, ni par conséquent espérer une consolidation. Le seul moyen d'arriver à une réduction serait de porter le fragment inférieur, le seul sur lequel on puisse agir, en haut et un peu en arrière, vers la surface fracturée du supérieur.

La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

DU TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE; par F. LEURET, médecin de l'hospice de Bicêtre. — Paris, chez Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Les bonnes réformes en thérapeutique consistent souvent bien moins dans l'invention de nouveaux remèdes que dans le maniement mieux avisé des moyens qui sont depuis longtemps à la disposition de tous les praticiens. Ajouterons-nous qu'il peut y avoir plus de mérite à tirer parti de ce qui existe qu'à imaginer quelque témérité soi-disant thérapeutique ? Les découvertes elles-mêmes qui ont profité à notre art n'ont été parfois que le don du hasard, la bonne fortune d'un tâtonnement sans méthode et sans idée; mais combiner ingénieusement une série de moyens connus depuis longtemps, en tirer des effets inespérés, en diversifier l'explication avec autant de finesse que de persévérance, obtenir par là des succès que nul autre système de traitement n'a réalisés : voilà de l'innovation de bon aloi; voilà l'épreuve du sens pratique, à quelque spécialité qu'il s'adonne ; il nous serait difficile d'en méconnaître le cachet dans les faits publiés par M. Leuret et qui servent de fondement aux principes exposés dans le livre dont nous entretenons nos lecteurs. Ce livre échu à notre critique, nous lui avons appliqué un procédé de lecture qui nous est familier et que nous recommandons à nos confrères en bibliographie comme une des plus sûres méthodes d'analyse logique; nous en avons commencé la lecture par la fin; des observations qui s'y trouvent réunies, nous avons pu de la sorte remonter par degré à l'idée qui a dirigé l'auteur dans le traitement des malades qui les lui ont fournies; est-il meilleur moyen, pour connaître l'artiste, que d'examiner son œuvre ? Ce ne sont point des dogmes abstraits, des vérités purement spéculatives que M. Leuret annonce au public; mais bien des faits, des résultats pratiques; c'est donc auprès de ses malades qu'il faut l'écouter d'abord, le suivre jour par jour, et noter, dans le cadre accepté d'une observation spéciale, les développemens de sa pensée. Avec cette marche, le livre que vous tenez vaut une clinique, car il ressuscite pour vous celle de l'auteur, surtout quand les faits sont produits avec le détail et la précision qu'y met M. Leuret, et les faits une fois connus, les malades comptés et interrogés, vous passez avec lui à la première partie de son ouvrage, comme dans une conférence qui succède à l'heure militante de l'exploration directe.

Mais quoi ! le traitement moral de la folie est-il donc une nouveauté qui puisse s'inscrire presque sur la ligne des découvertes cliniques et défrayer le titre d'un ouvrage ? Les modificateurs puisés en dehors de la matière n'ont-ils pas été essayés bien avant M. Leuret, sur des hallucinés, sur des lypémanes, sur des porteurs de dignités imaginaires ? Sans aucun doute. Avant Broussais, la lancette a fonctionné activement, la sangsue a dégorgé les tissus hyperémiés; et pourtant nul ne lui conteste un nouvel usage et presque la propriété de la méthode antiphlogistique; l'école italienne n'a guère enrichi la matière médicale; elle n'a pas même inventé les monstres de sa posologie aventureuse; elle n'en a pas moins un caractère propre, une sorte d'individualité qui ressort d'un ensemble d'idées et de procédés. M. Leuret n'a point la prétention d'avoir appliqué le premier au traitement des altérations mentales les moyens puisés dans l'ordre métaphysique; ce qui lui appartient, c'est l'esprit qu'il apporte dans l'emploi de ces puissans réactifs, comme il les appelle ingénieusement, c'est la méthode suivant laquelle il sait les choisir, les asso-

cier, les varier, les gradner, les interrompre, les reprendre, les soutenir; il lui revient encore d'en avoir mieux compris l'importance, de les avoir constitués en méthode de traitement, tandis qu'ils n'ont figuré jusqu'à lui dans les hospices d'aliénés comme dans les ouvrages spéciaux à titre d'auxiliaires, et oon comme la base essentielle de toute tentative curative à l'encontre de la folie.

Les personoes qui sont habituées à disculer les faits dans la sphère même où ils prennent naissance et se développent, auront peut-être quelque peine à s'inculquer l'originalité de la thérapeutique proposée par M. Leuret pour les aliénés; nous parlons ici de cette classe très nombreuse d'esprits qui n'ont pas encore accepté les conclusions du matérialisme, ni les conjectures de la phrénologie; de ceux qui, soit habitude d'éducation, soit tendance innée, soit conviction ou sentiment, séparent, quant à leur origioe et à leur essence, les phénonomènes moranx et intellectuels des phénomènes organiques. Pour ceux-là, traiter par l'action morale les altérations diverses de l'intelligence, n'est point chose plus nouvelle, plus ingénieuse que de saigner dans la pneumonie ou dans la pleurite: que dirait-on d'un médecin qui, placé en face d'un malade atteiot d'une violente inflammation des poumons, se délecterait à suggérer à son client des passions nouvelles, à rompre le cours de ses idées, au lieu de lui ouvrir la veine et de lui poser ventouses ou sangsues? Le médecin qui poursuivrait par les purgatifs ou par les moxas une monomanie ambitieose ou les rêveries d'nn hypocondriaque, se placerait, aux yeux des spiritualistes, dans la position du précédent confrère. C'est que nonobstant la propagande du matérialisme médical et les affirmations de l'école anatomo-pathologique, les doctrines qui tradnisent leurs tendances n'ont pas encore transpiré bien au-delà du corps médical; le mot folie réveille dans la grande majorité des esprits l'idée d'nne perversion intellectuelle ou morale, non celle d'une lésion du tissu, et quelle que soit l'industrie du scalpel, l'étiologie d'une hallncination ou d'une pyromanie ne leur apparaîtra jamais avec les mêmes élémens matériels que celle d'une angine ou d'une péritonite traumatiqoe.

On peut donc prédire à M. Leuret que les priocipes qu'il met en avant se répandront avec beaucoup moins de résistance en dehors du monde médical que parmi ses confrères, placés encore sous l'influence des doctrines anatomo-pathologiques et par estime pour les recherches de nature positive (comme ils disent), abdiquant leur conscience philosophique devant les pompeuses révélations d'amphithéâtre. On a tenté, en effet, toutes sortes d'hypothèses anatomo-pathologiques, car l'investigation cadavérique a ses illusions et ses hypothèses, pour rendre compte de la folie; on a accusé l'épaississement des os du crâne, avant d'avoir déterminé leur degré normal d'épaisseur; l'épaississement des méninges, l'atrophie, l'hypertrophie, l'œdème du cerveau, l'altération dans la couleur de la substance grise ou dans la substance blanche, les granulations de la surface des ventricules cérébraux, les adhérences des méninges avec les circoovolutions cérébrales, toutes ces lésions et d'autres ont été successivement proposées pour la solution étiologique du problème folie. M. Leuret a beau jeu de démontrer l'inanité de ces opinions, toutes émanées d'une observation partielle ou inexacte, et de la discussion des faits allégués, il conclut avec raison: « 1° Que l'on a accumulé sans aucun esprit de critique toutes les altérations rencontrées ou que l'on a cru rencontrer daos le cerveau des individus morts après avoir été atteints d'aliénation mentale; 2° que l'on a attribué le désordre de l'intelligence et des passioos à ces altérations réelles ou supposées; 3° que l'on a négligé de tenir compte des altérations compatibles avec l'intégrité de l'intelligence; 4° que, en ce qui concerne les altérations propres aux aliénés, on n'a pas fait la part aux symptômes physiques et aux symptômes psychiques. » Après cette démonstration, M. Leuret n'abuse pas de la victoire; il n'exige pas de ses adversaires abattus l'aveu formel de la nature purement psychique de la folie; il n'a garde d'arborer bannière: il vient de combattre les anatomo-pathologistes et les localisateurs; plus loin (p. 146 et suiv.) il répudie le spiritualisme abstrus des écrivains allemands et fait bonne justice de leurs définitious et de leurs dilemmes; tout ce qu'il veut, pour le moment, c'est qu'il soit bien reconnu que si la folie dépend d'une altération de l'encéphale, on ignore complètement en quoi consiste cette altération.

Une autre proposition fournit ensuite à l'auteur l'occasioo de passer en revue les moyens de traitement employés ou conseillés par la plupart des médecins qui se sont livrés à l'étude des maladies mentales; il résulte de cette appréciation comparative que le traitement moral, généralement ou plutôt banalement mis en usage, n'est considéré que comme un auxiliaire du traitement physique; celui-ci est considéré par M. Calmeil comme le témoignage d'un progrès; Georget n'avait pas en pratique d'idées plus élevées; M. Ferrus pose pour but principal au médecin des aliénés de ramener, à l'aide d'agens physiques, l'organe de l'intelligence à son type normal; on ne saurait lire de critique plus spirituelle d'un traitement purement physique employé par M. Morison, que le simple résumé qu'en donne M. Leuret: « Le malade qui en fait le sujet croit voir des esprits; pour l'empêcher d'en voir, on lui donne des pilules de jalap et de calomel, des bains, de la jusquiame et de l'opium. Il croit être Dieu: on supprime les bains et les pilules. Il devient dangereux: on l'enferme et on lui met des ventouses scarifiées. Il casse les fenêtres: on lui donne un scrupule d'ipécacuanha, etc. (p. 44). » Voilà comment sont traités les aliénés par les médecins qui, comme le dit encore spirituellement M. Leuret, *savent* en quoi consiste la lésion cérébrale, productrice de la folie, et qui poursuivent cette lésion par des *remèdes appropriés*; cette matière diffère très peu de celle qui est encore usitée généralement en France, aussi bien qu'en Angleterre et en Italie.

Ecartant des deux condées les doctrines qui aboutissent au traitement physique et celles qu'a engendrées le spiritualisme pur, M. Leuret s'appuie sur la raison et sur l'expérience pour fonder les véritables bases de la thérapeutique des aliénés: chez ces malheureux, l'intelligence et les passions ne peuvent être ramenées à leur type normal qu'à l'aide du traitemeot moral, et ce mode de traitement est le seul qui ait une influence directe sur les symptômes de la folie. Qui ne connaît la réaction réciproque des idées et des sentimens, l'influence que les passions exercent entre elles? Ce sont autant d'agens remis aux mains du médecin, pour modifier l'état des aliénés: il ne faut que les employer à propos, dans une mesure déterminée; les combiner avec prudence, les appliquer avec force; les aliénés, dit M. Leuret, sont des hommes qui se trompent: à l'erreur a-t on opposé jamais des purgatifs, des sangsues? Quand le cerveau des aliénés serait visiblement altéré, le traitement par les idées et par les passions serait eocore le plus fertile en chances favorables; les idiots ne s'améliorent que par l'éducation, et chez eux il existe presque toujours un vice congénial ou acquis dans le cerveau. L'expérience peu heureuse que l'on a faite jusqu'aujourd'hui des aspects moraux ne prouve rien; ils n'ont été maniés qu'avec une extrême réserve, secondairement ou sans une distinction suffisante des cas qui les indiquent ou les repoussent. Les remèdes physiques ne sont point écartés par M. Leuret, qui sait les employer préalablement, quand des symptômes qui tombent sous les sens en sollicitent l'application; la paralysie, la loquacité, l'apathie, l'agitation, la fièvre, etc., seraient mal combattues par des menaces, des injonctions ou des interrogations perturbatrices. De même l'auteur oe dissimule pas ce qu'il y a de laborieux, de difficile dans le traitement moral; nous renvoyons à l'ouvrage pour apprécier le parti que sait tirer l'auteur de tous les moyens qui rentrent dans cette méthode, les heureux changemens qu'il est parvenu déjà à introduire dans son service, conformément à sa doctrine; c'est surtout dans les faits qu'il raconte avec autant de clarté que de minutie, que se révèle la promptitude d'esprit, le calme judicieux, la volonté forte et tenace, l'adresse et le tact, qualités nécessaires au succès de la médication morale, et par lesquelles M. Leuret a opéré d'étonnantes guérisons. Nous faisons des vœux pour que, dans une prochaine édition, M. Leuret puisse grossir la collection de ces faits, galerie instructive des larves morbides de l'humaine intelligence, et où le philosophe et le médecin rencontrent ample matière à méditation.

Une idée-principe a suggéré la méthode de M. Leuret, quoiqu'il ne l'ait point exprimée; c'est celle de l'autorité; il a réfléchi aux conditions essentielles de l'éducation humaine; il a vu que l'être moral et intellectuel ne se développe que sous l'action d'une autorité de même origine, qu'elle s'appelle père, instituteur, religion, société; que notre nature, envisagée dans ses faits et développemens multiples, veut sur tous les points une force qui la règle, la contienne, la redresse; cette double action de répression et d'excitation morale s'exerce envers l'homme adulte par la société elle-même; le fou est celui qui a cessé de correspondre à la vie sociale; c'est une éducation à recommencer, et M. Leuret l'entreprend vis-à-vis des aliénés, avec l'ascendant impérieux sans lequel il est impossible d'élever un enfant. Sa méthode est donc rationnelle et naturelle; mais, dans les vastes services des hôpitaux d'aliénés, quel en sera le sort? Comment l'appliquer en détail, avec tact et loisir, au milieu de cette triste population de fous qui se presse, troupeau bizarre, dans les dortoirs et dans les cours d'asiles, presque insuffisans? Il faudrait un nombre immense de médecins, pour rechercher, dans cette étrange mêlée de cerveaux en délire et d'ames en souffrance, les probabilités de guérison par le traitement moral: quand on songe que, dans un établissement public, le nombre des aliénés permet à peine au médecin en chef de donner à chaque malade, dans le cours d'une année entière, trente-sept minutes d'attention, combien de pauvres intelligences s'affaissent à jamais, qui, surveillées, interrogées, dirigées, auraient repris leur force et leur essor normal! Combien d'âme et de génie et de sentiment laissés là sans un

regard qui le sollicite, sans une parole qui rayonne à travers les ténèbres où tout cela est assis comme à l'ombre anticipée de la mort!

Il faut encore, pour faire fructifier la méthode de M. Leuret, dans le médecin qui l'applique, un exemple de qualités rares qui rappellent en partie le type idéal retracé par Hippocrate; mais ce n'est point là ce qui embarrassera, et nous ne doutons pas de l'excellence des esprits qui peuplent les rangs de notre profession.

M. L.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Il s'est passé dans la dernière réunion des médecins des hôpitaux, un fait que je crois devoir relever, et je compte sur votre obligeance pour vouloir bien insérer cette lettre dans le prochain numéro de votre excellent journal.

Cette réunion, qui a eu lieu samedi dernier, avait pour but de discuter le rapport de M. Paul Dubois sur les observations que les médecins des hôpitaux adressent à l'administration pour les améliorations du service; un chapitre de ce rapport concernait le lait, et M. Paul Dubois avait bien voulu s'adresser à moi pour examiner ensemble les moyens propres à obtenir du lait suffisamment pur et de bonne nature; cette question n'est pas sans intérêt; car le lait fourni aux hôpitaux est souvent de très mauvaise qualité, et le rapport de l'année dernière n'ayant signalé aucune manière de remédier à cet inconvénient, l'administration s'est fondée sur l'impuissance de la science à cet égard, pour n'apporter aucun changement aux conditions des fournitures.

Et pourtant il est possible d'arriver à une solution, si ce n'est rigoureuse et scientifique de ce problème, du moins économique et approximative, et l'on voit qu'il s'agit en effet d'une question d'économie domestique bien plutôt que d'une question de science.

Le point essentiel est de s'assurer si le lait contient une proportion convenable de crême; la crême est ce qui constitue la véritable richesse du lait et la seule partie que le vendeur ait intérêt à soustraire; or il résulte des recherches que j'ai entreprises sur ce point, à la demande de M. Dubois, que le lait de vache ordinaire donne environ dix pour cent de crême, après douze heures de repos; s'il en donne moins, on peut le considérer comme pauvre; il est riche au contraire s'il en fournit davantage.

M. Paul Dubois ayant vérifié ces résultats et s'étant d'ailleurs assuré que les marchands de lait intéressés à connaître la richesse du lait qu'ils achètent d'un grand nombre de vaches pour le revendre en détail, n'emploient pas d'autre moyen, a proposé dans son rapport d'indiquer et de recommander cette méthode à l'administration; de telle sorte qu'à l'avenir les fournisseurs de lait pour les hôpitaux, au lieu de n'être assujétis à aucune règle comme à présent et de n'avoir d'autre limite à leur fraude que le degré de leur probité, seraient tenus de fournir du lait contenant une certaine proportion de crême déterminée par les conditions du marché; ce serait une garantie apportée là où il n'en existe aucune.

Plusieurs imperfections ont été reprochées à ce procédé; la plus grave est de ne pas mettre entièrement à l'abri de la falsification du lait au moyen de l'eau. On a démontré que du lait étendu d'un dixième d'eau donne autant de crême que le même lait pur; cela est vrai, soit que l'eau facilite l'ascension de la crême, soit plutôt, comme je le pense, qu'elle ne fasse qu'enfler la couche de cette crême; toujours est-il que dix parties d'eau sur cent peuvent être ajoutées au lait, sans que la mesure de la couche de crême indique cette fraude; mais aussi la fraude n'est guère possible au-delà de cette limite; car non seulement une plus grande quantité d'eau nuit à la séparation de la crême; mais, en outre, le lait, au lieu d'avoir alors sa couleur blanche mate ordinaire, prend, au-dessous de la crême, une teinte bleuâtre, que la moindre habitude permet de reconnaître, lorsqu'il contient plus d'un dixième d'eau. L'aréomètre pourrait encore servir, dans ce cas, à constater la diminution de densité du lait étendu d'eau; mais l'usage de cet instrument ne doit passer qu'après la mesure de la proportion de crême, attendu que du lait écrêmé, puis additionné d'un dixième d'eau, reprend absolument sa densité normale, l'eau faisant compensation, sous le rapport de la pesanteur spécifique, à la crême ordinaire.

La meilleure vérification du lait pour les besoins ordinaires consiste donc à mesurer la proportion de crême qu'il laisse monter, dans l'espace de dix à douze heures, par exemple, à la température ordinaire des appartemens, et cette opération se fait très bien, sans présenter la moindre difficulté pour personne, dans un tube gradué divisé en cent parties (1); ce procédé a de plus l'avantage de mettre obstacle à ce que l'on fasse chauffer le lait avant de le livrer, et que l'on altère ainsi ses propriétés alimentaires, l'ébullition diminuant tellement l'ascension de la crême, que le même lait qui donnait dix parties de crême avant d'avoir été exposé au feu, n'en fournit plus que deux à trois après cette opération; il est bon de savoir aussi que le mélange de l'eau ne détermine pas l'ascension d'une nouvelle partie de crême, quand le lait a été préalablement écrêmé.

(1) M. Soleil, opticien, rue de l'Odéon, 35, vient de faire construire des éprouvettes graduées destinées à mesurer comme je l'indique la proportion de crême dans le lait de vache, le lait d'ânesse et le lait de femme.

Il est clair que ce mode de vérification ne révèle pas les altérations plus intimes du lait, celles résultant, par exemple, d'un état morbide de la vache, du mélange de ce liquide avec des matières muqueuses, purulentes, etc.; je ne connais, dans l'état actuel de la science, que le microscope qui permette d'arriver à ce résultat; mais le procédé dont il est question place, ainsi que l'a fait judicieusement observer le rapporteur, les hôpitaux dans la condition des ménages bourgeois de Paris, et c'est déjà beaucoup.

Après bien des contestations de la part de ceux qui auraient sans doute préféré le maintien de l'état actuel à une amélioration incomplète si l'on veut, mais enfin à une amélioration notable dans cette partie du service des hôpitaux, ce chapitre du rapport a été adopté; mais M. Paul Dubois terminait en disant que c'était à moi qu'il devait les renseignemens sur lesquels il s'était appuyé, et que si l'on adoptait ses propositions à l'égard du lait, il était juste de rappeler que mes travaux avaient contribué aux améliorations qui en résulteraient.

Au moment de voter sur l'ensemble du rapport, plusieurs membres ont demandé la suppression de cette phrase par des motifs qu'il m'importe de commenter ici.

Et d'abord, on a dit que le moyen proposé par le rapporteur et par moi n'avait rien de nouveau, et que l'on ne me devait rien à cet égard; je tiens peu à la priorité de cette application, et je me contenterai de rappeler qu'il n'en est fait aucune mention dans le rapport de l'année dernière, et je ne sache pas non plus qu'il en soit fait usage d'une manière générale pour la fourniture des hôpitaux.

Mais l'autre motif m'intéresse davantage: on ne veut pas que M. Dubois me remercie des renseignemens que je lui ai donnés, ni des expériences que j'ai faites à sa demande, dans l'intérêt des malades; on ne veut pas qu'il me rende la justice que tout rapporteur doit à ceux dont les travaux ont contribué à l'éclairer, de peur *que je ne me fasse un titre de cette approbation auprès de l'administration, pour renouveler la demande que j'ai déjà faite d'être nommé médecin du bureau des nourrices de la direction*, au préjudice des droits acquis par les médecins du bureau central. De telle sorte que ce n'est ni la justice qui m'est due, ni le sentiment de convenance à l'égard du rapporteur, qui s'est acquitté avec tant de dévoûment et de succès de son travail, qui ont été consultés en cette occasion, mais l'usage que je pourrais faire et le parti que je pourrais tirer d'une appréciation de mes travaux, que M. Dubois a présentée en termes fort obligeans sans doute, mais qui n'est presque, à vrai dire, qu'une formule obligée.

Or, il est bon que l'on sache que non seulement je n'ai jamais adressé, ni directement, ni indirectement aucune demande semblable à celle que l'on suppose; mais que les médecins du bureau central ayant un jour conçu quelqu'inquiétude à ce sujet, d'après des avis tout à fait faux, je leur ai donné, par l'intermédiaire de l'un d'entre eux, ma parole de ne jamais faire aucune démarche de cette nature, ni par moi, ni par d'autres; cette déclaration avait suffi à cette époque pour les rassurer, et je suis étonné qu'il ne se soit trouvé personne, dans leur dernière assemblée, pour la rappeler. Je sais pourtant que des confrères justes envers moi et que des amis ont vivement réclamé en ma faveur, et je les en remercie.

Ce qui vient de se passer pourrait peut-être me délier de ma parole, mais je n'ai nulle envie de me rétracter et je suis toujours dans le même sentiment. Je puis être, par opinion, opposé au droit exclusif que les réglemens actuels accordent aux médecins du bureau central, et je combattrais cette disposition, au moins en ce qui concerne les choses spéciales et nouvelles de la science, s'il s'agissait de la discuter dans une commission; mais tant que le réglement subsistera, je n'aurai aucune peine à m'y soumettre, quoique j'aie le sentiment de l'utilité dont je pourrais être (plus grande pour l'administration que pour moi-même) sur un sujet que j'ai plus étudié que personne, qui avait été négligé avant moi et que j'ai considéré sous un point de vue nouveau.

Ce n'est pas la première fois, au reste, que l'on me suppose des intentions et des projets très éloignés de ma pensée; le but que je poursuis est tout autre, il ne peut inquiéter personne, et aussi il n'est donné à personne de m'empêcher de l'atteindre.

Agréez, etc.

AL. DONNÉ.

— M. Donné reprendra son cours public de microscopie, momentanément interrompu, mercredi prochain, à 3 heures, dans l'amphithéâtre de M. Paul Dubois, clinique de la Faculté, place de l'Ecole-de-Médecine; cette séance sera consacrée à la démonstration des opérations du daguerréotype et aux applications des méthodes photogéniques de la reproduction des objets d'anatomie et d'histoire naturelle, tant au moyen du microscope ordinaire, que du microscope solaire et à gaz. — M. Donné indiquera, dans cette séance, les jours et heures des leçons suivantes.

— Il y aura réunion des professeurs particuliers jeudi prochain 1er avril, à midi, à la Faculté, pour la distribution des amphithéâtres de l'Ecole pratique pour les cours d'été.

— L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro une lettre de M. Gendrin, en réponse à celle de M. Tanquerel des Planches, insérée dans notre dernier numéro.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 14. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 3 AVRIL 1841.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

STRABISME.

MÉMOIRE SUR L'ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DU STRABISME; par M. le docteur Jules Guérin; lu à l'Académie des sciences, le 25 janvier 1841 (1).

La section des muscles de l'œil contre le strabisme est venue donner un intérêt tout particulier à l'étude de cette difformité. Cette nouvelle application de la myotomie ne constitue pas seulement une heureuse acquisition de l'art; c'est encore un fait curieux et fécond livré aux méditations de la science. S'il est vrai, en effet, et l'expérience ne permet plus de doute à cet égard, que la section des muscles de l'œil guérisse rapidement et définitivement certains cas de strabisme, il en résulte la nécessité de réviser les théories de la difformité et de les faire concorder avec les résultats de la nouvelle méthode. Dans cette vue, la myotomie oculaire peut être considérée comme une expérience propre à confirmer ou à infirmer les idées qu'on s'était faites jusqu'ici de la nature du strabisme. C'est ainsi, par exemple, que la théorie la plus généralement admise, la théorie de Buffon, qui considère le strabisme comme le résultat d'une inégalité de force dans les deux yeux, ne peut s'accorder avec la guérison immédiate et radicale de la difformité par la section des muscles de l'œil, du moins pour les cas où cette guérison persiste, d'autant plus que la faiblesse qui existe toujours dans l'œil dévié disparaît graduellement après l'opération, et sans le secours d'autres moyens que l'opération.

Ce n'est pas tout.

En conduisant à la vraie théorie du strabisme, la myotomie oculaire a pour résultat de mettre, chacune à leur place, les différentes particularités anatomiques et physiologiques qui composent l'histoire de cette difformité, et dont les théories fausses avaient perverti la signification. Le fait si général de l'altération de la vision, et toutes les autres modifications fonctionnelles de l'œil, considérées par Buffon comme causes du strabisme, deviennent, en reprenant leur véritable caractère de subordination à la cause active de la difformité, une source féconde d'observations nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de l'œil. A ce titre, le strabisme, comme toutes les difformités du corps humain, est encore une expérience dont le mécanisme étant bien déterminé, a pour effet d'agrandir singulièrement le domaine de l'observation, tantôt en diminuant, tantôt en grossissant ou en modifiant d'une manière quelconque certains faits plus obscurs et moins apercevables, lorsqu'on se borne à les étudier dans leur normalité.

A ces points de vue purement scientifiques, on en peut joindre un dernier qui a trait plus directement à l'art. La notion de la vraie cause du strabisme a surtout pour objet de donner des principes à l'art, d'établir nettement les rapports de la difformité avec son traitement, de détermi-

(1) Toutes les idées et observations renfermées dans ce mémoire avaient été exposées dans ma conférence clinique de l'hôpital des Enfans, le 12 août 1840; je les ai reproduites un grand nombre de fois, depuis lors, dans mes leçons.

Feuilleton.

LE DOCTEUR MATHANASIUS.

(Suite.)

Si l'on a bien compris le caractère original, tout à fait *excentrique* de mon vieil ami, on a dû s'apercevoir de son goût exclusif, disons mieux de sa passion pour les anciens et leurs doctrines. Selon lui, ils avaient tout imaginé, tout compris, sinon tout vu, tout expliqué; et certes il eût été impossible de le faire changer d'opinion. Il me semble le voir encore tout couvert de la poussière sépulcrale de sa vieille bibliothèque, vanter, exalter les médecins de l'antiquité, souvent aussi ceux du moyen-âge, qu'il étendait parfois jusqu'au dix-septième siècle. Ce que vous voyez là, disait-il, en me montrant une longue file de bouquins, *veræ sunt reliquiæ aurei sæculi*; plus on creuse dans cette mine, plus la veine devient riche. Quant à notre médecine actuelle, il n'en faisait pas grand cas, tout en rendant justice à quelques hommes éminens. Selon lui, ce qu'elle contenait de bon et de vrai, était dû aux anciens; nos erreurs mêmes étaient un calque, une imitation de celles de l'antiquité.

Bien que mon intention ne fût jamais de le combattre, j'essayais néanmoins parfois de lui faire sentir combien son opinion était exagérée; mais le vieux docteur, tirant aussitôt de ses cartons une foule de notes, d'extraits, d'analyses, de jugemens, de comparaisons entre les doctrines d'autrefois et celles de nos jours, s'efforçait de me convaincre, tantôt par cette sorte de bon sens et de bonne foi qui lui était naturelle, tantôt par une vive et moqueuse ironie. Eh quoi! me disait-il, un jour, me prenez-vous pour une de ces dupes dont on amuse la crédulité avec les grands mots de *progrès*, *d'avancement* de la science *de vives lumières*, *d'applications* rigoureuses. *Etre en progrès*, c'est là le grand mot du siècle; mais pourquoi est-il plutôt dans les phrases que dans les choses? C'est toujours cette vieille étiquette de vanité, mise sur un flacon neuf du vin frelaté. Quand il s'agit de science, je suis comme Quesnay, en économie politique, je ne crois qu'au *produit net*. Guérir est tout, et comme le dit Heurnius, *hic nobis debet esse scopus*. (In Aph. Hipp., page 34.) Or, je ne pense pas que l'on guérisse ni mieux ni plus promptement qu'autrefois. Que l'on dise tant qu'on voudra que j'ai l'humeur chagrine d'un vieillard, que je suis malade, atteint d'hypocondrie-lycantropique, je n'en persévérerai pas moins dans mon opinion, et serai fort peu embarrassé d'en prouver la solidité. On dissèque, on injecte, on examine en tout sens les organes, on fouille à fond et en plein les cadavres, on torture les animaux grands et petits; en connaît-on mieux les grandes lois de l'économie, a-t-on mieux observé les maladies que nos devanciers, en a-t-on fait des tableaux plus frappans, plus énergiques et plus vrais que les leurs, a-t-on posé des bases plus profondes? Je ne le crois pas. Ce qu'il y a de plus solide dans vos doctrines, vient de la médecine d'autrefois à très peu de chose près. Vous êtes les héritiers ingrats des anciens et du moyen-âge; vous vous emparez des fruits de leur génie, de leurs veilles, de leur énergie concentrée et

ner si tous les cas de strabisme sont de la même nature, s'il en est qui ne sont pas guérissables par l'opération, et si ceux qui le sont le sont toujonrs au même degré, et offrent des caractères susceptibles de les faire distinguer de cenx qui ne le sont pas : voilà le but final de la science. On voit au premier abord de quelle ntilité et de quelle importance serait la solution complète de ces problèmes; ce serait élever nne pratique, jusqu'à ce moment incertaine, empirique, contestée dans ses résultats, à l'autorité d'une métbode précise, rationnelle et définitivement constituée. Car, jusqu'à ce qne la science soit en possession de principes rigoureusement établis, l'art restera livré aux interminables dispntes des théories opposées, laissant dans une perplexité extrême les malades qui devraient recourir à ses services. Par ces motifs, on ne sera pas surpris de me voir commencer mes commnnications sur le strabisme par des recberches pnrement scientifiques, et non par l'énoncé des cas de guérison que j'ai obtenus, et des procédés opératoires qui me sont propres. Ce à quoi je me borne pour le moment, c'est d'affirmer que j'ai prodnit depuis six mois un nombre assez considérable de guérisons complètes du strabisme, par la section des muscles de l'œil, parce que ce précédent est un point de départ indispensables aux démonstrations scientifiques que j'ai à présenter.

L'objet de ce premier mémoire est donc d'établir la véritable étiologie, l'étiologie expérimentale du strabisme, de démontrer qu'il y a deux sortes de strabisme, d'une nature tont à fait différente, dans lesquelles se résolvent tontes les variétés connnes et à connaître de cette difformité : l'une, que j'appelle strabisme *mécanique*, on *musculaire primitif*; l'antre *optique*, on *musculaire consécutif*, que le strabisme mécaniqne et le strabisme optique ont des caractères parfaitement distincts ; que l'nn est toujours susceptible de guérison on an moins d'amélioration par la section des muscles de l'œil ; qne l'autre, an contraire, ne doit jamais être opéré, parce qu'il est tonjonrs réfractaire à l'opération. En procédant de la sorte, j'ai eu ponr bnt de débarrasser d'avance le terrain de la nonvelle méthode des faits qu'on tenterait d'introduire arbitrairement dans son domaine et qui auraient pour résnltat de faire contester son efficacité.

Ponr donner à ce travail tonte la rigueur et la clarté dont je suis capable, je l'ai réduit en propositions qui s'enchaînent toutes vers un même bnt, et que j'ai sonmises en particulier à une démonstration aussi complète que le permet l'état actuel et la nature propre de notre science.

PREMIÈRE PROPOSITION.

TOUS LES MOUVEMENS DE L'ŒIL SE RAPPORTENT A DEUX ORDRES, AUX MOUVEMENS MÉCANIQUES OU SUBORDONNANS ET AUX MOUVEMENS OPTIQUES OU SUBORDONNÉS.

On n'a pas fait jusqu'ici, dans l'analyse des monvemens du corps humain, une distinction qui me paraît ntile, entre les mouvemens *subordonnans* et les monvemens *subordonnés*. Sans vouloir entrer ici dans les détails que comporterait ce point de physiologie générale, je me bornerai à en dire ce qui est indispensable pour son application aux mouvemens de l'œil. Or, comme tons les systèmes musculaires particnliers du corps, les muscles de l'œil sont susceptibles de ces deux ordres de monvemens : ils penvent imprimer à cet organe des monvemens *directs primitifs* qui précèdent l'acte de la vision et sont le produit immédiat de la volonté; et des mouvemens *indirects*, *consécutifs* qui suivent l'acte de la vision commencée et dont la volonté n'a pas conscience. J'appelle les premiers de ces monvemens, les mouvemens *mécaniques*, parce qu'ils déplacent l'œil comme les muscles des membres étendent on fléchissent lenrs diverses brisures sous l'influence de la volonté, et indépendamment du bnt final auquel ces mouvemens peuvent être employés ; j'appelle les seconds les monvemens *optiques*, parce qu'ils sont liés et subordonnés à l'exécution d'un mode particulier de la vision, ainsi que je le montrerai tont à l'beure, et qu'ils reçoivent de ce mode fonctionnel nne impulsion tonte d'instinct dont la volonté n'a pas conscience. Un exemple de ce donble fait achèvera d'en établir la réalité et d'en faire apprécier la différence.

Appelez le regard de quelqu'un sur un objet de petite dimension placé à la distance de cinq à six mètres ; rapprochez graduellement l'objet en le tenant dans le même plan borizontal. Dans le premier temps de cette opération, les yeux anront quitté volontairement les objets qu'ils regardaient pour se parter snr celui qu'ils regardent maintenant ; voilà le monvement mécanique et primitif ou subordonnant ; pnis ponr concourir simultanément et s'adapter à la vision distincte de l'objet graduellement rapproché, les denx yeux convergeront d'une manière égale instinctivement et sans le concours réfléchi de la volonté, d'une quantité proportionnelle an degré de rapprochement de l'objet, jusqu'à ce que celui-ci soit trop près pour réunir en nn point de sa surface les deux axes visnels. Voilà le mouvement optique, consécutif ou snbordonné. Ainsi, les yeux se dirigent d'abord vers l'objet à regarder, *mouvement mécanique* ; et ils convergent on divergent pour obéir aux besoins et aux conditions du regard distinct, *mouvemens optiques* on *subordonnés*. C'est-à-dire, d'une part, déplacement volontaire des yeux, comme les muscles de l'épine peuvent faire fléchir volontairement cette tige, et convergence on divergence involontaire des yeux, comme les muscles de l'épine se contractent instinctivement et involontairement pour maintenir cette tige en équilibre sur le bassin, après la contraction volontaire des muscles qui l'ont inclinée et qui pourraient troubler cet équilibre. Ce point de vue acquerra quelque importance si l'on considère que la division des mouvemens en subordonnans et subordonnés sert de point de départ et de base à la distinction de tontes les difformités du système osseux, en musculaires primitives et muscnlaires secondaires, c'est-à-dire en celles qui doivent être traitées par la section des muscles, et celles qui ne retirent aucnn avantage direct de cette métbode. Il en sera de même du strabisme, ainsi que nons allons le démontrer.

DEUXIÈME PROPOSITION.

IL Y A DEUX ESPÈCES DE STRABISME QUI CORRESPONDENT AUX DEUX ESPÈCES DE MOUVEMENS DE L'ŒIL ; LE STRABISME MÉCANIQUE OU MUSCULAIRE ACTIF; ET LE STRABISME OPTIQUE OU MUSCULAIRE PASSIF.

On peut définir le strabisme, la déviation mnsculaire anormale de l'œil on des yeux. Tout changement de direction des globes oculaires qui ne reconnaîtrait pas ponr cause prochaine l'action irrégulière des muscles ne pourrait pas être considéré comme un strabisme, ni confondu avec cette difformité, parce que les muscles senls ont réellement la propriété d'opérer ces changemens. C'est ainsi, par exemple, qu'on ne pourrait pas confondre avec le strabisme un déplacement de l'œil produit

---

féconde. Votre époque scientifique vit sur le passé, ne l'avoue pas et le déguise mal; votre progrès s'entretient d'exhumations des vieilles doctrines; les idées anciennes reparaissent, mais avec la livrée moderne ajustée, appropriée à la circonstance. Plus on examine, plus on trouve qu'après bien des efforts, des changemens apparens, on a varié les mots du *crédo* médical, sans changer la divinité.

Il est des gens qui disent : les applications sont tout, le véritable inventeur est celui qui fait et exécute. Principe commode en vérité pour les flibustiers scientifiques. Aucun d'eux n'a pu tronver d'idées; elles existaient ; qu'ont-ils fait ? Les plus adroits ont su les trier, les faire valoir. La forme, la draperie, l'enjolivure, l'éclat, le développement, la rectification, voilà les moyens ordinaires de légitimer une paternité mensongère. Rien de plus simple, de plus facile que ce qui est déjà connu ; le difficile est de trouver. Sans doute qu'il y a des époques marquées pour les progrès de la science dans la route éternelle du temps, mais les grandes lois une fois posées et reconnues changent très rarement. Mon ami, cette mère-goutte du génie, ce premier centre du diamant intellectuel, L'IDÉE, telle est la chose par excellence, le *substratum* sans lequel il n'y a rien. J'en conviens, il est fort aisé plus tard de l'étendre, de l'appliquer ou plutôt de l'exploiter; mais la concevoir, mais l'enfanter, voilà le point difficile et important. L'idée est tout et fait tout; un bon germe contient en puissance les résultats; souvent ce n'est guère qu'un éclair, toutefois cet éclair brille à l'horison et montre le chemin, *scribuntur hæc ad alteram generationem* (PSALM. 101); mais aujourd'hui trouvez-moi des hommes de la science médicale qui en soient là; qui, dans le grand œuvre de la procréation intellectuelle, aient de véritables idées, j'entends de ces idées au vaste sens qui éclairent tout à coup l'horison de la science. Former un tout dont les parties s'enchainent et se coordonnent sous la loi d'une idée première, quoi de plus rare aujourd'hui ! la grande chimère *bombinans in vacuum*, autrement dit *l'hypothèse*, effraie trop les esprits.

Votre époque, car je ne me compte plus, se confine dans le matériel, elle se traîne à plaisir dans les petits détails, dans les petits aperçus, dans les petites considérations; elle recueille, elle amasse, elle encombre et n'édifie rien. Les anciens au contraire ont une multitude d'aperçus lointains, profonds, qui sont comme le pressentiment du vrai; ils ont toujours le mérite de fournir des idées à ceux qui n'en ont pas, et savez-vous pourquoi? c'est qu'ils s'attachaient à l'ensemble, aux grandes lois dont ils tiraient de grands préceptes, tels qu'on en trouve dans Hippocrate, *è cœlo delapsas sententias*; or, ces préceptes vous servent encore de règles et de bases, car la science, n'en déplaise à vos amateurs de cadavres, n'est qu'une suite d'abstractions ; tout progrès est dû à une généralisation nouvelle. Avant les préceptes, il faut les idées, celles-ci étant les prémisses génératrices de toute application, de toute expérience. Sans microscope, sans scalpel, sans injections, avec un petit nombre d'expériences et de faits, Hippocrate et Aristote ont pu saisir et comprendre synthétiquement les phénomènes de la nature, proclamer des vérités qui nous émerveillent encore. Le premier, dans le CALIDUM INNATUM, n'a-t-il pas décrit le principe vital, base et racine de la physiologie actuelle? Ce principe, car *in illo vivimus, movemur et sumus*, n'a été étudié par tous vos auteurs modernes, que d'après ce qu'en ont dit les anciens, puis van Helmont et Stahl. Quand je vois ces grands hommes exposés à la *criticaillerie* de vos petits auteurs, je ne puis comprendre ce que c'est

par une tumeur de l'orbite. Dans ce cas, il n'y aurait pas changement de direction seulement de l'œil, mais projection en avant et déformation en même temps que déviation. Ici la déviation ne serait que l'apparence extérieure et grossière du fait, et non le fait lui-même; tandis que dans le véritable strabisme, c'est le changement de direction qui constitue le caractère essentiel de la difformité, la difformité elle-même. C'est pour le même motif qu'on ne peut pas confondre et que l'on ne confond pas une luxation ou une fracture des os du pied, avec le pied bot, quoique dans l'un ou l'autre cas le pied soit dévié et déformé. Cette définition du strabisme étant admise, et elle doit l'être si l'on tient à considérer le fait dans sa cause expérimentale, il sera très facile de comprendre et de vérifier la réalité de la distinction que j'ai posée entre le strabisme *mécanique* et le strabisme *optique*.

Et d'abord, il est aisé de comprendre l'existence théorique du strabisme mécanique. Que l'on suppose, ce que nous établirons tout à l'heure en fait, que l'un des muscles de l'œil soit atteint d'un raccourcissement permanent, qui brise ses rapports de longueur normale avec les autres muscles du même œil, et avec le muscle correspondant de l'autre œil. Dans cet état, les deux yeux ne seront plus placés symétriquement, et ils ne parcourront plus, pendant leurs mouvemens simultanés, les mêmes espaces, ni n'offriront plus absolument les mêmes directions; mais l'un pourra être dirigé en dedans ou en dehors, en haut ou en bas, suivant le muscle raccourci; et lorsque l'œil du côté opposé conservera sa position normale, et pendant les mouvemens de ce dernier, l'œil retenu par le muscle plus court ne pourra plus ni suivre les mêmes directions, ni parcourir les mêmes espaces; en d'autres termes, il y aura strabisme. Il y aura strabisme mécanique ou primitif, car la cause du déplacement sera tout extérieure, sera musculaire primitive, sera indépendante de toute influence optique.

L'existence du strabisme optique n'est pas moins aisée à concevoir théoriquement. On sait que dans l'exercice normal de la vision par les deux yeux, les axes visuels ou optiques, sont toujours confondus avec les axes oculaires : les premiers représentés par deux rayons partant de l'objet regardé et se rendant directement au centre de la rétine; les seconds par deux lignes fictives traversant les deux yeux d'avant en arrière, et passant par le centre de la cornée, de la pupille, du cristallin et de la rétine. On sait en outre que dans le regard distinct par les deux yeux, les deux axes visuels convergent à l'objet regardé et au point distinctement regardé de cet objet. De ce double fait, de la confusion des axes oculaire et optique, et de leur convergence nécessaire au point distinct de l'objet regardé, résulte une harmonie, une régularité, et une identité dans les mouvemens et la direction des deux yeux, qui constitue la normalité de leur position relative. Il est inutile de rappeler que la nécessité de ce parfait accouplement dans les mouvemens et la direction des yeux, préétablie, rendue indispensable par le but final de la vision, est instinctivement et constamment desservie par la contraction des muscles de l'œil, ce qui constitue les mouvemens passifs ou subordonnés. Or, qu'en vertu d'une disposition organique particulière, le trajet de l'axe oculaire soit fermé dans un de ses points, au passage de l'axe optique, l'œil modifié, ne pouvant plus recevoir l'image de l'objet dans la position où l'œil normal la reçoit, en cherchera une qui permettra à la lumière d'arriver directement, sans être interceptée, du point distinctement regardé à la rétine. Dans ce cas, l'axe optique cessant de se confondre avec l'axe oculaire, et le même axe devant néanmoins, comme dans l'exercice normal de la vision distincte, pointer et converger avec celui du côté sain à l'objet regardé, il en résulte une désharmonie dans la situation relative des deux yeux; il en résulte le strabisme optique ou passif, c'est à dire déviation musculaire consécutive de l'œil, subordonnée à une modification préalable d'une de ses conditions optiques, amenant la disjonction des axes oculaire et visuel.

Telle est l'idée qu'on peut se faire, au point de vue tout à fait théorique, du strabisme mécanique ou musculaire primitif, et du strabisme optique ou musculaire consécutif. Or, ce que la théorie peut prévoir d'une manière si simple, le fait le réalise et l'expérience le démontre d'une manière non moins évidente pour l'un et l'autre ordre de strabisme, ainsi qu'on va le voir.

TROISIÈME PROPOSITION.

LE STRABISME MÉCANIQUE EST LE PRODUIT DE LA RÉTRACTION MUSCULAIRE ACTIVE, ET LES VARIÉTÉS DE CETTE DIFFORMITÉ, LE PRODUIT DES DIVERS MODES, DES DIVERS DEGRÉS DE LA RÉTRACTION DIFFÉREMMENT DISTRIBUÉE ET COMBINÉE DANS LES MUSCLES DE L'OEIL.

Depuis que j'ai établi la théorie générale des difformités articulaires du système osseux, sur le fait de la rétraction musculaire produite par une altération des centres nerveux ou des nerfs eux-mêmes, il est on ne peut plus facile de démontrer le mécanisme de chacune de ces difformités en particulier; car les faits qui établissent leur existence dans leur ensemble et leur généralité s'appliquent également à chacune d'elles prise isolément.

C'est ce que j'ai fait successivement pour le *pied-bot*, le *torticolis*, les *déviations de l'épine*, les *luxations congéniales des hanches*, du *genou*, etc. Eh bien! que l'on considère l'œil comme une portion du squelette, mise en mouvement par des muscles analogues à ceux qui meuvent le squelette, susceptibles, comme ces derniers, de rétraction active, et l'on aura l'histoire du strabisme mécanique. Mais nous ne voulons pas nous en tenir à cette démonstration par analogie; nous pouvons appliquer directement au strabisme primitif, la formule qui nous a servi à établir la théorie générale des difformités articulaires du système osseux, sauf à élaguer de cette nouvelle application de notre doctrine, les preuves que les précédentes auront rendues superflues.

Le cas le plus évident où la rétraction musculaire produit le strabisme est celui où cette difformité coïncide avec un grand nombre d'autres difformités du squelette, développées sous l'influence d'une affection des centres nerveux. Ici aucun doute n'est permis; la plupart des muscles du tronc et des membres sont rétractés, et les traces d'altération du système nerveux qui éclairent si directement l'origine des difformités du squelette, ne sont pas moins significatives à l'égard du strabisme. De part et d'autre, c'est le même système musculaire convulsé par le même système nerveux; et, que ce soit les muscles de l'œil ou ceux du pied, le fait de la rétraction n'en est pas moins identique dans son essence, et les difformités qu'il réalise, le produit de la même cause, parce que le système musculaire et le système nerveux sont partout dans un même rapport de subordination.

Voilà un premier ordre de faits dans lequel le strabisme peut être reconnu au même titre que les difformités articulaires, comme le résultat

---

que la science moderne. Sans vous renvoyer à van Helmont, cet homme étonnant, relisez seulement Stahl; surtout l'édition avec le frontispice, où le docteur repousse un pharmacien et ses drogues, avec l'épigraphe célèbre *expecta*, et vous serez frappé, dans son ouvrage, THEORIA MEDICA VERA, des vues élevées, profondes, ingénieuses de cet incomparable genie. Certes, la lecture de ses œuvres n'est pas facile, c'est un peu l'antre de la sibylle. On l'accuse d'être obscur parce que sa pensée s'enfonce quelquefois si avant dans le sujet qu'elle y demeure cachée, mais seulement pour les esprits qui n'ont pas la force de l'y suivre. On peut lui appliquer ce qui a été dit de Tertullien : « Que l'obscurité de son style, est comme la noirceur de l'ébène qui jette d'autant plus d'éclat. » Eh bien! tout ce qu'a dit Stahl, dans son prétendu *animisme* exclusif, copié ensuite sous d'autres noms et avec quelques modifications par les modernes, peut se rapporter à la doctrine d'Hippocrate sur l'ἐνορμον. Bien plus, c'était même une doctrine généralement avouée dans l'antiquité. Ecoutez Balbus, dans Cicéron, (DE NAT. DEORUM, lib. II, c. 32.) *Vis quædam sine ratione, ciens motus in corporibus necessarios; sed vis* PARTICEPS ORDINIS, *tanquam via progrediendo cujus solertiam nulla ars, nemo artifex consequi potest imitando*. C'est à dire « une force destituée de raison qui produit les mouvemens nécessaires dans les corps; mais une force attachée à *un certain ordre*, qui agit avec méthode, et dont aucun a t, ni aucun artisan ne peut imiter l'adresse. » Cela explique le dogme fondamental de toute doctrine; Νούσων φύσις ἰητρός, la nature est le médecin des maladies. N'est-ce pas là l'ame de Stahl, cette ame de chair et de sang, ce principe vital qui dirige tout sans délibération, dont l'action a lieu *a ratione* ou λόγῳ, et non *a ratiocinio* ou λογισμῷ, qui a la raison sans le raisonnement, *ut apes geometriam*?... Descartes cherchait quelque chose d'inébranlable, *aliquid inconcussum*, sur quoi pût être assis l'édifice de la philosophie. Eh bien! cette base est trouvée pour la médecine, le mouvement reactionnel du principe de vie.

C'est à merveille, dis-je au docteur Mathanasius; mais vous conviendrez que nos connaissances chimiques, physiologiques et anatomiques sont bien autres que celles des anciens. J'en conviens si bien, répliqua-t-il, que c'est précisement à cette cause que j'attribue votre infériorité. A force de multiplier les objets, à force d'analyser, de détailler, de séparer, on perd de vue le tout et les rapports, et presque à l'insu de l'observateur. Soyez-en bien convaincu, l'économie animale est quelque chose de plus que l'assemblage ou la somme d'une multitude d'organes. C'est un ensemble de sympathies de la plus mince fibrile à l'organe le plus important, c'est un admirable accord de fins et de moyens, de solidarité réciproque, un vaste système de proportions et d'harmonies, voilà ce que les anciens ne perdaient jamais de vue. Dans votre temps, on étudie les organes un à un, pièce à pièce, et la toile de Pénélope est toujours à refaire. Les anciens ne voyaient que le tableau animé, mobile et sympathique de toutes les fonctions; à leurs yeux le corps humain était, comme *un grand et seul organe*, une féconde unité ayant son developpement, sa fin, sa marche et ses lois générales. Aussi cherchaient-ils constamment à ramener ces lois et les phénomènes de l'organisme à un principe unique qui pût servir de base à tout l'édifice, de lien à toutes les parties, de centre à toutes les actions. C'est sous ce point de vue qu'au lieu de flotter à tout vent de doctrine, ils ont trouvé, posé de ces vérités immuables, éternelles, astres brillans qui ne se couchent jamais sur le monde des intelli-

de l'action mécanique des muscles rétractés. Mais ce fait, d'une origine si claire, dans le cas dont il s'agit, n'est pas entouré de circonstances aussi évidentes dans les cas ordinaires qui sont les plus nombreux. Il convient donc d'établir, entre ces cas d'une signification si marquée, et ceux où le strabisme est seul et dépossédé en apparence des caracteres de la même origine, une chaîne non interrompue, dans laquelle on puisse suivre les traces d'une seule et même cause, amoindrie seulement dans ses manifestations, mais reconnaissable à tous ses degrés, comme il est possible de reconnaître la même cause à tous les intermédiaires placés entre la difformité simultanée de toutes les articulations du squelette et le simple pied-bot. Or, rien n'est plus simple et plus facile; il suffit d'appliquer au strabisme la formule des autres difformités; de substituer dans les démonstrations que j'ai précédemment données, le strabisme mécanique au pied-bot, par exemple, et l'on aura une démonstration aussi rigoureuse et aussi complète pour établir l'origine de cette dernière difformité que pour les précédentes.

Cette démonstration, comme je l'ai dit plusieurs fois, repose sur la *série étiologique*; c'est à dire la disposition des produits d'une même cause en série d'actions décroissantes, depuis sa manifestation la plus énergique et la plus générale, jusqu'à celle qui touche à zéro d'action; de manière à nouer les deux extrêmes de la série, par des intermédiaires méthodiquement gradués; de manière à ce que le premier terme donne la clef du second, le second du troisième, et ainsi de suite jusqu'au dernier qui offre l'amoindrissement, mais l'amoindrissement seulement, des caractères plus énergiquement accentués dans tous les termes qui précèdent. Voici la formule de cette série.

Strabisme permanent des deux côtés avec difformités de toutes les articulations et altérations matérielles des centres nerveux. Strabisme instantané des deux côtés, avec mouvemens convulsifs de tous les muscles dans les affections cérébrales de l'enfance. Strabisme des deux côtés avec difformités articulaires de la moitié du corps. Strabisme double ou simple avec trois, deux et une seule difformité; torticolis, déviation de l'épine, luxation congénitale, pronation permanente ou pied bot. Strabisme avec convulsion et rétraction d'un ou plusieurs muscles de la face; enfin strabisme sans autre reflet évident de l'affection nerveuse dans les autres muscles du corps, mais avec les caractères directs et indirects spécifiques qui se retrouvent dans tous les termes de la série.

Le seul énoncé de cette formule suffit pour pour établir une liaison entre son premier et son dernier terme. Voyons maintenant comment et à l'aide de quels caractères il sera toujours possible de rattacher le strabisme mécanique simple, celui où la cause éloignée cesse d'être évidente, à celui où cette cause est, pour ainsi dire, en permanence d'action générale.

Ces caractères sont de deux ordres : les caractères *indirects* et les caractères *directs*. Les premiers consistent dans les circonstances relatives à l'*origine*, au *mode de développement*, à la *marche* et à la *terminaison* du strabisme; les seconds consistent dans la *direction*, la *forme* et les *mouvemens* de l'œil, dans l'*état de la vision*, le *mode d'exécution de la vision*, et finalement dans la *structure particulière des muscles rétractés*.

Le strabisme mécanique naît ordinairement aux époques de l'enfance, fertiles en affections convulsives ; aux époques de la dentition, à la suite des maladies cérébrales ou autres, dans lesquelles les centres nerveux sont affectés; après les maladies éruptives; je l'ai vu survenir à la suite d'émotions violentes, d'un accès de colère, par exemple. Une fois développé, il persiste ordinairement et augmente avec le développement de l'organe et la croissance du sujet, et devient de plus en plus permanent. Tout ce qui existe fortement et épuise l'action nerveuse peut l'accroître momentanément. C'est ainsi que j'ai vu parmi mes malades un jeune homme chez lequel, à la fin de la journée et après toute espèce de fatigue, les deux yeux éprouvaient un accroissement de déviation, bien que la fatigue n'eût pas porté spécialement sur ces organes. Jamais le strabisme mécanique un peu développé ne guérit sans l'opération, si ce n'est quand le spasme musculaire est encore à l'état de contracture spasmodique, et non passé à l'état de rétraction.

L'œil n'a pas une direction uniforme, comme l'ont pensé ceux qui ont attribué le strabisme à une faiblesse relative d'un des deux yeux ; mais il est tantôt tourné directement en dedans, tantôt en dedans et en haut, tantôt en dedans et en bas, tantôt directement en haut, en bas ou en dehors, ou enfin dans les directions intermédiaires, suivant le muscle ou les muscles rétractés. Ainsi, il n'y a pas seulement dans la déviation de l'œil le fait uniforme qui exprimerait constamment un but uniforme, comme le serait le besoin supposé par Buffon de faire dévier l'œil le plus faible pour le soustraire à des images confuses, mais une série de directions aussi nombreuses et aussi variées que peuvent l'être les mouvemens physiologiques de l'œil. Buffon et ses continuateurs, qui ne pouvaient s'arranger de ces faits, avaient pris le parti plus commode de les nier. C'est ainsi que l'illustre naturaliste n'admet pas l'existence du strabisme des deux yeux, bien qu'il soit beaucoup plus fréquent que celui d'un œil, Qu'eût-il fait du strabisme divergent des deux yeux, ou du strabisme convergent combiné avec le strabisme oblique supérieur sur le même individu? Cependant, ces faits existent très positivement, je les ai constatés plusieurs fois, et ils me paraissent très propres à caractériser leur véritable origine. La direction variable des yeux dans le strabisme mécanique n'est d'ailleurs que la reproduction du même fait dans le pied-bot, et les autres déviations de la même origine; ce qui m'a fait dire, pour le strabisme comme pour le pied-bot, que les différentes variétés du strabisme sont le produit de la rétraction différemment distribuée et combinée dans les muscles de l'œil, et chacune de ses formes, la représentation permanente des mêmes formes affectées aux mouvemens physiologiques correspondans.

La forme des yeux atteints du strabisme mécanique n'est pas moins caractéristique. Sans m'appesantir sur cette particularité, que je préciserai davantage, et dont je ferai ressortir l'importance, en étudiant les effets du strabisme sur la vision, je dirai que, dans le strabisme mécanique, la forme de l'œil est plus ou moins modifiée. Cette modification consiste, à l'extérieur, en un changement de sphéricité du globe. Ordinairement la partie qui occupe le milieu de l'espace entre les deux paupières, espace rempli dans l'état normal par la cornée transparente, est plus bombée, d'un rayon de courbure plus petit que le reste du globe oculaire. Outre cette déformation, appréciable dans certains cas au premier aspect, l'œil en présente une autre qui consiste dans une dépression de la portion du globe, correspondant au muscle rétracté, et qui devient de plus en plus sensible, à mesure que l'on provoque le redressement de l'œil. Nul doute que s'il était possible de constater matériellement tous les effets de cette déformation extérieure de l'œil sur la sphéricité de la cornée, et sur la

---

gences. Pourquoi ce grand privilège? C'est que ces vérités sont l'expression même des phénomenes de la nature qui est toujours la même dans son type le plus étendu; car Dieu, son auteur, comme l'a dit Sénèque, ne varie jamais dans sa volonté, *quod semel jussit, semper paret;* dites ensuite que la médecine actuelle est plus réelle, plus positive que celle des anciens, ceci est bon *per la predica*, comme disent les Italiens. Il n'y a aucun phénomène radicalement conçu, aucune fonction bien expliquée, aucun organe profondément connu, malgré les ressources et les moyens mis à la disposition des modernes. Le fracas des prétentions, et le néant des résultats, frappe d'abord tout esprit dégagé de préjugés. Montrez-moi, je vous prie, la vraie médecine, la doctrine orthodoxe. N'allez pas croire du reste que les anciens aient négligé l'anatomie, malgré les préjugés de leur époque; la violente apostrophe de Tertullien contre Hérophile en est la preuve (1). Quelques-uns même ont parfaitement etudié et caractérisé un organe en particulier; c'est ainsi que Némesius, médecin et évêque d'Emèse, donne avec tant de justesse à la substance du poumon, le nom de *chair écumeuse*. (DE NAT. HOMINIS, *cap*. 28.) Ainsi, même sous le rapport anatomique, les modernes ne sont pas beaucoup plus avancés que les anciens et les médecins du moyen âge; et Almeloveen aurait pu grossir indéfiniment son ouvrage. (ONOMASTICON, RERUM INVENTARUM, ET INVENTA NOV-ANTIQUA, etc. Amstelod 1684.)

Un peu piqué, je l'avoue, de ces remarques critiques, je dis au docteur Mathanasius que les anciens n'avaient pas les mêmes moyens que nous pour pénétrer dans les secrets de l'économie; que la physique et la chimie mettaient à notre disposition des instrumens, des appareils, au moyen desquels on pouvait connaître et apprécier une foule de phénomènes vitaux. Remarquez, lui dis-je, cette multitude d'expériences qui se font de toutes parts pour agrandir le domaine de la science. Je le sais, mon ami, me répondit-il, mais vous n'ignorez pas ce que j'en pense. Je ne nie point leur utilité en général, à Dieu ne plaise; mais je les mets beaucoup au-dessous de la simple observation, quand elle est répétée, attentive, profonde, comme elle l'était chez les anciens. Il y a sur ces deux modes d'investigation une différence énorme; dans l'observation, c'est la nature elle-même qui parle ; dans les expériences, il n'en est pas malheureusement ainsi, car l'expérimentateur prend souvent l'écho de sa propre voix pour celle de la nature. Ce qu'il y a de certain, c'est que, sur un sujet donné, les faiseurs d'expériences, loin d'obtenir les mêmes résultats, en présentent qui sont entièrement contradictoires, toutes choses étant égales; en sorte qu'on peut leur appliquer ce que dit Montaigne de l'opposition des médecins entre eux ; un expérimentateur vous donne, de certains phénomènes, telle explication; *ne vous chaille*, je vous en trouverai un autre qui dira le contraire ou à peu près. Or, quelle confiance mérite un pareil moyen, quand il est exclusif? Ce qui n'est pas la vérité de tous, n'est pas du tout la vérité. Ce que j'admire surtout chez certains expérimentateurs, c'est la naïveté de leurs illusions. c'est ce facile penchant à tirer des conclusions hâtives, générales de quelques expériences plus ou moins exactes et répétées. Qui ne se rappelle l'arrêt fulminé jadis contre le thé vert, par cet expérimentateur qui découvrit que les poils de la queue du porc se détachaient

(1) *Herophilus ille medicus, aut lanius qui sexcento, exsecuit ut naturam scrutaretur, qui hominem odit ut nosset, etc.* (DE ANIMA, *cap.* 10.)

forme et les rapports des parties renfermées dans l'intérieur du globe oculaire, il y aurait beaucoup d'autres modifications à ajouter que l'induction permet de signaler à l'observation ultérieure. Je me bornerai à indiquer celles qui sont relatives à l'iris; or, dans le plus grand nombre des cas, la pupille est plus dilatée dans l'œil strabique, et dans les cas un peu prononcés, dans ceux surtout que j'appelle *fixes*, l'ouverture pupillaire n'est plus régulièrement circulaire : elle est élargie dans le sens opposé à la déviation de l'œil, et la bande circulaire de l'iris est rétrécie du côté correspondant. Tout le globe oculaire frappé de strabisme actif est d'ailleurs plus petit que celui du côté opposé, et cette circonstance est d'autant plus remarquable qu'elle contraste avec le développement considérable de l'œil après l'opération. Les yeux strabiques, relativement petits avant la section des muscles, en les comparant avec ceux du côté opposé, deviennent plus gros que ceux-ci après l'opération.

Les mouvemens mécaniques et optiques de l'œil dans le strabisme primitif offrent des caractères directs très significatifs.

Les mouvemens mécaniques sont généralement très limités. Sous ce rapport, il y a des nuances et des degrés fort différens. Dans le plus grand nombre des cas, le mouvement de rotation dans le sens opposé à la déviation est manifestement gêné. Le malade dit sentir son œil bridé. Le degré de mobilité dans ce sens varie depuis l'immobilité presque complète, qui constitue ce que j'appelle le strabisme *fixe*, jusqu'à la mobilité presque complète qui constitue ce que j'appelle le strabisme *rudimentaire* ou *insuffisant*. Entre ces deux extrêmes sont renfermés les cas les plus nombreux. Dans ces cas, l'œil peut être porté du côté opposé, de moitié, d'un quart, d'un sixième, enfin de tous les degrés intermédiaires à l'immobilité et à la mobilité la plus parfaite, suivant le degré de raccourcissement. On a longtemps objecté à ma théorie le fait de la mobilité de l'œil dans le sens opposé aux muscles rétractés, fait si contraire à ce qui s'observe dans toutes les difformités articulaires produites par la rétraction des muscles. Il suffit, pour réduire cette objection au néant, et avoir en même temps la clef des déformations du globe oculaire, de remarquer que les muscles droits de l'œil ne s'insèrent pas normalement à son axe antéro-postérieur, mais presque parallèlement, c'est-à-dire se dirigent d'arrière en avant du fond de l'orbite aux parties latérale et antérieure de l'œil. Cette disposition explique pourquoi la mobilité de l'œil varie avec les degrés du raccourcissement, comme elle explique aussi la persistance d'une certaine mobilité avec tous les degrés de ce raccourcissement.

En même temps que l'œil dévié est gêné dans ses mouvemens, l'œil du côté opposé offre une autre particularité : à chaque effort prononcé pour redresser l'œil affecté, l'œil sain obéit à la même impulsion d'une quantité proportionnelle, de manière à simuler un strabisme du côté opposé. Cette particularité, déjà notée par Buffon, lui avait servi à expliquer la fausse apparence du strabisme double, qu'il supposait toujours le résultat de cette combinaison de mouvemens des deux yeux. Quoi qu'il en soit, cette déviation extrême de l'œil sain, sous l'influence de l'effort de redressement de l'œil strabique, mérite d'être signalée comme caractère du strabisme actif, parce qu'elle procède de la cause même de la difformité. Elle est l'expression d'un effort considérable du muscle opposé au muscle rétracté ; les mouvemens simultanés des deux yeux étant subordonnés pour le degré à une même somme de contraction dans leurs muscles homologues, il en résulte un déplacement extrême dans l'œil sain, sous l'influence d'une contraction exagérée dans les muscles correspondans de l'œil affecté. On peut encore se rendre raison du même fait, en disant que, dans leurs mouvemens simultanés, les deux yeux devant parcourir des espaces égaux, en commençant leur course de deux points différens, conservent à tous les instans de ces mouvemens la position relative qu'ils avaient au point de départ; d'où il suit que, quand l'œil dévié a mesuré un certain arc pour se redresser, l'œil sain en a mesuré un de la même étendue pour se dévier.

Les mouvemens optiques ne sont pas moins intéressans à étudier, et ils doivent l'être séparément dans le strabisme mécanique à son plus faible degré et à son degré très avancé, dans le strabisme d'un seul œil et dans celui des deux yeux.

Règle générale : quand on veut regarder avec l'œil strabique, il tend à se redresser pour se placer en face de l'objet regardé. Lorsque le strabisme est très faible, c'est-à-dire *rudimentaire* ou *insuffisant*, ce redressement peut se faire même pendant le regard avec les deux yeux et alors toute apparence de strabisme cesse, parce que le raccourcissement du muscle rétracté n'est pas assez fort pour s'opposer au redressement de l'œil dévié; dans ces cas le strabisme n'existe qu'en l'absence de l'action de regarder, et surtout dans la vision distraite ; il constitue ce que Buffon appelle un *faux trait* dans les yeux. On peut donc résumer ce qui précède en disant : 1° que dans le strabisme mécanique à tous ses degrés, l'œil affecté est toujours dévié quand le sujet ne regarde pas, mais il tend toujours à se redresser quand il regarde ; 2° que ce redressement est toujours en raison inverse du degré du raccourcissement musculaire, en sorte qu'au plus haut degré de la difformité l'œil dévié ne peut plus se redresser pour regarder seul, tandis qu'aux degrés moins prononcés il se redresse complètement, et peut même dans les cas de strabisme très faible, que j'appelle *insuffisant*, s'harmoniser avec l'œil sain pour concourir avec lui à l'exercice du regard distinct.

Enfin, lorsque le strabisme est double dans le même sens et au même degré ou à peu près, chaque œil se redresse alternativement pour l'action de regarder, et la difformité, par ces alternatives de redressement et de déviation, semble voyager d'un œil à l'autre ; et si la difformité est très prononcée des deux côtés, les yeux ne pouvant pas se redresser, la tête se tourne alternativement à droite et à gauche pour porter l'œil en face des objets, ou bien le sujet place ceux-ci dans la direction des yeux déviés. Tels sont les caractères du strabisme mécanique fournis par les mouvemens des yeux.

L'état de la vision n'en offre pas de moins significatifs, quoique mes prédécesseurs, et Buffon en particulier, aient cru y trouver des circonstances favorables à leurs théories. C'est un fait généralement reconnu, que les louches voient moins bien le l'œil dévié. Et d'abord mettons toutes ces théories hors de cause, du moins dans leurs prétentions à expliquer tous les strabismes par la faiblesse relative d'un œil, en leur opposant le développement plus ou moins rapide de la force visuelle dans l'œil opéré, presque immédiatement après l'opération. Ce fait n'est plus aujourd'hui contestable; il a pu être vérifié par tous ceux qui ont guéri des strabismes par la myotomie. De pierre angulaire qu'elle était dans la plupart des anciennes théories, cette faiblesse de l'œil peut donc devenir un caractère important du strabisme mécanique. Et en effet, sans m'appesantir sur les causes qui la produisent, ce que je me propose de faire dans un travail spécial, je dirai qu'elle n'a été étudiée que vaguement, et non dans les élémens propres à la définir. Ainsi ce n'est pas de

---

par l'immersion dans une infusion très bouillante de cette plante, et qui oublia de répéter son expérience avec de l'eau au même degré de température ?

Voyez cette masse d'expériences faites depuis quelque temps sur l'encéphale et les nerfs ? Croyez-vous que nous en soyons beaucoup plus avancés ? En avons-nous des idées médicales plus positives et plus nettes, des indications thérapeutiques plus saillantes ? Il en est de même des recherches expérimentales sur le sang : quelle est la forme, la nature et la dimension des globules ? Comme on l'a déjà dit, les uns évaluent leur volume à la 145e partie d'une ligne, à la 160e, à la 166e ; d'autres à la 275e, à la 330e, et même à la 400e. Je ne dis pas où est, dans ce conflit, la certitude, je demande seulement où est ce degré de probabilité qui approche et se confond avec la vérité (1) ? Est-on plus d'accord sur les principes immédiats du sang ? Pas plus sur leur nombre que sur leurs proportions. On a longtemps admis que la couleur rouge du sang était due à la présence du fer dans ce liquide. Il n'en est plus ainsi depuis que Berzelius a démontré que le même métal se rencontre aussi dans la lymphe et le chyle, qui sont blancs; et que, dans le sang, le fer se trouve combiné *organiquement*, selon la judicieuse expression de ce chimiste. Menghini se vantait de tirer du sang une telle quantité de fer, qu'il pouvait en faire une petite *urne*, en l'honneur du défunt, ou bien une *médaille*, comme le voulait Barruel. D'autres expérimentateurs n'ont trouvé qu'une très petite quantité de ce métal. Et la fibrine ! quel rôle n'a-t-elle pas joué ? Eh bien ! son existence est mise en doute par certains chimiâtres. Toutes ces expériences ont-elles été faites sur le sang *vivant*, ou sur le sang *malade*, ou sur le *sang mort* ; c'est là ce qu'on ne dit pas, et ce qui pourtant est d'un grand intérêt. Ce que je viens de dire du sang peut s'appliquer à l'urine, à la bile, etc. Tout ce qu'on en a dit est bien vague, bien peu satisfaisant, et heureusement très inutile. Ces *curiosités scientifiques*, bonnes pour les académies, ne mènent pas à grand chose dans la pratique. L'analyse médicinale du sang, par Bordeu, est bien préférable. J'aime presque autant croire Leenwenhock, qui dit avoir observé la *mue* des animalcules spermatiques; il prétend même avoir disséqué les testicules des vers du fromage. J'honore, du reste, les hommes qui font de pareilles tentatives; mais la connaissance des principes constituans de l'économie me paraît au-dessus de nos moyens. Nous n'en saurons jamais ni le nombre, ni la proportion, ni les rapports. Jugez de ce que nous pouvons connaître de l'anatomie pathologique moléculaire ! Est-ce donc par une masse d'expériences plus ou moins contradictoires que le progrès réel peut s'opérer ? Est-ce ainsi qu'il est donné à la médecine de réaliser tous les *postulats* de ses besoins ? Il s'en faut que je partage votre opinion à cet égard, surtout en considérant la profonde nuit où nous sommes encore des causes et des substances.

Qu'importe, répliquai-je à mon adversaire, ces expériences ont un but déterminé ; si elles ne l'atteignent pas toujours, elles nous découvrent des idées que nos devanciers n'avaient pas. C'est là l'erreur où vous êtes, me répondit vivement le docteur Mathanasius. Pensez-vous que, pendant près de trente siècles, un grand nombre d'hommes de génie ait impunément cultivé, remué, fouillé, creusé le terrain de la science ? Qu'après l'émission d'idées faite par tant d'hommes su-

(1) Je crois pourtant que les nouvelles expériences sur les globules sanguins auraient convaincu le vieux docteur, s'il eût vécu quelques années encore.

la faiblesse à proprement parler, puisque l'opération la fait disparaître instantanément, mais une vue confuse et remarquablement courte. Le fait de la courtesse de la vue, que j'ai constaté par des expériences positives et multipliées, existe quelquefois seul, alors même que l'œil strabique peut distinguer aussi nettement les objets que l'œil sain. On ne peut pas méconnaître la relation intime de la myopie de l'œil strabique, avec la cause de la difformité, puisque l'opération a aussi pour effet constant de la faire disparaître, et de rendre quelquefois la vue plus longue avec l'œil opéré qu'avec l'œil sain.

L'exercice de la vision, dans le strabisme actif, présente une dernière circonstance importante à noter; je veux parler du mode d'exécution de la vision distincte. Il est de fait qu'un grand nombre de strabiques ne regardent que d'un œil; et ce fait seul explique le crédit qu'a conservé jusqu'ici la théorie de Buffon. Mais qu'on remarque d'abord qu'il n'en est pas toujours ainsi; 1° que certains strabiques voient des deux yeux, ceux affectés du strabisme rudimentaire; 2° que certains autres regardent alternativement de l'un et de l'autre œil, dans le strabisme égal des deux yeux; 3° que bon nombre de strabiques continuent à regarder longtemps avec les deux yeux, mais voient double; 4° enfin, que presque toujours les opérés, avant de récupérer la vue distincte par les deux yeux, sont quelque temps diplopes. Le simple énoncé de ces quatre ordres de faits suffirait pour mettre en défaut la théorie de Buffon. En donnant la raison de toutes ces particularités dans leurs rapports avec la cause de la difformité, la rétraction musculaire, nous achèverons implicitement, je pense, de démontrer le peu de fondement de cette théorie.

Et d'abord, abordons le fait le plus général, la vision distincte par un seul œil, car la raison de tous les autres découle directement de la raison de celui-ci.

L'on sait, et j'aurai occasion de développer complètement ce fait, à l'occasion du strabisme optique, que le regard distinct par les deux yeux n'est normalement possible qu'autant que les deux axes visuels peuvent converger d'une manière égale et se réunir en un même point de l'objet regardé. Si ce principe paraissait encore obscur ou contestable en raison du peu de précision avec lequel on l'a établi, dans les traités de physiologie et d'optique, je prierais de l'admettre provisoirement jusqu'au complément de preuves que je présenterai dans une autre partie de ce mémoire. Partant de ce fait de la nécessité de la convergence égale des axes visuels et de leur réunion au point regardé, je dirai que quand ces deux conditions ne sont pas possibles, le regard distinct ne s'opère qu'avec un seul œil; c'est ce qui a lieu toutes les fois que le raccourcissement du muscle est considérable, et partant la déviation de l'œil strabique trop forte pour être vaincue, sans un grand déplacement de l'œil sain. Voilà le fait le plus général; eh bien! tous ceux que j'ai énoncés comme exceptionnels, et comme contraires à la théorie de Buffon, ne sont que des conséquences d'une différence de degré dans ce fait le plus ordinaire.

Dans le strabisme rudimentaire, le regard distinct a lieu par les deux yeux et toute apparence de strabisme cesse à ce moment, parce que le raccourcissement du muscle est trop faible pour s'opposer au redressement de l'œil par le mouvement optique des muscles antagonistes. Si la faiblesse de l'œil était la cause de ce strabisme, au lieu de disparaître au moment du regard distinct, il se montrerait et s'exagérerait plutôt; puisque dans l'opinion de Buffon, la déviation de l'œil n'est qu'un mouvement d'instinct de l'œil faible, pour ne pas troubler par une image confuse, la netteté de l'image qui arrive à l'œil sain.

Le regard alternatif par les deux yeux strabiques s'explique aussi facilement. Le raccourcissement des muscles ne permettant pas aux deux yeux de diverger ou de converger d'une manière suffisante, chaque œil se tourne à son tour vers l'objet regardé. Dans la théorie de Buffon, cette alternative serait inutile et impossible; car si les deux yeux étaient également faibles, le strabisme n'aurait plus le motif de la théorie, et si l'un l'était plus que l'autre, il se retrouverait dans la condition de tous les strabismes d'un seul côté.

La diplopie bioculaire qui accompagne certains cas de strabisme et n'existe pas avec d'autres s'explique tout naturellement par les degrés différens de la rétraction musculaire. La diplopie bioculaire, ou vue double par les deux yeux, est le résultat de la non réunion des deux axes visuels sur un même point de l'objet regardé, soit par insuffisance, soit par excès de convergence. Toutefois, pour que la diplopie bioculaire ait lieu, il faut que les deux axes arrivent à l'objet regardé, c'est-à-dire que l'un d'eux ne le déborde pas. Au moyen de ces simples données, rien n'est plus facile à concevoir que l'absence de la diplopie avec un excès de déviation d'un ou des deux yeux; que la diplopie existant avec une déviation modérée et disparaissant avec un nouveau degré de la déviation; que la diplopie reparaissant après l'opération avec un redressement incomplet ou exagéré de l'œil dévié, et disparaissant de nouveau et définitivement avec le redressement complet des yeux; c'est-à-dire le retour du regard distinct par les deux yeux replacés et maintenus dans leurs rapports normaux.

Enfin, un dernier caractère direct du strabisme mécanique, caractère spécifique s'il en est, caractère commun à toutes les difformités du système osseux, qui reconnaissent pour origine la rétraction musculaire, c'est la transformation fibreuse des muscles rétractés. Cette transformation est, comme je l'ai établi depuis longtemps, le produit des tractions permanentes et exagérées auxquelles les muscles sont soumis, par suite de leur raccourcissement spasmodique. Je l'ai constaté un assez grand nombre de fois directement, en divisant les muscles par le premier procédé de ma méthode; mon second procédé, quoique ne mettant aucunement le muscle à découvert, permet néanmoins de reconnaître sa texture fibreuse, par la résistance qu'il oppose à l'instrument, et par le bruit de craquement qu'il rend lors de sa division.

Tels sont les caractères indirects et directs du strabisme mécanique, du strabisme produit par la rétraction active des muscles de l'œil. Pour être aussi complet que l'observation l'exige, et pour ne pas exposer cette théorie à se trouver en désaccord apparent avec certains faits qu'on croirait, au premier abord lui être étrangers, il n'est pas inutile de nous arrêter quelques instans sur le fait de la *rétraction musculaire* qui sert de base à cette théorie, et sur sa véritable signification.

Je crois avoir démontré, en exposant ma théorie générale des difformités articulaires, que le fait de la *rétraction musculaire active* n'est pas un fait absolu, réalisant des effets toujours identiques, ne variant que pour le degré. J'ai établi au contraire que c'est un fait complexe, produisant des effets relatifs à tous les modes, à tous les degrés, à toutes les combinaisons dont il est susceptible. Or, la rétraction musculaire active présente, aux différentes époques de son développement et aux différens

---

périeurs, il n'y ait pas une foule de germes préexistans aux découvertes prétendues modernes? Eh bien! pour vous désabuser, faites ce que bien peu de personnes font aujourd'hui, lisez avec courage, avec attention, les anciens auteurs les plus remarquables, et vous serez étonné, charmé de ce qu'ils ont vu, conçu, pensé, imaginé. Ces livres contiennent des idées; or, ignore-t-on que c'est avec les idées qu'on fait les choses, en distinguant toutefois, comme je le fais toujours, les idées primitives des idées d'alluvion, si fréquentes dans les livres modernes? Certes, les anciens n'ont pas tout développé, leur méthode s'y opposait; mais, croyez-moi, une conjecture ingénieuse abrège bien le chemin. L'idée de *possibilité* bien conçue, précède toujours [illegible] d'*existence* matérielle. Or, c'est en cela que les anciens ont sur nous une incontestable supériorité. L'idée première, je le répète, une fois donnée, le tâtonnement expérimental vient ensuite, mais seulement au second rang. Le génie de l'inspiration est de la force, de la puissance; le génie de la réflexion est de la méthode, de l'arrangement, de la patience, et bien souvent il a fallu imaginer les grandes découvertes avant de les démontrer. Que les anciens se soient trompés en beaucoup de choses, qu'ils aient parfois abusé des abstractions et des universaux, ce n'est pas merveille; nos arrière-neveux se moqueront probablement de nos magnifiques progrès, *ut olim, sic hodie*; cela tient à notre nature, et comme l'a dit Montesquieu, quand Dieu créa la cervelle humaine, il ne s'est point obligé à la garantie. Toujours est-il qu'on trouve chez nos devanciers les plus solides bases de notre médecine actuelle, et la plupart des découvertes modernes, sans compter celles qui sont inaperçues. Il n'y a pas jusqu'à ces idées courtes, générales, pleines d'un sens profond qu'on y lit presque à chaque page. Fernel appelle le sang, *solidum in solido*; ne voyez-vous pas ici l'énoncé synthétique d'une foule de propositions importantes? On a beaucoup admiré ce mot de Bordeu, que le sang est une *chair coulante*; mais d'abord, c'est aussi bien des os, des cartilages, des tissus, etc. En second lieu, avant Bordeu, Paul-Zacchias avait dit: *Caro, nihil aliud est quam sanguis concretus; sanguis nihil quam caro fluens.* Est-ce clair? Quand Van Helmont s'écrie: *Homo interior, totus nervus*, ne peint-il pas en quelques mots une foule de phénomènes? Le nouveau, c'est l'ancien, mais on a changé la forme et la façon. Quant à ceux qui soutiennent qu'ils ont tiré de tout point une découverte de leur escarcelle cérébrale, ou ils en imposent, ou ils font preuve d'ignorance. Nous allons oubliant, modifiant, réformant incessamment les mêmes choses en médecine, comme en philosophie. Galien, dans son traité, QUOD MORES ANIMI TEMPERAMENTA SEQUUNTUR, a posé les bases de bien des idées physiologiques et morales de votre époque. Huarte le suit pas à pas dans son EXAMEN DES ESPRITS, et Huarte a été copié par une foule d'inventeurs modernes, même jusqu'à sa paradoxale opinion, « comme quoy les pères doivent engendrer enfans sages et d'esprit, tels que les lettres requièrent. » Quant à Cabanis, Hippocrate et Galien lui ont fourni ses meilleurs mémoires. Je ne puis citer, mon ami, qu'un bien petit nombre de faits et d'exemples, *summa sequar vestigia rerum*, mais fouillez dans mes cartons, et vous en trouverez en foule.

On voit, par ce fragment d'entretien, jusqu'à quel point le docteur Mathanasius élevait le savoir des anciens et des médecins du moyen-âge. Bien que cette opinion me parût exagérée, je ne pouvais disconvenir de la vigueur de ses raisonnemens, et surtout de l'abondance des preuves qu'il avait exhumées des catacombes de nos plus vieilles bibliothèques. De là ses jugemens rigoureux sur les

degrés de l'affection qui la précède et la produit, des états dynamiques fort différens, qui influent directement sur le caractère essentiel des difformités qu'elle réalise. La rétraction musculaire active, proprement dite, c'est le raccourcissement permanent du muscle qui a été contracturé, c'est le muscle contracturé guéri, mais resté raccourci et passé consécutivement à l'état fibreux. Voilà le fait général, ordinaire, l'élément générateur des difformités articulaires et du strabisme mécanique, avec les caractères que nous lui avons reconnus. Mais la rétraction musculaire peut n'être pas encore arrivée à sa complète réalisation. La contracture qui la précède, et dont elle n'est que la terminaison, peut persister; la contracture, qui n'est elle-même qu'un mode de la paralysie, que la paralysie incomplètement réalisée, peut se présenter alternativement sous ses divers modes et à ses divers états : à l'état de contracture *fixe*, à l'état de contracture *spasmodique intermittente*, et à l'état de *relâchement paralytique*, dans lequel le muscle est complètement paralysé et relâché. De là, autant de manières d'être du raccourcissement et de la maladie musculaire, et de là une première source de variétés du strabisme mécanique. Il en est une seconde, c'est le mode de distribution, de combinaison et d'association des différens degrés et des différens modes de la rétraction, par rapport aux différens muscles d'un seul œil ou des deux yeux. De même que nous avons constaté des pieds-bots produits successivement par la rétraction d'un, de plusieurs ou de tous les muscles de la jambe et du pied, rétractés, contracturés ou paralysés, de même il existe des variétés du strabisme, dues à la rétraction, à la contracture ou à la paralysie d'un, de deux, ou de tous les muscles de l'œil ou des deux yeux à la fois. Je me borne à donner ici cette formule générale, me réservant de la développer et de l'appliquer, en faisant l'histoire particulière des variétés du strabisme.

Tel est le strabisme mécanique. Exposons maintenant la théorie, les caractères et les variétés du strabisme optique.

(La suite à un prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LES OPÉRATIONS DIVERSES PRATIQUÉES A L'ARMÉE D'AFRIQUE, PENDANT LES ANNÉES 1837, 1838, 1839 ET 1840, NON COMPRIS LES AMPUTATIONS; communiquée par M. GUYON, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique.

(Suite. — Voir le numéro du 13 février.)

Six ligatures d'artères, savoir :

Une ligature de l'extrémité supérieure du maxillaire, à Bone, par M. Thomas, pour une hémorragie consécutive, suite d'une plaie d'arme à feu;

Une ligature de la brachiale, à Alger, par M. Cenaldi, pour un anévrisme faux consécutif, suite d'une saignée au pli du bras;

Une autre ligature de la brachiale, à Oran, par M. Saiget, pour un coup de couteau, qui avait divisé le vaisseau, 5 centim. au-dessus de l'articulation;

Une ligature de la radiale, à Oran, par le même, pour un coup de sabre, qui avait divisé le vaisseau;

Une ligature de la fémorale, à Bone, par M. Hutin, pour un anévrisme de la poplitée;

Une ligature de la tibiale antérieure, à Douéra, par M. Dany, pour un anévrisme faux consécutif de l'artère pédieuse, suite d'un coup de pied de cheval;

Trois ablations de testicule, avec ligature isolée des vaisseaux, à Oran, par M. Saiget;

Une opération de fistule salivaire, à Oran, par le même;

Plusieurs opérations de fistule à l'anus, à Oran, par le même;

Deux autres opérations semblables, à Bone, par M. Dewigues;

Sept autres opérations semblables, à Alger, par M. Cenaldi;

Cinq opérations d'hydrocèle, dont trois par incision et deux par injection, à Oran, par M. Saiget;

Quatre opérations semblables, toutes par injection, à Alger, par M. Cenaldi;

Plusieurs ablations d'amygdales, à Oran, par M. Saiget;

Deux laryngotomies, à Bone, par M. Génin, pour des angines croupales. L'opération, dans les deux cas, n'a fait que retarder la mort des sujets, et, dans l'opinion du chirurgien opérateur, c'est le seul résultat qu'on puisse atteindre de l'opération pratiquée en pareil cas;

Une autre laryngotomie, a Constantine, par M. Vital, pour une laryngite : cessation des accidens, qui avaient nécessité l'opération; cicatrisation de la plaie, puis retour des mêmes accidens, auxquels le malade succomba environ six semaines après l'opération.

A la nécropsie, on trouva la muqueuse du larynx tuméfiée et obstruant la cavité.

Le même opérateur pratiqua, dans le temps, à Alger, la laryngotomie pour une sangsue qui s'était introduite dans le larynx. Cette opération avait été couronnée de succès; sur quoi je remarque que, sur trois cas de sangsues introduites dans le larynx, dont nous avons été témoins à Alger, M. Méardi et moi, les annélides sortirent sans que nous fussions obligés de recourir à la laryngotomie. En pareil cas, il arrive ordinairement que la sangsue, fixée par son disque, ou extrémité anale, dans le larynx, en sort, de temps à autre, son extrémité buccale, qu'elle allonge plus ou moins dans l'arrière-gorge, où on peut la saisir. Lorsque ce mouvement de l'annélide n'est pas provoqué immédiatement par l'inspiration de la fumée de tabac (qui, le plus souvent, la fait d'abord se resserrer sur elle-même), il ne tarde ordinairement pas à lui succéder.

Autoplastie, à Alger, par M. Cenaldi, pour un cancer de la lèvre inférieure; cicatrisation rapide, mais reproduction du mal peu après.

Deux résections de la mâchoire inférieure, l'un pour une carie, l'autre pour une fracture, par une explosion de mine, à Oran, par M. Saiget; mort du dernier opéré, par suite de la commotion cérébrale concomitante de la fracture.

Résection d'une portion de l'humérus, avec désarticulation de son extrémité inférieure, à Alger, par moi, pour une fracture comminutive par coup de feu; guérison qu'aucun accident n'est venu entraver.

La désarticulation de l'extrémité inférieure de l'humérus avait-elle été déjà pratiquée? Je n'en sais rien. La résection de l'articulation huméro-cubitale tout entière, proposée par Park, a été pratiquée pour la première fois par Moreau le père, qui l'a répétée jusqu'à cinq fois. Mais je

---

médecins; il ne faisait grâce à personne, d'autant plus qu'il avait la cruelle habitude de marcher droit à un homme, en abattant l'entourage et le clinquant de sa réputation. Selon lui, faire parler un auteur illustre de l'antiquité, c'était bien souvent faire parler la vérité même, avec force, avec éclat, et, d'après son expression, tirée du titre d'un des livres de saint Ignace, *tuba magna mirum clangens sonum*. Il est pourtant un point que je n'osais aborder, c'est celui de la médecine pratique. Enfin, un jour, presque poussé à bout, je me hasardai à lui demander si, tout préjugé d'érudit à part, il ne pensait pas qu'on ait aujourd'hui conduit très loin l'étude et l'observation des maladies, ainsi que les moyens de les guérir. Sa réponse ne se fit pas attendre; elle fut négative sur tous les points. Je ne nie pas, me dit-il, qu'on ait plus de moyens qu'autrefois, je nie seulement les résultats, à l'exception d'un bien petit nombre de cas. La même différence que j'ai remarquée entre les anciens et les modernes, sous le rapport physiologique, se retrouve encore quand il s'agit de pathologie. Les premiers, bien convaincus qu'une maladie se développe, marche et se termine sous l'empire des lois générales de la vie, allaient du tout à la partie, de l'économie à l'organe; les seconds, au contraire, vont de la partie au tout, de l'organe à l'organisme. De ces deux méthodes, la première me paraît avoir d'incontestables avantages. Ne perdant jamais de vue les lois de l'ensemble, elle embrasse et amène une foule de conséquences importantes. De là résulte que les anciens faisaient beaucoup de systèmes, et qu'on en fait très peu maintenant; il ne faut pas trop s'en vanter. Les systèmes ont leurs inconvéniens, ils ont aussi leurs avantages. Un système bien fait est un *criterium a quo*, qui rallie les esprits dans une direction donnée, et par une doctrine quelconque; il constate l'état de la science, il indique le point d'arrêt des recherches, il coordonne les faits et les constitue en principes. Proscrire *systématiquement* l'esprit de système, je le dis nettement, c'est renoncer au progrès; autrement dit, la négation absolue de l'esprit de système est la négation de l'*esprit scientifique*. Et le bon sens pratique s'en accommode tout aussi bien que les conceptions philosophiques. Remarquez, en effet, que les praticiens, en général peu *oseurs*, se groupent toujours aux chefs d'école; ils en sont les plus ardens propagateurs, sauf à les abandonner plus tard pour d'autres doctrines. L'impulsion, l'animation, la direction scientifique, appartiennent, en définitive, à ceux qui font les grandes doctrines, qui les posent et les établissent; tels sont les vrais dominateurs de la science. Aussi leurs noms et leurs œuvres tiennent-ils une large place dans le panthéon médical. N'en voyez-vous pas de nos jours un exemple remarquable? On avait vanté l'observation isolée, l'analyse, les histoires descriptives des maladies, M. Broussais arrive, et la synthèse lui sert d'instrument pour fonder un système; les faits se lient et se perdent dans cette unité morbide, l'imitation (1). Tout aussitôt l'agitation, le mouvement, la vive discussion, s'emparent des esprits, et la science est remuée à de grandes profondeurs. Malheureusement, je prévois que le physiologisme n'enfoncera pas de longues racines dans le terrain de la science. L'auteur s'en tient trop aux organes, tout en admettant des sympathies réactionnelles sur les autres fonctions, mais son centre de lumière ne rayonne pas loin. Les grandes lois, les grandes forces de l'économie, leur action régulière ou anormale sur les fonctions

(1) Ceci prouve à quelle époque ont eu lieu ces entretiens.

ne trouve nulle part dans les auteurs, du moins dans le petit nombre de ceux que leur position à l'armée m'a permis de consulter, aucun exemple de désarticulation de l'extrémité inférieure de l'os du bras. Moreau fils dit bien, dans son travail sur les résections : « L'extrémité inférieure de l'humérus est-elle altérée seule, nous n'avons besoin que du lambeau supérieur. » Mais l'auteur ne dit pas avoir rencontré le cas pathologique dont il parle; il le suppose et signale la conduite à tenir en pareille circonstance.

La désarticulation de l'extrémité inférieure de l'humérus, pratiquée par moi, le 27 mai 1840, a été répétée tout récemment, comme nous le verrons plus loin, par mon estimable confrère de l'hôpital civil d'Alger, M. le docteur Méardi, témoin du bon résultat que j'en avais obtenu.

Trépanation du crâne à Oran, par M. Saiget, pour une fracture avec enfoncement, opération pratiquée le jour même de l'accident, guérison qui n'a été retardée que par l'abondance de la suppuration.

Pareille opération faite par moi, à notre bivouac du col du Petit Atlas, dans notre expédition de Médéah, en 1840, pour une fracture avec enfoncement par coup de feu, opération pratiquée le lendemain de la blessure; guérison sans le moindre accident.

En attendant que je donne l'observation du sujet, dans ce moment au dépôt de son régiment, à Draguignan, je dirai que la lame interne de la portion d'os enfoncé, qui appartenait au coronal, était du double plus considérable que la lame externe, point sur lequel on ne saurait trop appeler l'attention des praticiens. J'ajoute que dans le grand nombre de fractures du crâne, avec ou sans enfoncement, que j'ai eu occasion de voir depuis trente ans, le désordre de la lame interne dépassait presque toujours celui de la table externe, alors même que celui-ci se bornait à une simple fêlure. Il faut le reconnaître, la trépanation est trop négligée de nos jours; lorsqu'il arrive qu'on y recourt, ce n'est, le plus souvent, qu'après avoir attendu l'apparition d'accidens qui ne permettent plus d'en espérer du succès.

PRINCIPALES OPÉRATIONS PRATIQUÉES EN ALGÉRIE, DANS LA POPULATION CIVILE, DEPUIS L'OCCUPATION FRANÇAISE, NON COMPRIS LES AMPUTATIONS.

Opération de l'empyème, côté droit, à Alger, par M. Méardi; guérison parfaite.

Opération de la taille, procédé du frère Côme, à Alger, par le même, sur un jeune israélite; guérison parfaite.

Cette taille est la seule qui ait encore été pratiquée en Algérie, où les calculs vésicaux sont extrêmement rares, au point que je n'en connais pas d'autre exemple que celui qui nous a été offert par le malade ci-dessus.

Opération d'une hernie étranglée, à Alger, par le même, sur une femme de 63 ans; guérison parfaite.

Opération semblable, sous mes yeux, à Alger, par M. Pétronelli, sur un jeune israélite; guérison parfaite.

Autre opération semblable, à Alger, dans une auberge, mort du sujet à l'hôpital civil, où l'on constata, en présence de l'opérateur, une lésion de l'intestin, faite dans l'opération.

Cette opération remonte déjà à quelques années; elle est la première de cette nature qui ait été faite en Algérie.

Extirpation d'une tumeur cancéreuse au sein, à Alger, sur la femme d'un capitaine de place, par M. Cenaldi; guérison qui se maintient depuis environ dix-huit mois que l'opération a été pratiquée.

Ablation d'un sein cancéreux, à Alger, sur une Européenne de 67 ans, par M. Renant; reproduction du mal après deux ans d'une apparente guérison.

Autoplastie pour un ulcère cancéreux de la joue droite, à Alger, par le même, sur un Européen de plus de 68 ans; prompte cicatrisation, puis reproduction du mal, auquel le malade a succombé.

Laryngotomie, à Alger, pour un cas de croup, sur un enfant de Toulon; mort du sujet quelques heures après l'opération, avec une hémorragie qu'on n'avait pu maîtriser.

Trépanation du crâne, à Alger, par M. Méardi, sur un jardinier mahonais, pour une fracture du coronal, avec enfoncement, par un coup de pied de mulet; guérison parfaite.

Résection d'une portion de l'humérus, avec désarticulation de son extrémité inférieure, à Alger, par le même, pour une fracture de l'humérus, avec saillie, à travers les tégumens du fragment supérieur; malade encore en traitement.

La fracture de l'os du bras s'accompagnait d'une fracture de l'olécrâne, circonstance qui, en permettant un plus libre accès aux instrumens, devait rendre la désarticulation moins difficultueuse. Cette opération avait été un peu longue et pénible sur le malade dont j'ai parlé précédemment; il en sera toujours de même en pareil cas.

Quelques opérations de cataracte à Constantine, toutes par abaissement, par M. Deleau, sur des indigènes.

Vingt-cinq autres opérations de cataracte, dont quelques-unes par extraction; aussi à Constantine, par M. Vital, sur des indigènes; guérison de presque tous les sujets.

Le nombre des opérations de cataracte pratiquées à Constantine, depuis le peu de temps que nous l'occupons, témoigne de la fréquence de la cataracte dans cette ville. Il n'en est pas de même sur les autres points de l'Algérie, où le plus grand nombre d'aveugles qu'on y rencontre le sont par la désorganisation du globe oculaire, à laquelle conduit souvent l'ophthalmie de ces contrées, abandonnée, comme elle l'est par les indigènes, à son cours naturel, alors même qu'ils ne l'aggravent pas par des imprudences et des moyens intempestifs. Depuis que nous occupons l'Algérie, les cas de cécité dans l'armée, par suite de l'ophthalmie, sont en petit nombre; mais il en est autrement, et pour les mêmes raisons, parmi les Européens de la classe pauvre, tombés, sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres, dans l'incurie des indigènes.

Alger, 20 février 1841.

NOTE SUR L'ÉTABLISSEMENT DES BAINS SALÉS DE SALINS, PRÈS MOUTIERS; communiquée par M. le docteur SAVOYEN, inspecteur des eaux de Salins.

La Savoie est un de ces pays que la nature n'a pas oubliés dans la distribution de ses richesses minérales; quatre sources thermales sourdent de dessous son sol et sont avec plus ou moins de vogue employées dans le traitement des maladies. A un kilomètre de la ville de Moutiers (province de Jarentaye), deux autres sources, voisines l'une de l'autre, s'échappaient depuis plus de deux mille ans, très probablement du même réservoir sou-

---

en un mot, le *dynamisme vital*, selon la méthode des anciens, telles sont les bases des doctrines qui durent et influent longtemps sur les destinées de la science. C'est ce que n'a pas fait M. Broussais. Il a tout critiqué avec verve, avec talent, avec supériorité, mais il s'est montré impuissant à trouver une bonne et complète formule de doctrine. La vivacité de sa discussion, la virilité de son style, l'éclat de ses paroles, sa raideur dogmatique et affirmative, peuvent séduire, mais non pas longtemps; c'est l'art de broder le linceul où il ensevelit sa doctrine. Et puis, quelle thérapeutique! D'éternelles sanguisugies, une diète excessive, très capable elle-même d'irriter les entrailles, et de l'eau de gomme pour les calmer, les dulcifier. La médecine pratique est-elle donc comprise, comme on l'a dit, dans ce cercle borné d'irritations, d'abirritations, où les médecins semblent des aveugles conduits par des sangsues? Vous ne le croyez pas, ni moi non plus.

Ajoutez, mon ami, que le troupeau [illegible] des imitateurs, des exagérateurs, n'a pas tardé à s'emparer de ce système, pour l'outrer et le rendre inapplicable. Les théories parodistes ont paru en foule. L'*organicisme*, comme on dit, est à la mode; toujours l'organe, l'instrument, jamais la force ou le principe; toujours les altérations, les effets, jamais les causes. On lit, dans un ouvrage qui vient de paraître : TRAITEMENT DES MALADIES DU CANAL THORACIQUE (1), et pourquoi pas de la veine azygos, de la glande pinéale, etc. Vous voyez où conduit une pareille manie. Toujours est-il néanmoins qu'une doctrine largement conçue sera un grand événement pour la science. Mais je me hâte d'ajouter que les plus modernes théories ont leurs racines primitives dans les idées de l'antiquité. Ainsi, dire que toute maladie a pour cause une altération de l'organisme, c'est énoncer une opinion très ancienne et nullement sujette à contestation. Quesnay définit la fièvre « une accélération *spasmodique* du mouvement des artères, excitée par une *cause irritante*, et qui augmente excessivement la chaleur du corps. » (TRAITÉ DES FIÈVRES CONTINUES, Paris, 1753.) Y a-t-il une grande différence entre cette définition et celle qu'on admet aujourd'hui? Vous pouvez non seulement les retrouver dans Franck, dans Quarin, dans Cullen, dans Stoll (APH. DE COGNOS. ET CUR. FEB., § 7 et 9), mais dans une foule d'auteurs anciens. Quelques modifications, plus ou moins justes, ajoutées depuis, auront fait croire que l'idée était nouvelle, et il n'en est rien; le fond de la science n'a pas aussi varié que vous le croyez. La différence est dans l'appareil extérieur, le fond demeure à peu près le même. Toutefois la variété des métamorphoses du vocabulaire donne à croire au plus grand nombre qu'on a pénétré plus avant, quand on n'a fait que changer les mots et déplacer les termes. Le point essentiel est de se faire proclamer un homme de grand mérite sur les pavois d'un journal, de parler à la foule, et se mettre à la hauteur de ses oreilles! Est-ce que l'*épine* de Van Helmont n'explique pas aussi bien que l'irritation moderne une foule de phénomènes morbides, ainsi que *l'âcre irritant* des vieux auteurs? La plasticité du sang disposant à l'inflammation diffère-t-elle beaucoup de l'ancienne *viscosité inflammatoire*? L'engorgement des viscères est-elle autre chose que les *infarctus* des médecins du temps passé? La *polyhémie* n'est-elle pas leur pléthore sanguine? L'*appauvrissement* du sang, les *cachexies* ne donnaient-elles pas des idées plus nettes au

(1) Titre d'un chapitre de la NOSOGRAPHIE ORGANIQUE, de feu Boisseau.

terrain, sans profit pour l'bumanité sooffrante. Ces deux sources de Salins, village où elles se trouvent, étaient tantôt simultanément, tantôt alternativement employées pour la fabrication dn sel. Il appartenait à notre gouvernement de fixer bénévolement son attention sur une de ces deux sources qui, sans nuire à l'entretien des salines, pouvait rendre de si grands services dans les maladies. C'est à son auguste impulsion que l'on doit l'érection de ce nouvel établissement. Après avoir reconnu la suffisance de la grande source pour la fabrication dn sel, le gouvernement s'est départi, en faveur d'une société, de la petite source pour un établissement de bains.

Quand un pays renferme dans son sein le remède propre à guérir tant d'affections rebelles qui tantôt déparent la physionomie de l'homme et tantôt gênent ses mouvemens de relation sociale, assurément ce pays peut se féliciter d'avoir un beau privilége; mais ce n'était pas assez que de le posséder, si son exploitation n'eût été rendue facile. Dans la pensée donc que les institutions qui concourent le mieux au bien-être matériel d'une nation sont celles qui ont pour but principal son état sanitaire, le ministre de l'intérieur a tout fait auprès de sa majesté pour obtenir la concession de cette source. Qu'il reçoive ici les remercîmens respectueux du pays et de l'humanité.

Pour écarter tout soupçon d'exagération dans l'appréciation que je fais de l'importance thérapeutique de cet établissement, comme pour légitimer la bienveillance que l'opinion publique a déjà depuis les premiers jours témoignée à cette entreprise, je ne puis mieux faire que de citer l'analyse chimique des eaux qui l'alimentent; j'ai d'autant plus de plaisir à revenir sur ce sujet, déjà traité avec de plus grands détails dans un mémoire qui a paru l'an passé à Moutiers, que de nouvelles recherches chimiques viennent d'être faites sur ces eaux et ont été couronnées de découvertes importantes depuis son impression. Voici l'analyse chimique des eaux de Salins, telle qu'elle a été faite par M. Berthier lorsqu'il était professeur à l'école des mines dans cette ville, sous le gouvernement précédent :

Sur 100 parties d'eau,

Gaz acide carbonique	0,68
Carbonate de fer	0,15
— de chaux	0,75
Sulfate de chaux	2,40
— de magnésie	0,52
— de soude	0,98
Hydrochlorate de magnésie	0,30
— de soude	10,22

Depuis, M. Reverdy a découvert le brôme dont la présence a ensuite été confirmée par M. Calland, pharmacien à Annecy; ce dernier a encore constaté d'une manière évidente la présence de l'iode.

A l'énumération de ces principes divers, l'homme de l'art reconnaîtra facilement une ressource rare, un remède énergique et puissant dont l'application pouvant être modifiée, au moyen d'appareils particuliers, n'aura pourtant rien de dangereux quand le tempérament impressionnable du malade exigera un traitement mitigé; de plus, il sera frappé d'étonnement de trouver dans ces eaux tant d'analogie avec les eaux de la mer; l'iode et le brôme réunis, la grande quantité de sels alcalins attestent assez cette ressemblance : *Etiam in montibus aquæ marinæ !*

La température naturelle de la source de l'établissement est de 37° centigrades; la pesanteur spécifique de son eau est de 2° à l'aréomètre de Baumé.

Les maladies principales que les eaux de Salins sont appelées à combattre avec efficacité sont les scrofules et toutes les affections qu'elles peuvent compliquer, les rhumatismes dont le siége est si variable et le traitement toujours si difficile par les moyens pharmaceutiques, les affections cutanées, l'asthénie générale chez les enfans comme chez les adultes par suite de maladies graves. Les tumeurs blanches ulcérées ou non, les ankyloses incomplètes, l'aménorrhée par atonie, les plaies par suite d'armes à feu, n'ont pas moins d'heureuses chances de guérison par l'emploi de ces eaux minérales. Administrées avec prudence, ces eaux ont déjà eu de beaux succès à constater; je m'empresserai de les publier à la fin de cette saison thermale.

Sans vouloir rien préjuger de trop favorable, sans présumer rien que de rationnel sur l'avenir de cet établissement, je crois toutefois que l'humanité malade en pourra retirer les plus grands bienfaits. C'est un établissement unique dans les états sardes, et qui peut revendiquer une place distinguée parmi ceux que l'art recommande comme succédanés des bains de mer. La position géographique de la Savoie rend cet établissement accessible aux habitans des contrées limitrophes qui, privés d'une pareille ressource, sont souvent obligés d'aller bien loin chercher un remède qui se trouve aujourd'hui si près d'eux. L'air salutaire de nos montagnes, l'aspect admirablement accidenté qu'elles présentent, la culture poussée avec autant de courage que de bonheur jusqu'à leur sommité, les richesses, les curiosités minéralogiques incrustées dans nos vallées, le caractère simple et hospitalier de leurs habitans, tout est fait pour séduire l'étranger, captiver son attention, tenir son moral à l'abri de la monotonie des impressions du séjour et l'entretenir dans cet état de distraction dont l'homme sain est aussi avide que l'homme souffrant.

Je finis en transcrivant l'opinion qu'a portée M. le docteur Gosse, praticien distingué de Genève, sur l'avenir de cet établissement, telle que je la trouve consignée dans le JOURNAL DE PHARMACIE (n° 12, 1838); je ferai seulement observer qu'à cette époque ces thermes n'étaient encore qu'en projet :

« Ce qu'il y a de plus étonnant, dit-il, c'est qu'on n'ait pas pensé jusqu'à ce jour à mettre à profit leurs qualités précieuses (il n'est question que des eaux de Salins) d'une manière plus régulière ou plus générale, en fondant un établissement de bains qui rivaliserait, je n'en doute pas, avec les institutions de ce genre les plus renommées en Europe. La réussite d'un pareil établissement serait d'autant plus probable qu'il n'existe en Suisse, ni dans les états de sa majesté sarde, aucune eau minérale qui, par ses propriétés, puisse être comparée à celle dont nous parlons. »

Les thermes de Salins seront ouverts dès les premiers jours de mai de cette année. Une piscine vaste et commode, des cabinets de bains et de douches à friction constitueront le matériel thérapeutique de l'établissement; rien ne sera négligé pour que tout concoure au but commun et désiré, la guérison des maladies indiquées.

---

praticien, que la diminution ou augmentation tariffées de la fibrine et des globules? Les *raptus*, les révolsions d'aujourd'hui ne sont-ils pas les métastases, les métaptoses d'autrefois? Lisez, pour vous en convaincre, le curieux ouvrage de Roderic de Castro: QUÆ EX QUIBUS (Lyon, 1645), tiré lui même de l'Οἷα ἐξ οἵων d'Hippocrate. Les systèmes modernes ne sont que la répétition, le calque des vieux systèmes. Les anciens les ont empreints de quelques vérités dont l'éternel éclat, l'éternelle jeunesse se réfléchissent dans tous les âges. Remarquez même que ces hypothèses, qui mettent la science dans l'étau de deux types morbides opposés qui ont la prétention d'une sorte de *binôme médical*, trouvent leur modèle dans le *strictum* et le *laxum* de Thémison. Je n'en excepte pas les plus modernes. L'homœopathie elle-même, cette niaiserie systématique, n'a pas le mérite de la nouveauté; Descartes en est l'inventeur. «Ce philosophe s'était mis si fort en tête que les *semblables* se guérissaient par les *semblables*, qu'étant malade de la fièvre dont il est mort, il se fit apporter de l'eau-de-vie, qu'il but avec impatience, dans le dessein de guérir le *semblable* par le *semblable*. Le médecin voulant l'empêcher de boire cette eau-de-vie, le malade répondit: Monsieur, *les semblables se guérissent par les semblables*, ainsi laissez-moi, je vous prie, gouverner ma petite machine. En même temps il but ce prétendu remède, qui aussitôt lui causa des hoquets furieux et le déroba à tous les secours.» (Gorris, JOURNAL DES SAVANS, 10 décembre 1703, p. 1094, de l'édit. de Hollande.) La médecine moderne, toujours discoureuse, parolière, sans scrupule, pillarde et picoreuse, n'a cependant pas encore pu trouver une doctrine qui lui appartienne en toute propriété; elle ne peut pas plus créer une idée en abstraction scientifique, qu'un atôme en physique. Le grand art est de changer, de modifier, de classer, de diviser, et surtout de changer les mots. On croit avoir beaucoup fait quand on est arrivé là; ceci me rappelle un intrépide nomenclaturier, qui pensait de bonne foi avoir contribué au progrès en s'obstinant à appeler la queue, l'*incrementum* de la moelle épinière. Aussi, peu de travaux survivent à leurs auteurs; mes yeux ont vu une longue suite de célébrités qui se sont évanouies, bientôt devenues des ombres, des riens, que le temps et l'oubli ont dévorées; il faut l'avouer, *tempus edax, homo edacior*.

Tout cela est possible, dis-je au docteur Mathanasius; mais, convenez, à votre tour, docte et vénérable confrère, que les altérations organiques sont maintenant étudiées avec un soin, une attention remarquables. J'en conviens, me dit-il, ces recherches peuvent être utiles; mais n'y comptez pas trop. L'anatomie pathologique est la lettre morte de la médecine, on ne saurait le nier. Lisez Galien (DE LOCIS ADFECTIS), et vous verrez que les anciens n'ont pas négligé ce point de doctrine, mais ils se sont bien gardés d'en faire l'hypomochlion, le pivot principal de la médecine. En effet, on aura beau disséquer, scruter, fouiller les organes, on n'y trouvera jamais que les effets, bons à connaître, mais non la maladie elle-même, qui est un acte vital, une série de lois particulières qu'il faut étudier chez l'homme vivant et souffrant. Cette étude doit être faite physiquement, matériellement, mais beaucoup plus encore par la réflexion. Les yeux du corps ne voient pas aussi loin que les yeux de l'intelligence; il convient de faire de la philosophie avec le sens philosophique, beaucoup plus qu'avec les organes des perceptions externes. Aujourd'hui, on s'en tient au premier point, toute doctrine est passée au fil du scalpel; la déification du cadavre est à l'ordre du jour, on ne veut lire que dans le cadavre, ne voir que par le cadavre; c'est bien là, comme le dit As-

OPÉRATION DE L'EMPYÈME; NOUVEAU MOYEN D'EMPÊCHER L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LA POITRINE; par M. le docteur Lagarde.

A l'occasion du mémoire de M. Reybard de Lyon sur un nouveau moyen de s'opposer à l'introduction de l'air dans la poitrine, dans l'opération de l'empyème, M. Lagarde nous écrit qu'il a lui-même employé avec succès, dans le même but, un procédé qui lui est propre.

Dans ce procédé, un tube membraneux, long de 5 ou 6 centimètres, formé d'une portion d'intestin d'oie, est appliqué, par une de ses extrémités, sur le lieu d'élection, au moyen d'une sorte de virole en diachylon gommé, et communique, par l'extrémité, avec une vessie de cochon, dont le fond donne passage à un trois-quart. L'ouverture faite, dans ce but, à la vessie est ensuite fermée par une ligature.

Les choses étant ainsi disposées, et la vessie repliée le long du trois-quart, on dirige celui-ci à travers le tube membraneux solidement maintenu avec la main gauche; on pratique la ponction comme de coutume, et l'on retire la canule. Le pus coule dans la vessie qu'il déplisse peu à peu. Quand il a cessé de couler, on retire la canule; on applique une ligature sur le tube membraneux; on le coupe au-dessus de ce point, et en écrasant la petite virole en diachylon gommé sur la plaie, l'opération se trouve ainsi terminée.

L'auteur fait remarquer que ce moyen peut s'étendre avec quelques modifications à tous les cas où il s'agit d'extraire un liquide d'une des grandes cavités.

NOTE SUR UNE NOUVELLE THÉORIE DES FISTULES; communiquée par M. le docteur Roser.

Pourquoi les fistules vésico-vaginales et les fistules stercorales de la ligne blanche sont-elles si difficiles à guérir?

Parce que les deux membranes intéressées se sont réunies, savoir, la peau avec la muqueuse ou la muqueuse vésicale avec celle du vagin. Les tissus cicatrisans se sont resserrés de telle manière que les deux membranes ont été rapprochées l'une de l'autre; il est arrivé ce que le chirurgien sait amener à force de sutures dans les opérations de l'anus artificiel, du rétrécissement de la bouche, etc.

Ce point de vue peut conduire à de nouvelles modifications dans les procédés opératoires.

Ainsi, au lieu de pratiquer la cautérisation des bords seulement de la fistule, on la fera largement dans la circonférence. De cette manière, le resserrement des circatrices gagnera tant de force et d'étendue, que la fistule ne manquera pas de se fermer.

LETTRE SUR LA CURE DU BÉGAIEMENT PAR L'EXCISION DES AMYGDALES ET DE LA LUETTE; par M. Lee.

Les journaux anglais ont rendu compte ces jours derniers d'une nouvelle opération qui vient compliquer encore la pathologie du bégaiement. L'opération a été pratiquée avec succès sur 26 individus, dont plusieurs très bègues, en présence de plusieurs médecins et chirurgiens de Londres, par M. Jearsley (qui s'est jusqu'à présent occupé spécialement des maladies de l'oreille); elle consiste dans l'excision des amygdales et de la luette, que M. Jearsley considère comme le moyen le plus propre à remédier à l'état spasmodique des parties de l'arrière-bouche, qui empêche la sortie libre de l'air des poumons pour la formation de quelques sons. Cette opération, ainsi que les autres qui ont été proposées, est suivie d'un succès plus ou moins grand. Je crois que ce ne pourrait être qu'en modifiant l'action de l'inervation d'un état vicieux de laquelle paraît dépendre cette infirmité plutôt que des lésions physiques; ce qui paraît être encore plus fortement démontré par les circonstance que presque tous ces malades sont guérissables par une éducation particulière pour l'articulation des sons, et que la plupart ont le bégaiement plus fort à de certaines époques qu'à d'autres et particulièrement lorsqu'ils sont agités ou en société.

Agréez, etc.

POLYPE FIBREUX DU COL DE L'UTÉRUS: observation recueillie dans le service de M. Maisonneuve, à l'hôpital de Saint-Louis; par M. Bocandé, élève des hôpitaux.

La nommée Flehr, âgée de 35 ans, lingère, avait constamment joui d'une bonne santé, quand vers le milieu du mois de mai 1839, elle fut prise tout à coup de pertes utérines très fortes; accompagnées de douleurs dans les reins et l'hypogastre. Ces accidens se calmèrent spontanément, ou sous l'influence d'un repos au lit de quelques jours, puis reparurent bientôt avec une nouvelle intensité, pour disparaître encore. Dans l'espace d'une année ils se renouvelèrent sept ou fois, toujours avec une énergie croissante, et laissant après eux un malaise continu.

La santé générale, autrefois robuste, s'altérait visiblement; le teint, habituellement vif et coloré, devenait terne et jaune; l'embonpoint ordinaire faisait place à une maigreur inquiétante; les forces s'affaiblissaient; les digestions devenaient pénibles; les mouvemens circulatoires perdaient leur régularité, et le moindre exercice, la moindre émotion donnaient lieu à des palpitations douloureuses. Le caractère devenait morose et irritable, mais surtout les douleurs lombaires et hypogastriques acquéraient de plus en plus d'intensité et de continuité. C'est alors que la malade vint à l'hôpital Saint-Louis réclamer les secours de l'art. Elle fut reçue dans la salle Saint-Augustin, nº 71.

Les symptômes précédemment énumérés conduisirent à soupçonner une affection grave de l'utérus et l'exploration fit en effet découvrir l'existence d'une tumeur, du volume d'un œuf d'oie, lisse, arrondie, faisant saillie dans le vagin, et se prolongeant, par un pédicule volumineux, dans la cavité du col utérin; les lèvres de cet organe formaient un relief circulaire autour de la tumeur sur laquelle elles étaient fortement appliquées, sans pourtant y avoir contracté d'adhérence. La lèvre postérieure présentait une artère volumineuse, battant avec force sous le doigt. Une sonde de femme introduite entre la tumeur et le col utérin, glissait librement en avant et sur les côtés, mais elle était arrêtée en arrière, à la profondeur d'un pouce et demi environ. L'utérus lui-même avait acquis un développement anormal; on le sentait facilement, en déprimant les parois abdominales au-dessus du pubis, pendant que d'autre part on soulevait l'organe, au moyen d'un doigt introduit dans le vagin. Il avait conservé toute sa mobilité; on le repoussait facilement en haut; on l'abaissait avec la même aisance, et le doigt pouvait aussi lui imprimer des mouvemens de latéralité.

Examinée avec attention, la tumeur paraissait rénitente, élastique; la pression exercée sur elle ne développait qu'une sensibilité obscure, et le sang qui s'écoulait alors provenait évidemment de l'intérieur du col utérin et non de son

---

clepiade, une *méditation de la mort*, θανάτου μελέτην. Et puis vient le *tran, tran* hyperbolique de l'éloge des faits. On invoque les faits, on ne jure que par les faits; *la pensée de l'époque* est qu'il faut des faits, recueillir des faits. Eh Dieu! la science en manque-t-elle depuis son origine? N'en sommes-nous pas encombrés, saturés? Il y a des faits noirs de siècles, si l'on peut ainsi s'exprimer, ôtez-en la rouille, et vous les trouverez entièrement pareils à ceux d'aujourd'hui. Quant à la manière de s'en servir, de les interpréter, c'est une autre affaire. Dès qu'il faut sortir du matériel, entrer dans la sphère des idées, gravir les hauteurs de la synthèse, ils n'y sont plus, le rayon intellectuel s'obscurcit et s'efface, *mentem saniorem illis excepto*. Les ébauches continuelles, les avortemens successifs, la pauvreté ou la nullité des conclusions, l'absence à peu près totale de toute doctrine médicale actuelle, en sont des preuves manifestes; vous êtes à une époque où toutes les théories se combattent dans le vide et le vague. Ils vous diront: tel organe est dur, mou, gris, rouge, noir, pointillé, mince, épais, etc. Mais la raison, la *vie* du fait, où est-elle? où la cherche-t-on? L'inflammation est une cause très secondaire, et puis suffit-elle à expliquer les altérations les plus opposées? On peut en douter par les résultats. Abandonnez donc, mon ami, le terrain ingrat de l'anatomie, ces champs de mort, *lugentes campos*, pour revenir à la méthode de nos devanciers, l'observation clinique. Toujours à la manière des anciens, qui compensaient souvent les faits matériels par cette lucidité d'intuition qui naît de la profondeur de l'observation. Les lumières qu'elle fournit ne sont pas les moins fidèles, les moins exactes ni les moins fécondes. La synthèse est un arbre de vie qui porte aussi des fruits de sagesse pratique. Sans tomber dans un puritanisme psychologique, poussé peut-être trop loin par Stahl, *inter acutissimos acutissimum*, ne pourrait-on établir une doctrine qui pût représenter et lier nos acquits, en faire un tout logique, établir l'union intime et parallèle des études de faits et des études d'idées? Je conviens que ce travail est autrement difficile que celui de ramasser des faits, et de les placer bout à bout. Pour une œuvre de cette force, il faut l'attention qui pénètre, le coup-d'œil qui discerne, la sagacité qui prévoit, le jugement qui combine, enchaîne et déduit. De pareils médecins, comme les vrais amis, seraient, je crois, fort à l'aise dans la maison de Socrate. Cependant, ils sont plus que jamais un besoin de la science. Sans préjuger de l'avenir, je dis, comme Louis Duret, *bona est inter medicos dissensio, pessima voluntatum*; il serait grand temps de s'entendre, de fonder, d'édifier avec les immenses matériaux que l'on possède. Mais où est l'homme, marqué du sceau du génie, capable d'une telle entreprise? Qui saura pétrir ce gravier sans ciment, *arena sine calce*? Verrons-nous de notre temps s'élever et briller cet astre au firmament de la science? Quant à moi, je lui réserve d'avance la première place dans le *De viris illustribus* de la médecine, ouvrage auquel je travaille depuis longtemps, et qui n'est encore qu'un très petit volume.

R. P.

(La suite incessamment.)

— M. le docteur Furnari vient d'être chargé, par le gouvernement français, d'une mission scientifique en Algérie.

tissu propre. Il s'agissait d'un polype fibreux, implanté dans la partie supérieure du col de l'utérus. La malade, épuisée par de longues souffrances, et des hémorrhagies journalières ne pouvait plus tenir son état; l'extirpation fut proposée et acceptée immédiatement.

Le 1er septembre, M. Maisonneuve y procéda de la manière suivante: la malade, placée horizontalement sur un lit élevé, était maintenue couchée sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses relevées sur le bassin et fortement écartées. L'opérateur, introduisant le doigt index gauche dans le vagin, saisit de l'autre main une érigne simple qu'il implanta dans la partie antérieure du corps de la tumeur; une seconde érigne fut portée de la même manière à la partie postérieure; enfin une longue pince de Museux fut glissée pour la saisir sur ses parties latérales. Alors un aide, appliquant ses deux mains sur l'hypogastre, pressa doucement et d'une manière continue sur la paroi abdominale, pour abaisser l'utérus, pendant que l'opérateur exerçait, au moyen de ses érignes, une traction lente et graduée sur la tumeur. Au bout de quelques minutes pendant lesquelles l'attention de la malade fut constamment distraite par le chirurgien, le polype fit saillie à la vulve. L'opérateur porta de nouveau le doigt index gauche dans le vagin, s'en servit pour diriger un long bistouri boutonné, concave sur le plat, tranchant sur un côté, qu'il introduisit entre le col utérin et le pédicule de la tumeur qu'il coupa à son lieu d'implantation. Ce mouvement, rapidement exécuté, sépara complétement la tumeur; elle fut entraînée par les érignes. Immédiatement l'utérus reprit sa position normale, et quelques gouttes de sang s'écoulèrent à peine après l'opération.

La tumeur, entièrement fibreuse, ne contenait que quelques ramuscules vasculaires à sa superficie; elle semblait revêtue d'une couche fort mince de tissu utérin, dont elle s'était coiffée, et qui constituait son enveloppe.

La malade fut soumise à une diète sévère et à un repos absolu; elle n'éprouva pas le moindre accident; les hémorrhagies ne se reproduisirent plus; les douleurs de reins, les palpitations s'évanouirent peu à peu, et la malade sentit de jour en jour renaître ses forces. Elle sortit de l'hôpital le 14 septembre, douze jours après l'opération, ayant en grande partie recouvré sa santé d'autrefois, il ne lui restait pas même un écoulement blanc.

EXTRACTION D'UN CORPS ÉTRANGER IMPLANTÉ DANS L'UTÉRUS; observation recueillie dans le service de M. MAISONNEUVE, à l'hôpital St-Louis, par M. BOCANDÉ, élève des hôpitaux.

OBS. — Le 14 septembre 1840, une femme, âgée de 30 ans, lingère, vint à la consultation de l'hôpital St-Louis, pour y être traitée d'une affection chronique de l'utérus. Après une exploration de quelques instans, M. Maisonneuve, sans porter immédiatement de diagnostic précis, reconnut cependant quelque chose d'étrange dans cette affection, et reçut la malade dans son service.

Le lendemain, elle fut soumise à un examen minutieux qui fournit les renseignemens suivans: jusqu'à l'âge de 28 ans, cette femme avait joui d'une bonne santé; à cette époque, elle devint enceinte, et, dans le cinquième mois de sa gestation, fit une fausse couche qui fut, dit-elle, suivie de graves accidens de métro-péritonite. Ce ne fut qu'au bout de trois mois qu'elle put commencer à quitter la chambre, encore fut-elle obligée bientôt d'entrer dans un hôpital. Elle passa plusieurs mois à la Pitié, où le chirurgien constata l'existence d'une métrite, et, si l'on en croit la malade, diagnostiqua une hypertrophie de la face antérieure de l'organe. Des saignées révulsives, des bains, de la tisane de saponaire, le repos horizontal, employés avec persévérance, n'amenèrent aucun résultat, et quand la malade entra dans le service de M. Maisonneuve, elle se trouvait dans l'état suivant: constitution générale épuisée, maigreur considérable, teinte jaune, blafarde de la peau, physionomie abattue, digestions pénibles, fièvre hectique revenant tous les soirs, douleurs sourdes et continues dans les lombes et l'hypogastre. Cette dernière région était occupée par une tumeur inégale, dure, bosselée, peu douloureuse à la pression, remplissant le bassin et se prolongeant dans la fosse iliaque droite. Du côté du vagin, on trouvait l'orifice du museau de tanche un peu entr'ouvert, permettant au doigt de s'introduire à la profondeur de 4 ou 6 millimètres, puis le col et le corps de l'utérus perdu dans une masse irrégulière et dure, absolument immobile. Examiné au speculum, le vagin paraissait dans l'état normal, le museau de tanche lui-même n'offrait d'extraordinaire qu'un léger écartement de ses lèvres. Cet écartement permit au chirurgien d'apercevoir quelque chose de blanchâtre, dont il chercha à reconnaître la nature, au moyen d'un stylet. Quel ne fut pas son étonnement quand il sentit une résistance lignée, et put circonscrire l'objet inconnu, en passant le stylet en avant et en arrière? Sur les côtés, il y avait adhérence avec les lèvres de l'organe.

Persuadé qu'il y avait là un corps étranger, et que ce corps, d'une nature et d'une forme impossible à reconnaître, était implanté dans les parois utérines, M. Maisonneuve essaya d'abord de le couper avec de longs ciseaux, pour extraire ensuite chacun des bouts séparement, il ne put réussir. Alors il engagea les deux mors d'une longue pince à polype, l'un en avant, l'autre en arrière, et, par une traction modérée, il parvint à faire céder un peu le corps étranger. Les tractions, continuées avec précaution, dégagèrent sans trop de douleur un de ses bouts, et alors il devint facile de l'extraire en totalité. C'était une broche de bois, longue de 122 millimètres, pointue à l'une de ses extrémités et comme tordue à l'autre.

Se reportant à l'origine de l'affection, M. Maisonneuve pensa que cette broche avait probablement été rompue dans l'utérus pendant des manœuvres coupables, dont le résultat avait été de produire l'avortement. Cette opinion s'est trouvée confirmée par des renseignemens ultérieurs.

L'opération fut suivie d'une recrudescence de douleurs abdominales et lombaires, d'une réaction fébrile assez forte, qui disparurent au bout de huit jours, sous l'influence des saignées, des bains, de plusieurs applications de sangsues. Mais il resta toujours la tumeur du bassin, qui résulte, selon toutes les probabilités, d'adhérences chroniques établies entre l'utérus, la vessie, le rectum, les ligamens larges et quelques anses intestinales. Au 1er janvier, cependant, la tumeur avait diminué d'une manière notable, et la santé générale s'était beaucoup améliorée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 MARS.

SECTION DES ORBICULAIRES DES PAUPIÈRES ET DES LÈVRES.

M. PHILLIPS annonce qu'il vient de faire avec succès la section du muscle orbiculaire des lèvres, pour une contracture congénitale de ce muscle, qui faisait dévier l'angle gauche de la bouche. La division a été faite de haut en bas, au moyen d'un bistouri courbe, tranchant sur la convexité, introduit sous la muqueuse buccale, au niveau de la première deul molaire.

M. Phillips dit avoir aussi pratiqué à St-Pétersbourg la section du muscle orbiculaire des paupières pour un cas d'ectropion, survenu sans ophthalmie et à la suite de convulsions, mais il ne donne aucun détail sur cette opération.

MYOPIE.

Le même chirurgien rappelle à l'Académie qu'il a eu l'honneur de lui écrire, en juillet 1840, pour lui exposer quelques observations physiologiques sur la myopie, produite par la contraction musculaire, et la possibilité d'appliquer la myotomie oculaire à la guérison de la myopie. Il revendique, en conséquence, sur M. Jules Guérin, la priorité de cette idée.

Voici les termes dans lesquels M. Phillips a exposé ses opinions sur ce point, dans une brochure publiée à la fin de décembre 1840.

« Une remarque générale, constante, c'est que les yeux, déviés par le grand oblique, étaient myopes, et qu'aussitôt après l'opération, la vue devenait longue... » (Pag. 88.)

« Le globe, étant écrasé dans la moitié de sa circonférence par les deux tendons des obliques, forme une convexité en avant, et la myopie est le résultat de cette modification... » « ... Après les opérations, on a obtenu des résultats contraires, c'est-à-dire que, le grand oblique étant coupé, la convexité de la cornée s'est affaissée et la myopie a été guérie. » (Pag. 124.)

« La myopie, dans ce cas, est le résultat du déplacement de la lentille, déplacement qui est tout-à-fait sous la dépendance de la contraction des muscles obliques. » (Pag. 89.)

Et plus loin: « Après ce que nous avons vu de la manière d'agir de ce muscle (grand oblique) sur le globe de l'œil, ne peut-on pas espérer pouvoir améliorer l'état des myopes, en coupant le tendon du muscle grand oblique (1)? »

M. Carron du Villards écrit aussi, à l'occasion de la note communiquée par M. Guérin, dans la dernière séance, que, dans une brochure publiée en janvier 1841, il a rapporté des expériences faites en 1801 par sir Everard Home, dans le but de prouver « *que le bombement et l'aplatissement de la cornée forment les conditions nécessaires pour adapter l'œil aux objets éloignés et aux objets rapprochés, et cela au moyen de la contraction simultanée des quatre muscles droits; 2° que le cristallin ne change pas de forme pour s'adapter à la vue à différentes distances, mais qu'il change seulement de rapports avec la rétine et la cornée transparente.*

M. Carron, dans sa brochure, a tiré de ces expériences rapprochées des modifications de la vision consécutive à l'opération du strabisme, cette conclusion: *que la seule théorie raisonnable pour rendre compte de ces modifications est celle qui s'appuie sur les changemens que subit la cornée à la suite de la section des muscles.*

IDENTITÉ ET COMPOSITION DE L'ALBUMINE ET DE LA FIBRINE.

M. le docteur Denis communique une lettre, à lui adressée par M. Liebig de Giessen, et qui confirme les résultats de ses expériences sur l'albumine et la fibrine, et relatives à leur identité et à leur composition.

M. Liebig est parvenu à dissoudre entièrement de la fibrine pure dans une solution saturée de nitre, en les tenant ensemble à une température voisine de 50 à 56° degrés. La fibrine devient d'abord gélatiniforme et ne laisse que quelques flocons insolubles. Le liquide filtré possède toutes les propriétés de l'albumine. La composition de la fibrine dissoute (changée en albumine liquide) est exactement celle de la fibrine et de l'albumine ordinaire. La formule $C^{48} H^{74} N^{14} O^{11}$ exprime la proportion relative de ses élémens.

M. Liebig a également réussi à précipiter l'albumine sous forme de globules, en ajoutant une suffisante quantité d'eau à du sérum rendu neutre par un acide, et il est parvenu à retirer de la fibrine des globules du sang, d'après le procédé indiqué par M. Denis.

Enfin, en ajoutant à de l'albumine un peu de potasse caustique, M. Liebig l'a précipitée sous la forme et avec les propriétés de la caséine, au moyen de l'alcool.

(1) Voir plus loin la réponse aux assertions de MM. Phillips et Carron du Villards.

CONSERVATION DES VIANDES ALIMENTAIRES.

M. Gannal lit un travail sur ce sujet. Il propose de remplacer le procédé d'Appert, dans lequel les viandes sont renfermées, à l'abri du contact de l'air, dans des vases hermétiquement clos, par un moyen qui lui est propre, et qui consiste à injecter une solution aqueuse de chlorure d'aluminium dans la carotide de l'animal. Un kilogr. et demi de sel dissous dans 10 ou 12 litres d'eau suffit pour la conservation d'un bœuf. Suivant M. Gannal, le chlorure d'aluminium modifie l'albumine et la gélatine, de telle sorte que ces deux substances ne sont plus susceptibles de fermentation putride La viande, ainsi préparée, ne contracte, dit-il, aucun goût particulier ni aucune propriété nuisible.

M. Gannal dépose sur le bureau plusieurs gigots de mouton conservés par ce procédé, depuis plus de deux ans. (Commissaires : MM. Dumas, Magendie, Segnier.)

SURDITÉ.

M. le docteur Ducros, de Marseille, adresse un mémoire sur la guérison de la surdité par la cautérisation du pharynx. Quand cette affection dépend de l'engorgement catarrhal de la trompe d'Eustache, la cautérisation du pharynx par le nitrate d'argent produit, suivant l'auteur, un dégorgement de la muqueuse et une désobstruction du passage de l'air, d'où résulte le rétablissement de l'audition.

RAPPORT SUR LE CONCOURS MONTYON POUR LES PRIX DE MÉDECINE.

Dans le comité secret de la dernière séance, l'Académie a entendu le rapport de la commission des prix de médecine et de chirurgie sur les pièces adressées pour le concours.

Les conclusions du rapport sont :

1° D'accorder un prix de la valeur de 6000 fr. à M. le docteur Tanquerel des Planches, pour son TRAITÉ SUR LES MALADIES SATURNINES.

2° D'accorder, à titre d'indemnité et d'encouragement, une somme de 4000 fr. à M. Amussat, pour ses RECHERCHES SUR L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES.

Dans le comité secret de la séance du lundi 4 janvier 1841, l'Académie avait entendu le rapport sur les pièces adressées au concours pour le prix de physiologie expérimentale.

Les conclusions du rapport sont :

Que le prix soit accordé à M. Chaussat, pour son mémoire intitulé : RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INANITION ;

Et qu'une mention honorable soit accordée à M. Lecanu pour ses NOUVELLES RECHERCHES SUR L'URINE HUMAINE.

Enfin, on réserve pour le concours de 1841 un mémoire de M. Matencie sur les PHÉNOMÈNES ÉLECTRIQUES DES ANIMAUX.

SÉANCE DU 29 MARS.

MYOPIE.

M. J. Guérin adresse la lettre suivante, en réponse à deux réclamations faites, dans la dernière séance, par MM. Phillips et Carron du Villards, et demande l'ouverture d'un paquet cacheté, déposé le 13 décembre 1840, contenant l'indication de la première opération qu'il a faite pour remédier à la myopie.

« L'Académie a reçu dans sa dernière séance deux réclamations relatives à la communication que j'avais eu l'honneur de lui faire sur la myopie.

» Dans la première, M. le docteur Phillips revendique pour lui la théorie que j'ai proposée concernant la myopie mécanique, et l'opération que j'ai pratiquée pour remédier à cette infirmité. L'Académie va juger sur quelle équivoque repose la réclamation de M. Phillips.

» J'ai posé en principe, et j'ai établi par des expériences directes, que la myopie mécanique est le résultat du raccourcissement de l'œil par la rétraction simultanée des muscles droits, et j'ai guéri des myopes que j'ai rendus immédiatement presbytes par la section des muscles dont il s'agit. Or, qu'a dit et fait M. Phillips? je cite textuellement : « Si l'action contractile des muscles *obliques* est spasmodique, s'ils sont dans un perpetuel état de contraction, il en résulte un changement dans l'axe de l'œil; le globe, étant *écrasé* dans la *moitié de sa circonférence* par les *deux tendons des obliques*, forme une convexité en avant et la myopie est le resultat de cette modification..... C'est ainsi que nous l'avons *toujours* remarqué dans les strabismes par la contraction du grand oblique. Après les opérations, on a toujours obtenu des résultats contraires, c'est à dire que le grand oblique étant coupé, la convexité de la cornée s'est affaissée et la myopie a été guérie (1).... Après les guérisons obtenues par cette opération (chez les personnes atteintes de strabisme compliqué de myopie), ne peut-on pas *espérer pouvoir* guérir la myopie en coupant le muscle grand oblique » (2).—Telles sont la théorie et la pratique de M. Phillips. Quel rapport ont les idées de ce chirurgien avec les miennes ? J'attribue la myopie à la rétraction des *muscles droits*, il la met sur le compte des muscles *obliques* ; il la regarde comme le résultat d'une *dépression latérale*, c'est à dire d'un *allongement du globe oculaire*, et moi d'une *dépression antéro-postérieure*, c'est à dire d'un *raccourcissement* ; il *propose* la section du grand *oblique*, je *fais* celle des *droits* ; enfin M. Phillips n'a point opéré de vrais myopes : il a seulement conclu de ce qu'il croyait avoir vu dans le strabisme compliqué de myopie, à la *possibilité* de guérir la myopie seule, par la section du grand oblique; et moi j'ai *guéri* des myopes atteints ou *non* de strabismes par la section des *seuls muscles droits*. D'après ce simple rapprochement, l'Académie comprendra peut-être difficilement le motif et le sens de la réclamation de M. Phillips. Je n'ai pas à examiner ni à discuter la valeur de nos idées respectives ; en revendiquant les miennes à son profit, M. Phillips a montré implicitement le cas qu'il fait des unes et des autres.

» Dans la seconde réclamation, M. le docteur Carron du Villards croit pouvoir rapporter à sir Everard Home et à Ramsden les conséquences physiologiques que j'ai tirées de mes expériences. Quelques mots suffiront, je pense, pour mettre l'Académie à même de juger la valeur de l'assertion de M. Carron.

» Sir Everard Home et Ramsden ont cherché à prouver que l'œil s'adapte aux différentes distances au moyen de changemens dans la courbure de la cornée, changemens dus à la contraction des muscles droits. M. Carron en a induit que les altérations de la vision dans le strabisme sont les effets d'une influence analogue sur la sphéricité de la cornée. Je ne conteste pas cette influence jusqu'à un certain degré, et je l'ai moi-même signalée bien avant M. Carron. Il y a plus de six mois que j'ai prié M. Biot de m'indiquer le moyen de mesurer rigoureusement les changemens de forme de la cornée et de tout le globe oculaire dans le strabisme. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit dans ma communication sur la myopie ; j'ai dit que la myopie mécanique est le résultat d'un raccourcissement de l'œil, et directement d'un changement de rapport entre le cristallin, la cornée et la rétine, par suite d'une brièveté trop grande des muscles droits. J'ai ajouté que mes expériences tendent à infirmer l'opinion de ceux qui attribuent à un changement de forme du cristallin la faculté qu'a l'œil de voir distinctement à différentes distances. Or, cette dernière opinion relative au changement de forme du cristallin a été proposée postérieurement à celle de sir Everard et Ramsden, précisément pour la combattre, par sir Thomas Young; et si cet habile physicien n'est point parvenu à donner à sa théorie tout le degré de certitude désirable, il est au moins parvenu à renverser complètement celle de sir Everard Home et Ramsden, à l'aide d'expériences fort ingénieuses. Thomas Young a montré en effet que si on annule la faculté réfringente de la cornée, au moyen d'un liquide mis en contact avec sa surface extérieure, et qu'on supplée sa sphéricité par des lentilles fixes de foyer équivalent, l'œil conserve cependant la propriété de s'accommoder aux distances. Donc les changemens supposés dans la courbure de la cornée sont insuffisans à expliquer cette faculté de l'organe (1).

» Du reste, je prie l'Académie de vouloir bien remarquer que je n'ai donné jusqu'ici que les conclusions d'un travail que j'aurai l'honneur de lui présenter, et c'est alors que je lui soumettrai toutes mes observations et mes expériences sur cet intéressant sujet.

» Veuillez agréer, etc.

» Signé J. GUÉRIN. »

« *P.-S.* Je prie M. le secrétaire de vouloir bien ouvrir un paquet cacheté que j'ai déposé à l'Académie le 13 décembre 1840. Il contient l'indication de ma première opération de myotomie oculaire pour remédier à la myopie. »

CONTENU DU PAPIER CACHETÉ. (Déposé le 13 décembre 1840).—La myopie est, dans le plus grand nombre des cas, le résultat de la brièveté primitive des muscles droits de l'œil. Le traitement chirurgical de cette infirmité doit consister dans la section des muscles trop courts. J'ai pratiqué cette opération avec le plus grand succès. Aujourd'hui, dixième jour de l'opération, la vue s'est considérablement allongée, et le globe oculaire a subi un changement de forme très remarquable.

M. Bonnet, de Lyon, demande aussi l'ouverture d'un paquet cacheté, déposé le 18 février 1841. Voici la lettre de M. Bonnet, qui nous est communiquée directement par l'auteur, et que nous insérons textuellement, sur sa demande :

SUR LE TRAITEMENT DE LA MYOPIE PAR LA SECTION DU MUSCLE PETIT OBLIQUE A SON INSERTION A L'ORBITE.

« J'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences, le 18 février 1841, une lettre cachetée dans laquelle je cherchais à démontrer que la myopie peut être la conséquence d'une compression exercée autour de l'œil, que les deux muscles obliques sont les agens principaux de cette compression, et que pour la faire cesser, il faut couper ces muscles dans un point quelconque de leur longueur. Je montrais qu'après avoir choisi l'insertion antérieure du muscle petit oblique, comme le point sur lequel il était facile d'interrompre la corde à laquelle j'attribuais la compression de l'œil, j'avais pratiqué la section de ce muscle, le 14 février, sur un jeune homme affecté d'une myopie amaurotique, et que l'amélioration immédiate de la vue avait démontré la justesse des données scientifiques qui m'avaient servi de point de départ. Cependant bien que deux opérations pratiquées sur trois malades affectés de myopie sans aucune complication m'eussent donné les résultats les plus satisfaisans, j'attendais de nouvelles observations pour livrer à la publicité les recherches dont je prenais date dans ma lettre du 18 fé-

---

(1) DU STRABISME ; par M. Phillips, page 124.

(2) COMPTES-RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, juillet 1840, page 173.

(1) Voici comment l'expérience de Thomas Young est rapportée dans la BIBLIOTHÈQUE BRITANNIQUE, tom. XVIII, p. 248 : « M. Young prend, dans un microscope botanique, une lentille double convexe, de 8/10 de pouce de rayon et de distance focale, montée sur un anneau profond de 1/5 de pouce. Après avoir garni de cire les bords du verre, il remplit l'anneau, aux trois quarts, d'eau presque froide, et applique son œil par-dessus, de manière que la cornée soit en parfait contact avec l'eau qu'elle contient. L'œil devient immédiatement presbyte, et la force réfringente de la lentille, qui est réduite par le contact de l'eau à un foyer d'environ 16/10 de pouce, ne suffit plus à remplacer la cornée, dont l'action est annulée par le contact de l'eau à sa surface antérieure. Mais l'addition d'une autre lentille de 5 1/2 pouces de foyer ramène l'œil à l'état naturel, et même un peu au-delà. Il l'applique alors à l'optomètre, et observe la même inégalité dans les réfractions horizontale et verticale qu'il avait remarquées sans l'intervention de l'eau ; et il se trouve avoir, dans les deux directions, une faculté de modifier son foyer, équivalente à une longueur focale de 4 pouces, précisément comme auparavant. »

vrier, lorsque j'ai eu connaissance de la note adressée à l'Académie, le 15 mars, par M. Jules Guérin et dans laquelle cet auteur fait connaître une opération pratiquée dans le but de guérir la myopie sans strabisme, et qui consiste dans la section des muscles droits internes et externes de l'œil. Bien qu'il ne puisse s'élever aucune question de priorité entre nous, puisque les opérations auxquelles nous avons eu recours sont aussi différentes que les idées scientifiques dont elles sont la conséquence, je ne crois pas devoir différer plus longtemps la publication de mes recherches sur les causes de la myopie et sur l'opération entièrement nouvelle que j'ai imaginée pour la guérir.

»L'idée de m'occuper du traitement de cette maladie m'a été suggérée par la proposition qu'a faite M. Phillips, de couper le grand oblique pour guérir la myopie, et par l'observation que j'ai souvent vérifiée et qui a été faite par tous ceux qui ont opéré un grand nombre de strabismes, savoir : que la myopie, lorsqu'elle accompagne la déviation de l'œil, guérit par la section des muscles rétractés. Ce changement, que l'état actuel de la science ne permettait pas de prévoir, me conduisit à reconnaître l'influence de la contraction musculaire sur la production de la myopie, et à chercher le rapport qui existait entre l'une et l'autre. Après avoir passé par une série d'idées qu'il serait trop long d'exposer ici, et dans lesquelles je me guidais surtout par les recherches généralement connues sur l'accommodation de l'œil à la vision des objets rapprochés, je pensai que la condition dans laquelle cet organe est propre à percevoir ces objets, est celle où son diamètre antéro-postérieur est augmenté sous l'influence d'une compression circulaire, celle en un mot où il se place dans les conditions d'une lunette de spectacle, dont l'objectif et l'oculaire ont été éloignés et avec laquelle on ne peut distinguer que les corps placés à une faible distance. L'expérience suivante vient confirmer les raisons théoriques sur lesquelles ces opinions étaient fondées.

»Je pris un œil de lapin albinos, et après l'avoir dépouillé de toutes les parties molles qui l'entouraient, je dirigeai sa cornée vers une fenêtre éloignée. Regardant alors à travers son épaisseur, je vis la fenêtre se peindre sur le fond de l'œil parfaitement nette et renversée, ainsi que l'a constaté M. Magendie, à qui j'ai emprunté l'idée de me servir d'yeux de lapins albinos pour étudier l'action de l'œil sur la lumière. Cependant, si je serrais l'œil tenu entre les doigts, l'image nette auparavant devenait immédiatement confuse, et comme recouverte d'un brouillard ; elle reprenait sa netteté dès que je cessais la compression, et cette alternative de perception nette et confuse put être produite à volonté par des alternatives de relâchement et de compression. Après avoir regardé à travers l'œil de lapin albinos des objets éloignés, je cherchai à voir à travers son épaisseur la flamme d'une bougie, placée à une distance de quelques centimètres. La compression exercée sur lui n'empêcha pas alors la netteté de l'image ; il me parut même qu'elle l'augmentait de telle sorte que la compression circulaire du globe de l'œil reproduisait avec assez de précision les phénomènes de la myopie, savoir : la vision confuse des objets éloignés et la vision distincte des objets rapprochés.

» Confirmé par cette expérience dans l'idée qu'une compression exercée autour de l'œil plaçait cet organe dans les conditions où il s'adapte seulement à la vision des objets rapprochés, je cherchais quels étaient les muscles qui pouvaient produire cet effet, et je demeurais convaincu que ce devait être surtout les deux muscles obliques. Ces deux muscles vont à la rencontre l'un de l'autre et réunis à la portion de sclérotique qui est placée entre leurs deux extrémités, ils forment une anse musculaire et aponévrotique qui entoure la moitié de l'œil. Ils ne peuvent se contracter simultanément sans comprimer cet organe, en même temps qu'ils le tirent en dedans et en avant. Je m'assurai de la possibilité de cette compression, en mettant à découvert sur le cadavre les deux extrémités de ces muscles et observant la manière dont ils agissaient sur l'œil lorsqu'on exerçait des tractions sur leurs fibres musculaires.

»Conduit par cet ensemble de raisons à penser que la myopie pouvait être la conséquence d'une compression exercée sur l'œil par les muscles obliques, je songeai à faire cesser cette compression en coupant ces muscles dans une partie quelconque de leur longueur ; quelle que fût cette partie, la constriction devait être détruite. Je choisis l'insertion antérieure du muscle petit oblique, qui n'est entourée d'aucun nerf et d'aucune artère et que l'on peut diviser si facilement par la méthode sous-cutanée. Il suffit, pour opérer cette section, de faire une piqûre à la partie moyenne de la paupière inférieure. A travers cette piqûre, on introduit un ténotome mousse dont on dirige l'extrémité en arrière et en dedans avec la précaution de lui faire suivre la paroi inférieure de l'orbite ; lorsqu'il est arrivé à 3 centimètres de profondeur, on le ramène en avant jusqu'à ce qu'on le sente au-dessous de la peau ; il accroche nécessairement alors l'insertion du muscle petit oblique et la divise complètement, surtout si l'on a soin de diriger son tranchant en bas et au devant du maxillaire supérieur.

»Après avoir étudié ce procédé sur le cadavre et m'être assuré de son innocuité par des expériences sur les animaux vivans, bien convaincu de la justesse des connaissances physiques et anatomiques sur lesquelles je venais fonder l'opération de la myopie, je pratiquai pour la première fois cette section, le 14 février 1841. Dans cette opération, comme dans toutes celles du même genre que j'ai faites depuis, j'ai reconnu que la section du muscle petit oblique n'est suivie d'aucune espèce d'accidens. Au moment où l'on retire le ténotome, il s'écoule à travers la piqûre une certaine quantité de sang, et celui-ci s'infiltre dans le tissu cellulaire des paupières ; le gonflement qui résulte de cette infiltration se dissipe au bout de 24 ou 48 heures ; mais ce n'est qu'après une ou deux semaines que la teinte bleuâtre que produit l'ecchymose est entièrement dissipée. L'œil reste complètement étranger aux phénomènes qui se passent autour de lui et tout au plus la conjonctive devient-elle un peu ecchymosée vers le troisième et le quatrième jour, lorsque l'épanchement sanguin s'étend en se résorbant.

»Quant aux résultats curatifs, ils ont varié, comme on le présume aisément, suivant les conditions dans lesquelles se trouvaient les malades. Je cherchais avant tout des myopies contractées par l'application des yeux à la vision des objets rapprochés ; car c'était à cette espèce de myopie que me paraissait surtout devoir s'appliquer l'idée que cette maladie dépendait d'une rétraction des obliques qui d'abord intermittente pour adapter l'œil à la vision des objets rapprochés, avait fini par devenir continue ; je n'ai trouvé encore qu'une seule occasion d'appliquer ma méthode dans ce cas, et cette occasion m'a été fournie par un étudiant en médecine, M. Louis Rieux, âgé de 22 ans, myope depuis l'âge de 14 ans, auquel j'ai pratiqué la section des deux muscles petits obliques. Le changement a été immédiat. Aussitôt après l'opération, le malade qui, avec ses deux yeux, ne pouvait lire qu'à une distance de 15 centimètres, a pu lire à la distance de 27 centimètres et le lendemain à celle de 40. Tandis qu'il ne pouvait reconnaître les personnes avant l'opération sans avoir des lunettes (il portait habituellement celles du n° 6, et il pouvait lire avec des lunettes n° 2), dès le second jour, il les reconnaissait sans lunettes à plus de 20 mètres de distance, et il pouvait lire à 7 ou 8 pas des chiffres de 5 centimètres de hauteur, qu'il ne distinguait auparavant qu'à la distance de 2 ou 3 pas.

»Dans les deux autres cas de myopie simple que j'ai opérés, la maladie avait été remarquée dès la plus tendre enfance ; elle pouvait tenir dès lors à une forme déterminée de l'œil, indépendante de la contraction musculaire. Les résultats dans ces cas ont été moins frappans que dans celui que je viens de citer ; ils ont été toutefois très remarquables. L'un de ces malades, ouvrier en soie, âgé de 18 ans, ne fut opéré qu'à l'œil du côté gauche ; immédiatement après l'opération, cet œil, avec lequel il ne pouvait lire qu'à une distance de 13 centimètres, devint presque aussi fort que celui du côté opposé avec lequel il pouvait lire jusqu'à une distance de 17 centimètres. Depuis qu'il est sorti de l'hôpital, il travaille sans lunettes ; auparavant il se servait du n° 3, et ce qui est bien remarquable, tandis qu'à la chandelle il ne pouvait travailler plus d'une demi-heure à une heure, tant sa vue était rapidement fatiguée, aujourd'hui il peut se livrer aux travaux de son état pendant toute la soirée.

»L'autre est un négociant âgé de 40 ans ; il a été opéré des deux yeux ; le changement n'a pas été immédiat, il s'est fait attendre deux jours, et ne s'est montré que dans la vision des objets éloignés ; mais là, il a été très sensible ; dès le second jour, le malade a pu distinguer, sans lunettes, des enseignes placées à une centaine de pas de son appartement, et, huit jours après son opération, il a pu se promener sans lunettes, distinguer les personnes qu'il rencontrait, éviter tous les obstacles, ce qu'il n'avait pu faire depuis dix-huit ans.

»Dans deux autres cas, où la myopie était compliquée de symptômes amaurotiques, tels que des éclairs devant les yeux, regard fixe, les résultats ont été nuls. Dans un cas seulement, le premier que j'ai opéré, il y eut une amélioration très sensible, mais qui ne dura que deux jours.

»On voit, d'après ces faits, que l'opération n'est jamais nuisible, qu'elle paraît devoir réussir dans toutes les myopies, sans complication, et que dans celles qui sont le résultat d'une fatigue prolongée des yeux, elle permet d'espérer les résultats les plus immédiats et les plus complets.

SUR L'OPÉRATION DU BÉGAIEMENT PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES MUSCLES GÉNIO-GLOSSES.

» Je ne terminerai pas cette lettre sans confirmer, par mes observations, toute l'utilité de la section des muscles génio-glosses, pratiquée dans le but de guérir le bégaiement. J'ai fait cette opération sur cinq malades ; les trois premiers ont éprouvé une amélioration remarquable ; les deux derniers, quoique atteints d'un bégaiement au plus haut degré, ont été guéris *immédiatement et sans conserver aucune trace de leur infirmité.*

»Des résultats aussi complets et si prompts font aisément présumer, qu'en faisant, comme M. Amussat, la section des muscles génio-glosses, j'ai suivi, dans mes opérations, une méthode différente de celle de cet auteur. Au lieu de faire comme lui la section des muscles en pénétrant par la bouche, je l'ai pratiquée à travers une piqûre faite au-dessous du menton. En agissant ainsi, l'on n'intéresse pas la section de la muqueuse de la bouche, on évite toute effusion de sang dans cette cavité, et l'on obtient tous les avantages qui sont inhérens aux sections par la méthode sous-cutanée ; c'est-à-dire la cicatrisation immédiate de la plaie extérieure, et l'absence de toute inflammation suppurative. Bien plus, on est assuré, et cette certitude ne peut être acquise en exécutant les procédés suivis jusqu'à présent, on est assuré, dis-je, de couper les muscles génio-glosses en totalité, sans intéresser cependant les génio-hyoïdiens, comme je l'ai démontré publiquement par des dissections. Je fais une piqûre sur la ligne moyenne, à 3 ou 4 centimètres en arrière du menton ; à travers cette piqûre, j'introduis un ténotome mousse, et je le fais pénétrer de bas en haut et un peu d'arrière en avant. Son tranchant est dirigé contre la mâchoire, et lorsqu'il est arrivé jusqu'au-dessous de la muqueuse de la bouche, ce que je reconnais avec le doigt indicateur gauche introduit dans cette cavité, je cherche à sentir les apophyses géni, et je coupe à droite et à gauche de ces apophyses, en portant toujours le tranchant du ténotome contre la mâchoire inférieure, et n'agissant que sur la partie supérieure de la convexité que celle-ci présente en arrière, sur la ligne moyenne. C'est à l'aide de cette dernière précaution que l'on ne coupe que l'insertion des muscles génio-glosses, et que l'on évite les géni-hyoïdiens ; car, pour que ceux-ci fussent coupés, il faudrait que leurs insertions fussent comprises entre la mâchoire et le tranchant du ténotome, ce qui ne peut avoir lieu, car ces muscles s'insèrent à la partie inférieure de la convexité, et que l'instrument, dirigé comme je l'indique, n'appuie pas sur celle-ci. Je ne retire le ténotome que lorsque le doigt introduit dans la bouche m'a fait reconnaître que son extrémité arrive jusqu'au-dessous de la muqueuse, que le tissu fibreux qui unit cette membrane à la mâchoire est parfaitement coupé sur la ligne moyenne, suivant le conseil de M. Amussat, et que les apophyses géni-supérieures ne donnent insertion à aucun fi musculaire. Dans ce procédé, les génio-glosses étant coupés dans leur portion aponévrotique, on n'intéresse même pas la couche de tissu cellulaire, qui est placée sur leurs côtés ; les artères sous-linguales sont complètement épargnées ; il ne s'écoule que très peu de sang à travers la plaie faite au menton, et les suites sont si simples, que, dès le lendemain au plus tard, les opérés peuvent parler se lever, et qu'ils éprouvent seulement un peu de gêne dans les mouvemens de la bouche.

» Le premier malade qui a été guéri complètement était âgé de 14 ans ; il bégayait en récitant, aussi bien qu'en repondant aux questions qui lui étaient adressées, et son bégaiement était si fort, que pour dire une phrase composée de cinq mots, et dont la prononciation exige en général de une à deux secondes, il ne restait jamais moins de quinze secondes, et qu'il lui en fallait quelquefois jusqu'à vingt. Son opération fut faite avec toutes les précautions dont j'avais reconnu la nécessité dans des essais nombreux sur le cadavre. Au moment où je retirai l'instrument, il s'écria : Merci Monsieur! et prononça ces mots avec tant de netteté, que tous les assistans furent frappés d'étonnement ; à l'instant même, il dit plusieurs phrases avec facilité, et le lendemain, toute trace de bégaiement avait disparu ; il se promenait dans la salle et entretenait la conversation avec ceux qui venaient le voir. Cet enfant a été opéré en présence de MM. les docteurs Pétrequin, Bouchacourt, Diday, Gromier, des internes de notre hôpital, et d'un grand nombre d'élèves ; il a été vu avant son opération par tous les médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et trois jours après, ces messieurs ont constaté son entière guérison.

» Mon cinquième opéré a été plus remarquable encore ; ce malade, âgé de 22 ans, bégayait un peu moins que le précédent, il ne mettait en général que douze secondes pour prononcer la phrase de cinq mots à laquelle je faisais allusion plus haut ; mais il bégayait sur tous les mots, même en récitant des vers, en comptant, en répétant des syllabes isolées. Au moment même où je retirais l'instrument, il s'écria : Est-ce fini ? et il prononça plusieurs phrases sans qu'il restât aucune trace de son bégaiement ; bien plus, il est sorti de l'hôpital deux heures après son opération, pour montrer à sa famille, stupéfaite, la guérison d'une infirmité qui faisait son désespoir et l'avait arrêté dans toute sa carrière. Il a été opéré en présence de MM. les docteurs Polinière, Nichel, et des personnes citées plus haut.

» Sur les trois premiers bègues que j'ai traités, je n'ai pas obtenu des résultats aussi satisfaisans ; l'un, âgé de 39 ans, a été moins amélioré que les deux autres. Ceux-ci, âgés, l'un de 21 ans, et l'autre de 23, ont été débarrassés des trois quarts au moins de leur infirmité. Tandis qu'ils ne pouvaient prononcer quelques mots qu'avec les efforts les plus pénibles, ils peuvent suivre aujourd'hui une conversation, avec quelques interruptions seulement, qui paraissent dépendre même, en grande partie, des inspirations intempestives qu'ils continuent à faire dans le milieu de certains mots.

D'où vient cette différence entre le résultat de mes premières et de mes dernières opérations? On ne peut l'attribuer à l'excès du bégaiement ; car la difficulté de la prononciation était pour le moins aussi forte chez ceux qui ont été guéris que chez ceux qui ont été améliorés ; l'âge des malades ne l'explique que d'une manière insuffisante, l'un des malades guéris ayant à peu près le même âge que deux des malades améliorés. Je désire que l'expérience démontre qu'il faut l'attribuer à la perfection plus grande apportée en dernier lieu dans l'application du procédé opératoire ; car, s'il est ainsi, il faudra conclure que l'on possède contre le bégaiement une opération, qui en même temps elle est aussi simple dans son application, aussi innocente dans ses suites que la section du tendon d'Achille, produit des résultats aussi complets et aussi immédiats que l'opération du strabisme.

» J'aurai l'honneur d'adresser dans quelque temps, à l'Académie, la suite de mes observations, et le détail des faits que je me suis contenté d'indiquer dans cette lettre.

» Veuillez, etc. »

Lyon, le 27 mars 1841.

TEMPÉRATURE ATMOSPHÉRIQUE EN ABYSSINIE.

Dans un mémoire manuscrit, contenant des observations d'histoire naturelle, faites en Abyssinie, M. Robert signale ce fait remarquable, que la température atmosphérique s'élève quelquefois dans cette contrée à 48° Réaumur. C'est la température la plus élevée que l'observation ait montrée être compatible avec la vie.

CAUTÉRISATION DU PHARYNX CONTRE LA SURDITÉ.

M. Deleau écrit, à l'occasion de la communication faite sur ce sujet par M. Ducros, dans la dernière séance, qu'il avait depuis longtemps conseillé et employé avec succès le même moyen contre certains cas de surdité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. Orfila demande la parole.

M. Orfila : Le mémoire lu par M. Flandin à la dernière séance, renferme des faits qui, s'ils étaient exacts, infirmeraient en partie ce que j'ai établi dans mon travail sur l'arsenic. Déjà la presse malveillante s'est empressée de propager les idées de notre honorable confrère avec des commentaires tels qu'à l'en croire, il ne resterait rien de mes expériences ; je me dois à moi-même et à la vérité de ne pas garder le silence en cette occasion, et je viens demander à l'Académie d'ordonner que la commission chargée d'examiner la note de M. Flandin se mettra en communication avec moi afin de s'assurer :

1° Que les taches obtenues par MM. Flandin et Danger avec les sulphites et les phosphites n'offrent aucun des caractères des taches arsenicales pures.

2° Qu'elles ne sauraient être confondues non plus avec les taches arsenicales que l'on recueille en carbonisant par l'acide azotique les viscères des animaux empoisonnés par l'arsenic, quoique ces taches contiennent de la matière organique.

3° Que l'on n'obtient jamais la moindre tache, contrairement à l'assertion de MM. Flandin et Danger, en carbonisant convenablement les viscères des animaux non empoisonnés.

4° Qu'on n'en obtient pas davantage quand on détruit la matière organique par le nitrate de potasse.

5° Que les taches arsenicales retirées à l'aide du nitrate de potasse des viscères des animaux empoisonnés, sont pures et sans mélange de matière organique.

6° Que dans l'état actuel de la science, il n'existe aucune tache que l'on puisse confondre avec la tache arsenicale.

7° Qu'il est sans doute plus avantageux, dans un cas d'empoisonnement par l'arsenic, de recueillir outre les taches arsenicales, *un anneau* d'arsenic métallique ; que cela devient même nécessaire, lorsque les taches n'offrent pas l'ensemble des caractères qui suffisent pour les faire reconnaître. C'est ce que j'ai dit le premier, en janvier 1839, deux ans avant MM. Flandin et Danger (voir mon premier mémoire) ; là j'ai positivement prescrit de fixer quatre ou cinq taches sur une capsule, puis de faire arriver le gaz dans un tube de verre, afin d'obtenir un anneau d'arsenic. Depuis, j'ai simplifié l'appareil à ce point que j'obtiens à la fois avec un *seul tube* et l'anneau et les taches.

8° Que je n'accepte pas l'explication qui m'a été donnée par MM. Flandin et Danger, quelque flatteuse qu'elle soit pour moi ; savoir, qu'ils ne doutent pas de l'efficacité et de l'exactitude de mes procédés, quand ils sont mis en pratique par moi ou par des médecins habiles. Car je prétends que tout homme doné d'une aptitude médiocre doit réussir du premier coup, ces procédés étant beaucoup plus simples que tous ceux qui ont été proposés jusqu'à ce jour.

9° Qu'il n'est pas vrai que les animaux n'urinent jamais lorsqu'ils sont sous l'influence de l'acide arsénieux ; je démontrerai le contraire à la commission et je lui ferai voir que l'on peut, à l'aide de certains diurétiques, faire uriner plusieurs des animaux qui probablement n'auraient pas uriné ou auraient à peine uriné sans cette médication.

10° Que les objections faites par MM. Flandin et Danger, au système des recherches médico-légales que j'ai proposé, ne soutiendront pas le plus léger examen. La demande de M. Orfila est adoptée.

M. Bailly propose d'ajouter deux membres à la commission chargée d'examiner le travail de MM. Flandin et Danger. Cette proposition est rejetée.

Au nom du comité de publication, M. Bousquet propose à l'Académie plusieurs travaux pour la composition de la partie historique du tome neuvième de ses mémoires. — L'Académie adopte.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. ADELON, RELATIF A L'ABUS DE L'EXERCICE DE LA PHARMACIE.

L'honorable rapporteur rappelle à peu près tout ce qu'il a dit dans la séance dernière.

M. Rochoux croit l'Académie incompétente en matière de législation. Les modifications demandées sur la loi actuelle attaquent la liberté du commerce, en retirant une foule de substances qui cependant ne sont point des médicamens. M. Rochoux finit en renouvelant la proposition de M. Bouillaud, de faire imprimer le rapport, mais de le faire imprimer au Bulletin.

M. Bouillaud croit que pour juger les questions semblables à celles dont s'occupe le rapport, il faut juger l'ensemble de la pharmacie et le médecin et ne point s'arrêter à une d'elles. Aussi il désire faire ajourner cette discussion et profiter de cette occasion pour solliciter de l'autorité la loi sur l'exercice de la medecine et de la pharmacie. Il y a de plus dans cette discussion une question de dignité médicale, autre raison d'ajournement. Il termine en exprimant formellement le vœu de la création des tribunaux de discipline, car les contraventions à l'exercice de la médecine et de la pharmacie ne peuvent être jugés que par des médecins et des pharmaciens.

M. Boullay répond à M. Rochoux qu'il faut de l'ordre dans la liberté, et que c'est l'ordre que demandent les pharmaciens. Il lit une note, dans laquelle il sépare les pharmaciens en deux parties : ceux qui exercent honorablement leur profession et les charlatans ; c'est à l'Academie, dit-il, à se décider entre ces deux parties.

M. Renaud demande au rapporteur si l'article relatif à la défense de vendre des médicamens par tous autres que les pharmaciens ne contiendra pas une exception pour les vétérinaires.

M. Adelon répond que cette exception sera dans l'article avec deux ou trois autres cas semblables.

M. Gerdy se rallie à M. Bouillaud pour demander l'impression du rapport au Bulletin. S'il y a quelque chose de clair pour moi dans cette affaire, dit-il, c'est que je n'y comprends pas grand chose. Des pharmaciens de Paris sont venus aujourd'hui chez moi ; ils m'ont expliqué à leur manière la pétition signée par les 250 membres de leur profession ; mais, peu au fait que je suis de ces questions, je n'ai pas encore bien compris celle-ci. Si l'Académie se trouve plus éclairée que moi, qu'elle vote ; mais, pour moi, je demande l'ajournement et l'impression dans le Bulletin.

M. Boullay : Nous n'avons pas à nous mêler ici de ce qui s'est passé dans le sein de la commission des pharmaciens. Il y a à Paris 335 pharmaciens, dont 250 ont signé la pétition ; ceux qui ne l'ont pas fait sont ceux qui vivent d'annonces et de remèdes secrets.

M. Pelletier : Il faut se mêler des choses et non des personnes. Il y a une commission légalement organisée ; elle a fait un rapport ; il s'agit de savoir si ce rapport est bon ou mauvais : c'est-là toute la discussion. Si on demande du temps pour prendre connaissance de ce rapport, je ne m'y oppose pas. Mais les démarches de quelques pharmaciens auprès de M. Gerdy font peu de chose à l'affaire.

M. Castel. Nous touchons actuellement à une plaie bien profonde : ce sont les étables d'Augias à nettoyer. Le charlatanisme n'est pas nouveau, sans doute ; mais, dans ces derniers temps, il a été plus habile que jamais à se revêtir d'une

foule de déguisemens, sous lesquels nous aurons bien de la peine à le démasquer. Pour les pharmaciens, la route est bien étroite entre le charlatanisme et la légalité, et pour le médecin, elle ne l'est peut-être pas moins. Comment les avocats sont-ils moins déchus que les pharmaciens et les médecins? C'est par des conseils de discipline. En rejetant ces conseils, les médecins ont-ils peur qu'on ne les empêche de guérir? Je demande qu'on ajoute au rapport de M. Adelon la demande de la création d'une chambre de discipline pour la médecine et la pharmacie.

M. Londe : Si le débat existait seulement entre les pharmaciens honnêtes et malhonnêtes, nul doute que ce ne fût un devoir impérieux de voter aussitôt! Ce n'est point précisément de cela qu'il s'agit. Une foule de substances qui étaient autrefois du domaine de la pharmacie ne le sont plus aujourd'hui, et ce n'est pas grand mal quand on songe au prix qu'y mettaient les pharmaciens. M. Londe cite ces substances. La pharmacie a toujours été ambitieuse et oppressive; je crois qu'on doit ajourner la discussion et méditer le rapport qui devrait être imprimé au Bulletin.

M. Double : Si la discussion continue sur ce terrain, je crains que l'Académie ne perde beaucoup de temps; si on ne devait envoyer au ministre les conclusions du rapport, il faudrait discuter les conclusions; mais comme le rapport en entier doit lui être envoyé, il est clair qu'il faut connaître ce rapport et dès lors qu'il faut l'imprimer au Bulletin afin que chacun puisse en prendre connaissance.

M. Adelon répond aux différentes objections qui lui ont été faites. A M. Gerdy, que le rapport est facile à comprendre surtout pour un esprit aussi éclairé que le sien. A MM. Rochoux et Londe, qu'il existe des réglemens de police municipale sur les diverses substances dont la loi accorde la vente aux pharmaciens et aux commerçans. A MM. Bouillaud et Castel, que ce n'est peut-être pas le moment de discuter la question des conseils de discipline, puisque l'Académie s'est jadis prononcée par un vote contre cette mesure. Enfin, dit le rapporteur, on a dit qu'il fallait prendre connaissance du rapport, et celui-ci, pendant huit jours, a été laissé sur le bureau du secrétariat, où personne n'est venu le consulter.

M. Barthélemy : M. le rapporteur a raison quand il dit que le rapport a été laissé au secrétariat; il est bien facile à dire que chacun a pu en venir prendre connaissance, mais il est plus difficile de le faire, car les personnes qui sont venues dans ce but ont été arrêtées par l'impossibilité de déchiffrer le rapport. (Signe d'assentiment du rapporteur et hilarité générale.)

Après un moment de tumulte, M. le président met d'abord aux voix la proposition d'ajourner la discussion et d'imprimer le rapport dans le Bulletin; elle est rejetée. Puis celle de clore la discussion sur l'ensemble du rapport, et de la commencer sur les articles. Cette proposition est adoptée.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Cours d'anatomie médicale, ou exposition de l'anatomie appliquée à la physiologie, à la pathologie et à la chirurgie; par J.-L. Estor, professeur à la Faculté de Montpellier. — T. Ier, 2e partie. Paris et Montpellier, 1840.

L'auteur, après plusieurs années de silence, vient de donner au public la continuation d'un ouvrage qui vit le jour en 1833. A cette époque, la Gazette Médicale, en rendant un compte favorable de ce qui avait paru (Gaz. Méd., 1833, p. 774), émettait le vœu que le reste ne se fît pas trop attendre; M. Estor n'a pu répondre à cette juste impatience; mais aujourd'hui que la Faculté de Montpellier le compte parmi ses professeurs les plus savans et les plus méthodiques, il sentira la nécessité d'assurer les fruits de son enseignement public par un ouvrage qui est l'introduction obligée du cours de médecine opératoire qu'il professe depuis deux années, et le cours d'anatomie médicale sera, nous l'espérons, cette fois promptement terminé.

Ce volume, qui renferme plus de 500 pag., commence à l'histoire anatomique du squelette du thorax, et finit avec l'histoire générale et spéciale des articulations. L'ostéologie et la syndermologie forment un tout complet sont donc maintenant achevées.

Il devient dès lors facile de montrer en quoi l'ouvrage de M. Estor diffère des autres traités d'anatomie, et sous quel point de vue il s'en rapproche. L'ouvrage de Portal lui a servi de modèle pour la classification méthodique des matières; mais il est plus chirurgical que le professeur du collége de France, et s'attache beaucoup moins que lui à une anatomie pathologie surannée, sorte de catalogue grossièrement fait d'un musée anatomique. Cependant M. Estor n'est pas entré dans le domaine de l'anatomie chirurgicale tel que l'ont circonscrit, et pour ainsi dire fondé, Béclard, MM. Velpeau et Blandin, et après eux M. Malgaigne; il ne s'adresse pas à l'anatomie des régions et des couches superposées; mais il expose l'anatomie descriptive, comme Winslow, comme Boyer, comme Bichat, M. Cruveilhier, etc.; puis il y rattache la physiologie, l'anatomie comparée, la pathologie et la chirurgie, en prenant pour texte de ses descriptions cette pensée de M. Geoffroy-Saint-Hilaire : « La science en histoire naturelle est celle des rapports », et cette autre de M. Lordat : « Les détails anatomiques ne présentent de l'intérêt qu'en proportion des conséquences qu'on en tire pour l'explication des fonctions ou pour l'exercice de l'art de guérir. » (Lordat, Anat. du singe vert, p. 1.)

A propos de chaque os, M. Estor indique avec soin les anomalies qu'il présente, soit congénitales, soit acquises, les fonctions auxquelles il concourt, et les maladies dont il peut être le siége. Une addition importante est celle des considérations d'anatomie comparée, qui sont complètement oubliées par les auteurs élémentaires. M. Estor a choisi les rapports les plus simples et les mieux démontrés, et en a fait un article spécial qui concourt avec les autres déductions pratiques à rompre la monotonie des détails anatomiques: *Res anatomicæ per se jejunæ et frigidæ*.

Nous avons remarqué dans le cours de ce volume l'histoire du thorax, celle de l'épaule, de la hanche, des articulations en général, du périoste, de ses fonctions et de ses maladies, etc., et nous ne pouvons que rendre justice au professeur de Montpellier sur le choix des matériaux et leur disposition sur le fond et la forme, en répétant qu'il a commencé et continue une œuvre bonne et utile, dont les élèves et la science retireront certainement un grand profit.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

M. Tanquerel des Planches s'appuie, à la page 352 du tome premier de son ouvrage, sur *un dépouillement exact* des registres de l'hôpital Cochin, d'après lequel cet établissement n'aurait reçu, de 1832 à 1834, que 76 malades affectés de colique de plomb; j'ai dit, dans ma lettre à l'Académie des sciences, *que ce document était faux*. M. Tanquerel des Planches répond que MM. Adelon et Chevallier ont publié un tableau statistique sur les malades affectés de colique de plomb, dans le tome XXV des Annales d'hygiène publique. Ce tableau a été effectivement dressé sur les documens transmis à la préfecture de police par l'administration des hôpitaux, au moyen des énonciations *exactes, comme on sait*, que les élèves doivent mettre sur les pancartes. Il a été dressé à l'occasion d'une demande de M. Tanquerel des Planches, qui voulait faire créer une place d'inspecteur des fabriques de céruse. Mais ce n'est pas ce tableau que M. Tanquerel des Planches a invoqué dans son livre; il n'en a pas adopté les chiffres: ce tableau fixe à 61 le nombre des malades que M. Tanquerel des Planches fixe à 76. Il s'agit *du dépouillement exact des registres de l'hôpital Cochin* de 1832-1834, *qui fixe le nombre des malades à* 76; où est ce dépouillement? Qu'importent toutes les additions, soustractions de M. Tanquerel des Planches; avant de discuter sérieusement sur l'exactitude des nombres, il faut prouver l'authenticité des actes qui les fournissent.

M. Tanquerel des Planches a revendiqué en faveur de M. Mosley la propriété de la découverte de l'utilité de l'acide sulfurique contre les maladies saturnines; j'ai dit que M. Tanquerel des Planches aurait dû mettre ses lecteurs à même de remonter à la source de la découverte. M. Tanquerel me renvoie à M. Mosley; c'est répondre par la question...

M. Tanquerel des Planches affirme, sur des renseignemens verbaux fournis par des ouvriers, que *l'on n'a pas pu arrêter une seule fois la marche de la maladie à l'aide de l'acide sulfurique*. Je lui oppose des lettres du chimiste distingué qui a fondé et qui possède la fabrique de Clichy, lesquelles indiquent nominativement des ouvriers qui ont travaillé huit mois à la céruse sans éprouver aucune indisposition, quoiqu'ils eussent eu plusieurs fois la colique avant de prendre de la limonade sulfurique; j'aurais pu lui citer des lettres d'ouvriers qui contiennent les mêmes choses, notamment une lettre de M. Girard contre-maître de la fabrique du Pecq, en date du 9 mars 1834, qui dit qu'il a travaillé quatre mois sans être malade en prenant de l'acide sulfurique, tandis qu'il travaillait autrefois à peine vingt-cinq jours sans la contracter. La même lettre annonce que trois ouvriers de la fabrique de M. Simonet Besançon ont été préservés de la colique en prenant de la limonade, sous la direction de M. Pierre, contre-maître de cette fabrique. M. Tanquerel des Planches répond qu'il vient toujours un grand nombre de ces ouvriers dans les hôpitaux; qui lui a dit le contraire? Cela prouve-t-il *qu'on n'ait pas pu arrêter la maladie une seule fois dans sa marche, par l'usage de l'acide sulfurique?*

En résumé, Monsieur le Rédacteur, M. Tanquerel des Planches ne justifie point d'un dépouillement exact des registres de l'hôpital Cochin, duquel il s'est autorisé. M. Tanquerel des Planches ne peut ou ne veut indiquer ni où, ni quand M. Mosley a publié la découverte de l'utilité de la limonade sulfurique qu'il me conteste. M. Tanquerel des Planches a avancé vaguement, et sans preuve, que la limonade sulfurique n'a jamais pu arrêter une seule fois le nombre de la colique de plomb.

Personne ne sera maintenant surpris que je ne tienne à l'avance aucun compte de ce que pourra dire et publier M. Tanquerel des Planches.

Je me suis jusqu'à présent borné à prendre date, par des lettres, pour les résultats de thérapeutique et de prophylaxie des maladies saturnines auxquels je suis arrivé.

Ces résultats sont fondés sur des documens qui n'ont, pour la plupart, pas été recueillis par moi-même; ces documens seront un jour publiés. En attendant, je les ai montrés à beaucoup de médecins; je les communique toujours sans difficulté à tous les hommes qui cherchent de bonne foi la vérité.

Monsieur le Rédacteur, je vous prie de vouloir bien insérer textuellement cette lettre dans votre plus prochain numéro.

Agréez, etc.

GENDRIN, D. M.

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante par la mort de Richerand.* — *Nomination de M. Blandin.* — La nomination a eu lieu le 24 mars.

Au premier tour de scrutin, M. Blandin a obtenu 7 voix; M. Bérard 2; M. Robert 2; M. Michon, 1.

M. Blandin a été proclamé professeur.

OPÉRATIONS DE STRABISME.

Plusieurs de nos confrères nous ont fait l'honneur de nous demander d'assister à nos opérations de strabisme. Nous les prévenons, ainsi que toutes les personnes qui désireraient être témoins de ces opérations, que nous en pratiquons un certain nombre tous les mercredis à dix heures du matin à l'hôpital des Enfans. Nous prions nos confrères des départemens qui désirent nous envoyer des sujets destinés à être opérés du strabisme et du bégaiement dans notre service de l'hôpital des Enfans, de nous les adresser les samedis de chaque semaine, à dix heures précises du matin, à notre consultation publique.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Le traitement du strabisme par la section des muscles de l'œil ne date encore que d'une année, et déjà cette opération a pris une telle extension, que nous croyons faire quelque chose en mettant sous les yeux des praticiens une liste des principaux instrumens qui ont été employés jusqu'à ce jour. Pour cela, nous avons eu recours à M. Charrière qui, comme toujours, du reste, s'est empressé de mettre à notre disposition tous les modèles qu'il a confectionnés, et qui ont reçu leur application sur le vivant. Chacun sait que c'est des ateliers de cet habile et ingénieux fabricant que sortent presque toutes les inventions et modifications instrumentales.

Pour éviter des répétitions inutiles, nous avons cru devoir faire abstraction, dans cette liste, des méthodes et procédés opératoires.

N° 1. Releveur des paupières de MM. Caffe et Comperat, ou autres.
2. Abaisseur à deux crochets mousses de M. Dieffenbach.
3. Abaisseur de M. Phillips.
4. Refouleur de la paupière inférieure, de M. Jules Guérin.
5. Abaisseur (modèle de M. Charrière).
6. Double releveur des paupières, de M. Rigal (de Gaillac).
7. Dilatateur des deux paupières de M. Sichel.
8. Id. id. de M. Florent Cunier.
9. Érigne à un, deux, trois et quatre crochets.
10. Id. de M. J. Guérin.
11. Id. de M. Phillips.
12. Id. de M. Carron du Villards.
13. Id. de M. Sédillot.
14. Deux érignes réunies en pince pour former le pli de la conjonctive, de M. Leroy-d'Etiolles.
15. Divers modèles de pinces à griffes.
16. Pince à érigne de M. Lucien Boyer.
17. Pince-crochet pour saisir le muscle et en faciliter la résection, de M. Leroy-d'Etiolles.
18. Crochet-pince de M. Lucien Boyer.
19. Pince à larges mors de M. J. Guérin.
20. Une paire de ciseaux droits (1).
21. Id. courbes sur le plat.
22. Id. courbes sur le côté.
23. Spatule de M. Dieffenbach.
24. Id. modifiée par M. Roux.
25. Crochet mousse, de M. Dieffenbach.
26. Le même modifié par M. Philips.
27. Soulèveur du muscle, de M. J. Guérin (pour le premier procédé de ce chirurgien).
28. Crochet mousse à coulisse de M. Rigal (de Gaillac).
29. Crochet mousse dilateur à bascule, de M. Lucin Boyer.
30. Crochet mousse à coulisse agissant par la partie dorsale, du même.
31. Crochet mousse avec hameçons, de M. Leroy-d'Etiolles.
32. Crochet mousse, écoudé et tranchant (dernier modèle de M. Doubovitsi).
33. Plusieurs modèles de petits scalpels.
34. Dissecteur de la conjonctive, de M. J. Guérin (pour le premier procédé de ce chirurgien).
35. Petit bistouri à double tranchant, pour ponction, du même auteur.
36. Bistouri courbe boutonné de M. Dieffenbach.
37. Myotome *sous-conjonctival*, de M. J. Guérin.
38. Myotome conducteur de M. Donbovitszi.
39. Id. à bascule, du même auteur.
40. Id. de M. Baudens.
41. Le même avec une pince à l'extrémité du manche, du même auteur.
42. Bistouri en serpe avec porte éponge, du même auteur.
43. Myotome de M. Sédillot.
44. Myotome de M. Velpeau.
45. Myotome de M. Gairal.
46. Aiguille fine de M. Phillips.
47. Une paire de ciseaux-pinces de M. Philips.
48. Une pince à double bascule, de M. Furnari.
49. Un abaisseur de M. Lucas.

Cette liste, comme on le voit, comprend plusieurs modèles d'instrumens du même genre. Les chirurgiens pourront ainsi faire un choix pour composer une boîte spéciale d'après le procédé opératoire qu'ils auront adopté.

Nous tenons de M. Charrière que ces boîtes spéciales, renfermant un appareil complet pour chaque procédé, avec des instrumens parfaitement conditionnés, ne coûtent que 25 à 30 francs. C'est là un renseignement que nous croyons devoir communiquer à nos abonnés de province.

(1) Nous avons vu plusieurs fois les opérateurs gênés dans la manœuvre par les anneaux des ciseaux ordinaires. M. Charrière a obvié à cet inconvénient en faisant confectionner des ciseaux à ressort de plusieurs modèles.

— MÉMOIRES ET OBSERVATIONS D'ANATOMIE, DE PHYSIOLOGIE, DE PATHOLOGIE ET DE CHIRURGIE; par le docteur F. RIBES, médecin en chef de l'hôpital royal des militaires invalides, membre de l'Académie royale de médecine, etc. 1841, 2 vol. in-8, avec 9 planches. Prix : 15 fr.

— TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE, considérée comme science d'observation; par C.-F. BURDACH, professeur à l'Université de Kœnigsberg, avec des additions de MM. les professeurs Baer, E. Burdach, Dieffenbach, Meyer, J. Muller, Rathke, Siebold, Valentin Wegner, traduit de l'allemand sur la deuxième édition, par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie royale de médecine. Tome neuvième et dernier, in-8. Prix : 7 f; l'ouvrage complet : 63 f.

Ces deux ouvrages se trouvent à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219 Regent-Street.

— COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, ou Exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne; par ED. MONNERET, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux; et LOUIS FLEURY, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur particulier de pathologie interne. Ouvrage autorisé par le conseil royal de l'instruction publique, et par le conseil de santé des armées de terre. Treizième livraison. Prix : 3 f. 50 c. pour les souscripteurs, et 4 f. franc de port par la poste.

On souscrit à Paris, chez Béchet jeune et Labe, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

La quatorzième livraison est sous presse et paraîtra le 10 avril prochain.

—TRAITÉ DES PIEDS-BOTS, ou considérations théoriques et pratiques sur les difformités, suivies d'observations des pieds-bots guéris par les deux méthodes, de quelques cas d'ankylose incomplète et angulaire du genou, et de 25 figures lithographiées; par le docteur A.-F. VALAIN, membre de la société de médecine et médecin du bureau de bientaisance de Nantes. Un vol. in-8. Prix 3 f. 50 c.

Cet ouvrage se trouve à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

— LEÇONS SUR LES MALADIES DU COEUR ET DES GROSSES ARTÈRES, faites à l'hôpital de la Pitié pendant 1840, par A.-N. GENDRIN, médecin de cet hôpital; recueillies et publiées sous ses yeux par E. COLSON et DUBREUIL-HELION. Première partie. Un vol. in-8 de 330 pages. Prix : 3 f. 50 c.

La seconde et dernière partie paraîtra en août prochain.

— TRÈS BEAU PORTRAIT LITHOGRAPHIÉ D'ESQUIROL, grand in-folio; par M. AUGUSTE PICHON. Prix : 5 francs.

Paris, chez J. B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

Ce portrait est d'une ressemblance parfaite et exécuté avec beaucoup de talent.

— ERRATA. Dans le numéro du 20 mars, p. 192, deuxième colonne, deuxième alinéa, ligne 8, plusieurs mots omis rendent cette phrase inintelligible. Au lieu de : qu'aux relevés des professions, qui sont indiquées par les malades ou les élèves internes; lisez : qu'aux relevés des professions, qui sont indiquées par les malades, et nullement aux relevés des maladies, indiquées par les médecins ou les élèves internes.

— ERRATUM. Dans le numéro du 13 février, à l'article *Statistique des amputations pratiquées à l'armée d'Afrique, etc.*, note première, ligne première, au lieu de *révulsions*, lisez : *résections*.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 15. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 10 AVRIL 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ L'ENFANT; par le docteur Eugène Audiganne, médecin à Paris.

Il n'appartient qu'à la vieillesse de se soustraire à cette modification mystérieuse de l'organisme qui engendre la fièvre typhoïde. Jusqu'à ces derniers temps, l'opinion fut généralement admise que cette maladie était le triste partage de l'adolescence et de la virilité; maintenant, des faits le prouvent; cette grave affection sévit sur l'enfance, ne respecte ni les langes ni le berceau, et frappe parfois l'enfant à la mamelle.

L'étude de la fièvre typhoïde chez l'adulte, envisagée sous le rapport de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie, doit aux travaux de notre époque le degré, je dirai presque de perfection où elle est arrivée; à peine y voit-on quelques lacunes qu'il n'est pas donné à la puissance de l'homme de combler dans l'état actuel de la science.

Des recherches récentes sur la fièvre typhoïde chez l'enfant, ici je dois citer le mémoire de M. le docteur Taupin, (Journal des connaissances médico-chirurgicales, novembre et décembre 1839, janvier 1840), la thèse inaugurale de M. le docteur Rilliet (Thèse de la Faculté de Paris, 13 janvier 1840); de ces recherches, dis-je, et des nôtres il résulte comme démontré qu'au fond la fièvre typhoïde est une aux différentes époques de la vie, mais que, suivant les prévisions du raisonnement, l'âge, ce modificateur souverain de l'économie humaine, imprime à cette maladie des nuances particulières, essentielles à connaître, si l'on veut se prémunir contre des erreurs imminentes dans son diagnostic, son pronostic et son traitement.

Appelé pendant près de deux ans à exercer la médecine, loin de Paris, dans le lieu de notre naissance, entouré d'une clientelle très nombreuse, nous avons rencontré dans notre pratique particulière dix-sept cas de fièvre typhoïde chez l'enfant, cinq dans la première enfance, chez des sujets âgés de moins de 7 ans, et onze dans la seconde, chez des sujets âgés de moins de 15 ans. Nous avons recueilli ces observations avec soin, parce que l'état de la science nous fit diriger notre attention vers elles, et qu'elles nous frappèrent par quelques traits particuliers qui, plusieurs fois au début nous ont laissé dans le doute, et même nous ont conduit à un diagnostic erroné. En effet, on le reconnaîtra, lorsque nous aurons placé le lecteur sur le théâtre de notre observation, plusieurs de ces faits ont un coloris de localité qui leur imprime un certain degré d'intérêt. Peut-être pourront-ils servir à éclairer le médecin placé sous

Feuilleton.

LE SALON.

Nous ne voudrions pas jurer que parmi nos innombrables abonnés et nos innombrables lecteurs, il ne s'en trouvât quelqu'un capable de se figurer, à la vue du mot *salon* inscrit en tête de cet article, que le feuilleton de la Gazette Médicale a décidément perdu le sens; mais un pareil jugement ne ferait pas honneur à sa perspicacité. Le Feuilleton a donné tant de preuves de la rectitude de son jugement et de la sagesse de toutes ses démarches qu'on doit croire *à priori* que s'il se met à parler peinture et sculpture, c'est à bon escient, et sans sortir le moins du monde de sa compétence médicale. C'est au reste, ce qu'il va prouver immédiatement par le fait.

Parmi les deux à trois mille ouvrages exposés dans les galeries du Louvre, la moitié au moins nous appartient de droit car sauf les paysages, il n'y a pas une seule de ces toiles, un seul de ces marbres qui n'entre par quelque côté dans le domaine de l'anthropologie, de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie médicale ou chirurgicale, de la séméiotique, etc..., sans parler de la phrénologie qui, si elle voulait profiter de ses loisirs, pourrait écrire un in-folio d'ingénieuses et profondes observations sur des milliers de têtes, travail qui serait d'un prix inestimable pour la science et pour l'art. Ainsi donc au lieu de chercher à agrandir la sphère de notre compétence, nous devons la restreindre à ses plus strictes bornes pour ne pas entreprendre une tâche véritablement sur-humaine. Il est à peine besoin de prevenir MM. les artistes que nous n'entendons absolument rien à l'art; c'est ce dont ils s'apercevront facilement s'ils nous lisent, ce qu'à Dieu ne plaise! Nous abandonnons l'esthétique, et ses secrets et ses mystères, à qui de droit; nous ne prendrons dans le Salon que notre bien, c'est-à-dire les morts, les mourans, les blessés, les malades, les convalescens, tout ce qui tombe en un mot, sous l'observation clinique ou anatomique pure; et s'il nous arrive par hasard d'émettre quelques assertions artistiques, nous déclarons qu'elles ne nous appartiennent pas et que nous les empruntons servilement à des critiques spéciaux. S'il était besoin d'ailleurs de justifier plus amplement notre intervention, nous ne manquerions pas d'autorités. Ce n'est pas pour rien probablement qu'il y a eu de tout temps dans les écoles d'art bien organisées un professeur d'anatomie presque toujours médecin. Quelques-uns de ces professeurs comme le citoyen Sue, par exemple, ont acquis du renom et laissé des ouvrages utiles aux peintres et aux sculpteurs. En ce moment même, n'est-ce pas d'un honorable membre de l'Académie de médecine que les rapins de l'École des Beaux-Arts apprennent la direction et les attaches du deltoïde? or, sans le deltoïde on

de semblables influences locales; et c'est cette pensée qui nous a décidé à leur publication.

Nous divisons ce mémoire en deux parties.

Première partie : Topographie médicale du lieu où les observations ont été recueillies.

Deuxième partie : Exposé des observations, et réflexions sur l'anatomie pathologique, les causes, le diagnostic, la séméiologie, le pronostic, la nature et le traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

PREMIÈRE PARTIE.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE.

Dans toute description médicale topographique, deux écueils sont à éviter avec un égal soin. Il faut ne pas se laisser entraîner dans une profusion de détails inutiles et fastidieux, cependant ne rien omettre d'intéressant, et fuir un laconisme écourté. Nous allons réunir nos efforts pour diriger nos pas dans l'étroit sentier que la raison indique, et dont le pied si facilement dévie.

Ancenis, sous-préfecture du département de la Loire-Inférieure, à 35½ kilomètres de Paris, compte environ 3,749 habitans. Elle est comprise entre le quarante-septième et le quarante-huitième degré de latitude; sa longitude est entre le troisième et quatrième degré au sud-ouest du méridien de Paris. Cette petite ville est bâtie dans un lieu peu élevé; au midi, ses murs sont baignés par la Loire qui coule sur un lit de sable. Maintenant, si nous laissons errer aux alentours un œil investigateur, nous découvrons, à l'ouest et au sud-ouest, des promenades assez étendues, plantées de peupliers et entourées de prés fertiles et de terrains de culture à la riche moisson; au nord, quelques pâtures de mauvaise qualité, pleines de joncs et de bourbe, et connues à juste titre sous le nom de *marais*; au nord-est, une promenade tracée au milieu de terrains plus ou moins productifs; et plus loin, dans la même direction, une vaste étendue de terre marécageuse. Eh bien! Promenades, prairies, marais, ordinairement deux fois par an, à des époques variables, le plus souvent au printemps et à l'automne, ne présentent aux regards qu'une vaste plaine d'eau. La durée de cette submersion varie de quelques jours à quelques semaines, de quelques semaines à quelques mois. Sous l'influence des pluies abondantes ou de la fonte des neiges, la Loire franchit ses rives, et tient Ancenis assiégé par ses ondes. Alors transportez-vous d'esprit dans cette petite ville, vous êtes dans une presqu'île, elle ne tient plus à la terre que par ses ponts. Sans longtemps attendre, une source morbide féconde va nous apparaître. Le mouvement est donné, le fleuve s'émeut, et en peu de temps il rentre dans son lit. Alors, la pensée l'indique, Ancenis se trouve assis au milieu d'un terrain fangeux. Une odeur miasmatique ne tarde pas à se répandre dans l'air, et les vents de toutes les directions, surtout celui du sud-ouest, d'ailleurs le plus fréquent, portent sur la ville ces exhalaisons infectes et nuisibles. Assurément, la Loire dans ses évolutions engendre chaque année, pendant plusieurs mois, une cause morbide incessante, et dont nous étudierons la plus ou moins grande énergie d'action, lorsque nous aurons jeté un coup-d'œil rapide sur l'état du pays, les mœurs et le genre de vie de ses habitans.

Cette contrée est fertile, les récoltes y sont le plus souvent abondantes, et suffisent amplement aux besoins du pays. Ce sont les productions seules de la terre qui y entretiennent une certaine aisance et un certain bien-être. Ici l'industrie sommeille; vous y chercheriez en vain de vastes ateliers, de riches manufactures. Le commerce y est renfermé dans d'étroites limites, n'y présente aucune branche féconde d'exploitations, et se borne en quelque sorte à la vente des produits de la localité. Cependant, je m'empresse de le dire, la population y est active et laborieuse; les mœurs y sont simples et douces; les esprits n'y sont en proie ni au fanatisme religieux ni au fanatisme politique. On y mène une vie calme et paisible. A l'absence de vives agitations morales, nous devons joindre une satisfaction assez complète des besoins physiques.

Puisque nous parlons de la satisfaction des besoins physiques, c'est ici le cas de mentionner un tonique produit, le plus souvent en abondance, par les vignes nombreuses qui décorent les campagnes, et leur donnent un riant aspect. Ce tonique est un vin blanc, agréable aux indigènes; il ne possède aucun de ces parfums qui flattent le goût, mais il est un excellent digestif, et, je ne crains pas de le dire, il est une source de santé dans le pays, contribue à fortifier l'organisme et à le faire réagir contre les causes morbides dont nous avons signalé l'existence. Hommes et lieux, tout nous est connu; nous sommes maintenant en position d'interroger la pathologie et de juger ses réponses.

Les fièvres intermittentes, à types divers, y sont endémiques. Elles règnent dans toutes les saisons, mais elles augmentent en nombre d'une manière frappante au printemps et à l'automne. Elles y sont bénignes, et ce n'est qu'à des intervalles de temps très éloignés, que le médecin rencontre quelques cas sporadiques de fièvre intermittente pernicieuse. Oui, je le répète, les fièvres intermittentes y sont simples, faciles à détruire par une médication rationnelle. Nous ne pouvons nous empêcher d'appeler l'attention sur un point de pratique qui souvent nous a frappé. Des médecins impliquent trop étroitement dans une même pensée, fièvre intermittente et sulfate de quinine. Ils semblent ignorer qu'il est des indications qu'il faut savoir remplir, si l'on veut se soustraire à d'étranges mécomptes. En effet, nombre de fois nous avons été consulté pour des fièvres intermittentes chroniques, réputées rebelles, et dans le traitement desquelles on avait compromis le sulfate de quinine, moyen si puissant et si efficace; chez ces malades, après avoir rempli les indications par des évacuations sanguines générales ou locales, des vomitifs ou des purgatifs, nous voyions le sulfate de quinine, naguère insuffisant et inefficace, couronné d'un plein succès. Il est dans la nature de la fièvre intermittente de se reproduire avec une extrême facilité; aussi, dans l'intention de prévenir les récidives, terminions-nous le plus souvent le traitement par l'emploi du vin de quinquina; rarement nous avons vu ce moyen manquer le but que nous nous proposions. Des faits nombreux nous portent à penser que le sulfate de quinine, donné à petites doses (30 à 40 centigrammes), et à intervalle assez court, amène des effets plus heureux, qu'administré en quantité plus forte et à des époques plus éloignées. Par une pure vue théorique, il est généralement conseillé d'associer l'opium au sulfate de quinine pour combattre l'irritabilité de l'estomac; l'expérience soulève de justes reproches contre l'association de ces deux médicamens : donnez, par exemple, 30 centigrammes de quinine unis à 3 ou 5 centigrammes d'extrait muqueux d'opium en trois pilules; pendant plusieurs heures, le malade accusera de la tendance aux nausées, et éprouvera un malaise général. Ces accidens, légers sans doute, sont vraisem-

---

sait qu'il n'y a pas de peinture possible. Si on insistait encore, nous répondrions aux récalcitrans ce que le fameux Salvator Rosa répondit un jour à l'Académie de Saint-Luc, à Rome, qui refusait d'admettre dans son sein un peintre qui exerçait en même temps la chirurgie : *Vous avez grand tort*, dit-il à ces messieurs, *de ne pas le recevoir, car il pourrait vous rendre quelquefois service en remettant les membres aux figures qu'on estropie journellement ici.*

Ceci posé, procédons, le livret à la main, à notre examen, qui, comme on le pense bien, ne peut porter que sur un très petit nombre d'exemples.

Un des plus jolis faits chirurgicaux de l'exposition est la *Scène de l'inquisition*, de M. Robert Fleury. L'expression de souffrance du supplicié n'est pas peut-être assez énergiquement rendue; car, parmi les douleurs, il n'en est pas de plus aiguë et de plus intolérable que celle de la brûlure. Le moine qui interroge le patient devrait, dans l'intention de l'artiste, appliquer sa main sur le cœur, pour juger approximativement par ses battemens l'état interne de la victime; mais, en fait, son exploration ne dépasse pas le creux épigastrique, ce qui l'expose à une erreur de diagnostic et de pronostic. Les pieds du pauvre diable étant entièrement cachés, on ne peut pas savoir si le peintre aurait bien ou mal représenté les phénomènes d'une brûlure au troisième degré; et même, à en juger par la quantité, la proximité et l'intensité du feu, il est probable qu'il a dû y avoir une carbonisation immédiate.

La plupart des *martyres* rentrent également dans le domaine de la chirurgie. Dans presque tous les sujets de ce genre, nous aurions à reprendre de flagrantes inadvertances. Dans la *Lapidation de saint Etienne*, par exemple, M. Lavergne ne s'est pas souvenu que des cailloux du poids d'une demi-livre et raboteux, lancés par des bras qui paraissent avoir la force d'une baliste, doivent nécessairement produire des déchirures, des contusions et des ecchymoses; cependant la peau de son saint n'offre aucune trace de l'action de ces corps contondans; de manière que si M. Ollivier (d'Angers) était chargé de faire un rapport médico-légal sur les causes de la mort de cet homme, il ne pourrait que se fourvoyer. Dans le *Martyre de saint Polycarpe*, de M. Chenavard, on voit une lame de poignard, large d'environ 5 centimètres, pénétrer à la profondeur de 3 pouces au moins dans la poitrine, entre la cinquième et la sixième côtes, sans qu'il en sorte une goutte de sang. Il est certain, et l'artiste a en cela fait preuve d'une rare sagacité, que la lame, remplissant exactement la solution de continuité et tout le trajet de la plaie, a dû s'opposer à la sortie du sang provenant du poumon; mais il n'est pas moins certain que la section des vaisseaux capillaires de la peau a dû donner lieu à une légère hémorragie extérieure. Quant à la tête coupée, qu'on voit sur le premier plan du même tableau, l'artiste a droit à nos complimens; il a su que la décapitation produit au bout de peu de temps une extrême décoloration de la face, et il a rendu cet effet avec beaucoup de vérité.

L'auteur de *David tranchant la tête de Goliath* n'a pas été si avisé que l'artiste précédent. La face rubiconde de son géant est un contresens pathologique; à moins qu'on ne dise pour excuse que la décollation vient d'être opérée à l'instant même par cette énorme rapière sur laquelle s'appuie le jeune pâtre. A propos de cette lame colossale, dont aucun arsenal n'offrirait la pareille pour la longueur, la largeur, l'épaisseur, et par conséquent la pesanteur, on pourrait s'étonner que la main délicate d'un jeune adolescent ait pu, non pas la faire fonctionner assez vigoureusement pour couper et briser les vertèbres cervicales, et les

blablement attribués au sulfate de quinine par les médecins qui prétendent que ce médicament irrite l'estomac. La preuve qu'il n'en est pas ainsi, c'est qu'administrez les mêmes pilules, en supprimant l'extrait aqueux d'opium, et le malade, qui la veille émettait quelques plaintes, ne croit pas avoir pris le même médicament, et vous dit qu'il a passé d'une manière inaperçue. Le sulfate de quinine, sagement administré, ne nous a jamais paru déterminer le plus petit symptôme d'irritation de l'estomac, même chez les personnes débiles et nerveuses. Nous regardons les craintes des médecins physiologistes comme singulièrement exagérées à ce sujet.

Le lecteur nous pardonnera cette digression, vu l'importance pratique de nos réflexions, et parce qu'il est déplorable de voir des médecins croire avoir épuisé les ressources de la science contre cet ordre de maladies, lorsqu'ils ont intempestivement administré le sulfate de quinine.

Là les fièvres intermittentes constituent près des deux tiers des maladies qu'on y rencontre, et, dans leur génération, l'esprit saisit facilement de nombreux liens, qui unissent l'effet à la cause. N'avons-nous pas été frappé, dans le coup-d'œil que nous venons de jeter sur Ancenis et ses environs, par des conditions très favorables au développement de ces maladies? Le cercle de notre observation n'était pas renfermé dans les limites de cette petite ville ; il s'étendait à une assez grande distance dans tous les sens, et nous croyons à une différence saisissable entre le nombre des fièvres intermittentes dans les îles et sur les rives de la Loire, d'une part, et de l'autre dans les campagnes un peu distantes de ce fleuve ; ces dernières sont bien loin cependant d'en être exemptes. Il est aussi un fait digne de remarque, et qui vient prêter appui à la théorie si ingénieuse de M. le docteur Roche sur les intermittences, c'est qu'il n'est pas rare de voir certains caractères intermittens, dus évidemment à l'influence générale des lieux, se jeter à travers les maladies aiguës les plus diverses, et nécessiter un traitement tout spécial.

Ces causes génératrices des fièvres intermittentes les appellerons-nous à jouer un rôle quelconque dans l'enfantement de la fièvre typhoïde? En un mot, croirons-nous les émanations marécageuses capables de produire dans l'organisme des modifications particulières propres à engendrer la fièvre typhoïde? Rien dans la science ne viendrait justifier une telle opinion, et nous nous garderons bien de nous laisser entraîner dans une pareille erreur.

Ainsi, pour nous, nul point de relation entre les conditions générales mentionnées à Ancenis et l'existence de la fièvre typhoïde. Nous devons même ajouter que les conditions morales et physiques des habitans nous paraissent contraires à celles généralement regardées comme très favorables au développement de cette maladie.

DEUXIÈME PARTIE.

OBSERVATIONS.

PAS D'ÉPISTAXIS ; PAS DE MÉTÉORISME ; PAS DE GARGOUILLEMENT ; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES ; SUDAMINA ; OBSCURITÉ DU DIAGNOSTIC AU DÉBUT.

OBS. I. — 11 décembre 1838. Joseph G... est âgé de 6 ans et 3 mois, d'une bonne constitution, habituellement bien portant. Inappétence, vomissemens de matières jaunâtres. Les jours précédens, tous les soirs, à la même heure, cet enfant, m'assure la mère, éprouvait du frisson d'abord, de la chaleur, puis de la moiteur. Persistance de la fièvre depuis 24 heures. Il a été vacciné.

Etat actuel : L'enfant crie à mon approche. Un peu d'accablement ; peau chaude, légèrement humide ; face très rouge, langue blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords, sans sécheresse ; soif vive, anorexie ; ventre indolent, non météorisé ; pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; constipation ; urines épaisses et briquetées ; peu de toux, poitrine sonore, pas de râle ; pouls régulier, 120-22. Diagnostic : fièvre d'abord intermittente quotidienne bilieuse, maintenant rémittente bilieuse. (6 sangs. à la partie externe des mollets ; favoriser l'écoulement du sang par des cataplasmes. Pour le lendemain matin, 60 centigr. de poudre d'ipéca dans 32 grammes de sirop de sucre, à donner en trois fois, à 5 minutes d'intervalle ; inf. viol., eau de gom., diète.)

Le 12, vers 3 heures de l'après-midi, les sangsues ont coulé jusqu'au matin. Le petit malade a vomi deux fois des matières jaunâtres ; il a éprouvé 3 selles assez abondantes ; ventre souple, non douloureux ; état général meilleur. (Pot. fébr. sulf. de quinine, 45 centigr. ; alcool, q. s. ; eau distillée, 8 gram. ; sirop de fleur d'oranger, 48 gram. ; à prendre en trois fois : le tiers le jour même, à huit heures du soir, l'autre tiers à huit heures le lendemain matin, le dernier tiers le lendemain soir, à huit heures ; mêmes tisanes, 2 bouill.)

Le 14, la potion fébrifuge a été donnée. Deux selles liquides dans la nuit ; le ventre est un peu météorisé ; pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; peau très chaude, légèrement humide ; pouls accéléré, 128-30. (Mêmes tisanes, 2 tasses de bouill., 2 tasses de lait.)

Le 15, nulle amélioration. Langue toujours blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords ; haleine aigre ; soif très vive ; ventre indolent ; constipation ; un peu de râle muqueux en arrière, vers la fosse sous-épineuse droite ; peau brûlante ; pouls 132-35.

Diagn. dout. (Sous-phosphate de soude, 12 grammes, à prendre en deux fois, dans 2 tasses de bouil. aux herbes ; mêmes tisanes, 2 tasses de lait.)

Le 16, cinq selles liquides. Ventre indolent, un peu de météorisme, gargouillement peu marqué dans la fosse iliaque droite ; quelques taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. Pouls régulier, 125-28.

Diagnostic : fièvre typhoïde. (Inf. viol. chlor. ; eau de gom. chlor. ; calapl. chlor. sur le ventre ; un quart lav. chlor. ; sparadr. de diachyl. gom. sur les saillies ischiatiques et trochantériennes ; 2 bouill. ; 2 tasses de lait.)

Les 17 et 18, taches rosées lenticulaires nombreuses sur l'abdomen et la poitrine.

Le 24, apparition de sudamina sur la partie latérale droite du cou. Pouls irrégulier ; un peu d'adynamie. (2 tasses d'inf. de quinq. par jour sont ajoutées au traitement.)

Du 24 décembre au 3 janvier, un peu de prostration ; quelques rêvasseries ; alternatives de diarrhée et de constipation. (Même traitement.)

Le 3 février, le pouls tombe, la peau perd sa chaleur ; le petit malade demande des alimens. (Nourriture liquide.)

Le 5, la peau devient chaude ; le pouls s'accélère ; dégoût pour les alimens. (On insiste sur le traitement.) Ces accidens persistent trois jours. Convalescence.

ÉPISTAXIS AU DÉBUT ; MÉTÉORISME ; GARGOUILLEMENT ; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES ; SUDAMINA.

OBS. II. — 3 février 1839. Jean B. est âgé de 8 ans et demi, bien développé, d'une bonne constitution. Il habite un village sain ; nourriture suffisante. Epistaxis légère, alternatives de frisson et de chaleur ; inappétence. Alité depuis deux jours ; il a été vacciné.

Etat actuel : adynamie peu prononcée ; douleurs de tête, face rouge ; peau chaude et humide ; langue blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords ; haleine fort aigre ; soif vive ; anorexie ; pas de nausées, pas de vomissemens ; ventre indolent, peu météorisé ; gargouillement dans la fosse iliaque droite ; constipation ; urines rares, rouges, floconneuses ; toux peu fréquente ; poitrine sonore ; respiration accélérée ; râle sibilant en arrière, à gauche ; battemens du cœur normaux ; pouls fort, plein, 115-18.

Diagnostic : fièvre typhoïde. (8 sangs. à la partie externe des mollets ; calapl. pour faciliter l'écoulement de sang ; inf. viol. ; eau de gom. ; diète.)

épaisses masses musculaires d'un cou de taureau, mais seulement la soulever, si on ne savait que les lois physiologiques sont fréquemment mises de côté dans les histoires sacrées. Un phénomène physiologique plus remarquable encore dans ce tableau, c'est le développement extraordinaire du système pileux du jeune David. Il est porteur d'une chevelure qui eût fait honneur à Samson lui-même, et qui n'a de rivale que celle de notre célèbre débitant de graisse d'ours.

Les *batailles* sembleraient devoir offrir seules un vaste champ d'applications pratiques, car les *coups* et *blessures* y abondent naturellement ; mais nous n'aurions guère qu'à nous répéter ; car MM. les artistes ne sont pas très inventifs en ce genre. Ils ne savent tuer et blesser les gens que de trois ou quatre manières, inventées depuis des siècles, et dont ils ne sortent pas. D'ailleurs, dans la plupart des tableaux de cette sorte, la petitesse des figures nous dérobe prudemment la vue des détails ; et ces messieurs savent bien qu'il est tout à fait impossible d'aller découvrir une erreur anatomique enfouie sous des empâtemens d'un millimètre de longueur et d'épaisseur. Dans les figures de grandeur naturelle, les vêtemens leur rendent le même service ; ils se contentent de faire suinter un peu de sang au travers des cuirasses et brassards anciens, et des capotes et pantalons modernes, mais Dieu sait ce qui se passe au-dessous ! Au temps du règne absolu de David, où le nu était de rigueur, on ne s'en tirait pas à si bon marché ; il fallait alors aborder les difficultés, spécifier et détailler les choses, et quand une lance, un poignard, une hache d'armes, atteignait quelque partie, l'artiste était obligé d'avoir égard à la disposition des os, des muscles et des vaisseaux. Mais l'art a dégénéré comme tout le reste. Nous citerons donc un seul fait que nous prendrons dans le *Siége de Rhodes*, de M. Odier. On voit, sur le premier plan, un moine occupé à entourer de bandes la jambe d'un guerrier blessé ; la plaie paraît évidemment avoir son siége dans le creux du jarret, et d'après la grande quantité de sang qui s'en échappe, on doit présumer que l'artère poplitée a été lésée. Cette blessure est par conséquent des plus graves ; le blessé a dû nécessairement tomber. Cependant, on le voit debout, la jambe malade légèrement fléchie, se prêter au pansement, comme s'il s'agissait d'une simple égratignure. Nous ne voulons pas trop insister sur la grossière ignorance du chirurgien, qui, dans un cas pareil, laisse le membre dans la position verticale, et croit pouvoir arrêter une hémorragie mortelle en comprimant la plaie par quelques tours de bande appliqués sans méthode et au rebours de toute règle ; à cette époque, en effet, les *fratrers* qui exerçaient la chirurgie n'étaient pas très forts sur les *bandages* et *appareils*, et le système de déligation de M. Mayor n'était pas inventé. Nous devons être indulgens pour des confrères morts.

En parcourant le livret, on lit à la suite de quelques noms d'artistes ces mots : *nature morte*. Dans la naïveté de notre ignorance nous avons en toute hâte couru aux tableaux ainsi dénommés, persuadés qu'ils devaient être de bonne prise pour la médecine ; mais nous n'avons trouvé à la place de ce que nous cherchions, que des pots cassés, des légumes secs, des oiseaux empaillés, des étuis de violon, des calebasses, des peaux de lézards, et des œufs sur le plat. Cette *nature morte* là ne nous convenant pas, nous avons dû nous rejeter ailleurs. Les *Christ mort*, assez nombreux, nous ont enfin présenté de l'anatomie pure, mais sans grand profit. Un défaut fréquent des artistes est d'oublier qu'un homme mort n'est plus un homme ; et que, réduit à l'état de cadavre, il ne saurait affecter de quelque manière qu'on le place aucune sorte de *pose* ou d'*attitude*. Tout

Le 4, l'enfant a dormi environ trois heures; face moins rouge; ventre un peu sensible et plus météorisé; gargouillement dans la fosse iliaque droite. (Sous-phosphate de soude, 15 grammes, à prendre à dix minutes d'intervalle, dans deux tasses de bouillon aux herbes; mêmes tisanes; diète.)

Le 5, quatre selles; langue légèrement humide; même aspect; ventre un peu météorisé, non douloureux à la pression; gargouillement dans la fosse iliaque droite. Peau chaude, un peu sèche. Pouls, 118-20. (Inf. viol. chlor.; catapl. chlor. sur le ventre; un quart lav. chlor.; sparad. de diachylon gom. sur les saillies ischiatiques et trochantériennes; 2 bouill.; 2 tasses de lait.)

Le 7, un peu de sommeil dans la nuit, quelques rêvasseries; météorisme; gargouillement; soif vive; peau chaude, Pouls accéléré, 125-28. (Sous-phosph. de soude, 15 grammes, à prendre *ut supra*; tisanes simples; catapl. chlor. sur le ventre; 2 tasses de lait.)

Le 8, le petit malade est allé cinq fois; moins de météorisme; pas de douleurs de ventre; plusieurs taches rosées lenticulaires sur l'abdomen, à droite de l'ombilic. Pouls, 122-25. (Mêmes tisanes chlor.; catapl. chlor.; un quart lav. chlor.; pot. gom. simple; 2 bouill.; 2 tasses de lait.)

Les 9, 10 et 11, taches rosées lenticulaires nombreuses sur l'abdomen et la poitrine.

Le 13, sudamina volumineux à la partie supérieure de la poitrine, et inférieure du cou; abattement. Pouls irrégulier, parfois intermittent, de 110-15. (2 tasses d'inf. de quinq. sont ajoutées au traitement.) Dans les derniers jours, selles fréquentes et liquides.

Le 25, la peau est un peu chaude; le pouls se régularise. Le petit malade demande à manger. (Même traitement; nourriture liquide.)

Trois jours après, le 28, sans écart de régime, le pouls prend de la fréquence; la peau devient chaude; dégoût pour les alimens. (Suppression des alimens liquides; persistance dans l'emploi du traitement.)

Le 4 mars, amélioration; convalescence.

ÉPISTAXIS AU DÉBUT; ENTOZOAIRES; MÉTÉORISME; GARGOUILLEMENT; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES; SUDAMINA.

Obs. III. — 7 mars 1839. Marie R. est âgée de 5 ans, maigre, d'une faible constitution en apparence, jamais malade. Inappétence, vomissemens, diarrhée, quelques entozoaires ont été rendus dans les selles; épistaxis; fièvre. Alitée depuis deux jours.

État actuel : un peu de prostration; pommettes rouges; peau chaude, sans sécheresse; langue humide, blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords; pas de vomissemens; soif vive; anorexie; ventre météorisé; gargouillement dans la fosse iliaque droite; urines rares, rouges et épaisses; poitrine sonore; râle sibilant en arrière des deux côtés. Pouls fort, plein, 125-30.

Diagnostic : fièvre typhoïde. (4 sangs. à la face externe des mollets; favoriser l'écoulement de sang par des catapl.; inf. viol.; eau de gom.; poudres de mousse de Corse et de semen contra, de chaque, 3 grammes; faire prendre cette poudre par partie et suspendue dans la tisane.)

Le 8, les sangsues ont bien coulé. Moins d'accablement; ventre météorisé; gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pouls, 120-22. (Sirop purg.; calom. préparé à la vapeur, 40 centigr.; sirop simple de rhubarbe, 30 gram., à prendre par cuillerée à café, de cinq minutes en cinq minutes; mêmes tisanes; diète.)

Le 9, quatre selles liquides; six ascarides lombricoïdes ont été rendus; ventre moins météorisé. Pouls, 123-25. (Inf. viol. chlor.; eau de gom. chlor.; catapl. chlor. sur le ventre; un quart lav. chlor.; sparad. de diachl. sur les saillies ischiatiques et trochantériennes; 2 bouill.; 2 tasses de lait.)

Le 10, un peu de sommeil agité la nuit; haleine aigre, fétide; langue même aspect, peu sèche; peau chaude. Pouls, 128-30. (Le sirop purg. est donné *ut supra*; tisanes simples; catapl. chlor.; 2 bouill.)

Le 11, trois selles; deux ascarides lombricoïdes ont été rendus; ventre indolent. (Inf. viol. chlor.; eau de gom. chlor.; catapl. chlor. sur le ventre; un quart lav. chlor.; 2 bouill.; 2 tasses de lait.)

Les 12, 13 et 14, taches rosées lenticulaires, en nombre indéterminé, sur l'abdomen et la poitrine.

Les 18 et 19, sudamina nombreux au cou et à la partie supérieure du thorax.

Le 21, deux tasses d'infusé de quinquina par jour sont ajoutées au traitement, pour combattre l'irrégularité du pouls et soutenir les forces. Chaque fois que nous avons ausculté la poitrine, râle sonore en arrière des deux côtés, râle muqueux du côté gauche.

Le 31, l'enfant demande des alimens. Convalescence.

PAS D'ÉPISTAXIS; MÉTÉORISME; GARGOUILLEMENT; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES; SUDAMINA.

Obs. IV. — 28 mars 1839. Pierre A. est âgé de 9 ans, d'une bonne constitution; il garde habituellement le bétail et n'est astreint à aucun travail fatigant. Nourriture bonne; habitation saine. Faiblesse; frissons; inappétence; dévoiement; fièvre. Alité depuis la veille; il a été vacciné.

État actuel : douleurs de tête; lassitude dans tous les membres; face rouge; bourdonnemens d'oreille; langue blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords, peu sèche; haleine fétide; soif vive; pas de vomissemens; anorexie; ventre indolent, peu météorisé; gargouillement peu sensible dans la fosse iliaque droite; selles fréquentes et liquides; urines rares, rouges, épaisses; peu de toux, pas d'expectoration; poitrine sonore; râle muqueux en arrière, des deux côtés; peau chaude. Pouls plein, vibrant, 122-25.

Diagnostic : très probablement fièvre typhoïde. (Saignée du bras, 250 gram.; inf. viol.; eau de gom.; diète.)

Le 29, examen du sang de la saignée : sérosité claire en petite quantité; caillot mou, peu consistant, deux petites taches blanches à sa surface; vestiges de couenne inflammatoire; météorisme; gargouillement très marqué dans la fosse iliaque droite. Pouls, 120-22.

Diagnostic : fièvre typhoïde. (Sous-phosphate de soude, 18 grammes, à prendre en deux fois dans deux tasses de bouillon aux herbes, à dix minutes d'intervalle; mêmes tisanes; 2 tasses de lait.)

Le 30, six selles; langue peu sèche, blanchâtre à son centre, grenue sur ses bords; ventre indolent; urines rouges et épaisses. (Inf. viol. chlor.; eau de gom. chlor.; catapl. chlor. sur le ventre; un quart lav. chlor.; sparad. de diachylon gom. sur les saillies ischiatiques et trochantériennes; 2 bouill.; 2 tasses de lait.)

Le 31, le petit malade a dormi deux heures la nuit dernière; réponses justes; il dit ne pas souffrir. (Sous-phosph. de soude, 16 gram., à prendre *ut supra*; tisanes simples; catapl. chlor sur le ventre; 2 tasses de lait.)

Le 1er avril, quatre selles; ventre peu météorisé, non douloureux. Pouls, 124-26. (Tis. chlor.; catapl. chlor.; un quart lav. chlor.; 2 bouill.; 2 tasses de lait.)

Les 2, 3 et 4, taches rosées lenticulaires nombreuses sur l'abdomen et la poitrine.

Le 6, sudamina en grand nombre au cou et à la partie supérieure du thorax. Chaque jour, deux à quatre selles liquides.

Le 13, un peu d'adynamie. Pouls régulier. (3 tasses d'inf. de quinq. sont ajoutées au traitement.) Sous l'influence du quinquina, amélioration sensible, les forces se relèvent, le pouls se régularise.

Le 21, râle sous-crépitant en arrière des deux côtés de la poitrine; toux fréquente. (2 larges vésic. aux mollets, pot. gomme simple, le reste *ut suprà*.) L'expectoration devient plus facile, la poitrine se débarrasse.

Le 28, mieux très sensible, convalescence. (Le traitement est continué.) Les vésicatoires ont une pellicule teinte brunâtre. (Pansement simple, lot. avec décoct. de quinq.) Une nourriture liquide est accordée.

Le 1er avril, l'accélération du pouls, la chaleur de la peau reparaissent et persistent jusqu'au 3. Convalescence.

PAS D'ÉPISTAXIS, PAS DE MÉTÉORISME, PAS DE GARGOUILLEMENT; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES; SUDAMINA.

Obs. V. — 25 avril 1839. Mademoiselle R... est âgée de 11 ans et demi, d'une constitution maigre, nerveuse, habituellement d'une bonne santé. Intelligence

---

expression de ce genre est donc un contresens formel, car le cadavre n'obéit qu'à la loi de la pesanteur. Cette tendance à ensevrer à la mort quelques caractères de la vie se montre dans la plupart de ces sujets; et particulièrement dans la *Descente de croix* de M. Masson. La posture de son Christ assis est évidemment impossible, ce n'est point un cadavre, c'est un homme endormi.

La *Peste*, de M. Masson semblait, par son titre attrayant, nous promettre une clinique; mais nous avons été cruellement désappointés en arrivant devant son tableau où il n'y a pas plus de peste que sur ma main. Nous ne pouvons, en effet, décorer de ce nom un tout petit cadavre recouvert d'un linceul, qui ne saurait à lui seul représenter toute une épidémie.

En anatomie pathologique, le tableau le plus intéressant, sans contredit, est le *Jugement dernier* de M. Gué, dont le premier plan est un véritable *muséum anatomique*; mais c'est une anatomie tout à fait transcendante et qui ne ressemble à rien de ce que nous connaissons : des squelettes qui se meuvent sans muscles, des têtes de morts qui voient et parlent sans yeux et sans langues, des os tout formés qui se recouvrent de chair tout à la fois, contre les principes les plus simples de l'organogenèse! Nous nous sommes détournés avec indignation de cette peinture dont tout carabin de première année est en état de démontrer par A plus B les erreurs absurdités. Si le jury d'admission avait la sagesse de s'adjoindre un bon anatomiste, de tels scandales seraient impossibles, et M. Gué aurait été invité cette année à aller d'abord étudier son Bichat. On dit que ce tableau a du mérite, qu'il y a du clair obscur et nous ne savons quelles autres vertus pittoresques inintelligibles. C'est possible; mais médicalement parlant, nous vous le recommandons comme une croûte du premier rang.

Nous avons cherché dans tous les coins du salon la *Visite à l'hôpital* indiquée par le n° 110, sur laquelle nous comptions beaucoup; mais nos investigations ont été vaines. C'est un tableau introuvable. L'artiste n'aura probablement qu'à se féliciter de l'inutilité de nos recherches, car nous étions très disposés à le traiter sévèrement pour peu qu'il eût gauchi; car lorsqu'on vient ainsi chez nous, et pour ainsi dire dans notre propre domicile, nous avons droit d'exiger que tout se fasse en règle.

En *séméiologie* nous ne trouvons guère à citer que le *Convalescent* de M. Destouches qui nous a paru complètement manqué. Cet estimable artiste se trompe évidemment sur l'état de son jeune homme, qui est bien plus malade qu'il ne pense. Son *facies* trahit évidemment une lésion organique profonde, et on peut, sans hésiter, diagnostiquer des tubercules. Quant au *domestique* de Michel-Ange dans le tableau de M. R. Fleury, il pèche dans le sens opposé. Il est assez pâle, il est vrai, et presque exsangue, comme s'il eût été traité par la méthode jugulante; mais il n'est pas à l'agonie comme le peintre l'imagine. Le pronostic pourrait être favorable, si ce n'était l'âge du sujet.

M. Biard nous a donné quelques spécimens anthropologiques pleins d'intérêt. Il nous fait voir enfin des Lapons et des Esquimaux que personne n'avait jamais vus. Nous recommandons ces tableaux à M. Edwards et à ces messieurs du jardin des Plantes. Nous avons aussi admiré une demi-douzaine de *sauvages* américains, gravés par M. Hullimann, dont les costumes sont excessivement récréatifs. Mais ce qui étonnera surtout les naturalistes, ce sont les chiens à trois jambes de M. Jadin; c'est une espèce fort rare à ce qu'il paraît, car jusqu'ici cet

très développée. Cette enfant, me dit sa tante, éprouvait depuis quelques jours, tous les matins, à peu près à la même heure, du frisson, de la chaleur et de la sueur. Depuis 24 heures, la fièvre n'a pas cédé. Cette enfant a été vaccinée. Etat actuel : Pommettes colorées, bourdonnemens d'oreille, douleurs de tête; un peu de prostration; peau chaude et humide. Langue blanche à son centre, nette et grenue sur ses bords. Haleine sans odeur aigre Pas de nausées, pas de vomissemens, soif vive, anorexie, ventre indolent, pas de météorisme, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite; constipation; urines rares, briquetées. Peu de toux, poitrine sonore, pas de râle; pouls fort, plein 125-28.

Diagnostic : d'abord fièvre intermittente, maintenant fièvre rémittente. (8 sangsues à la face externe des mollets, cataplasme pour favoriser l'écoulement de sang; inf. viol., eau de gom., diète.)

Le 26, les douleurs de tête sont presque nulles. La petite malade se trouve beaucoup mieux. Peau chaude; pouls 115-118. (Sous-phosph. de soude 16 grammes à prendre en deux fois dans deux tasses de bouillon aux herbes, mêmes tisanes, deux tasses de lait.)

Le 27, 4 selles; pas de douleurs de ventre, pas de météorisme, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. La fièvre persiste. Sur les questions que j'adresse, on m'assure que tous les matins, vers onze heures, un petit frisson se manifeste, et une exacerbation survient. Peau chaude, sans sécheresse. (16 centig. de sulf. de quinine en deux pilules *illico*, même dose pour le soir à huit heures.)

Le 28, même état. Pouls 118-20. (20 centigr. de sulf. de quinine en deux pilules *illico*, même dose pour e soir.)

Le 29, la petite malade a dormi environ deux heures dans la nuit. Du reste, même chaleur à la peau, même accélération du pouls. Ventre indolent, pas de météorisme, pas de gargouillement.

Diagnostic : doute. (Tisanes simples, lavement huilé, deux bouillons, deux tasses de lait.)

Le 30, quelques taches rosées lenticulaires autour de l'ombilic. Pouls 122-25.

Diagnostic : fièvre typhoïde. (Inf. viol. chlor., eau de gomme chlor., cataplasme chlor. sur le ventre, 1/4 lav. chlor., sparad. de dyachilon gommé sur les saillies ischiatiques et trochantériennes, 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 1er et le 2 mai, le nombre des taches rosées lenticulaires augmente.

Le 6 et le 7, sudamina nombreux au cou et à la partie supérieure du thorax. Dans les derniers jours un peu de râle sibilant se fit entendre en arrière et à droite. Pouls irrégulier; un peu de faiblesse générale. (3 tasses d'inf. de quinq. par jour sont ajoutées au traitement.)

Le 18, mieux très sensible; convalescence. (Une nourriture liquide est accordée.)

ÉPISTAXIS AU DÉBUT; MÉTÉORISME; GARGOUILLEMENT; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES; SUDAMINA.

OBS. VI. — 1er septembre. Joseph C... est âgé de 13 ans, peu développé d'une constitution faible, habituellement d'une bonne santé. Soumis à aucun travail fatigant, il va à l'école. Malaise général, frissons, inappétence, deux épistaxis légères, alité depuis deux jours.

Etat actuel : face colorée, douleurs de tête, bourdonnemens d'oreille; langue poisseuse et rouge; haleine fétide; soif vive, pas de nausées, pas de vomissemens, anorexie. Ventre indolent, météorisé, gargouillement dans la fosse iliaque droite; diarrhée. Urines rares, rouges et épaisses. Poitrine sonore, râle sibilant en arrière des deux côtés. Bruits du cœur normaux, réguliers, accélérés; peau chaude et sèche; pouls 125-28. (Saignée du bras de 250 grammes, inf. viol. eau de gomme, diète.)

Le 2, état du sang : sérosité claire et abondante, caillot petit, peu consistant, sans traces de couenne. Moins de douleurs de tête; pouls 118-28. (Sous-phosph. de soude 20 grammes, à prendre dans 2 tasses de bouillon aux herbes, à dix minutes d'intervalle; le reste *ut suprà*.)

Le 3, 6 selles. Un peu de sommeil dans la nuit; langue toujours poisseuse et sèche; moins de météorisme, peu de gargouillement; urines rares et épaisses; peau brûlante, avec sécheresse; pouls 122-25. (Inf. viol. chlor., eau de gomme chlor., cataplasme chlor. sur le ventre, 1/4 lav. chlor., sparad. de diachyl. gom. sur les saillies ischiatiques et trochantériennes; 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 4, même état. (Sous-phosph. de soude 20 grammes à prendre *ut suprà*; tisanes simples, catapl. chlor. sur le ventre, 2 tasses de lait.)

Le 5, 4 selles, ventre indolent. (Tisanes chlor., 1/4 lav. chlor., catapl. chlor. sur le ventre, 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 6, taches rosées lenticulaires, en petit nombre, autour de l'ombilic. Langue sèche, fendillée; dents couvertes d'un léger enduit brunâtre; peu de météorisme, diarrhée; peau brûlante, d'une chaleur désagréable au toucher; pouls irrégulier, 125-28. (3 tasses d'inf. de quinq. par jour, le reste *ut suprà*.)

Le 7, 8, taches lenticulaires plus nombreuses, elles se montrent sur la poitrine.

Le 12, sudamina volumineux au cou et à la partie supérieure du thorax. Du 12 au 26, le petit malade laisse aller sous lui; dévoiement, prostration. On le fait difficilement sortir d'un assoupissement dans lequel il retombe aussitôt. Rêvasseries fréquentes; respiration gênée; pouls irrégulier, parfois intermittent.

Le 19, (2 vésicatoires aux mollets; pansement simple, lotions avec décoct. de quinq.)

Le 28, la peau est peu chaude; le malade sort de son accablement, il demande de la nourriture. Le pouls se régularise, 75-78. (Une nourriture liquide est accordée.)

Le 30, peau chaude, pouls plus fréquent; un peu de somnolence. Cette recrudescence persiste trois jours, puis fait place à une convalescence franche.

ÉPISTAXIS; ENTOZOAIRES; MÉTÉORISME; GARGOUILLEMENT; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES; SUDAMINA.

OBS. VII. — 9 octobre 1839. La nommée D... apporte chez moi sa fille, âgée de 5 ans et demi, d'une bonne constitution. Nourriture grossière mais suffisante. Cette enfant, ordinairement gaie, pleure à chaque instant. Depuis quelques jours inappétence, vomissemens, frissons, chaleurs; épistaxis légère. Elle a été vaccinée.

Etat actuel : langue humide, blanche à son centre, nette et grenue sur ses bords. Constipation; peau chaude, pouls agité.

Diagnostic : probablement fièvre typhoïde. (Mettre cette enfant au lit, 4 sang. à la partie externe des mollets; inf. de viol., 1 tasse de lait.)

Le 10, les sangsues ont bien coulé. Un peu de prostration; langue même aspect, humide; soif vive, pas de vomissemens; ventre météorisé; gargouillement dans la fosse iliaque droite; une selle, deux entozoaires ont été rendus; urines rouges, épaisses; peu de toux, pas de râle; peau chaude; pouls 128-30.

Diagnostic : fièvre typhoïde compliquée d'entozoaires. (Mousse de Corse et semen-contra en poudre, de chaque 2 grammes à faire prendre suspendus dans la tisane, en l'espace de 3 heures. A 2 heures de l'après-midi donner par cuillerée à café, de 5 minutes en 5 minutes, le sirop suivant : calom. préparé à la vapeur, 40 centigram., sirop de rhubarbe simple et sirop de sucre, de chaque 16 grammes; inf. viol., eau de gomme, diète.)

Le 11, 6 selles, 9 ascarides lombricoïdes ont été rendus. La petite malade a dormi. Ventre indolent; pouls, 132-35. (Inf. viol. chlor., eau de gomme chlor., cataplasme chlor. sur le ventre, 1/4 lav. chlor, sparad. de diach. gommé sur les saillies ischiatiques et trochantériennes, 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 12, l'enfant est assoupie. (Le sirop purgatif *ut suprà* est donné, tisanes simples, cataplasme chlor. sur le ventre, 2 tasses de lait.)

Le 13, 4 selles. La langue n'est pas sèche; haleine aigre; ventre indolent, météorisé; pas de gargouillement; peau brûlante; pouls 134-36. (Tisanes chlor., cataplasme chlor. sur le ventre; lav. chlor., 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 14, 15, 16, taches rosées lenticulaires sur le ventre et la poitrine.

Le 21, quelques sudamina sur la partie latérale droite du cou. Un peu de prostration. (Deux tasses d'inf. de quinq. sont ajoutées au traitement.)

2 novembre, convalescence.

---

artiste est le seul observateur qui ait eu l'occasion d'en rencontrer quelques individus.

Nous voilà déjà bien loin et nous avons à peine commencé le dépouillement de l'énorme liasse de notes de tout genre recueillies par nous avec une patience et un zèle infatigables. Mais nous en resterons là, pour cette fois, en vertu de l'*est modus in rebus*.

Toutefois nous ne quitterons pas le *Salon* sans nous féliciter de la belle figure qu'y fait le corps médical en la personne de quelques-uns de ses plus illustres membres.

Et d'abord voici M. Gannal. Assis gravement sur un beau fauteuil d'acajou, devant une table couverte de cornues et d'alambics, d'une main il tient une plume, tandis que l'autre à demi-ouverte et légèrement soulevée semble accompagner dans les plus hautes régions de la science le cours des pensées qui roulent dans sa tête méditative. Son regard fortement concentré indique cette réflexion obstinée et profonde qui cherche, cherche encore, et ne se repose qu'après avoir pénétré le dernier mystère de la nature. Sa bouche vient de se fermer après avoir laissé échapper ces paroles historiques : *Je serai toujours dignement Gannal l'embaumeur*. Sur des manuscrits épars sur la table on lit le mot chlore écrit en majuscules.

Ce portrait n'est égalé que par celui du célèbre M. Victor Idjiez, rédacteur du MAGNÉTOPHILE, à Bruxelles. C'est donc un magnétiseur que nous avons sous les yeux; mais c'est aussi et avant tout quelque chose de mieux, c'est un phrénologiste; ce jeune homme, en effet, d'une physionomie douce et prévenante et dont le frais menton et la lèvre supérieure sont ombragés d'une barbe naissante, tient sa main sur un crâne à compartimens topographiques marqués des étiquettes d'usage, et quelques lignes écrites sur une feuille de papier nous donnent la preuve irrécusable qu'il est professeur de phrénologie belge. Le front est haut et large comme on pense bien; le regard est plein d'une suavité presque mystique. Sur ce visage tout respire la sympathie, l'innocence et la candeur. On voit bien que c'est là un être bon et inoffensif, incapable de faire du mal à qui que ce soit. C'est le magnétisme animal et la phrénologie en personne.

A ces deux grands noms ajoutons un troisième, celui de M. le comte Desguidi, *docteur médecin, recteur de l'Université* (Belge?) *introducteur de l'homéopathie en France*. Nous parlons comme le livret. Ceci est un respectable vieillard, dans le costume de ses fonctions. Nous sommes charmés d'apprendre par le livret un fait des plus importans pour l'histoire de la médecine à notre époque, à savoir la véritable origine de l'homéopathie en France. Les contemporains et la postérité sauront maintenant à qui adresser leur reconnaissance et leurs hommages.

Nous n'avons vu que trois professeurs de la Faculté, et peut-être y en a-t-il davantage; ceux qu'il nous a été donné d'apercevoir sont : 1° M. Piorry, en grand costume universitaire; mais ce n'est qu'une miniature, et ce petit genre de peinture est peut-être un peu au-dessous de la majesté professorale; 2° M. Adelon, d'une ressemblance parfaite; mais les artistes disent dans leur langage, auquel nous n'entendons rien, que c'est une peinture d'un affreux *poncif*; 3° enfin, M. Marjolin, en bronze, et dans des proportions colossales. Ici la matière et la dimension conviennent à l'importance du sujet; mais, dans l'exécution, on recon-

ÉPISTAXIS; MÉTÉORISME; GARGOUILLEMENT; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES, SUDAMINA.

Obs. VIII. — 6 novembre. André S... est âgé de 7 ans, d'une bonne constitution, jamais malade. Somnolence, frissons, chaleurs, dégoût pour les alimens, vomissemens de matières jaunâtres. Epistaxis abondante. Alité depuis la veille. Il a été vacciné.

Etat actuel : face très rouge ; un peu d'accablement ; langue blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords, légèrement humide ; haleine d'une odeur aigre ; soif vive ; anorexie ; ventre un peu douloureux à la pression, météorisé ; gargouillement dans la fosse iliaque droite ; Selles liquides, fréquentes ; urines rouges et épaisses ; poitrine sonore, râle sibilant en arrière à gauche ; peau chaude, sans sécheresse. Pouls plein, régulier, 126-28.

Diagnostic : fièvre typhoïde. (8 sangsues aux mollets, favoriser l'écoulement de sang par des cataplasmes ; inf. de viol., eau de gomme, diète.)

Le 7, les sangsues ont bien coulé. Pommettes moins colorées. Pouls 118-28. (Sous-phosph. de soude 14 grammes, à prendre en 2 tasses de bouillon, à 10 minutes d'intervalle ; mêmes tisanes, 2 tasses de lait.)

Le 8, 6 selles ; langue humide ; ventre indolent, peu de météorisme, pas de gargouillement. (Inf. viol. chlor., eau de gomme chlor., cataplasme chlor., 1/4 lav. chlo.. ; sparad. de diachylon gommé sur les saillies ischiatiques et trochantériennes ; 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 9, ventre plus météorisé, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pouls 130-32. (Sous-phosph. de soude, 15 grammes à prendre *ut suprà* ; tisanes simples, cataplasme chlor. sur le ventre ; 2 tasses de lait.)

Le 10, 4 selles liquides, ventre indolent, peu météorisé ; râle sonore en arrière des deux côtés de la poitrine. (Tisanne chlor., cataplasme chlor. sur le ventre, 1/4 lav. chlor., 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 12, taches rosées lenticulaires nombreuses sur l'abdomen et la poitrine, elles persistent les 13, 14 et 15.

Le 18, sudamina en petit nombre sur le côté droit du cou. Alternatives de diarrhée et de constipation ; un peu d'adynamie ; irrégularité et intermittence du pouls,

Le 21, 2 tasses d'inf. de quinq. sont ajoutées au traitement.

Le 1er décembre, cessation des accidens. Le petit malade demande des alimens. (Une nourriture liquide est accordée ; même traitement.)

Le 5, la peau devient chaude, le pouls s'accélère ; dégoût pour les alimens. (On insiste sur le traitement.) Deux jours après, convalescence.

ÉPISTAXIS; MÉTÉORISME; GARGOUILLEMENT; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES; SUDAMINA.

Obs. IX. — 19 novembre 1839. Pierre B..., âgé de 14 ans, bien développé, d'une bonne constitution, vient avec son père me consulter chez moi. Depuis quelques jours, malaise général, fatigue dans les membres, inappétence, dévoiement. Il a été vacciné.

Diagnostic : peut-être une fièvre grave. (Repos complet ; eau de son et inf. viol. pour boisson ; 2 demi lav. par jour avec graines de lin et tête de pavots ; 2 tasses de lait pour toute nourriture.)

Le 21, on vient me chercher. Je trouvai cet enfant dans l'état suivant : une épistaxis légère a eu lieu. Face rouge, douleurs de tête, bourdonnemens d'oreille ; langue rouge et sèche ; haleine d'une odeur désagréable, fort aigre ; soif vive, anorexie, ni nausées, ni vomissemens ; ventre indolent, météorisé, gargouillement dans la fosse iliaque droite ; constipation ; urines rares, rouges et épaisses ; un peu de toux ; poitrine sonore ; râle sibilant en arrière, des deux côtés de la poitrine ; peau brûlante. Pouls fort, plein, régulier, 120-22.

Diagnostic : fièvre typhoïde. (Saignée du bras, 350 grammes, inf. viol., eau de gomme, diète.)

Le 22, douleur de tête presque nulle, face moins rouge ; langue moins sèche ; ventre indolent ; pouls 115-18. Examen du sang : sérosité claire, en moyenne quantité ; caillot volumineux, consistant, dépourvu de couenne. (Sous-phosphate de soude, 30 grammes, à prendre dans deux tasses de bouillon aux herbes, à 10 minutes d'intervalle. Mêmes tisanes, 2 tasses de lait.)

Le 23, 8 selles ; ventre moins météorisé ; gargouillement peu sensible ; rêvasseries pendant la nuit ; peau chaude, un peu sèche ; pouls 118-20. (Inf. viol. chlor., eau de gom. chlor., catapl. chlor., 1/4 lav. chlor., sparad. de diachylon gommé sur les saillies ischiatiques et trochantériennes, 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 24, le ventre est plus météorisé, non douloureux à la pression. (Sous-phosphate de soude, 30 grammes, à prendre *ut suprà*, boissons simples, catapl. chlor. sur le ventre, 2 tasses de lait.)

Le 25, 5 selles. Le malade a dormi 2 heures, il répond bien aux questions qu'on lui adresse ; un peu d'adynamie. (Tisanes chlor., catapl. chlor., 1/4 lav. chlor. ; 2 bouill., 2 tass. de lait.)

Le 26, taches rosées lenticulaires éparses sur le ventre et la poitrine ; elles augmentent en nombre les 27, 28.

Le 29, langue sèche, fendillée ; dents légèrement fuligineuses ; état adynamique assez prononcé ; rêvasseries fréquentes. Le jeune malade laisse aller sous lui. (4 tasses d'infusion de quinquina sont ajoutées au traitement.)

Le 30, sudamina volumineux au cou et à la poitrine. Dans les premiers jours de décembre, la poitrine est embarrassée ; peu d'expectoration. (2 larges vésicat. aux mollets, le reste *ut suprà*.) Peau chaude, sèche, désagréable au toucher ; pouls irrégulier, intermittent, parfois dicrote ; ouïe dure. Une odeur typhoïde s'exhale du lit du malade. Les vésicatoires ont un aspect brunâtre. (Pansement simple, lot. avec déc. de quinquina.) Les accidens persistent jusqu'au 18 décembre, époque où le malade sort de son accablement et demande de la nourriture. (Des alimens liquides sont accordés.)

Le 21, recrudescence, refus des alimens ; chaleur de la peau ; amélioration du pouls. (On insiste sur le trait.)

Le 24, convalescence, qui ne s'est pas démentie.

PAS D'ÉPISTAXIS ; PAS DE MÉTÉORISME ; PAS DE GARGOUILLEMENT ; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES ; SUDAMINA ; OBSCURITÉ DU DIAGNOSTIC.

Obs. X. — 2 décembre 1839. Jeanne B. est âgée de 6 ans, d'une bonne constitution. Il paraît très probable, d'après les réponses faites par la mère, que, tous les jours, vers midi, cette enfant éprouvait du frisson, de la chaleur et de la sueur. Inappétence, vomissemens de matières jaunâtres ; une selle a eu lieu la veille ; un entozoaire a été rendu. La petite malade a été vaccinée. La fièvre n'a pas cédé depuis 48 heures.

Etat actuel : face rouge ; langue blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords ; haleine aigre ; soif vive ; anorexie ; pas de vomissemens ; ventre indolent ; pas de météorisme ; pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; constipation ; urines rouges, épaisses, briquetées ; poitrine sonore, peu de toux, pas de râle ; peau chaude, un peu humide ; pouls fort, plein, 132-35.

Diagnostic : d'abord fièvre intermittente quotidienne, maintenant fièvre rémittente, compliquée d'entozoaires. (6 sangsues à la partie externe des mollets ; favoriser l'écoulement de sang par des cataplasmes ; inf. viol., eau de gom., poudre de mousse de Corse et de *semen-contra*, de chaque 3 gram., à donner par parties suspendues dans la tisane ; diète.)

Le 3, les sangsues ont bien coulé ; la place est moins rouge ; pouls, 122-25. (Calom. préparé à la vap., 40 centigr. ; sirop de rhubarbe simple, de sucre, de chaque, 15 gram., à donner par cuill. à café, de cinq minutes en cinq minutes. Donner le soir, à huit heures, le tiers de la potion suivante : sulfate de quinine, 45 centig. ; alcool, q. s. ; eau distil., 8 gram. ; sirop de fleur d'oranger, 45 gram. ; même tisane ; diète.

Le 4, cinq selles ; six lombrics ont été rendus. Langue même aspect, sans sécheresse ; un peu de météorisme ; pas de gargouillement ; pouls 128-30. Le second tiers de la pot. *illico*, le troisième le soir à huit heures ; 2 bouill.)

Le 5, même état ; pouls 130-32.

Diagnost. dout. (Sirop purg. *ut suprà*, mêmes tisanes, 2 tasses de lait.).

---

naît la tendance de M. Dantan jeune à ne pas considérer la figure humaine du côté sérieux.

Nous terminerons ici brusquement cette revue anatomo-médico-physiologique du salon de 1841, en demandant pardon aux artistes des sottises que leurs ouvrages nous ont fait dire, et à quelques-uns de nos confrères des innocentes plaisanteries que leurs portraits suscitent naturellement. Mais le tout est sans malice aucune, comme il est facile de s'en apercevoir.

A l'an prochain.

— Par suite de la subvention accordée par le conseil municipal au Dispensaire Ste-Geneviève, les femmes affectées d'une maladie de l'utérus ou du sein qui ne pourraient pas se procurer une carte de souscription, seront admises au traitement *gratuit* (médicamens, linge, bains, etc.) sur la recommandation d'un médecin.

Actuellement rue Monsigny, 6.

— Cours public sur les maladies des oreilles. — Le docteur Menière, agrégé de la Faculté, médecin de l'institut royal des sourds-muets, commencera ce Cours samedi 17 avril à quatre heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi suivans, dans un des amphithéâtres de l'Ecole pratique.

— Leçons publiques sur l'histoire et la philosophie de la chirurgie. — M. Malgaigne commencera ces Leçons mercredi 14 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi.

— Annuaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacie contenant le résumé des travaux thérapeutiques publiés en 1840, et les formules des médicamens nouveaux tels que le lactate de fer, l'écorce de tulipier, le monésia, le guarana, l'antrakokali, et les préparations nouvelles d'aconitine, de pulsatille, de goudron, de seigle ergoté, de copahu et de cubèbes, le sirop de Boubée, les pilules de Lartigues, etc., etc. Suivi d'une monographie du diabétès sucré ; par A. Bouchardat, D. M. P., professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, etc. 1 vol. in-18. Prix : 1 fr.

Paris, librairie médicale et scientifique de A. Gardembas, éditeur, (Anciennes maisons Gabon et Deville-Cavellin.) Rue de l'Ecole-de-Médecine, 10.

— Guêpes médicales, janvier 1841. Les Guêpes médicales (première année) formeront douze livraisons in-18 d'au moins 72 pages chacune, publiée à la fin de chaque mois, Prix de chaque livraison pour Paris : 50 c. ; pour les départemens : 60 c.

Les personnes qui souscriront pour un an (12 livraisons) recevront franco les livraisons à domicile.

Paris, librairie médicale et scientifique de A. Gardembas, éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10.

— Recherches historiques et pratiques sur les appareils employés dans le traitement des fractures en général, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours ; par J. F. Malgaigne, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, etc. 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr.

A Paris, chez H. Cousin, libraire-éditeur, rue Jacob, 25.

Le 6, 3 selles ; ventre indolent, peu météorisé ; pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; quelques taches rosées lenticulaires autour de l'ombilic ; poitrine sonore, râle sibilant en arrière à droite ; peau très chaude ; pouls 133-35. (Inf. viol. chlor., eau de gom. chlor., catapl. chlor. sur le ventre, 1/4 lav. chlor., sparad. de diachylon gommé sur les saillies ischiatiques et trochantériennes ; 2 bouill., 2 tasses de lait.)

Les 7 et 8, taches rosées lenticulaires, en nombre indéterminé, sur l'abdomen et la poitrine.

Le 15, quelques sudamina sur le côté gauche du cou ; diarrhée presque continue ; un peu d'accablement ; pouls irrégulier, sans intermittence parfois dicrote.

Le 17, 2 tasses d'inf. de quinquina sont ajoutées au traitement.

Le 28, la peau perd sa chaleur, le pouls se ralentit ; la petite malade demande à manger. Des alimens liquides sont accordés. Convalescence.

ÉPISTAXIS AU DÉBUT ; MÉTÉORISME ; GARGOUILLEMENT ; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES ; SUDAMINA.

Obs. XI. — 9 décembre 1839. Joséphine L. est âgée de 9 ans, maigre, d'une constitution faible, habituellement bien portante. Chaque jour, elle parcourt un assez long chemin pour aller à l'école. Sensibilité au froid, frissons, chaleurs ; inappétence ; épistaxis légère. Alitée depuis 36 heures.

État actuel : un peu d'abattement ; pommettes colorées, bourdonnemens d'oreille, douleurs de tête ; langue blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords, légèrement humide ; soif vive ; anorexie ; pas de nausées, pas de vomiss. ; ventre météorisé ; gargouillement dans la fosse iliaque droite ; diarrhée ; urines rouges et épaisses ; un peu de toux, râle sibilant en arrière, des deux côtés de la poitrine ; peau chaude ; pouls 125-28.

Diagnostic : fièvre typhoïde. (6 sangsues aux mollets ; favoriser l'écoulement de sang par des cataplasmes. ; inf. viol., eau de gomme, diète.)

Le 10, les sangsues coulent encore ; la petite malade souffre peu à la tête ; elle se dit mieux. (Sous-phosph. de soude, 15 gram., à prendre dans 2 tasses de bouillon aux herbes, à dix minutes d'intervalle ; 2 tasses de lait.)

Le 11, 6 selles ; langue, même aspect, encore humide ; ventre indolent, peu météorisé ; pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; pouls régulier, 130-32. (Inf. viol. de chlor., eau de gomme, catapl. chlor. sur le ventre, 1/4 lav. chlor. ; sparad. de dyachylon gommé sur les saillies ischiatiques et trochantériennes, 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 12, la malade a dormi ; état général le même. (Sous-phosphate de soude, 18 gram., à prendre *ut supra*, tisanes simples, catapl. chlor. sur le ventre, 2 tasses de lait.)

Le 13, 4 selles ; ventre indolent, peu de météorisme ; poitrine sonore, râle muqueux en arrière à droite, râle sibilant en arrière des deux côtés ; pouls 132-35. (Tisane chlor., 1/4 lav. chlor., catapl. chlor., 2 bouilons, 2 tasses de lait.)

Les 14, 15, 16, taches rosées lenticulaires nombreuses sur l'abdomen et la poitrine.

Le 19, sudamina volumineux à la partie supérieure de la poitrine et antérieure du cou ; assoupissement, dont on a peine à tirer la petite malade ; ouïe dure ; pouls irregulier, intermittent, dicrote. (3 tasses d'inf. de quinquina par jour sont ajoutées au traitement.) Alternatives de diarrhee et de constipation.

Le 5 janvier, la petite malade demande des alimens. Convalescence. (Des alimens liquides sont accordés.) Le 8, peau chaude, amélioration du pouls ; dégoût pour la nourriture. (On insiste sur le trait.)

Le 10, convalescence.

PAS D'ÉPISTAXIS ; MÉTÉORISME ; GARGOUILLEMENT ; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES ; SUDAMINA.

Obs. XII. — 18 décembre 1839. La nommée C. m'amène chez moi son enfant, âgé de 10 ans, bien developpé, d'une bonne constitution. Assoupissement continuel ; inappétence, diarrhee. Il a eté vacciné.

État actuel : face très rouge ; langue blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords, humide ; pas de vomissemens, pas de douleurs de ventre ; peau chaude ; pouls plein, accéléré.

Diagnostic : très probablement fièvre typhoïde. (Aliter cet enfant ; 8 sangsues aux mollets ; favoriser l'ecoulement de sang par des catapl. ; inf. viol., eau de gom., diète.)

Le 19, les sangsues ont bien coulé. Un peu d'accablement ; ventre indolent, météorisé ; gargouillement dans la fosse iliaque droite ; selles moins fréquentes ; urines rares, rouges et épaisses ; poitrine sonore ; râle sibilant en arrière à gauche ; peau brûlante. Pouls, 128-30.

Diagnostic : fièvre typhoïde. (Sous-phosph. de soude, 15 gram., à prendre dans deux tasses de bouillon, à dix minutes d'intervalle ; mêmes tisanes ; 2 tasses de lait.)

Le 20, six selles ; moins de météorisme ; pas de gargouillement. (Inf. viol. chlor. ; eau de gom. chlor. ; un quart lav. chlor. ; catapl. chlor. sur le ventre ; sparad. de dyachylon gom. sur les saillies ischiatiques et trochantériennes ; 2 bouil. ; 2 tasses de lait.)

Le 21, un peu de sommeil dans la nuit, quelques rêvasseries ; langue même aspect, légèrement humide. Pouls, 125-28. (Sous-phosph. de soude, 15 gram., à prendre *ut supra* ; tisanes simples ; catapl. chlor. sur le ventre ; 2 tasses de lait.)

Le 22, cinq selles ; ventre indolent ; râle sous-crépitant en arrière, des deux côtés, à la base de la poitrine. Pouls, 122-25. (Tis. chlor. ; un quart lav. chlor., catapl. chlor. sur le ventre ; 2 bouill. ; 2 tasses de lait.)

Les 25 et 26, quelques taches rosées lenticulaires sur l'abdomen et sur la poitrine.

Le 29, sudamina nombreux sur la partie latérale droite du cou. Un peu d'adynamie. Pouls irrégulier et intermittent. (3 tasses d'inf. de quinq. sont ajoutées au traitement.)

La diarrhée est presque continue, deux ou trois selles par jour. Le petit malade rêvasse et tousse beaucoup. (2 larges vésic. aux mollets ; pansemens simples ; lot. avec décoct. de quinq. ; une pot. gom. simple est ajoutée au traitement.)

Le 14, convalescence. (Alimens liquides.)

PAS D'ÉPISTAXIS ; MÉTÉORISME ; PAS DE GARGOUILLEMENT ; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES ; SUDAMINA ; OBSCURITÉ DU DIAGNOSTIC.

Obs. XIII. — 2 janvier 1840. Marie F. est âgée de 6 ans et demi, d'une bonne constitution, jamais malade. Inappétence, quelques nausées, deux vomissemens ; constipation ; frissons, chaleur et sueur. Depuis hier, la fièvre n'a pas cedé. Cette enfant a éte vaccinée.

État actuel : un peu d'accablement ; face rouge ; langue humide, blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords ; soif vive ; anorexie ; plus de nausées, plus de vomissemens ; ventre indolent, un peu météorisé ; pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; constipation ; urines rouges et épaisses ; un peu de toux ; poitrine sonore ; pas de râle ; peau chaude, legèrement humide. Pouls fort, plein, 125-28.

Diagnostic : peut-être fièvre typhoïde. (6 sangs. à la partie externe des mollets ; favoriser l'écoulement de sang par des cataplasmes ; inf. viol. ; eau de gom. ; diète.)

Le 3, les sangsues ont bien coulé ; la petite malade a dormi. Pouls, 120-22. (Sous-phosph. de soude, 12 gram., à prendre en deux tasses de bouillon, à dix minutes d'intervalle ; mêmes tisanes ; 2 tasses de lait.)

Le 4, trois selles ; langue même aspect ; haleine d'une odeur aigre ; ventre indolent, météorisé ; gargouillement très sensible dans la fosse iliaque droite ; râle sibilant en arrière à gauche ; peau chande et humide. Pouls régulier, 128-30.

Diagnostic : fièvre typhoïde. (Inf. viol. chlor. ; eau de gom. chlor. ; catapl. chlor. sur le ventre ; un quart lav. chlor. ; sparad. de diachyl. gom. sur les saillies ischiatiques et trochantériennes ; 2 bouill. ; 2 tasses de lait.)

Le 5, sommeil de deux ou 3 heures dans la nuit, mais agité, et accompagné de rêvasseries ; 2 selles. (Sous-phosph. de soude, 12 gram., à prendre *ut supra* ; tis. simples ; catapl. chlor. ; 2 tasses de lait.)

Le 6, quatre selles ; pas de douleurs de ventre ; peu de météorisme ; pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; un peu de prostration. Pouls, 125-27. (Tis. chlor. ; catapl. chlor. ; un quart lav. chlor. ; 2 bouill. ; 2 tasses de lait.)

Les 7, 8 et 9, taches rosées lenticulaires, disséminées sur le ventre et la poitrine.

Le 14, sudamina nombreux sur l'abdomen et la partie supérieure du thorax.

Le 17 (2 tasses d'inf. de quinq. par jour sont ajoutées au traitement), un peu d'adynamie ; rêvasseries assez fréquentes la nuit ; râle muqueux à droite ; râle sibilant à gauche. Pouls irrégulier, parfois dicrote ; dévoiement pendant les six derniers jours de la maladie ; trois à quatre selles dans les vingt-quatre heures. (Même traitement.)

Le 24, la peau est peu chaude ; le pouls perd sa fréquence. Convalescence. (Alimens liquides.)

Le 26, chaleur à la peau ; pouls accéléré ; dégoût pour les alimens. (On insiste sur le traitement.)

Le 28, cessation des accidens.

ÉPISTAXIS AU DÉBUT ; MÉTÉORISME ; GARGOUILLEMENT ; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES ; SUDAMINA.

Obs. XIV. — 26 février 1840. Jeanne L. est âgée de 7 ans, d'une bonne constitution. Nourriture grossière, mais saine. Sensibilité au froid ; assoupissement ; perte de l'appetit ; diarrhée ; deux épistaxis legères. Elle a eté vaccinée.

État actuel : un peu d'accablement ; face rouge ; langue blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords, sans sécheresse ; haleine désagréable, d'une odeur acide ; soif vive ; anorexie ; pas de nausées, pas de vomissemens ; ventre indolent, un peu météorisé ; gargouillement dans la fosse iliaque droite ; dévoiement ; urines rouges et épaisses ; peu de toux ; poitrine sonore ; râle sibilant en arrière, à gauche ; peau chaude, humide. Pouls fort, plein, de 125-27.

Diagnostic : fièvre typhoïde. (6 sangs. à la partie externe des mollets ; favoriser l'écoulement de sang par des cataplasmes ; inf. viol ; eau de gom. ; diète.)

Le 27, les sangsues coulent encore. Météorisme ; gargouillement très sensible dans la fosse iliaque droite ; deux selles liquides. Pouls, 115-18. (Sous-phosph. de soude, 12 gram., à prendre dans deux tasses de bouillon, à dix minutes d'intervalle ; mêmes tisanes ; 2 tasses de lait.)

Le 28, six selles ; langue même aspect, légèrement humide ; ventre indolent, moins météorisé. La petite malade tousse davantage ; râle sibilant en arrière, des deux côtés. Pouls 128-30. (Inf. viol. chlor. ; eau de gom. chlor. ; catapl. chlor. sur le ventre ; un quart lav. chlor. ; sparad. de diachyl. gom. sur les saillies ischiatiques et trochantériennes ; 2 bouill. ; 2 tasses de lait.)

Le 29, trois selles. (Sous-phosph. de soude, 12 gram. à prendre *ut supra* ; tis. simples ; catapl. chlor. sur le ventre ; 2 tasses de lait.)

Le 30, quatre selles ; ventre indolent. La petite malade a dormi ; sommeil agité ; peau brûlante. Pouls, 130-32. (Tis. chlor. ; catapl. chlor. ; un quart lav. chlor. ; 2 bouill. ; 2 tasses de lait.)

Le 3 février et jours suivans, taches rosées lenticulaires nombreuses sur le ventre et la poitrine.

Les 7 et 8, sudamina au cou et à la partie supérieure du thorax.

Le 9 (3 tasses d'inf. de quinq. sont ajoutées au traitement), un peu de prostra-

tion; quelques rêvasseries la nuit; alternatives de diarrhée et de constipation; peau chaude, peu sèche. Pouls fréquent, irrégulier, parfois dicrote.

Le 19, convalescence.

PAS D'ÉPISTAXIS; MÉTÉORISME; GARGOUILLEMENT; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES; SUDAMINA.

Obs. XV. — 6 mars 1840. Louis B. est âgé de 9 ans, d'une bonne constitution. Tous les jours, me dit la mère, ce petit garçon éprouvait vers le soir des frissons, de la chaleur et de la sueur. Inappétence, quelques vomissemens; diarrhée. Depuis trente-six heures, la fièvre n'a pas cédé. Cet enfant a été vacciné.

Etat actuel : un peu de prostration; face rouge; douleurs de tête; bourdonnemens d'oreille; langue humide, blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords; soif vive; anorexie; ventre indolent; un peu météorisé; gargouillement peu sensible dans la fosse iliaque droite; diarrhée; urines rouges et épaisses; poitrine sonore; peu de toux; pas de râle; peau chaude, sans sécheresse. Pouls plein, fort, 120-22.

Diagnostic : peut-être une fièvre typhoïde. (Saign. du bras, 250 gram.; inf. viol.; eau de gom.; diète.)

Le 7, moins de douleurs de tête; ventre plus météorisé; gargouillement très marqué dans la fosse iliaque droite. Pouls, 113-15. État du sang de la saignée : sérosité claire, en quantité moyenne; caillot assez consistant, sans traces de couenne.

Diagnostic : fièvre typhoïde. (Sous-phosph. de soude, 15 grammes à prendre en 2 tasses de bouillon, à 10 minutes d'intervalle, mêmes tisanes, 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 8, 5 selles; langue même aspect, sans sécheresse; ventre indolent; râle sibilant en arrière à droite, râle muqueux en arrière à gauche; peau très chaude, humide. Pouls 125-28. (Inf. viol. chlor., eau de gomme chlor., 1/4 lav. chlor. cataplasme chlor., sparad. de diachyl. gommé sur les saillies ischiatiques et trochantériennes; 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 9, même état. (Sous-phosph. de soude 15 grammes, à prendre *ut suprà*; tisanes simples, cataplasme chlor. sur le ventre, 2 tasses de lait.)

Le 10, 4 évacuations alvines; ventre indolent; taches rosées lenticulaires disséminées en assez grand nombre sur l'abdomen et la poitrine; un peu de sommeil, quelques rêvasseries la nuit; peau brûlante. Pouls irrégulier, 118-20. (Tisane chlor., cataplasme chlor., 1/4 lav. chlor., 3 tasses d'inf. de quinq. 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Les 16, 17, sudamina au cou, et à la partie supérieure du thorax; un peu d'adynamie; somnolence; quelques rêvasseries; toux fréquente, poitrine embarrassée.

Le 20, 2 larges vésicatoires aux mollets; pansement simple, lot. avec décoct. de quinq., pot. gom. simple (même traitement).

Le 27, cessation des accidens; le petit malade demande à manger; convalescence. (Alimens liquides.)

Le 30, chaleur à la peau, amélioration du pouls; dégoût pour les alimens. (On insiste sur le traitement.)

Le 3 avril, convalescence.

ÉPISTAXIS; MÉTÉORISME; GARGOUILLEMENT; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES; SUDAMINA.

Obs. XVI. — 24 mars 1840. La nommée H... apporté chez moi sa fille âgée de 8 ans, d'une constitution faible. Frissons, chaleurs, inappétence, vomissemens; épistaxis légère. Elle a été vaccinée.

Etat actuel : face rouge; peau très chaude; pouls plein, accéléré; langue blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords.

Diagnostic : fièvre typhoïde. (Aliter cette enfant; 6 sangsues aux mollets, favoriser l'écoulement de sang par des cataplasmes; 2 bouillon, 2 tasses de lait; diète.)

Le 25, haleine d'une odeur aigre; soif vive, anorexie; pas de nausées, pas de vomissemens; ventre indolent, météorisé; gargouillement dans la fosse iliaque droite; 2 selles; urines rouges et épaisses; poitrine sonore; râle muqueux peu abondant, en arrière des deux côtés. Pouls, 122-24. (Sous-phosph. de soude 12 grammes à prendre dans 2 tasses de bouillon, à 10 minutes d'intervalle; mêmes tisanes, 2 tasses de lait.)

Le 26, 6 évacuations alvines; ventre indolent, météorisé; gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pouls, 125-28. (Inf. viol. chlor., eau de gomme chlor., 1/4 lav. chlor., cataplasme chlor., sparad. de diachyl. sur les saillies ischiatiques et trochantériennes; 2 bouillons, 3 tasses de lait.)

Le 27, une selle. Pouls 123 25. (Sous-phosph. de soude 12 grammes à prendre *ut suprà*; tisanes simples, cataplasme chlor., 2 tasses de lait.)

Le 28, 4 évacuations alvines; langue même aspect, un peu sèche; soif vive; pas de douleurs de ventre; râle muqueux en arrière des deux côtés, râle sonore en arrière à droite. Pouls 128-30. (Tisane chlor., un quart lav. chlor., cataplasme chlor., 2 tasses d'inf. de quinq. par jour, 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 31 mars, 1er et 2 avril, taches rosées lenticulaires nombreuses sur l'abdomen et la poitrine.

Le 4 avril, sudamina volumineux au côté gauche du cou; toux fréquente, respiration gênée.

Le 6 (2 larges vésicatoires aux mollets; pansement simple, lot. avec décoct. de quinq.; pot. gom. simple.) Alternatives de diarrhée et de constipation. Pouls irrégulier, parfois dicrote.

Le 16, convalescence. (Alimens liquides.)

ÉPISTAXIS AU DÉBUT; ENTOZOAIRES; MÉTÉORISME; GARGOUILLEMENT; TACHES ROSÉES LENTICULAIRES; SUDAMINA.

Obs. XVII. — 28 avril 1840. Julien B... est âgé de 4 ans, gros, fort, d'une bonne constitution. Habitation dans un lieu sain et élevé; nourriture grossière mais suffisante; inappétence, nausées, vomissemens, diarrhée; un entozoaire a été rendu dans les selles; épistaxis légère; vacciné par nous au mois de septembre 1839; alité depuis deux jours. La mère regardait tous ces accidens comme une fièvre de vers.

Etat actuel : ce petit garçon crie à mon approche, il a peur d'être saigné. Pommettes très colorées; langue blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords, légèrement humide; haleine d'une odeur fort aigre; quelques nausées; ventre douloureux, météorisé; gargouillement peu sensible dans la fosse iliaque droite; toux assez fréquente; poitrine sonore; râle sibilant en arrière des deux côtés; peau très chaude, sans sécheresse. Pouls fort, plein, 132-35.

Diagnostic : fièvre typhoïde compliquée d'entozoaires (4 sangsues aux mollets, favoriser l'écoulement de sang par des cataplasmes; poudres de mousse de Corse et de semen-contra, de chaque 3 grammes à prendre par parties, suspendues dans la tisane; inf. viol., eau de gomme, diète).

Le 29, face moins rouge. Le petit malade a dormi. Pouls 118-20. (Calomel préparé à la vapeur, 40 centigrammes, sirop de rhub. simple et sirop de sucre de chaque, 16 grammes à prendre par cuillerées à café, de 5 minutes en 5 minutes; mêmes tisanes, 2 tasses de lait.)

Le 30, 6 évacuations alvines, 9 lombrics ont été rendus; langue même aspect, sans sécheresse; ventre indolent. Pouls 124-26. (Inf. viol. chlor., eau de gom. chlor., cataplasme chlor. sur le ventre, un quart lav. chlor., sparad. de diachyl. gom. sur les saillies ischiatiques et trochantériennes; 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 1er mai, météorisme, gargouillement dans la fosse iliaque droite. (Sirop purgat. *ut suprà*; tisanes simples, cataplasme chlor. sur le ventre, 2 tasses de lait.)

Le 2, 4 selles, 2 lombrics ont été rendus; un peu d'accablement et de somnolence; peau brûlante, sans sécheresse. Pouls 125-28. (Tisane chlor., cataplasme chlor., un quart lav. chlor., 2 bouillons, 2 tasses de lait.)

Le 3 et jours suivans, taches lenticulaires sur l'abdomen et la poitrine.

Le 5 (2 tasses d'inf. de quinq. sont ajoutées au traitement.)

Le 9, sudamina nombreux au cou et à la partie supérieure du thorax; alternatives de diarrhée et de constipation; un peu d'adynamie. Pouls irrégulier, parfois dicrote. (Même traitement.)

Le 21, Le petit malade demande à manger. Convalescence.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les cahiers des mois d'octobre, novembre, décembre 1840, janvier et février 1841, contiennent : 1° *Trois mots sur la fièvre typhoïde*; par le docteur Van Berchem. 2° *De l'usage de la pommade sulfureuse dans la variole*; par M. Midavaine. 3° *Recherches sur la vaccine*; par M. Demeunynck. 4° *Recherches sur l'ostéo-myelite cervicale*; par M. Schœnfeld. 5° *Observations de médecine pratique tendant à établir que les fièvres ne sont pas toujours l'effet d'une lésion locale*; par M. Daumérie. 6° *Mémoire sur le phlegmasia alba dolens*; par M. Marenies. 7° *Un dernier coup-d'œil sur la fièvre typhoïde*; par M. Vandevanwermeulen. 8° *De l'influence des pertes séminales sur la production de l'apoplexie*; par M. Muynck. 9° *Chute complète de matrice réduite 16 ans après accident, et maintenue en place au moyen d'une éponge en cuvette*; par M. Durant. 10° *Observation d'angine de poitrine*; par le docteur Van Brander. 11° *Observation de fièvre cardialgique algide*; par M. Colson.

DE L'USAGE DE LA POMMADE SULFUREUSE DANS LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE; par M. le docteur V. MIDAVEINE.

Déjà, comme on le sait, plusieurs essais ont été faits dans le but de trouver quelque médicament qui empêchât le développement des pustules de la variole ou qui prévînt au moins les cicatrices profondes que trop souvent elles laissent après elles, et on sait que les préparations mercurielles ont paru agir à la manière d'un spécifique sur le développement de ces pustules, qu'elles empêchent de prendre leur accroissement ordinaire. Voici un nouveau moyen qui ne paraîtrait pas inférieur aux préparations mercurielles dans le traitement de la variole, si les expériences du docteur Midaveine, répétées sur une plus grande échelle avaient le

même succès qu'elles ont eu entre ses mains. Voici comment il s'exprime à cet égard. « J'ai souvent pensé que si on parvenait à arrêter la marche des pustules, à enrayer les progrès de l'inflammation de la peau qui l'accompagne, on saperait la maladie dans ses fondemens, et c'est ce qui semble avoir parfaitement réussi à l'aide des frictions sulfureuses.

»La pommade dont je fais usage a le double avantage de prévenir la suppuration des pustules et les cicatrices qui en sont les suites ordinaires. Elle consiste en un mélange d'un gros et demi à deux gros de fleurs de soufre, (un gros et demi pour la varioloïde, deux gros pour les varioles confluentes), sur une once d'axonge, avec lequel on frictionne légèrement, et trois fois le jour, toutes les parties du corps recouvertes de pustules. Plus l'éruption est près de son début, plus aussi il y a de chances de succès; l'on voit alors les petits boutons se resserrer, se durcir complètement. Il est rare, même dans la variole confluente que le malade ne recouvre pas de suite l'appétit et ne pas demande des alimens. Tout ce que je puis assurer de certain, c'est que tous ceux que j'ai traités jusqu'ici se sont immédiatement trouvés mieux peu de jours après l'emploi de ce remède. ».

Nous devons dire aussi, il est vrai, que l'auteur n'a encore employé cette méthode que dans 16 cas et encore dont la plupart avaient été vaccinés, quatre seulement étaient indiqués, dans les courtes notes qu'il fournit sur chacun d'eux, comme n'ayant pas subi cette opération préservatrice.

DE L'OSTÉO-MYÉLITE CERVICALE; par M. SCHOENFELD.

L'auteur de ce travail s'est surtout proposé d'appeler l'attention sur les troubles amenés dans les phénomènes respiratoires, par les lésions de la moelle cervicale. Convaincu que beaucoup de troubles fonctionnels des organes respiratoires prennent leur source dans une maladie de cette portion du cordon rachidien, il a réuni à deux observations recueillies par lui sur ce sujet celles qu'il a pu trouver dans les auteurs et il a ainsi cherché à tirer de ces matériaux une histoire générale d'une variété de carie de vertèbre qu'il nomme ostéo-myélite cervicale. Elle est surtout caractérisée par des désordres de l'appareil respirateur, tels que ceux-ci sont souvent pris pour essentiels, tandis qu'ils ne sont qu'une conséquence de la maladie de la moelle. *C'est à cause de l'impossibilité où se trouve souvent le praticien de faire la part de l'altération du canal osseux, et du cordon nerveux*, que M. Schœnfeld nomme ostéo-myélite, *tout état morbide qui a pour siége les vertèbres du col.* Il énonce seulement, dans le courant de son mémoire, et sous forme générale, que les régions dorsale et cervicale de la moelle puisent dans ce point de la moelle allongée l'influence qu'elles exercent sur la respiration.

L'ostéite des vertèbres servicales peut agir de différentes manières sur les organes respiratoires. Plusieurs auteurs ont signalé l'influence mécanique exercée sur le larynx par les abcès situés entre les vertèbres et le pharynx ou sur les côtés de cet organe. Ce n'est pas de cette manière que, suivant notre auteur, se produisent les troubles respirateurs. Quand le pus s'est fait jour, soit par le pharynx, soit par la bouche, soit dans la cavité pectorale ou digestive, il peut se faire qu'il ne produise aucune lésion de sensibilité ou de mouvement, et cependant presque constamment on observe un trouble fonctionnel de l'organe pulmonaire, et quelquefois un certain état de dysphagie. Ainsi, il y a de la toux avec ou sans expectoration purulente, désordre de la respiration augmentant par la pression sur la portion cervicale de la colonne vertébrale, altération de la voix, gêne de la déglutition, fourmillement, engourdissement, et même affaiblissement des mouvemens d'un ou des deux membres supérieurs; à ces phénomènes s'en joignent d'autres qui ont trait aux mouvemens du col, et qui tiennent à la lésion du tissu osseux des vertèbres. Les anastomoses des nerfs cervicaux avec le pneumo-gastrique au col, expliquent, suivant notre auteur, les désordres du pharynx et du larynx. Nous passerons sous silence les parties du mémoire qui traitent du diagnostic, du pronostic et du traitement, pour arriver à un aperçu rapide des faits qu'il contient. Ces faits sont divisés en trois parties. Dans la première sont deux observations propres à l'auteur, et dans lesquelles des ostéo-myélites cervicales ont simulé une phthisie laryngée et une phthisie laryngo-pharyngienne; dans la seconde, douze observations de la même maladie, simulant des désordres variés de la respiration, et enfin dans la troisième trois observations d'ostéo-myélite sans troubles dans la respiration.

Nous n'avons pas trouvé, dans toutes ces observations, des preuves bien justificatives de l'idée émise par M. Schoenfeld, que l'ostéo-myélite puisse déterminer sympathiquement des troubles fonctionnels dans la respiration, et dans quelques-unes qui n'ont point été suivies d'autopsies, il est difficile de savoir au juste à quoi s'en tenir; dans quelques autres, notamment dans la cinquième, c'était dans la région dorsale de l'épine qu'existait une légère incurvation, accompagnée de convulsions, de spasmes du larynx, toutes choses qui, après une longue durée, cédèrent à l'emploi de quatre sangsues, au niveau de l'incurvation. Or, l'auteur veut démontrer que c'est l'ostéo-myélite cervicale qui réagit sur les organes respiratoires. Dans d'autres observations, on trouve une cause naturelle des troubles de la respiration dans la paralysie complète ou incomplète des muscles respirateurs. Telle est l'observation quatrième, empruntée à M. Ollivier (d'Angers). Il en est quelques-unes, à la vérité, qui semblent se prêter, au premier abord, aux vues de M. Schoenfeld; mais nous croyons qu'en les sonmettant à une analyse sévère, on pourrait en tirer des conséquences différentes des siennes.

Il est, dans ce travail, une idée pratique qu'il importe de noter, à cause de son importance, c'est que la carie des vertèbres cervicales, quels que soient sa cause et ses effets sur la moelle, s'accompagne souvent de désordres fonctionnels dans l'appareil respirateur, qu'on pourrait souvent confondre avec des lésions organiques de cet appareil; or, en explorant avec attention le col, les mouvemens, les fonctions de ses nerfs, comme le recommande si justement l'auteur belge, on évite une erreur fort préjudiciable au malade, car elle fait négliger le mal principal pour une affection tout à fait secondaire.

DE L'INFLUENCE DES PERTES SÉMINALES SUR LA PRODUCTION DE L'APOPLEXIE; par le docteur DE MUYNCK.

Le but de ce mémoire est de combattre une erreur qui est généralement adoptée par le vulgaire et par un trop grand nombre de médecins: que toute apoplexie est sanguine et doit toujours être combattue par la saignée; erreur funeste, et qui tend même à le devenir davantage, à mesure que la concentration des populations et le développement des travaux de l'intelligence font prédominer davantage les causes de débilitation générale et d'excitation du système nerveux. L'une des plus actives de ces causes est certainement l'abus des pertes séminales, abus dont on reconnaît assez ordinairement les effets dans les cas où il a été poussé extrêmement loin, mais que l'on méconnaît trop souvent dans les cas moins prononcés; et pourtant, dans quelles circonstances est-il plus nécessaire de ne pas méconnaître la vraie nature d'une affection que dans l'apoplexie où la saignée est indispensable et doit même être réitérée, ou au contraire est nuisible, ou même doit être promptement mortelle? Jusqu'ici, les pertes séminales n'avaient pas été considérées comme disposant d'une manière éoergique à ces accidens, dans le traitement desquels l'homme de l'art, soit par légèreté, soit par la crainte de paraître rester inactif au moment d'un grave danger, se hâte quelquefois d'employer le moyen populaire; mais le travail de M. de Muynck ne permet pas de méconnaître cette cause. « La doctrine, dit l'auteur, qui rapporte toutes les apoplexies à un principe unique, et leur traitement à une seule méthode, ne saurait être admise; l'expérience la désavoue. En effet, l'expérience ne nous a-t-elle point appris que l'assoupissement ou délire obscur, ou l'apoplexie lactée des femmes en couches, survenait après une suppression du lait ou des lochies; que l'apoplexie intermittente, vraie convulsion périodique du cerveau; que l'apoplexie spasmodique, si bien décrite par Van Swieten, sous le nom de *lethargus litteratorum*, et avec laquelle l'apoplexie qui suit la fréquence et l'abus du coït a beaucoup d'analogie; que l'apoplexie scorbutique et l'apoplexie vermineuse, ne sont point le résultat de l'excès et de la richesse du sang, et que, dans ces cas, l'évacuation de ce liquide augmente l'assoupissement et entraîne la mort. »

Cependant, il est important de faire remarquer que les pertes séminales ne produisent pas chez tous les individus, indifféremment, un état apoplectique. L'observation démontre qu'elles peuvent déterminer divers états pathologiques, en raison du tempérament, de l'idiosyncrasie et de la profession de l'individu. « C'est ainsi, dit M. de Muynck, que nous avons vu, dans notre pratique, des gastralgies, des maladies du foie, l'angine de poitrine, à la suite de la fréquence et de l'abus du coït; mais ces diverses affections ne sont alors que les effets immédiats des désordres du système cérébral. L'observation fait connaître que les pertes de semence lèsent immédiatement l'encéphale, et qu'en altérant ou suspendant son influence vitale naturelle sur d'autres organes ou appareils, elles peuvent déterminer diverses lésions, diverses altérations organiques, qui toujours sont relatives aux désordres du système cérébral. Mais quel est le mode d'action des pertes séminales fréquentes sur l'encéphale? L'observation nous apprend qu'elles augmentent d'abord l'irritabilité cérébrale, mais que l'accroissement de cette activité cérébrale est plus ou moins promptement suivi, lorsque l'action de cette cause éminemment débilitante persiste, d'une profonde faiblesse, d'une diminution considérable de la force

tonique, de la force de cohésion du système nerveux; et cet affaiblissement, elles l'opèrent d'une manière spéciale, et à un degré plus haut que les saignées copieuses, qui entraînent l'anémie cérébrale. Grande irritabilité d'abord, profonde atonie du cerveau ensuite, tel est, chez certains individus, l'effet des pertes spermatiques fréquentes. »

Il existe pourtant de notables différences entre les deux sortes d'apoplexies dont nous venons de parler. Celle dont il s'agit dans le travail de M. de Muynck n'apparaît jamais inopinément; un grand nombre de phénomènes morbides précèdent généralement sa formation. Les individus qui éprouvent des pertes séminales abondantes présentent, avant même d'accuser aucune incommodité, des signes qui les trahissent et qui les font bien souvent reconnaître. A ces signes que nous n'avons pas besoin de reproduire, succèdent plus ou moins promptement des symptômes qui trahissent la souffrance du cerveau; on remarque un affaiblissement des facultés intellectuelles, il y a impossibilité de se livrer aux travaux de l'esprit, la mémoire se perd, l'attention devient nulle. On observe en outre un changement effrayant dans les fonctions morales.

La même cause produit des effets encore plus prompts et plus graves chez les vieillards, chez les convalescens, et surtout, selon M. de Muynck, chez les individus en proie à des fièvres intermittentes rebelles et de longue durée. Les individus frappés d'apoplexie à la suite de pertes spermatiques sont souvent d'une langueur remarquable; ils ont le teint jaune, sont mélancoliques; tandis que ceux qui tombent frappés de cette maladie à la suite de causes irritantes présentent généralement un embonpoint excessif, un air jovial, un teint coloré, un état physique enfin, connu sous le nom de constitution apoplectique.

L'observation suivante va donner un exemple de la maladie dont il est question ici, et du traitement qui lui convient.

EXCÈS VÉNÉRIENS; FOLIE; APOPLEXIE; GUÉRISON.

OBS. — M. B., de tempérament nerveux, âgé de 38 ans, marié, ayant toujours joui d'une bonne santé, devint irritable, sombre, bourru, et voulait vivre isolé. Cet état avait été précédé de lassitude, de constipation, d'inappétence, de nausées fréquentes. Ce malade, croyant que son indisposition résultait d'un embarras gastrique, faisait souvent usage de purgatifs, qui cependant aggravaient constamment son état. Les soustractions sanguines, les purgatifs drastiques furent opposés à ses souffrances, qui ne firent que s'accroître sous l'influence d'un régime débilitant. L'enduit jaune dont sa langue était chargée, les douleurs de tension qu'il ressentait dans la région du foie faisaient toujours supposer à son médecin un embarras gastrique. On lui continua encore les purgatifs, sous l'influence desquels tous les accidens s'aggravèrent progressivement.

Le malade commençait à se plaindre d'une douleur atroce fixée vers l'occiput; il était inquiet, irascible, sombre; il s'exhalait en plaintes pénibles, injurieuses contre son médecin; enfin, tous ses actes indiquaient qu'il était atteint de folie. A cette époque, je fus consulté, et j'eus bientôt reconnu que son état dérivait d'excès vénériens. Son épouse et ses amis m'assurèrent qu'il était tempérant pour le boire et pour le manger, mais qu'il se livrait aux plaisirs de l'amour *extra domum* avec un abandon indiscret. Mais son état allant en s'aggravant rapidement, on le transporta à l'établissement des aliénés, où ayant recouvré, au bout de deux ou trois mois, la liberté des facultés intellectuelles, il fut rendu à sa famille.

Après quelque temps d'une vie rangée, il céda de nouveau à sa passion, et à peine deux mois après sa sortie de l'établissement des aliénés, on remarquait dans les muscles du bras et de la face des mouvemens convulsifs. Malgré mes avis, il continua à s'abandonner à une vie molle et voluptueuse. Aussi, quatre mois après sa sortie de la maison des aliénés, il fut frappé d'une apoplexie violente. Appelé subitement auprès de lui, je le trouvai avec la respiration gênée, strabisme, paralysie des extrémités gauches, déviation de la bouche, pouls misérable, constipation, suppression des urines, pâleur de la face, douleur de tête fixée vers l'occiput.

Dans ce cas, tous mes efforts tendirent à restituer à la nature les forces qu'elle avait perdues; aussi l'arnica, la valériane, le quinquina, le sous-carbonate d'ammoniaque furent tour à tour employés. Je prescrivis en même temps des frictions stimulantes sur la colonne vertébrale; plus tard, j'administrai le vin d'acier, et, au bout de trois mois de traitement, cet individu fut complètement rétabli. Le strabisme n'existe plus, la paralysie n'a laissé aucune trace de son existence, et, depuis six mois, cet homme n'a cessé de jouir de la meilleure santé.

OBSERVATION D'ANGINE DE POITRINE; par le docteur VAN BRANDER.

La périodicité exerce sur les maladies une influence immense et qui jusqu'ici n'a pas encore été étudiée sous tous ses points de vue. Qui, par exemple a cherché à expliquer, et qui pourrait tenter de dire pourquoi certaines affections qui, après être restées sous leur première forme entièrement rebelles à tous les moyens employés, ayant ensuite revêtu la forme périodique, cèdent alors avec une extrême facilité au traitement anti-périodique? Les faits de ce genre ne sont pas rares, le suivant nous en offre un exemple assez remarquable pour que nous croyions devoir le reproduire ici.

OBS. — M. A. D..., âgé de 21 ans, d'une constitution lymphatique-sanguine, se plaignait depuis quelques jours d'un poids qui lui oppressait la poitrine, quand le 25 février 1837, contrarié fortement dans ses projets il fut atteint subitement d'un accès d'angine de poitrine. Appelé aussitôt, je le trouvai dans le paroxysme, immobile, le corps incliné en avant, le visage livide par suite de la constriction spasmodique des veines jugulaires qui faisaient une forte saillie; pouls régulier, respiration gênée. Ce n'est qu'au moment qu'il peut respirer profondément qu'il sent la douleur diminuer et disparaître en sens inverse de celui sous lequel elle s'était manifestée. Revenu à lui, il se plaint vers la partie inférieure du sternum, d'une constriction douloureuse et déchirante, se dirigeant vers le cœur et menaçant à chaque instant de le suffoquer, douleur n'augmentant ni par la pression, ni par l'action des muscles pectoraux. Après l'accès, le pouls conserve sa régularité normale, la respiration n'est nullement troublée; point de toux ni de vomissemens, point d'irritation; en un mot, il paraît jouir d'un état de santé parfait.

Un grand nombre de moyens différens sont employés et n'empêchent pas la maladie d'augmenter chaque jour et les attaques de monter en 24 heures au nombre de 20 à 25, dont quelques-unes ne durent pas moins de 20 à 30 minutes; ce ne fut que le dix ou onzième jour qu'elles offrirent quelque intervalle, mais pas assez grand pour permettre qu'il sortît du lit. Le 27 mars, ayant obtenu l'objet de ses désirs, M... se leva en disant qu'il est guéri et en effet il ne s'est plus senti de rien pendant les dix premiers mois de son mariage.

Depuis, d'autres contrariétés étant survenues, la douleur s'est renouvelée, les accès se sont montrés à des intervalles plus longs, diminuant successivement le jour pour reparaître avec d'autant plus d'intensité le soir, au moment où le malade se couchait, au point que pour éviter les attaques il passait bien des nuits tantôt à la lecture et tantôt à la pêche. Tous les moyens tentés avaient été inutiles, il ne pouvait supporter aucune nourriture qu'il vomissait aussitôt et dépérissait à vue d'œil. Appelé auprès de lui le 22 octobre, et frappé de la périodicité des attaques qui ne venaient plus que le soir au moment où il se couchait, je lui proposai le sulfate de quinine qu'il a pris avec une extrême répugnance. Dès le premier soir le malade dormit très bien et ne ressentit aucune douleur. Le sulfate fut continué pendant six jours, l'appétit revint, les vomissemens cessèrent, les douleurs et les attaques disparurent et la santé fut parfaite.

OBSERVATION DE FIÈVRE CARDIALGIQUE ALGIDE; par M. COLSON.

Le fait suivant est un des cas les plus remarquables de fièvre cardialgique algide qui aient été recueillis et vient très bien à la suite du fait précédent.

OBS. — X., tambour, âgé de 16 ans, se présente à l'hôpital militaire se plaignant d'un rhumatisme articulaire aigu et offrant tous les symptômes d'un endocardite des plus manifestes; à l'auscultation l'oreille perçoit un bruit de soufflet très distinct à la région précordiale. On lui fait une large saignée qui le soulage; mais vers quatre heures de l'après midi il est plus malade, il devient pâle, son pouls est plus petit, il est dans une anxiété extrême et se plaint surtout de douleurs précordiales. Une application de sangsues améliore encore son état. Le lendemain matin, il était bien, mais vers le soir, le même état que la veille se déclare encore une fois; il devint glacé et paraissait mourant; on lui administra une potion excitante et on lui appliqua des sinapismes aux pieds. Le lendemain il était bien, alors malgré les signes de l'endo-cardite on lui administre le sulfate de quinine à la dose de 18 grains. Comme il est vomi en partie on lui administre immédiatement un lavement avec 15 grains du même sel. Le soir, il eut encore quelques pandiculations, mais l'accès des jours précédens ne revint plus.

II. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

1° *Observation remarquable de médecine pratique*; par M. Vanhoof. 2° *Observation sur l'éléphantiasis des Grecs*; par MM. Midavame et Decondé. 3° *Mémoire sur différentes questions qui se rattachent à l'ophthalmie de l'armée*; par M. Decondé. 4° *Description d'un fœtus humain monstrueux* (monstre appartenant à la famille des *paracephaliens*, genre *hemiacéphale*, de M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire. Il y avait une scissure sur la lèvre inférieure.). 5° *Observations de fièvres typhoïdes où la contagion paraît avoir été évidente*; par M. Pasques. 6° *Observation de pleurésie, avec réflexions*; par M. Van Berchem; 7° *Observation d'un bec-de-lièvre double opéré avec succès*; par M. Van Camp. 8° *Mémoire sur quelques modifications apportées au bandage amidonné de M. Seutin*; par M. Vanmeebeeck. (Le médecin belge a cherché à simplifier le bandage amidonné bivalve sans incision. Il serait trop long d'entrer dans tous les détails de ces modifications qu'une description fait d'ailleurs difficilement comprendre. Il propose aussi un mélange de deux parties d'amidon réduit en empois, et une partie ou de cendre de bois tamisée, ou de charbon de bois finement pul-

vérisé, ou de ciment romain, mélange qui a la propriété, comme le mélange de plâtre et d'amidon de M. Lafargne, de se dessécher au bout de huit ou dix heures. Peu satisfait de cette nouvelle substance, il propose une solution de colle forte, qui a la propriété de se dessécher instantanément, et qui jouit d'une grande solidité, après dessication. Enfin, il propose de remplacer la dextrine dans les bandages inamovibles, par la gomme adragante.) 9° *Extirpations de tumeurs fongueuses de la sclérotique et de la conjonctive*; par M. Delvigne.

MÉMOIRE SUR DIFFÉRENTES QUESTIONS QUI SE RATTACHENT A L'OPHTHALMIE DE L'ARMÉE; par M. DECONDÉ.

La question des propriétés contagieuses de cette espèce d'ophthalmie a beaucoup occupé les médecins, et malgré le grand nombre d'écrits qu'elle a fait naître, il y a encore des contagionistes et des non contagionistes. M. Decondé est du nombre des premiers. Dans son nouveau travail, il a rassemblé un grand nombre de faits, dont beaucoup paraissent fort concluans pour la contagion. Il y cherche encore à préciser le caractère pathognomonique de cette espèce d'ophthalmie, caractère qu'il trouve dans la granulation; ces deux questions sont précédées de recherches intéressantes sur les qualités des différens mucus virulens, et sur l'altération qu'ils subissent par différentes substances chimiques.

Le fluide de la gonorrhée lui a toujours paru neutre, qu'il fût abondant ou rare, produit par une inflammation violente ou modérée, et quelle que fût l'époque à laquelle il est recueilli. Après l'administration du copahu à l'intérieur, ou après les injections urétrales, astringentes ou irritantes, le liquide est également demeuré neutre, mais il perdait son principe contagieux sur les yeux immédiatement après cette dernière opération. Quelle que fût l'ancienneté de la maladie, le liquide est toujours contagieux, lorsqu'elle n'a pas été traitée par des injections irritantes. Cette dernière assertion de M. Decondé semble en contradiction avec des faits de pratique journalière, et nous n'avons trouvé aucun fait qui l'appuyât dans le cours de son travail.

Le mucus vaginal, quelles que fussent ses qualités physiques, s'est habituellement montré neutre au réactif. Cependant, chez une fille publique dont la membrane vaginale, violemment enflammée, fournissait un écoulement opaque, blanc laiteux, celui-ci était acide, et la même acidité a été observée dans un cas de leucorrhée chez une femme enceinte, qui pendant ses grossesses avait, habituellement un flux assez irritant pour excorier le pénis du mari.

La matière ophthalmique, venant d'ophthalmies purulentes aiguës, n'a en aucune action sur le papier de tournesol. Une fois, une semblable matière, recueillie le 5 juin 1838, était acide, et conservait encore son acidité le 18 octobre 1839.

Le fluide fourni par les granulations conjonctivales inflammatoires était acide; il a conservé l'acidité aussi longtemps que la matière dont nous venons de parler. Quand ce fluide provient de granulations vasculaires, sans engorgement aux conjonctives palpébrales, il est neutre et sans action sur la teinture de tournesol.

Mêlés à une solution de sulfate de cuivre, ces divers liquides ne sont nullement altérés et deviennent bleuâtres.

Mêlés à une solution de chlorure de chaux, ils perdent leur acidité, quand ils en ont; le mucus perd sa viscosité, se coagule en grumeaux; le mélange est insoluble dans l'eau, dans laquelle on peut le délayer plutôt que le dissoudre, par une forte agitation.

Les liquides dont nous venons de parler, quelles que soient leur couleur, leur abondance, leur nature neutre ou acide, l'intensité de l'inflammation qui les produit, ne sont point modifiés dans leurs propriétés contagieuses. Ils ne les perdent point non plus, après plusieurs années, par la dessiccation sur des plaques de verre, ou dans des morceaux de drap qu'on en a imbibés. A l'appui de cette dernière assertion se trouvent deux expériences : l'une a été faite avec du mucus recueilli sur un soldat atteint d'ophthalmie purulente, le 1er juillet 1838, et inoculé avec succès sur la conjonctive d'un jeune chien, le 7 octobre 1839.

Cette dangereuse propriété du mucus virulent de conserver ses qualités contagieuses pendant un temps aussi long, dans des conditions si variées, fait un devoir de guérir, le plus promptement possible, les gonorrhées, dont la matière peut, à toutes les périodes, produire l'ophthalmie purulente. Les injections irritantes détruisant la virulence du mucus gonorrhéique, il faut de bonne heure y avoir recours et les répéter pendant un temps assez long pour détruire complètement cette dernière. Les mêmes principes doivent guider dans le traitement de l'ophthalmie de l'armée, et c'est à l'oubli de la persévérance dans le traitement par les irritans, et spécialement par le nitrate d'argent que M. Decondé attribue un certain nombre de récidives, signalées chez des malades revenus des hôpitaux.

La décomposition que le mucus subit par son mélange avec une solution de chlorure a engagé M. Decondé à tenter des expériences pour savoir si cette dernière substance ne détruisait point la virulence du mucus. Ces expériences consistent en dépôt sur des animaux d'abord, puis sur ses propres conjonctives et sur sa muqueuse urétrale, de matières soit gonorrhéiques, soit ophthalmiques, préalablement mélangées avec du chlorure de chaux liquide; en aucun cas, il n'y a eu de contagion. Il est hou de dire que, toutes les fois que chez les animaux, chiens et chats, ces matières ont été déposées avant mélange, la contagion a été observée.

De ces expériences, qui n'ont jamais manqué dans leurs résultats, M. Decondé tire les conséquences suivantes : 1° que l'on pourrait préserver un corps de troupes saines, mis en contact avec un corps infecté, par de simples lotions sur l'œil, répétées plusieurs fois par jour, avec une solution de chlorure de chaux; 2° que les nouveau-nés pourraient être préservés des ophthalmies par des lotions faites dans le vagin de la mère, immédiatement avant le passage de l'enfant. On voit que M. Decondé admet que cette espèce d'ophthalmie reconnaît uniquement pour cause le contact du mucus vaginal virulent sur la conjonctive du nouveau-né : ce n'est point cependant une opinion généralement adoptée. Il n'en serait pas moins sage de recourir à la pratique précédente toutes les fois qu'on aurait quelques doutes sur la nature de l'écoulement d'une femme en travail.

Dans une autre série d'expériences, le médecin belge a cherché à apprécier le rôle que peuvent jouer, d'une part, l'électricité ou le galvanisme, et, de l'autre, le passage du chaud au froid, ou un courant d'air vif et froid venant frapper le visage. S'il est d'observation que l'ophthalmie qui nous occupe s'aggrave lorsque l'atmosphère est chargée d'électricité, et lorsqu'en même temps il est humide, il est bien difficile de placer, par des expériences, des animaux atteints de cette maladie dans les conditions identiques à celles d'une pareille cause. Aussi, comme pouvait le faire prévoir le raisonnement, le contact ni des deux pôles d'une pile galvanique, ni de l'un d'eux seulement, ni des décharges électriques, ni une haute dose d'électricité n'ont modifié en rien la gravité de l'ophthalmie chez des chiens. Il était peut-être aussi difficile de placer un de ces animaux, à l'aide du courant d'air d'un soufflet, dans la condition d'un homme qui reçoit ce qu'on nomme un coup d'air, et ce mode d'expérimentation n'a fourni, comme le précédent, que des résultats négatifs.

Outre la propriété virulente de la matière desséchée et exposée à l'air, M. Decondé admet encore que *le principe contagieux peut se volatiliser et se répandre dans l'atmosphère*. De ces deux données, il conclut que le principe virulent ophthalmique peut, pour ainsi dire, se receler dans certains lieux, ou se communiquer par des objets qui ont servi aux malades. Sans nous arrêter aux théories par lesquelles il explique les modes de ces deux espèces de contagion, et qu'il emprunte, d'ailleurs, aux théories des contagions pour d'autres maladies, il cite deux faits extrêmement détaillés, et qui semblent bien probans en sa faveur : l'un est celui rapporté par le major Boer, et déjà cité dans un autre ouvrage. (RECHERCHES SUR LES CAUSES DE L'OPHTHALMIE QUI RÈGNE DANS L'ARMÉE. FALLOT ET VARLET, p. 95.) On y voit une ophthalmie intense se déclarer subitement à bord d'un navire, qui avait servi au transport de troupes venant de l'Égypte, et affectées elles-même d'ophthalmie. Le major avait appris de source certaine que, depuis cette dernière circonstance, on avait été obligé de renouveler plusieurs fois l'équipage du navire, à cause des ophthalmies qu'il contractait toujours. Quoique ce fait puisse être soumis à différentes interprétations, on ne peut s'empêcher d'avouer qu'il n'ait quelque valeur.

Le second fait est celui d'un individu porteur d'une ophthalmie de l'espèce qui nous occupe, et qui, de 1831 à 1835, changeant de lieu et de profession, répand dans tous les lieux qu'il habite successivement et communique à toutes les personnes qu'il fréquente la même maladie, propagée encore par les nouveaux infectés.

M. Decondé termine en combattant les opinions de plusieurs de ses compatriotes, qui pensent que l'ophthalmie contagieuse peut avoir une autre origine que la granulation vasculaire. Pour lui, le caractère essentiel de cette ophthalmie est la granulation vasculaire, dont il a particulièrement étudié et la nature et l'anatomie, qu'il a exposées dans d'autres mémoires.

OBSERVATION DE FIÈVRE TYPHOÏDE OU LA CONTAGION PARAIT AVOIR ÉTÉ ÉVIDENTE; par M. PASQUES.

La question de la contagion de la fièvre typhoïde paraît décidément devoir causer une lutte entre les médecins des petites localités et ceux des

grandes villes; les premiers soutenant généralement que la fièvre typhoïde est contagieuse, et faisant toujours connaître dans les descriptions qu'ils donnent de celles de ces fièvres qu'ils ont été à même d'observer dans les villages ou dans les petites villes où ils pratiquent, non seulement la manière dont elle y a été importée, mais l'ordre qu'elle a suivi dans sa propagation; d'un autre côté, les médecins des villes affirment qu'ils n'ont jamais vu des cas bien dessinés de contagion dans les grands établissemens ni dans les hôpitaux; cependant cette dernière opinion est fortement ébranlée. Déjà plusieurs cas qui peuvent être attribués à la contagion, avaient été recueillis à l'Hôtel-Dieu de Paris et consignés dans les LEÇONS CLINIQUES de M. Chomel sur la FIÈVRE TYPHOÏDE. Depuis, M. Louis qui, dans la première édition de ses RECHERCHES SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE, n'avait pas même parlé de la contagion, paraît s'être rapproché de l'opinion favorable à la contagion et dit même en avoir observé deux cas en deux mois dans son service. Quoi qu'il en soit, il paraît assez certain que si on n'observe pas de cas de contagion à Paris, c'est parce qu'on ne les cherche pas, et qu'il suffit d'une légère attention pour les trouver; dans les petites localités au contraire il faudrait fermer les yeux à la lumière pour ne pas les reconnaître immédiatement. Quant à la question de savoir si une maladie peut être contagieuse dans la province et ne pas l'être à Paris, elle est trop absurde pour mériter le moindre examen.

Les faits que M. Pasques rapporte ressemblent à tous ceux qu'ont recueillis les bons observateurs, qui, placés dans de petites localités, ont pu suivre les cas dans leur isolement et leur production successive. Ainsi un jeune homme, qui demeurait à Liége, dans un quartier où sévissait la fièvre typhoïde, se sentant pris de céphalalgie, de douleurs de ventre, de lassitude dans les membres, de diarrhée, etc., se rend chez ses parens, qui habitent la commune de Crisnée (l'auteur n'indique pas à quelle distance de Liége), et y éprouve toutes les périodes d'une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée. Mais, pendant la durée de cette maladie, un frère, âgé de 17 ans, et une sœur, âgée de 14 ans, sont pris de la même affection, qui revêt le même degré de gravité, et se termine également d'une manière heureuse. Une voisine, âgée de 38 ans, et sa fille, âgée de 12 ans, qui fréquentaient la maison pour prêter des soins, contractèrent aussi la fièvre typhoïde; la mère en fut victime, et l'autopsie révéla les lésions pathologiques propres à la fièvre typhoïde.

Une fille, âgée de 18 ans, servante à Liége, qui fréquentait la maison d'un boulanger où la fièvre typhoïde sévissait, ressentant des douleurs de ventre et de la céphalalgie, retourne chez ses parens par la diligence, à Lenssur-Geed, où elle eut une fièvre typhoïde parfaitement caractérisée. L'habitation de ses parens était très malsaine; aussi ne fallut-il que quelques jours pour que deux frères et deux sœurs contractassent la même affection, qui chez tous offrit les caractères principaux de la fièvre typhoïde et se termina d'une manière heureuse.

Après, dit l'auteur, avoir bien suivi ces faits et d'autres, que je pourrais rapporter, mais dont le récit deviendrait fastidieux, j'ai eu la conviction que la fièvre typhoïde est contagieuse, même à un haut degré.

OBSERVATION DE PLEURÉSIE PERSISTANT MALGRÉ UNE TRANSPIRATION TRÈS ABONDANTE ET DISPARAISSANT SOUS L'INFLUENCE D'UN DÉLIRE DE PEU DE DURÉE; par le docteur VAN BEUCHEM.

Les deux anomalies, signalées dans le titre ci-dessus donnent à l'observation quelqu'intérêt auquel ajoutent encore les réflexions que l'auteur présente à la suite et que nous allons analyser brièvement.

OBS. — Sblem, charpentier, âgé de 20 ans, d'une origine saine, et n'ayant jamais été malade, est pris, sans cause connue, d'une douleur dans le côté droit qui, légère le premier jour, augmente tellement d'intensité, qu'il me fait appeler le lendemain. Il se plaint d'une douleur aiguë lancinante dans le côté droit de la poitrine, augmentant à chaque inspiration qui se fait par saccade et avec grande difficulté; respiration abdominale; impossibilité de se coucher sur le côté droit ou sur le dos; toux sèche, douloureuse, face animée; pouls petit, concentré; soif vive; langue sèche et rouge sur les bords; anorexie; chaleur de la peau brûlante; insomnie continuelle. Le bruit de la respiration dans le poumon droit est à peine perceptible. (Saignée de 20 onces, boisson adoucissante, potion gommeuse, cataplasme émollient sur le côté malade.) Le soir, nouvelle saignée de 15 onces, dont le sang se couvre, comme celui de la première, d'une couenne inflammatoire des plus épaisses.

Le lendemain, troisième jour, il n'y a aucun amendement; forte expectoration muqueuse mêlée de sang; une très forte transpiration s'est déclarée dans la nuit et subsiste encore. (Saignée de 12 onces le matin et application de 15 sangsues sur le côté douloureux.)

Le quatrième jour, même état que les précédens. (Nouvelle application de sangsues.)

Les cinquième et sixième jour, deux nouvelles applications, l'une de 10, l'autre de 12 sangsues, sont pratiquées et n'amènent, avec le reste du traitement, aucun changement dans l'état du malade. La transpiration, qui s'était établie le troisième jour, avait, depuis cette époque, persisté à tel point que, dans le cours d'une pratique de quinze ans, je puis affirmer n'en avoir pas vu une plus forte.

Le septième jour, l'état était toujours le même. (Nouvelle application de sangsues au point douloureux.) A midi, l'état du malade change tout à coup. Il n'y a plus de point de côté; la toux et l'expectoration ont entièrement disparu; la transpiration a cessé, et la peau a une chaleur naturelle. Plus de fièvre, soif normale, appétit, respiration tout à fait naturelle, décubitus également facile sur les deux côtés et sur le dos; face pâle, regard égaré, incohérence extrême des paroles et des idées; délire véritable.

Cet état persiste pendant cinq jours sans mouvement fébrile, et fait place lui-même à une guérison complète. Pendant ces cinq jours, toutes les fonctions se sont opérées avec la plus parfaite régularité; l'état mental seul du malade était troublé.

Cette observation peut donner lieu à d'utiles réflexions sur les crises et les métastases dans les affections aiguës. Qui n'aurait cru, à la vue de l'abondante transpiration qui s'était établie dès le troisième jour de la pleurésie, que la maladie allait se terminer par une de ces crises heureuses sous l'influence desquelles tous les symptômes graves disparaissent presque à la fois? Tout au contraire, la transpiration persiste jusqu'au septième jour, ainsi que la gravité des symptômes, et elle cesse en même temps que les accidens thoraciques disparaissent. Quant au délire, qui est survenu au moment même où tous les symptômes cessaient, nous pensons, avec l'auteur, qu'il n'a eu aucune influence critique ou métastatique; car, loin d'avoir été le résultat d'une congestion trop active vers le cerveau, il n'a eu lieu au contraire que parce qu'au moment où l'excitation fébrile a cessé, cet organe a été privé de l'excitation qui lui est nécessaire, en raison des nombreuses évacuations sanguines auxquelles le sujet avait été soumis. Ces accidens sont plus fréquens qu'on ne le pense communément, à la suite des affections aiguës traitées d'une manière très active par la méthode évacuante; aussi ces cas passent-ils souvent inaperçus, soit par inattention, soit, ce qui est bien plus funeste, par l'erreur que commettent trop de praticiens dans ces sortes de cas, qui voyant dans le délire une preuve de la métastase de l'inflammation sur le cerveau, insistent de nouveau sur les évacuations sanguines, et enlèvent au sujet les derniers restes de forces, qui auraient dû être ménagées avec tant de prudence. La mort, qui est le résultat nécessaire de cette pratique, quand elle n'est pas changée à temps, est alors attribuée à une inflammation du cerveau, à une fièvre cérébrale; car, en effet, les symptômes cérébraux, dans ces cas, ne font qu'augmenter de gravité, sous l'influence du traitement antiphlogistique. Telle est la cause d'une des erreurs les plus graves et les plus communes de l'époque actuelle.

EXTIRPATION D'UNE TUMEUR FONGUEUSE DÉVELOPPÉE SUR LA SCLÉROTIQUE; par M. DELVIGNE.

OBS. — Un jeune homme portait dans l'œil, depuis huit mois, une petite tumeur, qui ne causait que la sensation d'un corps étranger.

Le 6 octobre 1839, le jeune malade vint consulter M. Delvigne, qui découvrit sous la paupière supérieure tuméfiée, une tumeur rouge, grenue, spongieuse, adhérente aux deux paupières, et située dans l'angle externe de l'œil. Le chirurgien diagnostiqua une tumeur fongueuse partant de la sclérotique. Elle fut cautérisée avec du nitrate d'argent; mais quelques jours après elle reparut; l'extirpation fut alors décidée. La commissure externe des paupières étant prolongée en dehors, la tumeur fut saisie avec un érigne, et extirpée à l'aide de ciseaux courbes sur le plat. Une portion du cartilage tarse fut enlevée avec elle. Les choses allèrent d'abord fort bien, la plaie de la commissure se réunit, et déjà l'œil commençait à se déterger, quand au bout de trois semaines, la tumeur avait pris le volume d'une noisette, avait déjeté l'œil en dedans, en occasionnant de vives douleurs. Prévoyant que quelques racines du mal étaient restées profondément cachées dans l'orbite, le chirurgien se décida à une opération plus grave que les précédentes. Pour bien mettre à nu tout le mal, il ne craignit point de diviser verticalement la paupière supérieure dans toute sa hauteur. La tumeur alors bien mise à nu fut détachée de la sclérotique en dedans, de la face externe de l'orbite et de la glande lacrymale en dehors. Après l'opération, tout le côté externe de la sclérotique se trouvait mis à nu: probablement, dit l'opérateur, le muscle droit externe avait été coupé et cependant il n'y avait pas déviation de l'œil en dedans. La tumeur avait le volume d'une olive, elle était d'une trame cellulo-fibreuse, criait sous le scalpel; à sa surface elle était molle et gorgée de sang, et se laissait aisément écraser sous le doigt. Deux points de suture réunirent la paupière supérieure, et la plaie fut pansée simplement. Le cinquième jour, la suppuration était établie, un petit abcès se montra sur la paupière supérieure, s'ouvrit de lui-même et forma une fistule par laquelle les larmes s'écoulaient. Un stylet boutonné introduit chaque jour entre l'œil et la paupière supérieure pratiqua une voie aux larmes qui cessèrent dès-lors de couler par la paupière. Tout le temps que le malade resta à l'usage du bouillon et d'alimens légers, les bourgeons charnus arrêtés dans leur développement végétèrent; à peine le malade fut-il remis à une bonne nourriture qu'ils s'accrurent rapidement et comblèrent le vide laissé par la tumeur.

Nous avons rapporté cette observation, non qu'il n'y en ait de sembla-

bles dans la science, mais pour montrer combien il faut se garder de toucher avec les caustiques aux tumeurs de mauvaise nature quand ces agens ne doivent pas les détruire en totalité. La cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, dont les bons effets n'ont jamais été observés par le chirurgien de Liége dans des cas semblables, ne peut en effet les guérir. Pour peu qu'une masse, qu'une surface cancéreuse, aient d'épaisseur, le nitrate d'argent devient impuissant à en opérer la destruction; cela ne prouve pas l'inefficacité des caustiques, mais cela prouve seulement que le nitrate d'argent est un caustique d'une trop mince énergie pour détruire même un cancer superficiel. Quant à la division de la paupière supérieure, c'est une complication qu'il faut éviter le plus possible en vue de la petite difformité qu'elle laisse toujours, quelque exacte que soit la réunion; mais il est évidemment des cas où une pareille considération est d'un faible poids en présence de la nécessité d'enlever un mal profond.

A l'observation précédente, M. Delvigne en a ajouté une tumeur fongueuse de la conjonctive palpébrale supérieure, traitée également avec succès par l'extirpation.

TUMEUR DE LA CORNÉE TRANSPARENTE; par le même.

Obs. — Une jeune fille de 20 ans, jouissant d'une bonne santé, portait sur la cornée, un peu en dehors de l'axe visuel, une petite tumeur grosse comme deux têtes d'épingles. La petite tumeur qui était d'un blanc grisâtre occasionnait une grande gêne par le frottement des paupières sur elle. M. Delvigne sasit avec une érigne la petite tumeur et l'enleva d'un coup de bistouri. Elle était molle et s'écrasait facilement entre les doigts; la cicatrisation se fit rapidement et laissa un nuage sur la cornée.

L'auteur pense que cette tumeur est formée de mucilage, de phosphate de chaux et de soude, et d'hydrochlorate de soude. Il ne dit pas d'ailleurs que l'analyse en ait été faite. Elle avait, dit-il, beaucoup de ressemblance avec le résidu de l'évaporation des larmes et propose de la nommer *tophus de la cornée*.

III. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES NATURELLES DE BRUGES.

OBSERVATIONS SUR LES ANALYSES DU PAIN; par M. HIERS-REYNAERT.

A une époque où le gouvernement montre une juste sollicitude pour la bonne qualité de l'aliment principal de la population, la note suivante peut offrir quelque intérêt; car s'il est juste d'invoquer le châtiment sur le vrai coupable, il ne l'est pas moins de prévenir les erreurs que la justice pourrait commettre involontairement.

L'une des falsifications du pain contre lesquelles on s'est élevé le plus est celle que l'on opère par le mélange des sels de cuivre, dans le but de donner au pain une couleur convenable. Le fait suivant prouve combien de précautions doit employer le chimiste expert quand il s'agit de prononcer sur la présence du cuivre dans le pain. « Requis, dit l'auteur, par M. le juge d'instruction près le tribunal de première instance, pour procéder à l'analyse de quelques pains, qui avaient été saisis par suite d'une suspicion d'empoisonnement, je ne fus pas peu surpris de voir que les cendres de tous les pains (même ceux de seigle) donnaient des traces de cuivre, en les analysant par l'acide sulfurique, d'après la méthode indiquée dans le repertoire de chimie de Hensemans (mai 1829). La coloration des liquides acides pendant la filtration par le papier gris, avant leur traitement par l'ammoniaque, me fit soupçonner que les opérations étaient mal menées, et qu'un faux résultat devait en être la suite. Ces analyses ayant été reprises et les filtrations ayant été opérées à travers une toile très serrée, au lieu de papier, j'ai découvert que le cuivre, loin de se trouver dans le pain, existait dans le papier gris qui avait servi à faire les filtrations. Les recherches subséquentes que je viens de déterminer me prouvent que la simple filtration à froid de 60 grammes d'eau distillée, acidulée avec 2 grammes d'acide sulfurique, sur le quart d'une feuille de papier gris, peut seule dissoudre assez de cuivre pour donner, par l'hydro-ferro-cyanite de potasse, un précipité rouge cramoisi, en quantité suffisante pour déterminer la présence du cuivre dans des objets, souvent innocens, soumis à l'analyse.

IV. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE. — ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les cahiers de novembre et décembre contiennent: 1° *Considérations sur une ophthalmoplégie partielle guérie par l'électricité*; par M. Van Roosbroeck. (Paralysie du droit externe guérie par des décharges électriques.) 2° *Excision du kyste des abcès par congestion*; par M. Seutin. 3° *Observation de rupture de l'utérus*; par M. Hœbeke. 4° *Anévrisme de l'artère poplitée; ligature de la crurale; mort quatre ans après; autopsie*; par M. Bougard. 5° *Note sur la falsification du pain par le sulfate de cuivre*; par M. le docteur Delahaye. 6° *Quelques considérations sur les propriétés contagieuses de la pneumonie épizootique de l'espèce bovine*; par M. Verbeyen.

EXCISION DU KYSTE DES ABCÈS PAR CONGESTION, par M. SEUTIN.

L'auteur commence par faire ressortir les redoutables accidens qui suivent dans la majeure partie des cas, l'ouverture des abcès par congestion et aussi, suivant lui, des abcès froids. Il les attribue, comme quelques chirurgiens, à l'action de l'air sur la membrane qui tapisse l'intérieur de ces kystes purulens, et propose pour éviter ces accidens, l'excision des parois du kyste. Rien de plus réel que les dangers que cherche à combattre M. Seutin; mais il importe avant d'adopter une telle pratique de bien apprécier les divers élémens des abcès par congestion. M. Seutin a parfaitement indiqué qu'après l'excision du kyste, on n'a point enlevé toutes les surfaces susceptibles d'être influencées par le contact de l'air. Cette excision ne saurait atteindre les parois des trajets fistuleux si étendus quelquefois, qui aboutissent à l'altération des os, cause première de l'abcès. D'un autre côté, les abcès par congestion forment souvent des poches si vastes, que l'extirpation de leurs parois serait par elle-même une opération très grave, chez les individus ordinairement affaiblis, porteurs de ces maladies.

Dans beaucoup de cas, l'opération prendrait encore de la gravité, en égard à la région où elle est pratiquée. L'ouverture, même artificielle, et plus souvent l'ouverture spontanée de ces tumeurs n'est point constamment funeste ou suivie d'accidens, et il est des procédés, ainsi que l'indique lui-même M. Seutin, qui permettent d'empêcher l'ampliation de ces poches sans exposer leur intérieur au contact de l'air. Dans ces maladies, l'abcès est une chose secondaire, le mal est plus éloigné et plus profond, et tant qu'il n'est pas détruit, on n'a point fait grand'chose pour le malade.

On conçoit néanmoins qu'il est des cas où la pratique de M. Seutin est avantageuse, et certainement le principe qui lui a inspiré l'idée de cette opération ne peut être qu'approuvé. Quant aux abcès froids, qu'il conseille de traiter de la même manière, nous avouons ne pouvoir partager son avis. Qu'on applique la cautérisation au nitrate d'argent, les injections de solutions de ce sel aux surfaces internes des abcès froids ou des abcès par congestion, dont le kyste n'aura pu être enlevé, rien de mieux, si des indications particulières réclament ces moyens; mais la majeure partie des abcès froids se cicatrise sans besoin d'excis on du kyste pyogénique, quand il n'existe point quelque cause générale qui entrave la cicatrisation.

M. Seutin n'a encore qu'un seul fait à l'appui de ses préceptes, et certes il a été heureux; car il a trouvé les conditions les plus favorables à la réussite de son opération : abcès très vaste et altération peu profonde des os.

Obs. — Augustine Samart, âgée de 20 ans, de constitution lymphatique, entre le 19 mars 1837, à l'hôpital St-Pierre, de Bruxelles. Depuis deux ans, elle ressent, dans les lombes, une pesanteur qui est continuelle depuis un an. Neuf mois avant son entrée à l'hôpital, elle reconnaît une tumeur dans la partie postérieure de la cuisse gauche. Cette tumeur prend bientôt un grand volume.

Examen de la malade à son entrée à l'hôpital : tumeur fluctuante et volumineuse située à la partie postérieure de la cuisse, et s'étendant du bord inférieur du grand fessier au creux poplité; saillie marquée de l'apophyse épineuse de la première lombaire; dans le flanc gauche, trois tumeurs dures, indolores, du volume double de celui d'un œuf de pigeon.

Le 27 mars, M. Seutin fait, sur la peau qui recouvre la tumeur, une incision verticale qui en parcourt toute la longueur. Le kyste, mis ainsi à découvert et séparé par dissection de la peau, jusqu'à l'endroit où il commençait à s'engager dans les parties profondes du membre. Une ponction faite alors laisse écouler 3 livres d'un liquide séro-purulent, grumeleux, d'un jaune verdâtre. Excision du kyste, tantôt avec le bistouri, tantôt avec les ciseaux. En haut, le kyste a été suivi jusque vers le milieu du grand fessier, sous lequel il s'enfonçait. Là, il se continuait par l'échancrure sciatique jusque dans le petit bassin. Une sonde de gomme élastique n. 8 put penetrer de toute sa longueur dans cette cavité, sans être arrêtée, ce qui laissait supposer que le trajet fistuleux remontait encore plus haut.

Le pansement consiste en quelques bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses et une compression médiocre. De chaque côté de la cuisse, une vessie pleine de glace est appliquée.

L'inflammation fut à peine prononcée à la cuisse; la fièvre fut très modérée et presque nulle le onzième jour, et la suppuration de bonne nature. L'appétit revient.

Le 19 avril, les deux tiers inférieurs de la plaie sont presque cicatrisés; le

tiers reste blafard, fournit une suppuration fétide, séreuse, floconneuse, abondante.

25. Les quatre cinquièmes de la plaie sont cicatrisés. La partie supérieure reste fistuleuse et donne beaucoup de pus. Les douleurs lombaires augmentent; l'apophyse épineuse de la première lombaire est plus saillante depuis l'amaigrissement. On applique, quelques jours après, deux cautères sur ses côtés.

20 mai. La santé se rétablit; mais la fistule donne beaucoup de pus de mauvaise qualité. La malade sort.

Pendant l'année 1838, les exutoires de la région lombaire sont supprimés, les injections chlorurées par la fistule, la compression, employées contre la fistule. A l'intérieur, des toniques, l'iodure de potassium, sont administrés par un autre médecin, qui regardel'abcès qu'a porté la malade comme indépendant d'une maladie des os. Sous l'empire de cette médication, le pus devint louable, et le 10 septembre 1838, il ne restait qu'une plaie superficielle, qui se ferma en novembre. La santé d'Augustine Samait est complètement rétablie.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE POPLITÉE; LIGATURE DE LA FÉMORALE; MORT QUATRE ANS APRÈS L'OPÉRATION; AUTOPSIE; par M. BOUGARD. (Observation recueillie à l'hôpital St-Jean, de Bruxelles, service de M. VYTTERHOEVEN.)

OBS. — C. Matheys, cocher, âgé de 35 ans, entre, le 6 août 1840, à l'hôpital St-Jean de Bruxelles, pour une plaie pénétrante de l'articulation du coude, compliquée de luxation du radius en arrière. Un phlegmon diffus s'empara de l'avant-bras et du bras, qui fut amputé le 21 août. Le 24, Mathys mourut de résorption purulente. Quatre ans et demi avant cette époque, cet homme avait eu un anévrisme de l'artère poplitée, dont il attribuait la cause à un violent mouvement d'extension. En quatre ou cinq mois, la tumeur prit le volume du poing. Il s'adressa alors à un chirurgien de Bruxelles, qui pratiqua la ligature de la fémorale vers le milieu de sa longeur. Pendant l'opération, un aide, voulant séparer l'artère de la veine, avec la sonde cannelée, déchira la veine: il y eut aussitôt une hémorrhagie veineuse; l'artère fut liée immédiatement, la plaie réunie; aucun accident ne survint. En cinq semaines, la cicatrisation était achevée, la tumeur considérablement diminuée; elle disparut bientôt, et le malade reprit ses occupations.

On injecta le membre sur lequel avait été faite la ligature de la crurale, et les artères furent disséquées, avec conservation des autres organes.

CICATRICE. Elle se trouve à la partie moyenne de l'artère fémorale, qui forme avec la veine un cordon fibreux de la grosseur du petit doigt, dans lequel il est impossible de distinguer ces vaisseaux. Ce cordon a 4 1/2 à 5 pouces de long, *la veine n'est oblitérée* que dans l'étendue de 3 pouces; le nerf saphène est intact.

Au-dessus de la cicatrice, l'artère fémorale conserve son calibre normal, la musculaire est très développée. Parmi les branches de cette dernière, la perforante supérieure d'un volume remarquable fournit au muscle biceps une grosse branche, qui se divise avant d'atteindre ce muscle. Une des bifurcations se jette dans le muscle, l'autre vient s'aboucher dans la poplitée, un pouce au-dessous de l'anneau du troisième adducteur. Ce rameau d'anastomose a le calibre d'une plume. Un autre rameau de la perforante supérieure vient plonger dans le nerf sciatique, vers la partie moyenne de la cuisse, descend au milieu de ses faisceaux, dans un trajet de 5 pouces, et l'abandonne au creux poplité, pour s'anastomoser avec une des jumelles.

Au-dessous de la cicatrice, l'artère poplitée n'a rien perdu de son calibre. A l'endroit de l'anévrisme, elle présente un léger renflement, ce qui tient à l'épaississement de ses parois, qui ont, dans l'étendue de 2 pouces à peu près, le double de leur épaisseur normale; elle a contracté des adhérences avec la veine et le tissu cellulaire condensé des environs; les artères tibiales et péronière ne présentent aucun changement; l'anévrisme était formé par la dilatation totale de l'artère. (La pièce est conservée au cabinet d'anatomie de l'hôpital St-Jean.)

L'innocuité de la blessure et de l'oblitération de la veine fémorale sont bien dignes de remarques et rapprochent ce fait de celui qui fut présenté à l'Académie royale de médecine l'an dernier par M. Deguise père. Dans ce dernier fait, la veine fémorale fut blessée au-dessous de l'aine; et malgré bien d'autres accidens, le malade guérit. A l'époque où nous l'avons vu, le membre du côté opéré offrait un œdème notable et qui probablement avait été plus considérable. Il n'est point dit dans l'observation de Matheys, que ce symptôme se soit montré. Nous déplorons qu'on n'ait point cherché dans l'examen anatomique des membres, et le mode de la circulation veineuse dans la veine fémorale, et les changemens qu'auraient peut-être éprouvés les veines superficielles du membre.

L'artère fémorale était oblitérée au niveau de la ligature, dans l'étendue de plusieurs centimètres, mais au-dessous elle avait son volume et la poplitée elle-même au siége de l'anévrisme avait son calibre normal; cependant cette dernière offrait un renflement qui tenait à l'hypertrophie de ses parois. Comme il n'y avait point apparence de sac détaché sur un des côtés de l'artère, et que l'épaississement semblait occuper tout le pourtour du vaisseau, on en a conclu que l'anévrisme était dû à la dilatation de toute l'artère.

C'est là une opinion qui ne peut être fondée sur l'examen auquel a donné lieu cette portion d'artère. Il est certain que sans tenir à la dilatation pure et simple de toutes les parois artérielles, l'anévrisme aurait pu entourer tout le cylindre du vaisseau, ainsi que cela arrive quelquefois dans les anévrismes *disséquans*; alors l'oblitération du sac a pour effet d'épaissir les parois de l'artère, et l'anévrisme n'en reconnaît pas moins pour cause, la rupture des membranes interne et moyenne. Il est toutefois bien curieux qu'il y ait eu guérison si solide de l'anévrisme avec persistance du calibre normal de l'artère. A quelle époque, après la ligature, cette artère a-t-elle été soumise aux lois générales de la circulation, c'est ce que les détails de l'observation ne permettent point d'établir.

NOTE SUR LA FALSIFICATION DU PAIN PAR LE SULFATE DE CUIVRE; par le docteur DELAHAYE.

Cette communication vient compléter et contredire, en quelque sorte, la communication précédente. Le juge d'instruction de Courtray, ne trouvant pas le rapport des experts de cette ville, celui dont il est question dans la communication précédente, assez positif, crut devoir s'adresser à son collègue de Bruges, et l'invita à charger une commission d'experts de cette ville de soumettre les mêmes pains à une nouvelle analyse. Cette commission ayant été nommée, et ayant fait les expériences nécessaires, fit son rapport, dont les conclusions sont tout-à-fait opposées à celles de la commission de Courtray, puisqu'il y est énoncé positivement que les pains qui lui avaient été remis avaient été altérés par l'addition d'une substance cuivreuse. Une contradiction aussi évidente entre deux rapports sur le même objet força le tribunal de Courtray de soumettre la question à un troisième arbitre, et une commission de chimistes de Gand fut chargée de faire une troisième analyse des mêmes pains. Le rapport de cette commission ne fut analogue à aucun des deux autres, car les experts reconnurent que le pain qu'on leur avait présenté contenait du cuivre, mais en trop petite quantité pour qu'on pût affirmer qu'il avait été falsifié, attribuant les indices de cuivre qu'ils y ont trouvé à celui qui existe naturellement dans le blé. Malgré l'opinion de deux des trois commissions favorables au boulanger chez lequel les pains examinés avaient été fabriqués, ce dernier a néanmoins été condamné, moins d'après les faits fournis par la seule commission qui avait constaté la falsification du pain, puisque deux autres n'avaient pu y parvenir, que par des circonstances étrangères aux rapports des différentes commissions, et surtout par la conduite du boulanger chez lequel les pains avaient été saisis, et qui était plus propre à confirmer les soupçons conçus à son égard qu'à le faire croire innocent.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES PROPRIÉTÉS CONTAGIEUSES DE LA PNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DE L'ESPÈCE BOVINE; par M. VERHEYEN.

La pneumonie épizootique, qui, depuis quelques années, exerce des ravages considérables en Belgique, paraît n'y avoir pas toujours été observée, soit qu'elle eût passé inaperçue, soit faute de documens authentiques. Les premiers renseignemens que l'on a sur elle ne datent que de 1827. A cette époque, elle se montra dans plusieurs communes, puis dans d'autres en 1828 et 1829. Depuis, elle a envahi les Flandres, et, jusqu'à ce jour, elle a fait de fréquentes apparitions dans diverses contrées de la Belgique.

Il est peu probable que cette maladie, que l'on considère, à juste titre, comme le fléau le plus redoutable pour l'espèce bovine après le typhus contagieux, fût restée méconnue, si réellement elle avait existé dans les lieux où on l'observe maintenant.

Suivant les rapports officiels, elle fut observée pour la première fois en Hollande, en 1833. Les ravages qu'elle y fit furent tels que l'exportation du bétail a été et est encore prohibée. En Allemagne et en Suisse elle est connue depuis longtemps. En 1789, 1791, 1794, Hazard fut chargé de combattre à Paris et aux environs une maladie qu'il appelle la péripneumonie chronique, et qui paraît être la pneumonie dont il est question ici; mais Huzard ne la considérait pas comme contagieuse.

Les opinions des vétérinaires sur la nature contagieuse de la pneumonie épizootique sont extrêmement partagées; quelques-unes sont diamétralement opposées: les uns nient la contagion, d'autres l'admettent d'une manière absolue ou conditionnelle; le plus plus grand nombre est d'avis qu'elle doit son origine à des causes hygiéniques; que, pendant le cours de la maladie, il se développe un principe miasmatique qui, sinon toujours, est capable, dans plusieurs circonstances, de déterminer, sous l'influence d'une disposition spéciale, la même affection chez les animaux de la même espèce: ils considèrent donc la pneumonie comme une maladie contagieuse consécutive. Un petit nombre, à la tête desquels est le docteur Sauer, regardent la pneumonie comme essentiellement contagieuse. Se fondant sur sa longue expérience et ses recherches, Sauter professe l'opinion que cette maladie, dans le duché de Bade, ne se déclare pas spontanément, mais que chaque fois qu'elle y a été observée, depuis cinquante ou peut-être cent ans, elle y avait été introduite et répandue par voie de contagion.

Différentes tentatives, faites par plusieurs expérimentateurs en Allemagne, pour inoculer la maladie à des animaux sains, avec le mucus qui découle des naseaux, furent, dit-on, à peu près sans résultat, soit que les inoculations eussent été pratiquées avec peu de soin, soit que les suites eussent été mal observées. Le docteur Vix, qui a repris ces expériences, a prouvé que la pneumonie peut être provoquée par inoculation, et le professeur E. Hertwig, de Berlin, vient de publier quelques observations qui confirment complètement celles du docteur Vix. Voici quelques-uns des résultats auxquels est arrivé le docteur Sauter sur les principales propriétés du principe contagieux de la pneumonie épigastrique :

1° Il est fixe et ne se transmet pas par la voie de l'atmosphère.

2° Il paraît être exclusivement contenu dans le liquide sécrété par les bronches, et n'agit que lorsqu'il est mis en contact avec le tissu pulmonaire.

3° Les premières traces de son action se manifestent dans les dernières divisions des bronches, et y déterminent, en quelque sorte, un ou plusieurs points d'inoculation, qui se développant lentement dans les poumons, s'étendent peu à peu et acquièrent une étendue considérable avant l'apparition des symptômes apparens.

4° L'espace de temps qui s'écoule depuis l'infection jusqu'à l'apparition de la fièvre ne peut être déterminé avec certitude; dans le plus grand nombre des cas, il s'écoule de 12 à 20 semaines.

V. ANNALES D'OCULISTIQUE, publiées par M. FLORENT CUNIER.

La cinquième livraison, février 1841, contient 1° *Mémoire sur quelques points propres à éclairer l'histoire de l'ophthalmie des armées*; par M. Decondé. 2° *Mémoire sur les ophthalmies*; par A. Velpeau. 3° *Note sur la myotomie appliquée au traitement du strabisme*; par Florent Cunier.

MÉMOIRE SUR QUELQUES POINTS PROPRES A ÉCLAIRER L'HISTOIRE DE L'OPHTHAMIE DES ARMÉES; par M. DECONDÉ.

« Plusieurs circonstances concourent à aggraver notre ophthalmie, plusieurs autres en améliorent l'état, ou s'opposent même à sa manifestation. Généralement mal appréciées, elles ont une mauvaise interprétation. Le travail que j'entreprends a pour but de fixer cette interprétation, en me basant sur les connaissances que j'ai acquises. » Tel est le préambule de M. Decondé, qui suffit à mettre le lecteur au courant des questions qu'a voulu traiter cet auteur. Dans la première partie de son travail, il passe successivement en revue le typhus, le choléra, les localités marécageuses, la fièvre intermittente, la dysenterie, la rougeole, la grippe.

TYPHUS. Il résulte des observations des docteurs Butner et Krantz et du célèbre Raste sur l'armée prussienne, que toutes les fois que les corps d'armées étaient affectés du typhus, les ophthalmies diminuaient considérablement de nombre, pour augmenter quand cessait ce terrible fléau. Les deux premiers auteurs disent même que les soldats atteints d'ophthalmies étaient rarement attaqués par le typhus.

Pour la *dysenterie*, la même remarque fut faite par Schack, chirurgien du corps d'armée du général Blücher. Parmi ceux qui ont observé ces faits, les uns les expliquent par un simple changement de forme dans la maladie épidémique, tandis que d'autres, comme Graffe, les attribuent à une sorte d'antagonisme réciproque entre le poison typhique et la contagion blennorrhoïque. M. Decondé penche vers une variante de cette dernière hypothèse; il croit que *le miasme typhique* peut empêcher *le miasme ophthalmique*, ou du moins les neutraliser *temporairement* quand il a déjà agi.

Le *choléra* a paru à l'auteur belge *antipathique* à la contagion ophthalmique; mais son action éphémère *n'a jamais pu* en détourner les effets, et l'ophthalmie *a sévi* en 1832, à l'époque du choléra, comme si ce fléau *n'eut pas existé*. Il semblerait dès-lors difficile d'expliquer l'*antipathie* du choléra, admise par M. Decondé.

Il résulte de beaucoup de travaux sur l'ophthalmie des armées, faits en Belgique (RECHERCHES SUR L'OPHTHALMIE, Fallot et Varlez. — Rapport au ministre, par M. Gouzée, BULLETIN MÉDICAL BELGE, octobre 1838. — QUATRIÈME LETTRE SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES GRANULATIONS PALPÉBRALES, par F. Cunier), et d'une statistique que donne M. Cunier, que les troupes tenant garnison dans les localités marécageuses, et sujettes par conséquent aux fièvres intermittentes, ne sont point attaquées par l'ophthalmie; que les hommes porteurs de cette dernière maladie la voient dans ces lieux s'amender et même guérir. M. Decondé a rencontré une influence analogue à celles des pays marécageux, dans l'habitation du cachot, au fort de la Chartreuse, à Liége. Ce cachot, très humide, situé à plusieurs pieds au-dessous du niveau du sol, privé d'air, donne par une lucarne sur les fossés marécageux qui entourent le sol. Dans ce cachot, malgré l'encombrement, les granulés, après un certain temps, étaient, en l'absence de tout traitement, en meilleure voie de guérison que ceux traités avec les plus grands soins.

Il est d'observation que les ophthalmies granuleuses passent plus souvent et plus rapidement à l'état de purulence dans les casernes, dans les établissemens publics où sont des rassemblemens d'hommes; tandis que cette terminaison est rare dans le civil, même parmi les gens pauvres, qui vivent dans des réduits mal aérés. L'auteur belge explique cette différence par une espèce de tolérance de la part des malades, par rapport à leurs propres émanations, tandis que parmi les rassemblemens d'hommes, les miasmes varient à chaque instant de quantités, de qualités, d'intensité, circonstances auxquelles il est difficile de s'habituer.

Voici, au contraire, une seconde classe de maladies qui paraissent favoriser le développement de l'ophthalmie granuleuse des armées.

La rougeole, au dire du docteur Seidlitz, a certains rapports avec l'ophthalmie contagieuse. Il a vu 8 malades atteints de cette affection en guérir avec la rougeole, et, d'un autre côté, il a vu l'ophthalmie passer rapidement à la purulence, sous l'influence de l'éruption, et persister après cette dernière.

Le docteur Kriebel a fait des observations à peu près semblables dans la maison d'éducation pour les fils de militaires, instituée au château d'Anuaburg par Auguste III. Fondé en 1738, jamais cet établissement n'avait eu d'épidémie ophthalmique jusqu'en 1815. A cette époque, plusieurs enfans de soldats, venus de Silésie et d'autres provinces, arrivèrent et en peu de temps il y eut 70 à 80 ophthalmiques. A partir de ce moment, il y eut des cas isolés de la maladie. En 1826, il y eut tout à coup un grand nombre d'ophthalmiques. Cette augmentation de cas s'explique par l'apparition d'une épidémie de rougeole dans la petite ville d'Anuaburg. Elle envahit l'établissement en octobre, et en novembre il y avait 35 ophthalmiques, et 99 en décembre. Il est impossible de ne pas rapprocher ces faits de l'influence ordinaire de la rougeole sur la conjonctive.

Suivant MM. Pétrequin, Gouyce et Haerion, la grippe aurait aussi une influence non douteuse sur l'ophthalmie vésiculeuse. Ils pensent même qu'elle est capable de produire cette ophthalmie, opinion que n'adopte point M. Decondé. Il a vu plusieurs épidémies de grippe n'influencer en rien les ophthalmies de l'armée belge, mais il fait observer que rien n'est plus variable quant à leurs manifestations symptomatiques que les différentes épidémies de grippe, et il croit que quelques-unes d'entre elles ont pu exercer une influence pernicieuse sur l'espèce d'ophthalmie en question.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Après lecture du procès-verbal, M. le secrétaire perpétuel fait le dépouillement de la correspondance imprimée et manuscrite. Celle-ci contient une lettre de M. Delafond, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort; ce médecin vétérinaire se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section vétérinaire.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'on va procéder à la nomination du membre de cette section. La commission chargée de prendre connaissance des titres des candidats, les a classés comme suit :

MM. Huzard *ex æquo.* — MM. Delafond.
Leblanc. — Rigaud.

Le nombre des bulletins est de 116, la majorité de 59.

MM. Huzard........ 70
Leblanc........ 45
Delafond........ 1

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. ADELON.

M. ADELON propose de voter d'abord sur les trois derniers articles relatifs à la prohibition absolue des annonces et des brevets d'invention, et à l'amende contre la vente des poisons. Ces articles, dit le rapporteur, ne pouvant être sujets à aucune discussion, laisseront, une fois votés, le champ libre aux objections qu'on veut faire à l'article 1er, relatif à la vente des remèdes.

M. BOUILLAUD : Les articles dont parle M. le rapporteur sont, je crois, fort susceptibles de discussion, et avant de l'entamer, je demanderai une définition des mots remèdes et médicamens. Cette définition est de la dernière nécessité, la loi ne pouvant s'appliquer qu'à des choses précises.

M. Londe ne partage pas les opinions précédemment émises sur la prétendue nécessité de défendre les brevets d'invention pour remèdes. Ces brevets sont, suivant lui, très utiles pour exciter l'émulation. D'un autre côté, la loi a entouré la société de tant de garanties contre eux, qu'ils ne peuvent guère avoir de mauvais effets. Il demande que rien ne soit changé à la législation actuelle, ou que du moins les brevets soient soumis à la sanction de l'Académie.

M. Bousquet se joint a M. Bouillaud pour demander que l'article contienne une définition des mots remèdes et médicamens. Cela est d'autant plus nécessaire, dit-il, que presque toujours la spéculation s'exerce sur les substances, qui peuvent être ou alimentaires ou médicamenteuses, et l'administration se trouvera ainsi dans un grand embarras pour faire celle distinction.

M. Adelon: Je répondrai à M. Londe, qu'en aucune façon l'Académie ne peut être consultée sur l'opportunité de délivrer des brevets d'invention. La loi est formelle à cet égard. Le ministre lui-même n'a point droit de refuser ces brevets; si jusqu'ici il a voulu consulter l'Académie, ce n'est qu'officieusement, et on peut même dire illégalement. Il n'a pas même le droit d'examen préalable sur le sujet pour lequel est sollicité un brevet. Aussi, il ne lui assure aucune garantie, aucune protection. C'est au propriétaire du brevet à se défendre. Bien mieux, le ministre est souvent obligé d'accorder le brevet d'une main, et, de l'autre, de le dénoncer au procureur-général. L'Académie s'est d'ailleurs tellement prononcée sur celte question qu'elle ne peut revenir sur ses précédentes décisions.

Tout le monde conviendra qu'il n'y a rien de plus difficile qu'une définition; j'ajouterai qu'en matière de législation, rien n'est plus dangereux. Il faut laisser quelque chose à faire à la sagacité des juges. Qu'on consulte les lois, et on verra que presque jamais elles ne définissent. Quant aux embarras que prévoit M. Bousquet pour l'administration, dans l'absence d'une définition des mots remèdes et médicamens, ils sont imaginaires, car l'administration est très peu inquiète à cet égard.

M. Pelletier définit un remède toute substance qui entre dans le corps humain pour autre chose que pour l'alimentation.

On demande de toutes part le vote de l'article, qui est ainsi conçu:

« Désormais, il ne sera plus délivré de brevets d'invention pour des remèdes ou des médicamens. » Adopté.

Le deuxième article mis en discussion est relatif à la vente des poisons. La commission propose simplement de modifier les articles 34 et 35 de la loi de germinal an XI. Ces articles portaient contre la vente des poisons une amende de 3,000 fr. La commission ajoute « une amende de 100 fr. à 3,000 fr. » Elle espère, ainsi que nous l'avons déjà dit, ne plus voir les juges craindre d'appliquer une amende trop forte à des contraventions légères.

M. Capuron ne croit pas qu'il soit de la dignité de l'Académie de stipuler la peine; elle doit se borner à donner des indications à cet égard.

M. Bussy demande que l'amende soit étendue aux marchands de couleurs et aux droguistes. Il importe, en effet, qu'il y ait égalité dans la loi pour tous les détenteurs de ces substances nuisibles.

M. Villeneuve: On ne va pas chercher habituellement du poison chez ceux qui peuvent en vendre, mais bien une substance vénéneuse; si on allait demander du poison, on n'en obtiendrait pas. Je demande donc qu'on remplace le mot poison par celui de substance vénéneuse.

Celte modification de M. Villeneuve est consentie par le rapporteur.

M. le rapporteur combat la proposition de M. Bussy. Suivant lui, l'Académie s'occupe d'une loi sur l'exercice de la pharmacie; c'est la pharmacie seulement qu'il s'agit de réglementer. En introduisant dans l'article ce que propose M. Bussy, on empiéterait sur les lois de la police municipale.

M. Pelletier: Je me range de l'avis de M. Bussy, et avec d'autant plus de raison que déjà la loi s'occupe de personnes autres que les marchands de couleurs et les droguistes.

M. le président veut mettre aux voix l'amendement de M. Bussy. On réclame de tous côtés le vote sur l'article entier. Les réglemens donnant toujours la priorité aux amendemens, l'Académie décide, par un vote, que la proposition de M. Bussy n'est pas un amendement, et adopte l'article de la commission, ainsi conçu:

« Les pharmaciens et épiciers qui vendront, sans les formalités légales, des substances vénéneuses, seront punis d'une amende de 100 fr. à 3,000 fr. »

M. Bussy propose d'ajouter aux pharmaciens et épiciers « toutes personnes vendant des substances vénéneuses. »

Celte proposition n'est pas adoptée.

Le troisième article est relatif aux remèdes secrets. La loi de pluviose an XIII punit d'une amende de 25 à 600 fr. toute annonce de remèdes secrets; mais elle ne fait aucune mention de pénalité contre le dépôt, l'exposition, la mise en vente, la vente de ces remèdes. Cette omission de la loi a fait que des juges ont quelquefois puni l'annonce, mais n'ont jamais voulu punir la vente, se fondant sur ce que la loi n'avait pas institué de pénalité contre elle. La commission a voulu remplir cette lacune de la loi de pluviose, en étendant au dépôt, à l'exposition, à la mise en vente, et à la vente des remèdes secrets, les mêmes peines qu'elle a infligées à l'annonce de ces remèdes.

M. Bouillaud: La loi doit, je crois, contenir une définition des remèdes secrets. Cela me paraît d'autant plus urgent, que la pénalité est appliquée par des magistrats naturellement incompétens à propos des remèdes secrets.

M. Adelon: Tout remède qui est donné à un malade sans formule de médecin, ou dont la formule n'est point dans le codex est un remède secret, et il est passible de la peine portée par la loi; il y a d'ailleurs une définition des remèdes secrets dans la loi du 10 août 1810.

M. Boulay donne lecture d'une petite note qui contient la jurisprudence de la cour de cassation en pareille matière. Cette jurisprudence est tout à fait conforme à ce que vient de dire M. Adelon. La cour reconnaît pour remède secret, tout médicament qui n'est point inscrit dans un codex légalement approuvé, ou qui n'est pas fait sur prescription de médecin.

M. Bussy combat cette doctrine il voudrait que les pharmacopées étrangères pussent faire loi pour les remèdes.

M. Caventou trouve mauvaise la définition de remèdes secrets donnée par la cour de cassation. Elle doit, suivant lui, être la cause de beaucoup de perturbation dans l'exercice de la pharmacie.

M. Cornac craint que les pharmaciens n'abusent de la publicité par des prospectus, douant les médicamens des propriétés les plus merveilleuses. Cela arrivera surtout pour les médicamens des pharmacopées étrangères.

M. Gerdy veut qu'on s'en prenne surtout à l'annonce; c'est elle qui est la racine du mal, c'est à elle qu'il faut s'adresser.

L'article de la commission est adopté et la séance est levée.

VARIÉTÉS.

— Des affections cancéreuses et des opérations qu'elles nécessitent (thèse du concours de médecine opératoire); par Alph. Robert, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon. Brochure in-8 de 132 pages. Prix: 2 fr. 50 c.

— Maladies de la glande parotide et de la région parotidienne; opérations que ces maladies réclament (thèse du concours de médecine opératoire); par A. Bérard, membre de l'Académie royale de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker. Un vol. in-8 de 312 pages, avec 4 planches. Prix: 4 fr. 50 c.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

— Des cals difformes et des opérations qu'ils réclament; par S. Laugier, chirurgien de l'hospice Beaujon, agrégé de la Faculté de médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur. 1 vol in-8°. Prix: 2 fr. 50 c.

A Paris, chez H. Cousin, libraire-éditeur, rue Jacob, 25.

Bains d'Enghien.

L'établissement des eaux minérales d'Enghien ouvrira le 1er mai et fermera le 1er octobre. La faveur toujours nouvelle dont jouit cet établissement a rendu nécessaire l'accroissement progressif des logemens. Les nombreux appareils, construits sous la direction de M. le docteur Boulaud, joints aux anciens appareils, ont étendu les ressources de la thérapeutique, et, dans leur état actuel, les bains d'Enghien forment l'établissement le plus complet qui existe en Europe. Les eaux de la nouvelle source, analysées sur la demande des ministres, ont été trouvées parfaitement identiques avec celles des anciennes sources. Elles sont, les unes et les autres, supérieures aux meilleures eaux connues du même genre, en ce qu'elles contiennent une plus grande quantité de principes sulfureux. Elles sont enfin d'une telle abondance, qu'elles peuvent suffire au service le plus actif et le plus étendu. Les principales maladies contre lesquelles les eaux sulfureuses d'Enghien sont employées avec succès sont: 1° les maladies de la peau, dartres, couperoses, etc.; 2° les affections chroniques des viscères, telles que catarrhes, gastrites, maladies de la vessie, et surtout de la matrice, etc.; 3° les affections glanduleuses, les scrofules, le rachitisme; 4° les maladies nerveuses, la goutte, le rhumatisme, l'asthme; 5° les maladies syphilitiques anciennes; 6° les maladies générales ou locales, continues, intermittentes, ou marquées par la débilité.

Les eaux d'Enghien se prennent en boisson, en bains, en douches, ou à l'état de vapeur. Il serait superflu de rappeler toutes les ressources que la proximité de la capitale offre à cet établissement. D'un autre côté, s'il est des maladies que de longs voyages peuvent soulager ou guérir, il en est beaucoup d'autres que peuvent aggraver la fatigue et les secousses d'une longue route; telles seraient les affections utérines, qui demandent le repos le plus complet, et dans lesquelles les mouvemens brusques peuvent provoquer des accidens redoutables. A l'occasion de cet ordre de maladies, nous rappellerons les résultats obtenus et communiqués à l'Académie royale de médecine, par l'un de ses membres.

M. le docteur Rayer, médecin-consultant du roi, a été nommé, par le ministre, inspecteur des eaux d'Enghien, en remplacement de M. le baron Alibert.

Ajoutons une observation importante: les eaux d'Enghien ont cet avantage sur celles de Barrèges, qu'on peut, sans les altérer, les conserver et les transporter dans les pays les plus éloignés.

Le dépôt général des eaux d'Enghien est à l'établissement de MM. Boulay et comp., au Gros-Caillou.

Les dépôts particuliers chez les marchands d'eaux minérales, et chez M. Deslauriers, pharmacien, rue de Cléry, 31.

On trouve dans la pharmacie les *grains sulfureux*, composés des principaux élémens des eaux d'Enghien.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 16. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 17 AVRIL 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE SOUS-CUTANÉE.

REMARQUES HISTORIQUES ET CRITIQUES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE; par le docteur JULES GUÉRIN (1).

Je me suis proposé, dans mes mémoires sur LES PLAIES SOUS-CUTANÉES (2), d'établir un principe nouveau, et d'indiquer quelques unes des applications dont il est susceptible. Jusqu'ici personne n'a paru contester ni la nouveauté, ni la justesse, ni la fécondité du principe; et des opérateurs distingués ont réalisé plusieurs des applications que j'avais indiquées. Je pourrais donc laisser au temps de compléter des résultats qui se produisent si naturellement d'eux-mêmes. Mais j'ai été conduit à des conséquences toutes nouvelles, que je ne puis pas faire connaître immédiatement. Ces conséquences, si je ne me trompe, doivent avoir un jour des applications si nombreuses, elles doivent entraîner des modifications pratiques si usuelles, qu'elles pourront être considérées comme constituant un ordre de faits à part. Par ces motifs, on me permettra de chercher à préciser, avant de faire ma première publication sur la CHIRURGIE SOUS-CUTANÉE, le point de départ de cette chirurgie, son caractère propre, et la signification essentielle de ses applications. Ce sera en quelque façon prendre date, au moins implicitement, pour les développemens ultérieurs du principe de la méthode, et marquer d'avance l'é-

(1) Ces remarques feront partie d'une introduction placée en tête d'un ouvrage intitulé: ESSAIS SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE, qui sera mis incessamment en vente.

(2) Ces mémoires ont été publiés dans la GAZETTE MÉDICALE en 1839 et 1840.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Vous gourmandez ma paresse épistolaire, et vous avez raison: événemens, incidens et nouveautés ne font défaut; la saison a été passable, et la récolte suffit au cadre de ces menues colonnes, destinées à l'exhibition périodique des monstres et prodiges de notre profession. Détracteurs du feuilleton, dédaigneuses supériorités de la chaire ou de la clientelle, qui vous surprenez à parcourir ces lignes, vous ne comprenez pas le labeur ingrat des plumes littéraires; il est vrai que leur prose ne sonne pas comme celle de vos consultations, ni même comme celle de vos livres, qui, s'il faut en croire un journal de province (oyez la merveille!) ne se bâclent pas comme un feuilleton; mais cette prose vous est nécessaire; vous vous en nourrissez à l'écart, soit qu'elle sollicite votre esprit à quelque thême élevé de médecine sociale, soit qu'elle vous entraîne dans les causeries testamentaires d'une illustre causticité, ou vous révèle, devant les tableaux de l'école moderne, les affinités artistiques de la médecine dont vous n'avez encore éprouvé que la puissance aurifère. Il n'est point jusqu'à ces nouvelles qui vous adviennent de temps en temps sous forme d'épîtres indirectes, dont vous n'ayez contracté familièrement le goût et presque le besoin; elles ont déjà retenti une à une dans vos oreilles, et vous aimez encore qu'elles vous reviennent mêlées avec commentaires, comme par un écho collectif, tant la soif des nouvelles brûle les entrailles des grands hommes, tant l'amour du scandale est puissant sur les âmes medicales.

Et quel temps fut jamais plus fertile en scandales!

Science et profession, les institutions et les hommes, tout est travaillé par des passions dont l'analyse peut fournir à des écrivains divers, suivant le naturel de leur style, une ample matière, à l'un les colères eloquentes de l'historien, à l'autre les iambes herissés du satirique; guêpes et mouches ont de quoi butiner en ce fumier qui encombre les carrefours de notre cité médicale. Les sciences ressemblent presque, par leurs vicissitudes historiques, aux peuples et aux empires; après la période des conquêtes, celle du despotisme; aprés le despotisme, la liberté reagissant jusqu'à la licence, et par l'inevitable effet des predominances individuelles, chute et dépérissement: nous voilà à la période des grammairiens et des rheteurs tenant boutique ouverte de sophismes dans Rome déchue; dans les assemblées médicales, logomachie; dans la presse, revendications guerroyantes et fanfares mensongères; dans la pratique, trafic et mercantilisme; plus de vérité, mais une verve illégitime d'inventions; plus de justice, mais des coteries à toute porte et sur tous les siéges; plus de charité, mais la philantropie avec affiches et réclames; plus de grandes gloires que la patrie accepte et salue, mais des réputations venues en serre chaude, des célébrités tendres et fragiles, des glorioles loquaces et guindées: oh! riez, vous les philosophes du rire perpetuel, qui nourrissez dans le miel abondant de votre style un essaim de mouches ou de

tendue d'une œuvre à laquelle je compte donner quelque suite. Or, dans un siècle où l'émulation et l'activité du grand nombre s'emparent presque toujours d'une idée dès son apparition, réalisant ainsi de fait au profit de la science, si ce n'est à l'avantage du savant, le bénéfice de l'association, il n'est peut-être pas inutile de montrer que l'on sait nettement d'où l'on vient et où l'on va. Si l'on est devancé de vitesse vers le but qu'on a marqué, on montre au moins que ceux qui sont arrivés avant vous n'ont fait que mettre l'activité de leurs sympathies au service de vos idées.

J'ai posé en principe que *les plaies pratiquées sous la peau et maintenues hors du contact de l'air ne s'enflamment ni ne suppurent, et s'organisent immédiatement;*

J'ai *démontré ce principe à l'aide d'un grand nombre d'expériences, sur les animaux et d'opérations chez l'homme;*

J'en ai fait la base *d'une méthode générale dont j'ai indiqué et réalisé un grand nombre d'applications.*

Quelques mots sur chacune de ces propositions en donneront le sens précis, et les rendront, je pense, incontestables.

§ I. — ORIGINE DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

Le principe de la méthode, à savoir que les plaies sous-cutanées, fermées à l'air, ne s'enflamment ni ne suppurent, est, ou bien la généralisation d'un fait particulier déjà établi, ou bien l'expression d'un fait particulier nouveau, élevé immédiatement à sa signification la plus générale. Qu'on admette l'une ou l'autre de ces deux origines, la conséquence est la même, le principe est toujours nouveau, quoiqu'à des titres différens, et la discussion ne peut porter que sur son degré de nouveauté.

Le point de départ de la méthode, je l'ai dit et reconnu dans le cours de mes mémoires, c'est la section sous-cutanée du tendon d'Achille. Le fait pratique existait; il était presque vulgaire, mais la loi qui y est contenue et la raison de cette loi étaient restées ignorées. Avant de prouver qu'en effet l'on ne connaissait de la section sous-cutanée du tendon d'Achille que le fait empirique, montrons d'abord par qui et comment cette opération a été portée au degré de développement pratique où nous l'avons trouvée.

Les premiers opérateurs avaient coupé les tendons et la peau, au moyen d'une même incision transversale. Le premier pas vers la méthode sous-cutanée, pas d'instinct aveugle, a été fait par ceux qui ont divisé le sterno-mastoïdien, soulevé sur une sonde, à travers une plaie longitudinale des tégumens, parallèle à la direction du muscle, mais ouverte directement sur lui. Leur motif était de diminuer l'étendue de l'inflammation, en diminuant celle de la plaie, et d'éviter une cicatrice difforme. Delpech a fait faire un second pas à la méthode : il a proposé et exécuté le premier la section du tendon d'Achille sous la peau, non en attirant le tendon au-dehors sur une sonde et à l'aide d'une incision longitudinale directe, mais en le divisant en place sous la peau à travers une incision parallèle à sa direction et ouverte sur ses côtés : le but de Delpech était de prévenir l'exfoliation du tendon en ne le mettant pas, et en ne le maintenant pas à découvert. Delpech se félicite d'avoir obtenu la cicatrisation en vingt-huit jours, mais la plaie s'était enflammée et avait suppuré. Plus tard, en 1822, Dupuytren divisa sous la peau une partie du sterno-mastoïdien, préférant, dit-il, cette manière d'opérer, chez une jeune fille, comme propre à diminuer l'étendue de la cicatrice. Dupuytren fit une incision à la peau, plus petite que Delpech n'avait fait la sienne, et la plaie paraît s'être cicatrisée immédiatement. Ce célèbre chirurgien ajouta ainsi un nouveau perfectionnement pratique à l'opération, mais ne parut pas même soupçonner la signification physiologique du résultat qu'il avait obtenu. En 1833, M. Stromeyer reprit la section du tendon d'Achille d'après l'idée de Delpech; il rétrécit les deux ouvertures de la peau à l'effet de remplir l'indication posée par ce dernier, à savoir, éviter la suppuration et l'exfoliation du tendon, et il y réussit. Depuis cette dernière et si heureuse modification apportée au procédé de Delpech, quelques autres chirurgiens, au nombre desquels je me compterai, ont cherché à le rendre plus parfait encore, en supprimant une des deux ouvertures de la peau. Tel a été le développement du fait pratique. Sa signification physiologique, essentielle, est restée, comme on va le voir, ce qu'elle était avant la tentative du chirurgien de Montpellier.

On savait depuis longtemps et tous les auteurs l'ont répété, à propos des opérations pratiquées *sur les tendons* ou qui ont pour résultat de les dénuder, on savait, dis-je, que les tendons exposés à l'air suppurent et s'exfolient. Delpech, M. Stromeyer, et tous les ténotomistes venus après eux, n'ont été guidés que par cette croyance. Les personnes qui ne se rendent pas bien compte de la différence qu'il y a dans les sciences entre un aperçu vague, circonscrit, incomplet, et un principe nettement et explicitement formulé, démontré et généralisé, pourront regarder l'opinion invoquée et appliquée par Delpech et M. Stromeyer comme une vérité suffisamment établie. En médecine, où l'on n'est pas encore arrivé généralement à faire cette distinction, il pourra se trouver des esprits de bonne foi qui prendront le change, et appliqueront aux assertions vagues et incidentes de ces deux auteurs la valeur et le mérite d'une démonstration régulière : or, quelques mots suffiront, je pense, pour écarter cette prétention.

Et d'abord, on ne peut, sous aucun prétexte, revendiquer le mérite du principe posé et établi au profit de Delpech : ni ce qu'il a écrit, ni ce qu'il a fait ne le permettent. Ce qu'il a dit, tout le monde le disait avant lui, et ce qu'il a fait, et fait une seule fois, constitue, comme je l'ai déjà reconnu, un premier pas vers l'établissement pratique de la ténotomie sous-cutanée, mais rien pour sa signification physiologique. Car, je le répète, son opération a été suivie d'inflammation et de suppuration, et il n'a fait aucune opération ni expérience postérieures pour réparer ce premier échec. Or si l'habile et actif chirurgien de Montpellier avait seulement entrevu le principe qu'il a effleuré sans le savoir, aurait-il laissé à d'autres l'honneur de l'énoncer et de l'appliquer? Ce que nous disons de Delpech peut s'appliquer avec plus de raison encore à M. Stromeyer et à ses imitateurs, ainsi qu'on va le voir.

M. Stromeyer a perfectionné l'idée pratique de Delpech : cela est incontestable : mais, ainsi que cela résulte de ce qu'il a dit et fait, il n'a eu ni d'autres vues ni d'autre but que Delpech. Voici comment il s'exprime d'une manière incidente dans le courant d'une de ses observations particulières : « *L'indication* de faire les plaies aussi petites que possible, afin d'éviter l'entrée de l'air, l'EXFOLIATION du tendon et la SUPPURATION, fut parfaitement remplie, car la pointe seule du bistouri traversa du côté opposé, sans faire de plaie saignante, et la plaie d'entrée n'avait que la lar-

---

guêpes; vous qui, reproduisant dans le champ de notre profession les allures de notre siècle, remplacez l'histoire par la chronique, la censure par la dérision; vous qui n'offrez à la science, à la société, pour toute vengeance, qu'une piqûre, et qui ne réussissez qu'à exaspérer les intérêts et les amours-propres, en les obligeant à se gratter. Pour nous, il nous monte au visage une sérieuse indignation, et sans vous fournir, ô démocrites spirituels du feuilleton médical, l'historique pendant d'une vertueuse hypocondrie, nous avons au cœur des vœux sévères; nous détestons les scribes et les pharisiens de tous les temps et de toute couleur; le sanctuaire de la science attend aussi quelque vengeur inspiré qui ose en chasser les marchands. Le ridicule n'a jamais corrigé que des individus, non les masses; témoin la comédie, qui se pique séculairement d'un but qu'elle n'atteint point; le ridicule est, pour certains vices effrontés, un succès de plus, et je sais tel charlatanisme robuste qui spécule même sur la publicité du sarcasme, sur la finesse d'une ironie, sur l'éclat d'une exhilarante réfutation.

Mais ceci est un chapitre de l'histoire morale de notre profession, et nous n'avons entrepris, en ces lignes fugitives, une œuvre de cette portée. En attendant que la médecine du dix-neuvième siècle trouve un Tacite ou un Juvénal, nous retournons à la fenêtre pour voir passer la nouvelle du jour, ou pour suivre à l'horizon le léger nuage qui s'envole et représente encore un instant à nos yeux la nouvelle de la veille.

Le concours pour la succession de Richerand s'est terminé comme il avait commencé, par la nomination de M. Blandin. Il a duré je ne sais combien de mois, presque autant qu'une grossesse ordinaire, et après cette laborieuse gestation, il a mis au jour un produit viable, légitime, bien conformé, bien portant. A Dieu ne plaise que nous ayons le moindre argument à balbutier contre M. Blandin, contre le jury qui l'a nommé au premier tour de scrutin, contre le public qui a ratifié ce choix! Mais, à quoi bon cette prolixe série d'épreuves, cette dispendieuse gymnastique de talens, cette attente de cinq mois, si le résultat est ce que tout le monde a prévu, proclamé à l'avance? S'il est conforme à la justice, pourquoi cet acte de justice a-t-il été retardé cinq mois par les formalités du concours? S'il est contraire à l'équité, pourquoi le concours? Remarquez que ce dilemme s'applique à la majorité des concours antérieurs, lesquels ont abouti à des nominations attendues, annoncées longtemps à l'avance. Le concours n'a donc été, en réalité, qu'une élection indirecte, une élection déguisée sous les formes avantageuses d'une lutte académique, une élection dorée qui pût tromper au besoin les antipathies populaires du public. Singulière destinée d'une institution! Elle fonctionne depuis un grand nombre d'années, et elle ne peut encore être appréciée avec impartialité, parce qu'elle a subi le sort de toute institution dont les ressorts sont mis en jeu par les intérêts et les passions humaines, parce qu'elle n'a pas encore fonctionné avec une religieuse sincérité : cette épreuve véridique et complète du concours est-elle seulement possible?...

Deux chaires jumelles de clinique et de pathologie externes combinées vont être disputées dans un concours nouveau dont l'ouverture est fixée au 2 mai prochain. Les deux places sont vacantes à la Faculté de Strasbourg, et c'est par devers celle de Paris que la lutte est instituée. La liste de candidature se compose de dix noms dont quelques-uns ont jeté un solide éclat dans les épreuves du concours pour la place de M. Richerand, et dans d'autres concours antérieurs. C'est avec une vive satisfaction que nous avons lu ces noms; leur présence sur cette

geur de la lame (1). » Ces mots sur le caractère essentiel de sa pratique sont les seuls qu'ait écrits M. Stromeyer dans ses deux premiers mémoires, et dans les deux ouvrages qu'il a publiés depuis. Or, qu'on le remarque immédiatement, il n'est pas question dans cette phrase énoncée comme un pur accessoire, il n'est pas question, dis-je, de l'INFLAMMATION, mais seulement de l'EXFOLIATION et de la SUPPURATION du tendon exposé à l'air (2). L'auteur n'a donc voulu, ainsi qu'il l'exprime lui-même, que remplir l'indication rappelée par Delpech, réaliser le procédé indiqué et mal exécuté par ce dernier, mais non formuler et établir un principe qu'il ne soupçonnait certainement pas. En veut-on la preuve ? Dans ses observations particulières ultérieures, et dans tous ses écrits, il ne reste pas seulement tout à fait muet sur l'absence de l'*inflammation*, et sur le fait de l'*organisation* immédiate si caractéristiques de la ténotomie sous-cutanée ; mais il ne revient même plus sur le fait de l'exfoliation et de la suppuration des tendons dénudés ; il dit, au contraire, en plusieurs endroits, que la *réaction* a été *faible, insignifiante*, la *cicatrisation* rapide, n'admettant pas et ne supposant même pas qu'il n'y eût pas d'inflammation, et qu'à la place de celle-ci il existât un autre ordre de phénomènes. A ses yeux, l'inflammation existait bien réellement, mais amoindrie, réduite, en raison de la nature du tissu tendineux, et en proportion de la petitesse des plaies de la peau ; et ce faible degré d'inflammation n'allait que rarement jusqu'à la suppuration et l'exfoliation. S'il pouvait rester le moindre doute à cet égard, la pratique des chirurgiens de tous les pays qui ont appliqué le procédé de M. Stromeyer le dissiperait entièrement. Pour ne citer qu'un exemple, mais un exemple concluant, nous rappellerons la conduite et les paroles du chirurgien de l'Allemagne qui a fait le plus d'opérations de ténotomie sous-cutanée ; l'estime et l'amitié qu'il professe pour M. Stromeyer ne laissent aucun doute sur son désir de lui rendre justice. Or, dans les diverses publications qu'il a faites pendant les années 1838, 1839 et 1840, M. Dieffenbach parle toujours d'*inflammations peu considérables*, de *suppurations légères*, d'*abcès circonscrits*, après la section sous-cutanée des tendons et des muscles ; mais il ne dit mot nulle part de la cause de ces accidens exceptionnels, de la notion physiologique établissant l'absence de toute inflammation et suppuration des tendons divisés sous la peau et maintenus hors du contact de l'air (1). Il n'avait donc pas cette notion, et à ses yeux elle n'existait pas ;

(1) ARCHIVES DE MÉDECINE, 2e série, t. IV, année 1834, p. 103.

(2) On ne m'objectera pas que le but explicite d'éviter l'*exfoliation* et la *suppuration* du tendon renferme implicitement l'idée d'éviter l'inflammation. Indépendamment des citations empruntées à M. Stromeyer et à ses imitateurs, citations qui établissent clairement que tous croient bien à l'existence de l'inflammation, mais de l'inflammation amoindrie, nous dirons que, d'après l'idée qu'on se faisait du tissu tendineux et de l'exfoliation des tendons, on pouvait viser à prévenir cette exfoliation, sans avoir pour cela l'idée de prévenir l'inflammation, ces deux modes pathologiques étant considérés comme deux faits d'une nature différente. Quant à la suppuration, on ne la croyait pas possible dans le tissu tendineux lui-même, mais seulement dans le tissu cellulaire qui l'enveloppe. Voici quelques lignes d'une autorité bien établie, qui montrent clairement quelle était l'opinion commune à ce sujet : « Il convient, dit Boyer, de faire une distinction à l'égard des tendons. Ceux qui sont longs, grêles, secs, qui ne reçoivent d'autres vaisseaux sanguins que ceux qui y abondent par la partie charnue des muscles, ne nous paraissent pas susceptibles d'inflammation ; tels sont les tendons extenseurs et fléchisseurs des doigts..... Le contact de l'air n'en détermine nullement l'*inflammation* : il est (le tendon) frappé à mort cependant, et l'*exfoliation* devient nécessaire. » (Boyer, TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES, tom. 1er, pag. 3 et 4.)

(1) Voici une série d'extraits empruntés aux différens écrits de M. Dieffenbach. Dans un premier Mémoire sur le TRAITEMENT DU TORTICOLIS, il s'exprime de la manière suivante : « Les avantages de cette section de muscles sous la peau, à travers une petite piqûre, sont principalement de procurer une guérison prompte et radicale et d'éviter une cicatrice difforme, qui dispose à un nouveau raccourcissement. » (EXPÉRIENCE, t. II, 1838, p. 273.) Tel est, suivant l'auteur, le sens général, le caractère essentiel de la méthode, c'est-à-dire guérir vite et éviter une cicatrice difforme. Voici dans quels termes il parle des accidens inflammatoires et de la suppuration : « On trouve communément la plaie guérie au bout de quelques jours. Le lieu de la section se tuméfie, et l'on y sent parfois la fluctuation d'une petite quantité de sang...... *S'il se forme du pus*, on l'évacue par une ponction, et on traite la piqûre comme une plaie simple. » (EXPÉRIENCE, tom. II, pag. 274.) Dans ses observations particulières, M. Dieffenbach parle des mêmes circonstances dans des termes analogues, obs. XIX : « Zechlin, 14 ans : obstipité du côté droit, portée à un tel degré que la tête était presque couchée sur l'épaule. (Bandage et traitement consécutifs ordinaires.) La déviation considérable de la tête obligea de la renverser de bonne heure du côté opposé ; *ce qui fut sans doute cause qu'il se développa dans le lieu opéré une* VIVE INFLAMMATION *et un* GRAND ABCÈS. » Plus loin, obs. XXXI : « ..... Ce cas était des plus difficiles ; la tête touchait presque l'épaule, la tension du muscle était extrême, et il existait une courbure latérale de la colonne cervicale. Il survint, dans le lieu de la section, une tuméfaction considérable ; le sang épanché se décomposa. On fit des fomentations avec l'infusion de camomille ; l'abcès s'ouvrit ; on agrandit l'ouverture par une petite incision, et la guérison ne tarda pas à s'opérer. » (EXPÉRIENCE, tom. II, pag. 275, 276.)

Dans un autre mémoire, adressé en 1840 à la société de médecine de Bordeaux, il dit : « Dans quelques cas très rares, la plaie devient le siége *d'un travail de suppuration*, mais qui s'étend rarement aux parties voisines ; dans aucun cas même, la division du sterno-cléido-mastoïdien ne donne lieu à un épanchement du pus dans le médiastin antérieur, où les abcès du cou se fraient si facilement une route. » (EXPÉRIENCE, n. 151, 1840, p. 333-336.) Plus loin, il ajoute, à propos du traitement du pied-bot : « Convaincu qu'il ne survient ni épanchement de sang, ni *vive inflammation*, j'applique la machine, etc. » Plus loin encore, il ajoute en parlant de la section des tendons des membres supérieurs : « Tous les opérés furent guéris... On n'a observé ni hémorragie, ni *suppuration abondante*. »

Enfin, dans une dernière publication faite à Berlin, en 1840, et intitulée : LA CHIRURGIE DE M. DIEFFENBACH, M. Phillips dit, en parlant des résultats généraux des opérations sous-cutanées de ce chirurgien : « Après ces opérations..... l'*inflammation est toujours faible* ; dans quelques cas plus rares, il s'est formé un *travail de suppuration toujours limité*..... La division du sterno-mastoïdien donne *aussi lieu à une sécrétion du pus* qui ne pénètre jamais jusque dans le médiastin antérieur où les abcès du cou se précipitent si facilement. » (Extrait de l'ouvrage de M. Phillips, GAZETTE DES MÉDECINS-PRATICIENS, n. 40, 1840, pag. 157, 158.)

Terminons ces citations par l'extrait suivant d'un auteur qu'on ne soupçonnera pas de partialité en notre faveur. Voici comment M. Bouvier s'exprime dans une note placée à la suite de la traduction du mémoire de M. Dieffenbach, sur les avantages de la méthode sous-cutanée, comparée à l'ancienne méthode : « Mais ces inconvéniens (dit M. Bouvier en parlant des hémorragies sous-cutanées et des abcès consécutifs à la section sous-cutanée des muscles), *qui pourraient être plus grands encore*, ne doivent pas moins être mis en balance, dans les cas où ils sont presque inévitables, avec l'avantage de *substituer une simple piqûre à une coupure d'un ou deux pouces*, dont il ne faut pas, après tout, s'exagérer l'importance. » Ainsi, pour M. Bouvier, la différence des deux méthodes consiste uniquement dans la dimension différente des plaies, d'une piqûre à une coupure

---

lisle est comme un premier gage d'une décentralisation que nous avons souvent provoquée en ces colonnes, la seule décentralisation qui soit immédiatement praticable sans choc, sans détriment, sans aucune immolation d'intérêts ou de principes : celle de la science et du talent. La Faculté de Paris est embarrassée de sa richesse, la province est aux abois de sa pénurie ; tandis que les chaires de botanique, d'accouchemens, de physique médicale, de chimie, et moins récemment celle de physiologie ont été données à Strasbourg aux candidats uniques qui se sont présentés pour chacune d'elles, on a vu toute place vacante à l'école de Paris, assiégée par un essaim de capacités rivales, dont la plupart auraient soutenu, avec une égale dignité, les honneurs du professorat ; ceux de nos lecteurs qui ont assisté aux belles et honorables luttes pour la succession de Desgenettes, de Broussais et de Richerand, ont peut-être sympathisé comme nous, et de cœur demi-triste, avec les soucieuses espérances de tant d'esprits nourris de fortes études, munies de titres et d'éloquence : de leurs rangs ne pouvait surgir qu'un élu ; le combat terminé, le reste rentrait dans le demi-jour d'une notabilité expectante. Combien il eût été désirable que cette sève exubérante, accumulée à Paris, comme au tronc de l'arbre médical, s'élançât vers les rameaux les plus éloignés ! Mais d'autre part, comment rompre avec des intérêts organisés, avec des affections et des habitudes, pour aller porter à cent vingt lieues de Paris une candidature nomade devant un tribunal inconnu, travaillé de longue main par les influences locales ? Il n'y avait qu'un moyen de lever les difficultés : pour dériver sur les départemens le talent qui s'entasse à Paris, pour garantir l'avenir des écoles médicales de province contre le népotisme inter-professoral et les coalitions d'égoïsme mitoyen, pour asseoir le concours sur une large base et en faire une vérité, que fallait-il ? Que faudra-t-il ? Faire sortir d'un incident récent une heureuse innovation ; par suite de circonstances connues de nos lecteurs, le ministre a dû transférer à Paris le concours ouvert à Strasbourg pour deux chaires de chirurgie : c'est une mesure purement accidentelle ; qu'elle devienne la règle, et l'enseignement médical changera de face en province.

Il y a longtemps que nous avons mis en avant cette idée ; ce qui arrive, en confirme l'utilité. La liste de candidature pour les deux chaires précitées, avait été close à Strasbourg avec quatre noms, encore l'un d'eux avait été tardivement inscrit. Le concours est transféré à Paris, et voici une liste de dix candidats parmi lesquels la Faculté de Strasbourg ne peut manquer d'obtenir deux professeurs excellens ; est-ce clair ? Et fera-t-on encore ronfler les patriotiques métaphores de l'orgueil du clocher contre une mesure qui n'a d'autre but que le bien même de l'institution défendue à outrance sans avoir été attaquée ? Au reste, ainsi que nous l'avons prédit dans ce feuilleton, le ministre sait ménager la juste susceptibilité d'une corporation scientifique et n'a pas entendu créer, par une mesure de translation de concours, une hiérarchie nouvelle de facultés ; si nous sommes bien informé, deux professeurs de Strasbourg viendront s'asseoir sur les siéges du nouveau jury et maintiendront ainsi, par un fraternel mélange de toques et de robes alsaciennes et parisiennes, le principe de l'égalité morale, sociale, médicale et patriarcale de toutes les fabriques doctorales de France et de Navarre.

Nonobstant la fécondité de ces vénérables mères qui expulsent tous les ans de leurs flancs universitaires, une légion de guérisseurs diplômés, le besoin d'un contingent annuel d'officiers de santé civils, se fait sentir encore ; cette intéressante espèce de sous-guérisseurs se perpétue, comme on sait, par l'office annue

car, guidé par elle, il eût facilement évité, comme nous, les suppurations et les abcès dont il parle et dont parlent également ceux qui ont mentionné sa pratique. Cet exemple, auquel on pourra joindre ceux des chirurgiens de tous les pays qui ont pratiqué la section des tendons avant mes premières recherches sur les plaies sous-cutanées, ne suffit-il pas pour montrer la valeur et la signification de la pratique de M. Stromeyer? Je le répète : le silence complet de ce chirurgien sur la vraie signification physiologique de ce qu'il faisait, les croyances qu'il exprime çà et là dans ses écrits sur le peu d'intensité de la réaction des petites plaies, l'absence d'ailleurs de toute espèce de démonstration, et les applications empiriques qui ont été faites ultérieurement de son procédé dans tous les pays, ne disent-ils pas nettement le sens et la portée du perfectionnement apporté à l'essai de Delpech par le chirurgien de Hanovre? Pour qu'on pût légitimement lui attribuer une part quelconque dans l'établissement du principe théorique, il faudrait non seulement qu'il l'eût *énoncé* explicitement comme principe, qu'il eût dit qu'il l'avait vu et compris; mais il aurait été nécessaire qu'il en donnât les raisons et les preuves, qu'il le soumît à des observations et à des expériences contradictoires; en un mot qu'il en déterminât nettement les conditions. De cette manière, il n'aurait permis à personne de douter qu'il eût une théorie, et il n'aurait laissé aucune incertitude ni équivoque sur les motifs de sa pratique. Il se peut que, malgré l'évidence, l'esprit national et l'esprit anti-national s'entendent à vouloir obscurcir ce qui est parfaitement clair : rien, en effet, n'est si fréquent et si facile. Quand les choses sont trouvées, il est presque toujours possible d'en attribuer l'invention à qui ne se doutait pas d'y avoir participé. Pour peu surtout que le prétendu inventeur se prête à ces interprétations de circonstance, on peut aisément faire croire, à l'aide de quelques expressions vagues, de mots détachés, de phrases ambiguës, que tout avait été vu et dit avant celui qui a réellement tout vu et tout dit. Mais pour réduire au néant ces interprétations, il suffit presque toujours d'examiner de près les mots. On voit alors qu'ils n'ont réellement pas le sens qu'on leur prêtait, et que l'habitude seule de l'impropriété du langage a pu donner quelques instans le change. Quand la signification mieux déterminée des mots ne suffit pas, on peut en trouver une traduction plus certaine et plus complète encore dans les choses auxquelles ils sont liés. Car les mots exprimant une pensée, un fait, cette pensée et ce fait sont nécessairement reproduits dans d'autres endroits d'un ouvrage, ou bien ils ont des conséquences dans l'expression desquelles on retrouve leur signification véritable, comme on retrouve la signification d'une cause dans ses effets. Or, répétons-le une dernière fois, ni M. Stromeyer, ni aucun de ceux qui ont appliqué son procédé, n'ont dit que les plaies dans la ténotomie sous-cutanée ne *s'enflamment point*; tous n'ont parlé comme Delpech, comme tous les écrivains antérieurs, que de l'absence de la *suppuration* et de l'*exfoliation* des tendons, admettant implicitement et explicitement l'existence d'un certain degré d'inflammation. Il demeure donc évident que dans leur opinion le caractère essentiel de la ténotomie sous-cutanée n'est pas de donner lieu à un ordre de phénomènes distincts, l'*organisation immédiate des tissus divisés*, mais d'obtenir une *diminution*, un *amoindrissement des phénomènes inflammatoires* *des plaies ordinaires*, c'est-à-dire une *réaction faible*, une *suppuration légère, ordinairement imperceptible, et rarement des abcès*, le tout en raison de la nature des tissus divisés et de la petitesse des plaies de la peau (1). On peut donc résumer la discussion à laquelle nous venons de nous livrer, en disant que le procédé de la section sous-cutanée des tendons, considéré comme fait pratique circonscrit, avait acquis à peu près tous ses développemens et perfectionnemens empiriques; mais que comme fait physiologique particulier, servant de point de départ à la méthode sous-cutanée générale, il n'avait été ni vu, ni formulé, ni établi. Cela résulte aussi bien de l'examen rigoureux de ce qu'ont écrit mes prédécesseurs que de ce qu'ils ont fait. Les mots n'en disent pas plus que les choses.

d'un ou deux pouces, et encore les accidens de la méthode sous-cutanée, tels qu'il les rapporte, d'après M. Dieffenbach, pourraient être plus grands encore. (EXPÉRIENCE, tom. II, 1838, pag. 278.)

§ II. — CONSTITUTION SCIENTIFIQUE DE LA TÉNOTOMIE SOUS-CUTANÉE.

La manière dont j'ai procédé pour arriver à établir ce premier résultat achèvera de démontrer, j'espère, pour les esprits impartiaux, à quelles conditions on eût découvert, exprimé, et définitivement fixé avant moi, la signification essentielle de la ténotomie sous-cutanée.

Mes premières sections sous-cutanées de tendons datent du commencement de 1836. Pendant deux années je les ai répétées au pied et au col, en me conformant aux règles pratiques précédemment établies; seulement au lieu de deux ouvertures à la peau, je n'en faisais qu'une, ne trouvant aucune nécessité à faire traverser deux fois la peau par le bistouri.

Je remarquais, comme tous mes prédécesseurs, l'innocuité de ces petites plaies et la rapidité de leur cicatrisation, sans me préoccuper autrement des causes d'aussi heureux résultats, et de résultats aussi constamment heureux. Cependant j'étais si peu guidé encore par le principe physiologique que j'ai établi postérieurement, que pendant près de deux années j'ai reculé devant l'entreprise de la section sous-cutanée des muscles de l'épine. Je ne pouvais séparer l'idée de cette opération d'une certaine crainte d'accidens inflammatoires, et un de mes confrères et amis, M. le docteur Kuhn, qui avait reçu dès l'origine la confidence de mon projet, sait quelles appréhensions il ajoutait aux miennes. Mais l'indication me paraissait trop évidente pour que je renonçasse un instant à l'idée de cette opération. Je cherchai à en assurer l'exécution par de nouvelles et meilleures garanties contre les accidens que j'avais à craindre, et que les notions acquises de la science ne pouvaient m'empêcher de craindre (2). Sur ces entrefaites, parut le mémoire de M. Dieffenbach sur le traitement du torticolis par la section sous-cutanée des muscles

(1) On me contestera d'autant moins cette interprétation, qu'au moment même où j'écris ces lignes, j'apprends que deux des sommités chirurgicales de nos hôpitaux, MM. Lisfranc et Velpeau, révoquent encore en doute la certitude du principe que j'ai posé et la constance des résultats que j'ai dit obtenir : l'un et l'autre par suites de ténotomies suivies de suppuration.

(2) Voici deux passages d'un ouvrage fort estimable et fort estimé que je me rappelais sans cesse : « Ne consentez jamais à couper en travers les fibres musculaires, que dans les cas d'une impérieuse nécessité. » Plus loin : « Il est une autre circonstance dont il faut aussi tenir compte dans l'appréciation de moyens capables de s'opposer à la réunion; c'est la présence d'un grand nombre de tendons et de portions aponévrotiques, à la surface des solutions de continuité. » (Serre, TRAITÉ DE LA RÉUNION IMMÉDIATE, page 82.)

des jurys médicaux que nous n'appellerons plus ambulans, depuis la foudroyante rectification que nous a lancée, en seize colonnes de feuilleton, un respectable président de jury, avec accompagnement de textes, ordonnances, règlemens, le tout composant une charge de fort calibre. Nous l'avons subie avec d'autant plus de courtoisie que notre impitoyable tireur en a mis moins dans son fait; mais tombé sous le coup, nous nous sommes relevé avec nos convictions, et puisque une ordonnance royale vient de reconstituer les jurys médicaux dont les fonctions sont temporaires, puisque l'institution des officiers de santé subsiste encore au grand détriment de notre dignité professionnelle, permis à nous de déplorer le retard d'une législation nouvelle qui nous est promise de ministère en ministère et qui supprimera, à la grande satisfaction des véritables amis de la science et de l'humanité, l'anomalie des sous guérisseurs dits officiers de santé, ce qui ne peut blesser en rien les présidens des jurys parmi lesquels nous comptons de bons amis. Nous attaquons l'institution, nous honorons les hommes; loin de nous de confondre tous les officiers de santé civils dans une compromettante solidarité! Nous sommes convaincus que beaucoup d'entre eux jugent sévèrement les abus qui ressortent de leur institution, et que tous n'auront qu'une voix contre un fait signalé dans tous les journaux politiques de cette semaine : La place de bourreau étant devenue vacante à Bourges, les candidatures, comme de coutume, se sont multipliées singulièrement et ont embarrassé le choix du ministre par la force de leurs protections respectives; ce choix est tombé en définitive sur un officier de santé, bachelier ès-lettres, et qui joint, dit-on, à son terrible office d'exécuteur, une clientelle considérable; cette dernière circonstance ne peut surprendre ceux qui connaissent les superstitieux mobiles de la foule; il paraîtrait que les officiers de santé de la ville ont fait d'inutiles démarches pour faire interdire à l'exécuteur l'exercice de l'art; il est impossible pourtant que cet exécrable cumul se prolonge et que les mains qui consomment sur l'échafaud l'œuvre sanglante de la vengeance légale, s'emparent, après une ablution, du saint ministère de la conservation humaine. Si le fait étrange, rapporté par les journaux, se vérifie, les gardiens officiers de l'honneur médical comprendront leur devoir et feront cesser une telle monstruosité.

La réorganisation des écoles secondaires de médecine vient d'être consacrée par une série d'ordonnances royales; elle a suivi de près celle des écoles de pharmacie, désormais placées à la hauteur des facultés. Toutes ces réformes ont une utilité généralement appréciée; l'honneur en revient au doyen de Paris, qui représente si dignement les intérêts médicaux dans le conseil royal de l'Université. Justice soit aussi rendue à l'esprit qui anime en majeure partie le corps des pharmaciens de Paris; ils ont sollicité les mesures régénératrices de leur enseignement public : ils sollicitent d'autres réformes encore avec une persévérance, avec un accord que nous devrions imiter. Ils se sont adressés directement au ministre pour assurer la répression des abus et vices qui désolent leur profession; ils se sont associés pour la poursuite des infractions aux lois et ordonnance qui en règlent l'exercice; tout cela est à merveille et s'ils savent ne pas s'épargner eux-mêmes dans cette besogne active de réhabilitation, nous leur en garantissons le succès.

L'Académie a nommé un membre dans la section vétérinaire et a formé les commissions pour les prix à décerner; on sait les secousses progressives que la science reçoit des travaux couronnés annuellement par notre aréopage; aussi nous af-

du col. Dans ce mémoire, le chirurgien de Berlin parle, ainsi que nous l'avons déjà dit, d'inflammations, de suppuration et d'abcès consécutifs à ses opérations. J'appris d'ailleurs que des chirurgiens distingués de la capitale venaient de pratiquer plusieurs opérations de ténotomie sous-cutanée au pied et au genou, à la suite desquelles il s'était développé des accidens inflammatoires et de la suppuration. Frappé de la différence que ces résultats présentaient avec ceux que j'avais obbtenus et que j'obtenais tous les jours, je me convainquis aisément que l'innocuité de mes opérations, donnant lieu à des cicatrisations immédiates, ne pouvait tenir à la nature des tissus divisés, car c'était de part et d'autre un point de la peau et des tendons. Or, par quelle raison le tendon d'Achille ou le sterno-mastoïdien, coupés par MM. Dieffenbach ou Lisfranc, se fussent-ils enflammés, alors que, toutes circonstances égales d'ailleurs, les mêmes parties se cicatrisaient immédiatement entre mes mains? Il fallait donc une autre cause à la différence des résultats. En comparant les circonstances des opérations, je crus voir que les accidens inflammatoires survenus à la suite des ténotomies pratiquées par MM. Dieffenbach, Lisfranc, Velpeau, et autres, provenaient d'ouvertures trop grandes ou trop directes, faites à la peau par des instrumens à lames trop larges, ce qui avait pu maintenir le foyer des plaies en communication avec l'air extérieur. L'examen des plaies faites par les deux chirurgiens de Paris me confirma dans cette opinion. Il ne me manquait plus, pour convertir ma croyance en vérité démontrée, que de la soumettre à l'expérimentation et à l'observation comparatives, c'est ce que je fis. J'instituai une série d'expériences sur les animaux, et j'arrivai directement à me convaincre que la rareté et la bénignité prétendue des accidens inflammatoires, à la suite de la ténotomie sous-cutanée, ne tenaient pas, comme on l'avait cru généralement, et comme je l'avais cru moi-même jusque là, à la nature peu réactive du tissu tendineux, et à la petitesse des plaies de la peau mais à l'absence du contact de l'air, et je m'assurai de plus qu'il ne s'agissait pas dans ces cas de cicatrisation rapide, d'inflammations bénignes ou amoindries, mais d'un travail d'une tout autre nature, d'un travail d'organisation immédiate. Ce qui pouvait manquer à ma démonstration expérimentale, l'observation clinique me le donna bientôt. Je pratiquai, en effet, la section des muscles du dos chez plusieurs sujets : sur un enfant de 8 ans, sur un jeune homme de 18 ans, et sur une jeune fille de 14 ans. Les plaies chez les deux premiers se cicatrisèrent immédiatement, mais chez la jeune fille elles s'enflammèrent et suppurèrent pendant dix jours. L'opération avait été faite avec deux ouvertures à la peau, et les ouvertures avaient été plus grandes et plus directes que je ne l'avais prévu. Dès le lendemain, il s'était développé, au pourtour des plaies, un gonflement avec crépitation. Je me suis facilement assuré que ce gonflement était dû à une infiltration d'air dans les gaînes des muscles divisés, et dans le tissu cellulaire environnant. Je modifiai dès lors mon procédé opératoire, ainsi que tous mes autres procédés de ténotomie, de manière à les mettre rigoureusement d'accord avec le principe que l'expérience et l'observation contradictoires venaient de me faire conquérir et constituer. Depuis cette époque, *aucun cas* d'inflammation consécutive n'est venu contredire la vérité et la solidité de ce principe.

Voilà pour la vraie signification de la ténotomie sous-cutanée; voilà comment j'ai trouvé, formulé et démontré cette signification. Je tenais d'autant plus à faire ressortir nettement la différence qu'il y a, entre des aperçus vagues, indécis, sans autorité ni généralité, et un principe définitivement acquis à la science, que les pressentimens du fait que j'ai cherché à tirer des ténèbres et à constituer, se retrouveront toujours dans la science à l'égard de tous les faits nouveaux, de toutes les vérités nouvelles, qui y sommeillent ensevelis pêle-mêle avec les erreurs, sous la rubrique commune d'*opinions* et d'*hypothèses*. S'il en fallait un nouvel exemple, on le trouverait en ce qui concerne la généralisation du principe de la ténotomie sous-cutanée, c'est-à-dire l'application à toutes les plaies faites sous la peau, quels que soient les tissus divisés, de la notion physiologique fournie par la section sous-cutanée des tendons. Je ne me donnerai cependant pas la peine de rechercher jusqu'à quel point les rudimens de cette généralisation existaient. Je préfère croire par analogie qu'ils ont pu exister réellement, certain que d'autres ne manqueront pas de la démontrer pour moi, alors que mes principes seront arrivés, comme l'a dit spirituellement un chirurgien de nos jours, à leur période de convoitise. Mais en attendant ce supplément de lumières sur la première origine de mes idées, je vais continuer leur exposition, et dire à l'aide de quels moyens je crois leur avoir donné la consistance de l'autorité de véritables principes, sinon les avoir découvertes et établies de toutes pièces.

§ III. — GÉNÉRALISATION DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

Et d'abord j'ai posé en principe que *toutes les plaies pratiquées sous la peau, quels que soient leur siége et la nature des tissus divisés, participent à la propriété des plaies sous-cutanées des tendons*, c'est-à-dire qu'elles *ne s'enflamment ni ne suppurent*, et *s'organisent immédiatement*. Voilà le principe : c'est, comme on le voit, le développement et l'application à toutes les plaies de la loi physiologique fournie par la ténotomie sous-cutanée. Si, comme nous croyons l'avoir démontré, le premier est nouveau, à plus forte raison le second l'est-il; et s'il restait encore quelque incertitude sur la rigueur et la certitude du principe spécial, elle serait entièrement dissipée par l'établissement du principe général. Mais avant d'aborder ce dernier point, il nous importe de revenir un peu sur nos pas, et de reprendre l'analyse du fait particulier que nous avons généralisé.

Le caractère propre du travail consécutif aux plaies sous-cutanées des tendons n'est pas, avons-nous dit, un amoindrissement de l'inflammation qui s'arrêterait, comme on l'a pensé, à ses degrés infimes ou à ses préliminaires. C'est au contraire un travail de tout autre nature : c'est l'*organisation immédiate*. La différence que nous cherchons à établir n'est pas purement nominale. Les conséquences théoriques et pratiques que nous devons tirer de cette distinction le montreront suffisamment. Pour bien comprendre cette différence, il suffit de savoir que dans toute plaie enflammée il y a suspension du travail d'organisation et de réparation normales, et que ces deux modes d'activité physiologique ne reparaissent qu'alors que le travail inflammatoire cesse, et à mesure qu'il cesse. L'aspect de la plus petite plaie extérieure le démontre. Ajoutons que toute inflammation, quelque circonscrite et quelque ténue qu'elle soit, est toujours accompagnée d'un mouvement de réaction, tantôt local, tantôt général, en proportion de son étendue, de la nature des tissus divisés et des complications qui interviennent. Ainsi la suspension du travail physiologique et un certain degré de réaction locale ou générale, tels sont les caractères essentiels de toute plaie enflammée. Or, rien de semblable

---

tendons avec impatience les proclamations triomphales qui signalent à la reconnaissance des contemporains et de la postérité, le mémoire n°..... et le mémoire n°....., embellis par une épigraphe quelconque. Les lauréats de l'Institut sont déjà connus; le travail sur la pénétration de l'air dans les veines est au nombre des écrits couronnés; M. Amussat peut donc se consoler à l'Institut des déboires éprouvés dans l'assemblée de la rue de Poitiers, et s'il a prouvé que l'air peut entrer dans les vaisseaux béants à la suite d'une opération, personne ne pourra lui dire :

> Qu'en sort-il souvent ?
> Du vent.

Un prix de l'Institut n'est pas un fluide aériforme qui échappe à qui veut le saisir. L'ouvrage de M. Tanquerel sur les maladies saturnines participe au même avantage que le mémoire de M. Amussat : il ne se trouvera pas de mauvais plaisant, nous l'espérons, qui s'avise d'interpeller le caissier de l'Institut avec ce vers :

> Comment en un plomb vil l'or pur s'est-il changé?

Le plomb de M. Tanquerel vaut de l'or, nous voulons dire son livre. Il lui a donné, dit-on, une place de médecin dans une fabrique; il lui donne un prix de l'Institut; il lui donnera, à ce qu'on assure, une place dans la rédaction des ANNALES D'HYGIÈNE. Tant de succès a, sans doute, offusqué M. Gendrin et nous a valu l'invention de la polémique en circulaire, de la polémique à domicile. Au reste, ce n'est pas la première fois que l'on voit sortir tant de choses d'un livre. Qui ne connaît le livre de M. de Tocqueville? Eh bien! il lui a procuré : 1° de jolis articles dans les journaux; 2° la réputation de philantrope et de littérateur; 3° la députation; 4° un fauteuil à l'Académie des sciences morales; 5° une candidature, avec chances prochaines à l'Académie française, etc. Ce serait une récréative histoire à faire que celle des livres de médecins, considérés sous le rapport de leurs usages divers; il y a tel chétif volume, enfanté pour orner les titres antérieurs d'une candidature de seconde ligne dans un concours, qui plus tard a servi de prétexte à l'obtention du ruban, de protecteur à des prétentions académiques, de véhicule à toutes sortes de faveurs; bref, c'est là un autre chapitre de l'histoire de notre profession au dix-neuvième siècle, et le rôle de l'historien nous effraie.

M. Geoffroy St-Hilaire vient de clôturer lui-même sa carrière de professeur; il a pensé qu'après quarante-huit années d'enseignement, l'heure du repos avait sonné pour lui. Peu d'hommes ont remué plus profondément la science, et conquis une illustration mieux méritée. L'héritier de son nom et de ses idées, M. Isidore Geoffroy, a été désigné à l'unanimité par les professeurs du Muséum pour la chaire de son père. Nul doute que l'Académie des sciences ne joigne son suffrage à celui du Muséum. Jamais héritage n'aura été plus légitime.

La loi sur la propriété littéraire a expiré dans l'urne de la chambre des députés; elle nous aura toujours valu une splendide méditation de M. de Lamartine, en guise de rapport; cette loi touchait aussi par une de ses faces à la médecine, dont les productions pèsent dans la librairie. Les œuvres des Morgagni, des Sydenham, des Stoll, des Baglivi, ont été perdues peut-être pour leur postérité; une bonne loi sur la propriété intellectuelle en eût fait pour elle une fortune, un patrimoine. Nous n'oserions dire si, par l'échec du projet de loi en question, beau-

n'arrive dans les divisions sous-cutanées des tendons. A partir du moment où la piqûre de la peau est fermée, il s'établit un travail de réparation et d'organisation immédiates, offrant toutes les gradations et nuances de ce travail, sans apparence aucune de réaction inflammatoire. Ce n'est pas le lieu d'insister sur les diverses phases de ce phénomène : elles seront exposées en temps opportun avec leurs développemens convenables ; nous n'avons besoin pour le moment que du fait dans ses résultats les plus définitifs, et il est incontestable qu'immédiatement après la section des tendons, la matière qui doit combler l'intervalle compris entre les deux bouts divisés se montre, et commence, à partir de ce moment, la série des développemens et transformations qu'elle doit subir pour arriver à nouer solidement les parties séparées. Voilà le caractère direct, essentiel, la nature propre de ce travail. Son caractère indirect, c'est l'absence de toute réaction fébrile locale ou générale. Il n'existe pas d'instrument capable de faire apprécier rigoureusement si la plaie sous-cutanée d'un seul tendon offre les caractères de la réaction inflammatoire ; il y a un certain degré de sensibilité dans les parties et quelquefois de douleur quand on les touche ou les remue, qui peuvent en imposer ; et si l'on s'en tenait à l'inspection superficielle d'un fait isolé, il serait assez difficile de se prononcer sur la nature de ces phénomènes. Mais ce que ne donne pas un fait isolé, la réunion de plusieurs faits le donne. Depuis que je sais à quoi m'en tenir à cet égard, je n'ai pas craint de multiplier les plaies sur le même individu et sur les mêmes parties. Sans parler des cas exceptionnels où j'ai porté ces plaies à un nombre effrayant (pour ceux qui n'avaient pas les mêmes motifs de sécurité que moi), il m'arrive journellement de faire sur le même membre, sur le même pied ou sur les deux pieds, dix à douze sections de tendons, sans avoir plus d'apparence de réaction que dans les cas de simple section du tendon d'Achille. Cependant les plaies sont quelquefois douloureuses, le siége d'épanchemens sanguins, en raison des filets nerveux et des vaisseaux qui sont divisés ; mais là se bornent les analogies avec la réaction inflammatoire. Or, si une plaie isolée était le siége d'un degré quelconque d'inflammation locale, dix, quinze, trente et quarante plaies devraient, en réunissant leur somme respective de réactions minimes, finir par constituer une réaction plus ou moins notable, comme l'addition d'un certain nombre de petites quantités finit par former une quantité plus considérable, et c'est ce qui n'a point lieu. On peut donc conclure de ces deux ordres de caractères, à savoir, le travail de réparation immédiate et l'absence de toute réaction locale ou générale, que les plaies sous-cutanées des tendons ne s'enflamment point, mais s'organisent immédiatement.

Ce point de départ ainsi fixé, et il devait l'être pour rendre plus légitime la généralisation du principe et pour unir par un lien d'identité les phénomènes fondamentaux des deux ordres de plaies, nous allons montrer comment nos observations et nos expériences sont parvenues à donner au fait de l'organisation immédiate de toutes les plaies sous-cutanées le caractère de certitude et de vérité qu'on pouvait déjà induire de ce qui se passe dans les plaies sous-cutanées des tendons.

La guérison immédiate des plaies, des déchirures, des contusions profondes des tissus avec intégrité de la peau, celle des fractures simples, dont la bénignité contraste d'une manière si remarquable avec la gravité des fractures compliquées, la marche lente de toutes les affections sous-cutanées, et leur développement rapide dès qu'elles sont ouvertes, sont autant de preuves qui existaient dans la science et qu'il suffisait de rapprocher pour en faire ressortir la vraie signification. Cependant qu'on ne se méprenne pas sur la valeur que j'assigne à ces faits, et surtout qu'on ne confonde pas l'importance qu'ils avaient avec celle qu'ils ont acquise par la connaissance du principe qui les explique ; car si ces faits existaient, si tout le monde avait pu remarquer que les fractures sans plaies à la peau guérissent immédiatement, personne n'en avait vu ni démontré la vraie cause, personne n'avait songé aux conséquences que j'en ai tirées et que j'ai établies sur l'expérimentation directe. Ces conséquences sont donc tout autre chose que les faits qui les renferment, et il y a une très grande différence entre s'être aperçu que les fractures simples guérissent facilement et rapidement, et l'induction que j'en ai tirée, à savoir : que toutes les plaies sous-cutanées ont la propriété de s'organiser immédiatement ; comme il y a aussi une très grande différence entre cette induction et le précepte que j'en ai conclu, c'est-à-dire, rendre autant que possible sous-cutanées toutes les opérations chirurgicales qu'on avait coutume de faire avec de larges ouvertures de la peau. On n'apercevra et on ne comprendra jamais mieux l'énorme distance qu'il y a entre ces quatre choses, le fait empirique, la signification essentielle de ce fait ou la connaissance de sa cause, sa généralisation, et le principe pratique que j'en ai fait découler, que quand on connaîtra les conséquences d'un ordre bien plus général auxquelles la ténotomie sous-cutanée m'a conduit.

S'il pouvait rester quelque doute sur la valeur de ces distinctions théoriques, il n'en resterait peut-être pas sur la valeur des expériences auxquelles je me suis livré pour démontrer et établir définitivement les faits dont il s'agit, et les conséquences pratiques que j'en ai tirées. Depuis que les sciences constituées ont montré et montrent tous les jours quel degré de certitude elles impriment à leurs déterminations à l'aide de l'expérimentation directe, c'est-à-dire de la vérification des causes par leur reproduction facultative, il n'est peut-être pas inutile de faire ressortir les occasions où notre science peut profiter des avantages de la même méthode. C'est un moyen d'encourager les esprits à marcher dans une voie féconde en résultats définitifs, et c'est donner aux résultats qu'on y a obtenus un relief d'évidence qui les distingue de ceux dont on a eu malheureusement coutume de se contenter jusqu'ici dans les sciences médicales. Or, en faisant comme je l'ai fait, sur les animaux et sur l'homme même, quoiqu'à un point de vue différent, une série de plaies sous-cutanées, en modifiant, variant, compliquant à volonté toutes les conditions des phénomènes à reproduire, je crois avoir laissé peu de motifs de doute sur la valeur de mes résultats aux esprits qui se donneront la peine de les juger autrement qu'on ne l'a fait jusqu'ici en médecine, c'est-à-dire comme des vérités parfaitement établies, et non comme de pures assertions dénuées de preuves régulières, qu'on admet ou rejette sans autre motif ni criterium que l'opinion spontanée qu'on en conçoit.

Or, que disent et que montrent mes expériences sur les animaux et mes opérations chez l'homme ? Les premières faites et répétées un grand nombre de fois dans toutes les dimensions, depuis 1 jusqu'à 30 centimètres, aux membres, au tronc, isolées, multipliées, comprenant tour à tour des tendons, des muscles, des vaisseaux, des nerfs, des os mêmes, avec ou sans épanchemens de sang, en un mot dans toutes les conditions et complications possibles, montrent à leurs différentes périodes l'absence de tout phénomène d'inflammation suppurative, et par contre le fait de l'organisation immédiate. Ici plus d'incertitude ni d'équivoque sur la na-

---

coup de patrimoines sont enlevés à beaucoup de familles médicales ; toutefois, qui sait ? avec cette loi tutélaire du génie, peut-être n'aurait-on pas vu le fils de Broussais frustré de la propriété des ouvrages de son père, et sollicitant vainement, au tribunal de première instance, le manuscrit de son testament philosophique.

Grande nouvelle, nouvelle heureuse, et qui nous permet de clore cette lettre avec ébahissement : la médecine est sur le point d'entrer à la chambre des pairs, d'endosser les nobles insignes de cette haute fonction, de monter à la tribune où Cabanis a parlé, où Chaptal avait accès ; on nomme l'un des représentans les plus élevés de notre profession ; une parole élégante et mesurée, un tact exquis, des manières aussi distinguées que faciles, une grande sagesse d'idées, un jugement profond, une pénétration tout à fait hippocratique, tels sont, avec une carrière relevée par plus d'un succès, les titres du futur pair de France ; je n'affirme pas la nouvelle, je la répète sur la foi de tous les journaux politiques ; l'importance d'un pareil événement nous commande encore le doute, et quand la promotion de l'heureux confrère paraîtra dans le MONITEUR, je douterai encore ; il me faudra, pour y ajouter foi, l'avoir vu dans son fauteuil de pair au Luxembourg, vu de mes yeux, ce qu'on appelle vu. Et quand je le verrai là, dans la noble assemblée, je chercherai à ses côtés deux autres illustrations de notre carrière, l'un ayant pour mission de représenter au Luxembourg les intérêts de la science et de la profession, et leurs rapports avec la société ; l'autre résumant en sa personne les pures et généreuses gloires de la chirurgie militaire dont il est depuis cinquante ans le chef et l'orgueil ; comment le baron Larrey, qui, depuis l'Egypte jusqu'à Waterloo, a été sur tous les champs de bataille le héros de l'humanité, et que Sainte-Hélène a salué d'une immortelle commémoration ; comment le compagnon et l'ami de tous les maréchaux et généraux de l'empire, commandeur de la Légion-d'Honneur depuis 1807, et l'un des exécuteurs testamentaires de Napoléon, ne trouverait-il pas place dans la promotion prochaine, à côté de M. Double ? Quant à la nomination de M. Orfila, il n'y a qu'un mot à en dire, c'est qu'elle importe à la profession tout entière, à nos institutions plus qu'à l'homme ; une candidature appuyée sur une si large base se passe de l'appui des titres personnels qui militeraient encore si puissamment en sa faveur.

Y.

— M. le docteur P. CHÉNEAU recommencera lundi 19 avril, à trois heures de l'après-midi, son cours sur la phthisie pulmonaire, et le continuera à la même heure les lundi et vendredi de chaque semaine, dans l'amphithéâtre n. 2 de l'Ecole pratique.

ture du travail et des phénomènes qui le caractérisent! Tantôt ce sont des plaies qui s'étendent depuis la nuque jusqu'au sacrum, traversant toutes les couches des muscles, vaisseaux et nerfs de l'épine, et l'animal restant aussi calme que s'il n'avait été question que d'une simple égratignure; tantôt ce sont des plaies plus profondes et plus graves, comprenant toutes les parties molles des fesses, les muscles, les aponévroses, les gros troncs nerveux et vasculaires, avec des épanchemens énormes, et la paralysie complète des membres; tantôt ce sont ces deux ordres de plaies réunies à la fois sur le même animal; et pourtant vous voyez les mêmes phénomènes d'organisation immédiate, et la même absence de toute inflammation suppurative. Les expériences faites sur les animaux n'auraient pas été suffisamment concluantes: les opérations sur l'homme ont complété l'évidence des résultats de ces expériences. La division sous-cutanée de toute la longueur du trapèze, celle des masses communes des sacro-lombaire et long dorsal, celle des muscles fessiers et autres muscles de la cuisse, du grand pectoral, etc., sans aucune trace d'accidens inflammatoires, laissent-elles le moindre doute sur la signification des mêmes résultats chez les animaux? Car, il faut le reconnaître, de ce que ces opérations chez l'homme sont faites dans un but d'utilité pratique, elles ne perdent pas pour cela le caractère de véritables expériences; le point de vue seul varie, le fait est le même, et les opérations chez l'homme n'offrent, avec les expériences correspondantes sur les animaux, d'autre différence, si ce n'est qu'elles ont un double caractère d'utilité et une double signification, la signification physiologique et pratique. Mais l'une ne nuit pas à l'autre, plus que l'une n'empêche l'autre; les phénomènes physiologiques ne se manifestent pas moins clairement à la suite des sections musculaires pour remédier aux difformités, qu'après les mêmes sections pratiquées sur les animaux dans un but purement expérimental. Si j'insiste sur cette manière d'envisager les opérations, et en général tous les faits pathologiques dans lesquels la cause expérimentale est évidente, c'est que j'y trouve une partie des ressources et des élémens de démonstration fournies par l'expérimentation facultative, qui ne peut jamais être instituée directement chez l'homme.

Voilà donc le fait de l'organisation immédiate de toutes les plaies sous-cutanées démontré légitimement par l'observation et par l'expérience; car ce ne sont plus seulement des divisions de tendons, mais des fractures d'os; des déchirures, des tiraillemens, des ruptures de vaisseaux et de nerfs, des sections complètes et simultanées de toutes ces parties, de tous ces tissus, avec toutes les circonstances et complications des plaies graves qui s'enflamment et suppurent quand elles sont faites et maintenues à l'air. S'il pouvait rester encore le moindre doute sur le caractère de démonstration nouvelle et définitive que j'ai donné à cette vérité, il serait levé, je suppose, par la réponse à la question suivante: Existe-t-il un chirurgien, même parmi ceux qui avaient suivi avec le plus d'intérêt et de bienveillance mes premières recherches sur les plaies sous-cutanées, qui eût osé faire le même jour, à la même heure, sur le même individu, la section sous-cutanée de quarante et quelques muscles, tendons et ligamens? Ce que personne n'eût osé tenter, je l'ai fait sans hésitation ni bravade, sur la foi d'un principe; et la hardiesse, la nouveauté de ma tentative, et la surprise, si ce n'est l'incrédulité qu'elle a provoquée, n'ont-elles pas donné la mesure de la nouveauté et de la certitude de ce principe?

Tel a été l'établissement de la première base de la chirurgie sous-cutanée, considérée à son point de vue scientifique rationnel le plus général. Voyons maintenant le point de départ de sa constitution pratique, dans les applications que nous en avons faites, et dans celles qui ont été faites par d'autres, d'après nos indications directes, ou simplement sous l'inspiration du principe général que nous avons posé.

§ IV. — APPLICATIONS DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

Les applications qui nous sont propres sont déjà assez nombreuses; en attendant que nous les publiions avec les détails convenables, nous nous contenterons de les indiquer ici pour prendre date, et pour engager nos confrères à les répéter.

1° L'ouverture de tumeurs sanguines qui se forment et ne se résorbent pas toujours à la suite des sections sous-cutanées des grands muscles; opération répétée quatre fois avec succès complet, c'est-à-dire, suivie immédiatement de l'organisation adhésive des parois du foyer, sans trace aucune d'inflammation.

2° L'ouverture de poches séreuses qui succèdent assez souvent aux épanchemens sanguins produits par les opérations de myotomie sous-cutanée; opération répétée trois fois avec des résultats semblables à ceux obtenus pour les tumeurs sanguines.

3° L'incision sous-cutanée de tumeurs phlegmoneuses commençantes, dans le but de produire le débridement et le dégorgement de ces tumeurs. Dans les trois cas où j'ai eu recours à cette opération, l'inflammation a été enrayée immédiatement, et les engorgemens se sont dissipés.

4° L'ouverture et l'évacuation d'une loupe méliceris suivies de la cicatrisation immédiate du kyste.

5° L'enlèvement d'une petite exostose à la partie supérieure et antérieure du tibia, suivi de résorption des débris de la tumeur, sans aucun symptôme d'inflammation consécutive.

6° L'ouverture de plusieurs abcès par congestion à l'aine, à la cuisse et au dos. Cette application, l'une des plus importantes de celles que j'ai faites jusqu'ici, a été répétée douze fois sur différens individus atteints d'affection tuberculeuse des os, et n'a jamais produit aucun accident.

7° La section sous-cutanée du sphincter de l'anus pour la fissure; opération pratiquée une fois par nous et répétée déjà avec un succès complet par notre honorable ami, M. Blandin.

8° Enfin, une foule d'opérations de myotomie entièrement nouvelles, et que personne n'eût osé entreprendre avant la connaissance préalable du fait-principe de ma méthode.

Ces indications n'étant données ici que pour mémoire, je m'abstiens d'entrer dans d'autres détails, et sur chaque procédé en particulier, et sur les circonstances d'application qui leur sont communes: ces détails seront mieux placés ailleurs.

Les applications que j'avais proposées explicitement sont renfermées dans les lignes suivantes: « Les opérations qu'il sera possible de pratiquer sous la peau ne peuvent être toutes indiquées immédiatement. L'expérience seule les suggérera. On peut croire néanmoins que le débridement de certains *engorgemens inflammatoires*, la division ou l'enlèvement de certaines *tumeurs*, l'ouverture de certains *kystes* ou de certains *abcès* trouveront dans le mode opératoire sous-cutané le moyen d'éviter les accidens inflammatoires consécutifs. Enfin, comme une des plus importantes applications de ce principe, je citerai le *débridement sous-cutané des hernies crurales et inguinales*, et leur *guérison radicale par l'occlusion adhésive de leur orifice.* »

Ces indications ne sont pas restées complètement stériles: on a déjà vu, par l'exposé des applications qui me sont propres, que j'ai à peu près rempli mon programme. Quelques chirurgiens distingués ont bien voulu se charger d'y concourir; d'autres l'ont étendu sous l'inspiration du principe fondamental de la méthode.

MM. Barthélemy, Malgaigne et Velpeau ont appliqué ma méthode à l'incision des kystes synoviaux qui se développent autour des articulations, les deux premiers avec succès, M. Velpeau sans succès (1).

MM. Lisfranc et Pinel-Grandchamp ont fait, chacun de leur côté, une importante application de la même méthode à la cure des tumeurs articulaires très considérables; M. Lisfranc sans succès, mais aussi sans accidens; M. Pinel-Granchamp avec un succès remarquable. L'observation offre le plus grand intérêt.

M. Ricord a imaginé et appliqué avec succès un ingénieux procédé pour la ligature sous-cutanée des veines dans le traitement du varicocèle.

On doit à M. Dufresse Chassaigne une heureuse tentative d'opération sous-cutanée pour fixer les corps étrangers du genou. Cet essai, qui n'est, en quelque façon, que le préliminaire d'une application plus complète que je propose plus loin pour l'extraction des corps étrangers du genou, contraste heureusement avec des opérations analogues pratiquées récemment, suivant l'ancienne méthode (2).

Enfin, nous citerons, comme une conquête des plus satisfaisantes de la méthode, la cure des hydrocèles à l'aide des incisions sous-cutanées. M. Jobert, qui a fait cette application, s'est associé un des premiers à nos idées avec la sagacité et la bonne foi qui le caractérisent. Il paraît être

(1) On trouvera, dans l'ouvrage dont cet article est extrait, toutes les indications détaillées des applications que nous ne faisons que mentionner ici.

(2) L'introduction dont cet article est extrait était rédigée et imprimée depuis longtemps, lorsque nous avons eu connaissance, par le premier numéro des ANNALES DE CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE, d'une application des plus heureuses de la méthode sous-cutanée à l'extraction des corps étrangers articulaires, exécutée par M. Goyrand, d'Aix. Cette application, nous le reconnaissons avec empressement, réalise en grande partie nos espérances et répond rigoureusement aux principes de la méthode. L'ingénieux procédé imaginé par M. Goyrand diffère cependant à plusieurs égards de celui que nous proposons nous-même. Celui de M. Goyrand a déjà un grand avantage sur le nôtre; il a été appliqué et il a réussi: nous pensons que le nôtre réussirait également. Notons cependant que notre habile confrère d'Aix ajouterait un nouveau degré de sécurité à son procédé en donnant à l'articulation, pendant et après l'opération, une position en rapport avec le principe que nous avons cherché à établir, concernant l'ampliation périodique des cavités articulaires, et l'influence de cette ampliation sur l'introduction de l'air.

arrivé à d'autres résultats non moins heureux, qu'il se propose de faire connaître lui-même.

Je pourrais rapprocher des indications qui précèdent une première tentative de M. le professeur Velpeau, pour réaliser mes vues à l'égard de la cure radicale des hernies. Cet essai n'ayant pas réussi, il reste tout entier à renouveler.

Tels sont les premiers pas de la chirurgie sous-cutanée. Ces heureuses tentatives, effectuées en aussi peu de temps, ne permettent-elles pas de concevoir les plus légitimes espérances de l'avenir de cette méthode? N'y trouve-t-on pas en même temps une nouvelle preuve du caractère tout particulier, et de l'impulsion tout initiale qu'elle a reçue de nos premières recherches, ainsi que plusieurs auteurs ont eu la loyauté de le reconnaître? Car si, après la discussion à laquelle nous nous sommes livré, il restait encore quelque obscurité sur la véritable origine de la méthode et de la signification essentielle de ses applications, nous en ferions une simple question de fait et de date. Qui pourra, en effet, soutenir qu'avant nous personne eût songé à établir une méthode chirurgicale nouvelle sur le fait de *l'organisation immédiate* des plaies sous cutanées? Et qui méconnaîtra que ce fait ait été le point de départ des essais assez nombreux tentés dans cette direction depuis deux années? Cependant, nous ne nous en tenons pas à cet argument de fait, et nous préférons toujours à ces preuves de conséquences celle du principe, qui est, à nos yeux, la seule preuve décisive, parce qu'elle est la seule rationnelle. Celle-là ne s'applique pas seulement au passé, comme l'expérience, mais encore à l'avenir, qu'elle prévoit, provoque, devance et explique. Ceci m'amène à dire quelques mots sur les moyens de hâter et de compléter la généralisation de la méthode, c'est-à-dire de multiplier ses applications, et sur les caractères à l'aide desquels il sera toujours possible de rattacher ces applications à leur véritable origine.

Il est difficile, sinon impossible, de prévoir toutes les applications d'une méthode établie seulement en principe. Elles ne sont réalisées d'ordinaire que pas à pas, et par extension analogique. Cependant, une fois l'expérience faite avec succès, pour certains cas primitifs, ceux-ci deviennent le point de départ d'applications nouvelles et forment, pour ainsi dire, le centre d'autant de groupes particuliers dans le domaine général de la méthode. C'est ainsi que les premiers essais que j'ai tentés, on qui ont été tentés par divers chirurgiens, peuvent conduire à d'autres applications, lesquelles ne seront, à proprement parler, que la répétition des premières, avec les modifications nécessitées par les circonstances différentielles de chaque cas particulier. Cherchons donc à préciser le sens général des applications déjà faites pour en déduire celles à faire.

Les premières applications de la méthode sous-cutanée peuvent être rapportées à deux ordres, ayant pour base le fait de l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau, hors du contact de l'air, et le fait de l'inaltérabilité des humeurs, pus, sang, sérosité, etc., évacués de leur foyer par des ponctions sous-cutanées. Ainsi, l'action de l'air sur les solides et les liquides, tel est le point de départ des deux ordres d'applications déjà faites de la méthode sous-cutanée. A la première catégorie appartiennent toutes les sections de muscles, tendons, ligamens, os; la ligature des veines, les tentatives d'oblitération des canaux herniaires, etc.; à la seconde, l'ouverture des kystes séreux, des hydrocèles, des tumeurs sanguines, des abcès par congestion; en un mot, de toutes les collections d'humeurs évacuées précédemment par des ouvertures directes, à la suite desquelles l'altération des contenus et l'inflammation des contenans établissaient des complications et des suites souvent dangereuses de ces opérations. Or, quoi de plus simple à concevoir et à prévoir que l'extension de ces applications aux divers cas où l'analogie permettra de les transporter? Partout où il y aura des obstacles à faire cesser sous la peau, des tissus à diviser, des canaux, des fistules, des cavités à oblitérer; partout où il y aura des collections de liquide à évacuer, on répétera avec succès ce qu'on a fait dans des cas analogues. Pour me borner à quelques exemples, je proposerai, comme extensions nouvelles des applications de la première catégorie, la *section sous-cutanée des nerfs* dans les névralgies et autres conditions où cette opération sera jugée nécessaire; *les scarifications oblitératives des veines* dans le traitement des varices; *la section sous-muqueuse de certains rétrécissemens circulaires du rectum*; *la trachéotomie* lorsqu'elle ne devra être que momentanément utile; *l'extraction de certains corps étrangers* des articulations. Comme extension des applications de la seconde catégorie, je proposerai la *ponction sous-cutanée de certains abcès du foie*, des *kystes séreux de l'ovaire*, des *hydropisies du ventre*, des différentes espèces d'*empyème*, de *l'hydrocéphale chronique*, toutes opérations qui n'ont jamais été exécutées, que nous sachions, par la méthode sous-cutanée, mais que je crois pouvoir l'être avec les précautions et les procédés convenables. Si je subordonnais moins à l'intérêt de la science et de l'humanité l'intérêt du savant, j'attendrais, pour indiquer ces applications, que l'occasion se fût présentée de les réaliser; car je n'ignore pas qu'aux yeux du grand nombre, l'idée première d'une découverte, d'une invention, d'une opération, est loin d'avoir l'importance de sa mise à exécution, quoique, à vrai dire, il n'en dût peut-être pas être ainsi. Je sais, en outre, et l'expérience me l'a appris maintes fois, que les gens qui n'ont pas précisément une grande fécondité et une grande originalité d'idées sont assez disposés à taire ou à masquer l'origine de celles qu'ils empruntent; mais c'est là un inconvénient bien faible, en comparaison de l'avantage de concourir à un progrès de la science et de l'art, et de contribuer en quelque chose au soulagement des infirmités humaines. Cette satisfaction est trop réelle pour être retardée par la crainte d'en laisser une part à d'autres. Aussi me verra-t-on toujours, dans mes efforts pour l'accroissement de notre belle science, commencer mes publications par mes idées les plus générales, afin d'appeler immédiatement le plus grand nombre au bénéfice des applications, et de rendre aussitôt ces dernières profitables à l'humanité. Cependant, s'il est bien de se laisser dominer par un sentiment plus noble et plus grand que celui de l'intérêt particulier, peut-être sera-t-il permis à un auteur de prendre quelque soin de la propriété de ses idées, et de formuler nettement les caractères à l'aide desquels on pourra toujours en suivre la filiation, en reconnaître les transformations et les produits, à travers les enveloppes qui tendraient à les obscurcir ou les dénaturer. C'est ce que nous allons chercher à faire dans la dernière partie de ce travail.

§ V. — Caractères essentiels des applications de la méthode sous-cutanée.

Les deux catégories auxquelles nous avons rapporté toutes les applications de la méthode sous-cutanée, qui ont été réalisées jusqu'ici, peuvent servir pour celles qui seraient tentées ultérieurement. On ne sortira jamais des deux faits généraux qui leur servent de base; et quelles que soient les complications qui les entourent, on pourra toujours les reconnaître au même *but*, aux mêmes *moyens* et aux mêmes *résultats*. Précisons donc une dernière fois le but, les moyens et les résultats caractéristiques de la méthode sous-cutanée et toutes les applications qu'elle pourra suggérer.

Son *but*, c'est d'affranchir les tissus à diviser et les humeurs à évacuer du contact prolongé de l'air; ses moyens, c'est d'atteindre les tissus ou les humeurs à travers de simples piqûres de la peau, de manière à prévenir ce contact; ses résultats, c'est de procurer aux tissus divisés les avantages de l'organisation immédiate, et aux foyers vidés le bénéfice de l'adhésion immédiate, sans inflammation de leurs parois et sans altération des liquides qu'ils renferment. A l'aide de ces trois ordres de caractères, il sera toujours facile de distinguer les véritables émanations de la méthode sous-cutanée, des opérations qui n'auraient qu'une analogie grossière et empirique avec elle. A cette occasion, je suis obligé d'entrer dans quelques détails qui préviendront des rapprochemens vicieux pour le passé et de graves mécomptes pour l'avenir.

En effet, si l'on se contentait de juger les choses par quelques-unes de leurs apparences, et non par leur signification précise, essentielle, on pourrait confondre certaines opérations déjà exécutées avec celles que je propose comme des applications nouvelles de la méthode sous-cutanée. C'est ainsi, par exemple, qu'à l'égard des tumeurs synoviales ou des abcès par congestion il existait dans la science certains modes opératoires offrant quelque analogie avec ceux que j'emploie. On avait déjà tenté de vider ces tumeurs et ces abcès à l'aide d'une ponction à la peau. Mais qu'on remarque immédiatement que le caractère essentiel de ma méthode n'est pas seulement de procéder par de simples ponctions à la peau, ceci n'en constitue qu'une circonstance extérieure; mais elle procède par des ponctions qui ont pour but réfléchi et pour résultat certain de s'opposer à l'introduction de l'air et de prévenir les accidens qui naissent de son contact. Or, tels ne sont pas précisément les procédés employés précédemment: ils n'avaient ni ce but, ni ce moyen, ni ce résultat. Cela est si vrai, par exemple, pour les abcès par congestion, que les auteurs les plus récens et les praticiens les plus distingués du jour penchent encore pour une ouverture large de ces foyers purulens, conduits qu'ils sont à cette préférence par les accidens survenus un grand nombre de fois à la suite des ponctions cutanées. C'est que, sans doute, ces ponctions avaient été mal conçues et mal exécutées; c'est que les résultats n'avaient pas été heureux. Il y a donc une très grande différence entre ces opérations, dont quelques circonstances matérielles offrent une analogie purement extérieure avec les nôtres et celles qui constituent les vraies émanations de la méthode sous-cutanée. Cette différence, que nous pourrions nous borner à démontrer, comme nous venons de le faire par le résultat (insuccès presque constant d'un côté, et réussite sans interrup-

tion de l'autre) n'est pas moins facile à établir par ses motifs rationnels. On faisait la ponction *directe* des abcès par congestion; pourquoi? Pour obtenir l'oblitération immédiate du foyer purulent, et prévenir ainsi l'entrée et l'action de l'air? Mais plusieurs ponctions sont toujours nécessaires, et la ponction *directe* ne peut, dans aucun cas, s'opposer à l'entrée de l'air. Le foyer de l'abcès, lorsqu'il est vidé, offre un espace libre, qui tend incessamment à se remplir d'air au moyen d'une véritable succion exercée sur son orifice. De reste, l'action de l'air sur le foyer et sur le liquide qu'il renferme était loin d'avoir été convenablement définie. Or, en quoi diffère de ces essais empiriques, infructueux, l'application rationnelle de la méthode sous-cutanée? En ce qu'elle a pour but précis d'éviter l'action altérante de l'air sur le pus de l'abcès, et son action irritante ou inflammatoire sur l'intérieur de ses parois; en ce que j'emploie des moyens certains de remplir ce but, c'est-à-dire une ponction éloignée du foyer, qui prévient à coup sûr l'entrée de l'air; en ce que tous les abcès de ce genre auxquels j'ai appliqué ma méthode ont été graduellement vidés par des ponctions successives, sans qu'il soit résulté le moindre accident. Il existe, d'autres particularités opératoires propres à cette application, qui sont indispensables à son succès, et sans l'observation desquelles les ponctions éloignées du foyer ne réussiraient pas mieux que les ponctions directes. Mais ces particularités et quelques autres sont communes à toutes les applications de la seconde catégorie; je les ferai connaître dans un mémoire à part, où je traiterai des moyens d'assurer le succès constant de la méthode sous-cutanée et des principes qui doivent servir de base à ses divers procédés.

Telle est la méthode sous-cutanée, envisagée à son point de vue le plus général et considérée dans les caractères les plus essentiels de ses applications. Si maintenant on comparait la formule sous laquelle nous venons de résumer ces caractères aux premières applications du procédé sous-cutané à la ténotomie, on serait convaincu de nouveau que ces tentatives empiriques spéciales n'avaient pas plus la signification rationnelle d'une *méthode spéciale constituée*, que les tentatives d'applications générales n'avaient elles-mêmes la signification rationnelle de la *méthode générale*. En effet, les ténotomistes, qui ont amené le procédé au degré de développement où nous l'avons trouvé, n'avaient sciemment ni le but, ni les moyens, ni les résultats que nous avons dit caractériser la méthode; c'est-à-dire qu'ils ne visaient pas à éviter l'inflammation et à lui substituer l'organisation immédiate des tissus; c'est-à-dire qu'ils ne cherchaient pas dans leurs procédés les moyens certains de réaliser un but qu'ils n'avaient pas; c'est-à-dire, enfin, qu'ils ne réalisaient pas ce but d'une manière constante et certaine, puisque tous ont vu fréquemment la suppuration survenir à la suite de leurs opérations. Je sais bien que, pour échapper à cette conclusion forcée, plusieurs de ceux qui cherchent aujourd'hui à appliquer la méthode sous-cutanée dans toute la rigueur de ses principes et avec la conscience de sa vraie signification, allèguent les insuccès qu'ils ne peuvent éviter; et cette variation dans leurs résultats leur donne le prétexte d'infirmer la constance de ceux que je dis obtenir, et ils remettent en doute pour cette raison la certitude des bases de la méthode. Je pourrais me borner à demander aux incrédules de citer un seul fait où la suppuration se soit montrée à la suite d'une de mes opérations sous-cutanées. Cependant je compte plus de deux mille opérations de ce genre, et j'en ai exécuté publiquement plus de cinq cents depuis mon installation à l'Hôpital des Enfans. Mais, ainsi que je l'ai dit plusieurs fois dans le cours ce mémoire, je ne me retranche pas derrière cette argumentation de faits; une circonstance exceptionnelle, quoique rationnellement prévue par la méthode, pourrait l'annihiler aux yeux de la masse. J'ai d'autres moyens à ma disposition. Je crois être en mesure de montrer bientôt que la variation des résultats qu'on m'oppose, et l'uniformité de ceux que j'obtiens, ont également leur raison dans l'ignorance et la connaissance de certaines conditions essentielles, indispensables au succès de la méthode.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS.

I. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTPELLIER.

Les cahiers de novembre et de décembre 1840 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Recherches sur les fissures congénitales des lèvres, ou des variétés et des causes du bec-de-lièvre* ; par M. Bouisson. 2° *Consultation sur un cas d'hermaphrodisme* ; par M. Justin Benoît. 3° *Kyste scrofuleux* ; par M. Lalaurie. 4° *Observation singulière de lactation* ; par M. Audebert.

RECHERCHES SUR LES FISSURES CONGÉNITALES DES LÈVRES, OU DES VARIÉTÉS ET DES CAUSES DU BEC-DE-LIÈVRE ; par M. BOUISSON.

L'auteur de ce mémoire a trouvé dans les fœtus monstrueux qui enrichissent le musée anatomique de Strasbourg un assez grand nombre de ces individus porteurs de toutes les variétés des becs-de-lièvre. La description de toutes ces variétés et l'étiologie générale de cette difformité forment la base de son travail.

Après un aperçu historique du bec-de-lièvre, l'auteur le divise en fissure simple, fissure complexe.

La fissure labiale simple peut exister sur la lèvre supérieure et sur l'inférieure, où elle est beaucoup plus rare. La fissure de la lèvre supérieure peut diviser cette dernière sur la saillie latérale, ou, ce qui est plus rare, exactement sur la ligne médiane. Cette dernière variété, niée par plusieurs auteurs, et que M. Blaudin a déjà vue, est authentiquement établie par le témoignage de Nicati, et aussi d'après l'observation de M. Bouisson. Il a vu, sur un sujet âgé de quelques mois, dont le tronc était bien développé et les membres inférieurs fort brefs, quoique complets, un bec-de-lièvre qui séparait la lèvre supérieure exactement sur la ligne médiane. La lèvre n'est fendue dans toute son épaisseur que vers son bord libre. En haut, il existe un profond sillon creusé sur la face cutanée. Enfin, avec M. Laroche, M. Bouisson signale une autre variété de bec-de-lièvre siégeant en dehors des ailes du nez. M. Laroche appelle cette difformité *fissure congéniale des joues*, difformité qui d'ailleurs n'existe jamais seule.

Malgré l'opinion bien arrêtée de M. Cruveilhier sur l'impossibilité de la fissure de la lèvre inférieure, M. Bouisson rappelle tous les observateurs qui en ont signalé des exemples. Ainsi. Nicati, Béclard, M. Couronné, de Rouen, avaient vu chacun un bec-de-lièvre de cette sorte. Nicati même avait dit que la fente ne divisait point toute la hauteur de la lèvre. Sur un fœtus à terme et parfaitement conservé d'ailleurs, M. Bouisson a observé une division en tout semblable de la lèvre inférieure, et nous pouvons ajouter avoir également observé la même variété de fente labiale, mais sur un fœtus beaucoup plus jeune. Contrairement à ce qui se voit sur la lèvre supérieure, la scissure occupe toujours la ligne médiane; mais il paraît que jamais elle n'atteint toute la hauteur de la lèvre, ce que l'auteur attribue à l'absence d'ouverture vers son bord adhérent. Ces différentes variétés peuvent être complètes ou incomplètes, s'arrêter à une certaine hauteur de la lèvre, ou à une certaine partie de son épaisseur.

La fissure labiale complexe ou multiple n'occupe jamais que la lèvre supérieure, et presque toujours elle est accompagnée de disjonction plus ou moins considérable des os. L'auteur étudie tour à tour les différentes variétés de fissure complexe et de séparation des os voisins; il établit, avec beaucoup d'autres anatomistes, que les os incisifs forment le tubercule médian qui soutient le bouton charnu et cutané des becs-de-lièvre latéraux doubles. A Paris, et récemment, on a nié l'existence des os incisifs chez l'homme, et c'est une chose faite pour surprendre, quand tant d'auteurs les ont vus, et quand il est si facile de les voir. M. Bouisson possède une tête de fœtus de trois mois et demi environ, sur laquelle ils sont manifestes. Plusieurs fois nous les avons vus nous-mêmes et étudiés. Une fois, entre autres, sur un fœtus de trois mois et demi à quatre mois, ils se sont d'eux-mêmes déposés par la macération, et il était facile de leur reconnaître deux parties distinctes, dont l'une palatine et l'autre faciale. Dans le bec-de-lièvre, les os, suivant l'auteur, s'atrophient, changent de direction, de forme le nombre et la direction de ses alvéoles varient et s'éloignent plus ou moins du type normal.

A un degré plus avancé de la difformité, la lèvre manque, soit entièrement, soit partiellement, ce qui constitue l'*achélie* et l'*atéo-chélie*. Le plus souvent ces imperfections coïncident avec d'autres monstruosités il peut cependant arriver qu'elles soient les seules observées chez le même individu.

Dans un prochain travail, M. Bouisson traitera l'étiologie du bec-de-lièvre.

CONSULTATION SUR UN CAS D'HERMAPHRODISME ; par M. JULES BENOIT.

Obs. — Le 24 août 1840, ce médecin fut consulté par Marie B..., âgée de 27 ans et inscrite comme fille sur les registres de l'état-civil d'une des villes du département du Tarn. Marie B... avait vécu jusqu'à cet âge au milieu des habitudes ordinaires des femmes dont elle portait les habits. Recherchée une première fois en mariage à l'âge de 21 ans, Marie B..., qui, dès l'âge de 14 ans, s'était aperçue de la singulière conformation de ses organes génitaux, s'adressa à un médecin; celui-ci, après examen, déclara qu'une opération fort simple la rendrait

apte au mariage; il entreprit au moment même cette opération qui avait pour but, disait-il, de rétablir l'ouverture du vagin. Une incision fut faite, et le docteur ne trouvant point ce qu'il cherchait, abandonna Marie. Quelque temps avant l'époque où elle vint se confier au docteur Benoit, elle avait inspiré de l'amour à un jeune ouvrier et en conçut elle-même pour lui. Après avoir cherché à éloigner ce jeune homme, elle finit par lui avouer son état, ce qui n'empêcha point ce dernier de persister dans sa résolution. Alors Marie B. se rendit à Montpellier et consulta le docteur Benoit auquel elle posa les trois questions suivantes : 1° quel est mon sexe? 2° Suis-je en état de contracter mariage? 3° Y a-t-il indication à pratiquer chez moi quelque opération chirurgicale.

Dans les renseignemens qu'elle fournit à cette époque, elle apprit que sa mère, de douze enfans, n'avait sauvé qu'elle, les onze autres étaient tous venus avant terme. Jusqu'à 14 ans, elle était restée dans l'ignorance complète de la singularité de sa conformation. Vers cet âge, elle resta langoureuse, souffrante, le sang lui portait à la tête, et provoquait de fréquens étourdissemens. A peu près en même temps, elle vit, dans la région inguinale droite, naître une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, très douloureuse, qui disparut quelques jours après. Elle n'a jamais été sujette à aucune perte sanguine. Le médecin auquel Marie confiait tous ces détails se livra à un examen minutieux des caractères physiques généraux, et de ses penchans moraux, et des organes génito-urinaires de la jeune consultante. Bornons-nous à une analyse des particularités qui ont affecté les organes génito-urinaires. Dessous le mont de Vénus, semblable à celui de la femme, est une fente terminée de chaque côté par deux lèvres flasques, ridées et garnies de poils et s'étendant en arrière jusqu'à 3 centimètres de l'anus. Cette fente a 2 centimètres de profondeur. La commissure supérieure de cette fente se détache en corps semblable à un membre viril de petite dimension. On y reconnaît deux corps caverneux, un prépuce, un gland et un rudiment de corps spongieux, sans ouverture. Au dire de Marie, ce corps, susceptible d'érection, prend 7 centimètres de longueur. A la racine de cet organe et à sa face inférieure est une ouverture qui n'est autre que l'urètre formant hypospadias. Cette ouverture, distante de 8 centimètres de l'anus, conduit à la vessie par un canal de 8 centimètres de long; le canal est courbe, comme chez l'homme. La sonde étant dans la vessie, si on porte un doigt dans le rectum, on sent une mince cloison entre les deux cavités. On ne sent point même de trace de prostate; enfin de chaque côté du pubis, on trouve dans la région inguinale un petit corps rond, mobile, et sensible à la pression. Marie B..., qui est souvent tourmentée par des idées lascives, s'est plusieurs fois livrée à la masturbation ; cet acte était suivi de l'éjaculation de quelques gouttes d'un liquide clair et terne, qui n'offrait aucune des qualités du sperme.

De cet ensemble de caractères, M. Benoit a conclu : 1° que Marie B... était un homme; 2° qu'il était impropre au mariage; 3° qu'il n'y avait lieu à pratiquer sur lui aucune opération.

OBSERVATION SINGULIÈRE DE LACTATION; par M. AUDEBERT.

Madame Angélie Chauffaille, âgée de 62 ans, demeurant à Queysoix (Corrèze), se chargea du soin d'allaiter artificiellement sa petite-fille, et pour l'amuser, lui présentait de temps à autre le bout des seins. Quelle ne fut pas sa surprise, quand tout à coup ses deux seins se gorgèrent d'un lait qui parut bon, sain et nourrissant! Elle se fit alors nourrice de sa petite fille que la mère avait été forcée d'abandonner, et ne l'abandonna elle-même qu'après un an de lactation. Après deux mois de sevrage, la sécrétion du lait n'avait point entièrement cessé. A cette époque la fille de madame Chauffaille, mère de nouveau, voit son lait se tarir, et de nouveau l'aïeule devient nourrice. Quand la sécrétion du lait s'est établie chez madame Angélie Chauffaille, sa dernière couche datait de 27 ans. La mère de cette dame a eu douze enfans qui tous ont dépassé 63 ans, et elle a eu son dernier enfant qui était bien portant, à 63 ans.

II. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les cahiers des mois d'octobre, novembre, décembre 1840 et janvier 1841 contiennent : 1° *Observation pour servir à l'histoire de la duodénite aiguë*; par M. Lanelongue. 2° *Résumé statistique des maladies observées dans les salles de cliniques internes*; par M. Hirigoyen. 3° *Nécrose du tibia, enlèvement du sequestre, guérison*; par M. Lafargue. 4° *Symptômes d'empoisonnement par l'emploi de 5 centigrammes d'acétate de morphine, par la méthode endermique*; par M. Dupont. 5° *Constitution médicale*; par M. Burguet. 6° *Observation de grossesse prise pour une grossesse ovarique ou lombaire*. 7° *Observation de rétrécissement du canal rachidien par un exostose de l'apophyse odontoïde; mort*; par M. Pereyra. 8° *Fracture du crâne chez un enfant de quatre ans; symptômes d'épanchement une heure avant la mort*; par M. Dubreuilh. 9° *Imperforation de l'anus, absence du rectum; colon placé sur la ligne médiane, et s'ouvrant au sommet de la vessie*; par le même.

SYMPTÔMES D'EMPOISONNEMENT A LA SUITE DE L'EMPLOI DE CINQ CENTIGRAMMES D'ACÉTATE DE MORPHINE PAR LA MÉTHODE ENDERMIQUE; par le docteur DUPONT.

Les observations analogues à la suivante ne sont pas très rares; cependant il est utile de les rappeler à l'attention des hommes de l'art, afin de les avertir de ce qu'ils ont à craindre dans quelques circonstances et de prévenir les soupçons auxquels des accidens imprévus pourraient quelquefois donner lieu.

OBS.—Mad. C., âgée de 25 ans, d'une constitution lymphatique, souffrant depuis plusieurs mois d'une affection du cœur, ressentait depuis une quinzaine de jours une très forte douleur sur les bords d'une des dernières côtes droites. Plusieurs moyens ayant été employés inutilement, on prescrit l'application d'un très petit vésicatoire, qui devait être saupoudré de cinq centigrammes d'acétate de morphine. Au bout de 20 minutes, la malade sentit sa vue se troubler, puis elle éprouva des vomissemens et du délire. Tout-à-coup, elle s'écrie : « Je suis empoisonnée; ôtez-moi cet emplâtre. » Ce qu'on s'empressa de faire. Il était neuf heures du soir. Quelques instans après, voici l'état dans lequel elle se trouvait. Les yeux étaient abattus, les pupilles dilatées, les extrémités supérieures et inférieures dans le relâchement; elle avait de continuelles vomituritions blanchâtres, le pouls extrêmement faible, la face pâle et un léger délire. Des cataplasmes sinapisés, des boissons vinaigrées, une potion éthérée lui furent d'abord prescrits. Les vomissemens persistant toujours, on fait prendre à cette dame une cuillerée à bouche, de quart-d'heure en quart-d'heure, d'une décoction de noix de galle, et dans les intervalles de l'eau gommée froide. Mais à peine les liquides étaient arrivés dans l'estomac qu'ils étaient expulsés par des vomissemens, qui se reproduisaient toutes les trois ou quatre minutes. Vers une heure, le pouls devint extrêmement faible, presque insensible, la face recouverte d'une légère sueur ; la voix était presque éteinte, la respiration pénible, stertoreuse et interceptée. Alors on eut recours à une infusion de café, alternée avec de l'eau sucrée, à petites doses, et toujours à froid. Les résultats furent les mêmes, les vomissemens continuèrent avec la même intensité. Vers deux heures, on administre la potion antivomitive de Rivière, qui est prise en deux fois. A la première dose, il y eut une suspension de 20 minutes; à la seconde, les accidens cessèrent complétement, excepté vers les neuf heures du matin, qu'ils se représentèrent une dernière fois, après que la malade eut bu une tasse de lait dans la journée. Il lui resta une légère incohérence dans les idées, et le lendemain, il n'existait aucune trace des accidens de la veille.

Cette observation pourrait être féconde en enseignemens pratiques. Tout en reconnaissant, avec l'auteur, que la gravité des accidens a dépendu surtout d'une idiosyncrasie particulière, cependant on ne peut nier que la dose de cinq centigrammes d'acétate de morphine ne fût trop considérable. Quand on emploie ce médicament énergique par la méthode endermique, et pour la première fois, chez un sujet, on ne doit jamais commencer par une dose aussi élevée. Déjà même cette dose, administrée à l'intérieur, serait beaucoup trop forte pour la première fois; combien, à plus forte raison, doit-elle l'être plus encore par la méthode endermique, par laquelle l'absorption se fait avec une si grande activité! Quant à l'action subite de la potion de Rivière, elle n'a pu être l'effet d'aucune propriété spécifique contre le médicament narcotique, mais elle a été un résultat du calme opéré sur l'estomac. Les vomissemens n'étaient plus à la fin le produit de l'empoisonnement, ils n'étaient que l'effet de vomissemens qui tendaient toujours à se reproduire, comme on le voit dans tant d'autres occasions, et indépendamment de la cause qui les avait suscités primitivement.

OBSERVATION D'UN RÉTRÉCISSEMENT DU CANAL RACHIDIEN, OCCASIONNÉ PAR UNE EXOSTOSE DE L'APOPHYSE ODONTOÏDE; MORT; par le docteur PEREYRA.

Le fait suivant offre assez d'intérêt et par la rareté des cas analogues et par les phénomènes observés pendant la vie, pour que nous croyions devoir le reproduire ici, ainsi que quelques-unes des judicieuses réflexions qu'il a inspirées à l'auteur.

OBS. — Delville, âgé de 44 ans, marin, entre à l'hôpital le 25 septembre 1840. Il est grand, fort, bien constitué, et rapporte que depuis six mois, il éprouve des douleurs atroces dans la partie postérieure du col et de la tête. Lorsqu'il marche tout semble tourner; il ne peut que difficilement se tenir debout, et se plaint de sentir les bras et les jambes comme endormis, et des fourmillemens assez forts, comme lorsqu'un nerf a été comprimé, existent parfois dans les mêmes parties:

Il a le teint jaune paille, le pouls est mou et petit, il ne mange presque rien, vomissant tout ce qu'il prend. Les douleurs sont insupportables la nuit; aussi n'a-t-il pu avoir de sommeil depuis longtemps. Quand on le fait marcher on reconnaît qu'il fait un pas en avant, puis deux en arrière, et que c'est en arrière qu'il se laisse tomber. Ce malade ne parlant qu'allemand, on a de la peine à obtenir de lui des renseignemens satisfaisans; il assure pourtant qu'il n'a jamais eu de maladie vénérienne et n'attribue sa maladie qu'à une cabane trop petite pour lui dans laquelle il était couché depuis quelque temps. Un seton appliqué à la nuque, les dérivatifs sur le tube digestif, et quelques toniques ne l'empêchèrent pas de succomber après quatre jours d'un délire constant et tranquille, le 10 septembre.

AUTOPSIE. — Os du crâne extrêmement friables; cerveau petit, ne remplissant pas le crâne, très pâle, extrêmement ferme, décoloré, presque exsangue; aucune

lésion appréciable; ainsi que dans le cervelet, la moelle allongée, etc.; mais après le tron occipital, la moelle épinière se trouvait comprimée par un resserrement inaccoutumé, occasionné par une saillie considérable que faisait l'apophyse odontoïde; elle était au moins double de ce qu'elle est ordinairement et c'est surtout par son côté postérieur que l'épaisseur était plus prononcée. Le reste du canal et la moelle épinière ne présentent rien de remarquable.

L'ensemble des symptômes qu'a offerts ce sujet semblent annoncer plutôt l'existence d'une compression sur la moelle allongée et surtout sur le cervelet que sur la moelle épinière, et pour qui n'aurait tenu compte que du teint de cet homme, de l'expression de ses yeux, des étourdissemens qu'il éprouvait, de sa propension à reculer quand il voulait avancer, l'existence d'une tumeur squirrheuse développée dans le cervelet, était, dans l'ordre des idées assez généralement admises aujourd'hui, l'hypothèse la plus probable. Quant à l'origine de cette exostose, il serait difficile de rien décider, car elle pouvait dépendre du vice siphylitique ou de la flexion forcée que ce matelot donnait à sa tête lorsqu'il était couché dans un cadre trop court pour lui.

FRACTURE DU CRANE CHEZ UN ENFANT DE 4 ANS; SYMPTOMES D'ÉPANCHEMENT UNE HEURE AVANT LA MORT; par M. DUBREUIH.

OBS. — A. F..., âgé de 4 ans, fut frappé à la tête par une bûche de bois de chêne, venant d'une assez grande hauteur. On assura que l'enfant aussitôt le coup reçu se mit à courir, mais fut bientôt recueilli. Sur le côté droit du front, on vit une plaie assez étendue de laquelle s'échappait du sang; l'oreille droite laissait écouler du sang d'abord, puis bientôt de la sérosité claire et limpide qui baignait le conduit auditif, et remplissait la conque. Quand arriva le chirurgien, l'enfant était debout et vomissait; il n'accusait aucune douleur de tête, mais répondait seulement aux questions qu'on lui adressait, qu'il souffrait des dents et du ventre; il était abattu. La plaie du front était large, mais on ne sentait ni dénudation, ni dépression. (3 sangsues sur l'apophyse mastoide, compresse d'eau froide sur la tête, sinapismes.) Le soir le petit malade était plongé dans un assoupissement peu profond; il vomissait très fréquemment; point de douleurs; pupilles médiocrement dilatées et point de photophobie; par l'oreille s'échappe toujours de la sérosité. Le lendemain, l'oreille fournissait encore de la sérosité. L'enfant est comme la veille, il n'accuse point de douleur, il parle et se met sur son séant. (Laxatifs, compresses sus-dites.) Le troisième jour les vomissemens continuèrent de même que l'écoulement de sérosité. La paupière inférieure de l'œil droit est légèrement tuméfiée. L'enfant parle, la nuit a été calme; vers le milieu du jour l'enfant fut pris de convulsions soit des deux côtés, soit alternant d'un côté à l'autre. Dans la soirée l'enfant succomba.

NÉCROPSIE. — Dans le fond de la plaie du frontal existe une légère dépression d'où part une fêlure qui, se dirigeant en bas et en arrière, va se perdre dans le trou de la déchirure antérieure; la boîte osseuse enlevée, on trouve la dure-mère décollée des os dans tout le côté droit, par des caillots de sang assez nombreux. Point de traces d'inflammation dans les meninges. Les ventricules latéraux contiennent de 30 à 40 grammes de sérosité. Le rocher est divisé en deux par une fracture antéro-postérieure qui se termine en arrière dans la région mastoïdienne.

Cette observation, très intéressante à cause de l'âge du sujet, l'est aussi à d'autres égards. M. Dubreuilh fait, avec raison, observer qu'ici la présence des sutures n'a en rien empêché la fracture sur des os éloignés du lieu où a été portée la violence. L'écoulement si abondant de sérosité par l'oreille droite est un autre phénomène sur lequel l'attention a été, depuis peu, rappelée par M. Langier, qui l'attribue au liquide de cotugno; la quantité du liquide écoulé pendant deux jours passés semble éloigner cette idée; mais il faut avouer que jusqu'à présent, en lui assignant pour origine la sérosité intra-crânienne, on n'a jamais, dans les observations, trouvé la déchirure qui lui aurait livré passage. Reste une autre explication, celle qui fait venir cette sérosité du sang épanché entre la dure-mère et les os du crâne. Cette observation est encore une preuve de la grande difficulté du diagnostic des épanchemens traumatiques de l'intérieur du crâne. On voit tout le côté droit de la dure-mère décollé et refoulé par un épanchement sanguin, sans aucun symptôme de cet épanchement, sauf un peu d'assoupissement. Point de paralysie complète ou incomplète dans le côté gauche du corps; l'enfant parle et se met sur son séant; puis, le troisième jour, violentes convulsions qui amènent la mort en quelques heures.

Nous ne pouvons être de l'avis de M. Dubreuilh quand il considère ces convulsions comme un signe d'épanchement. Les convulsions après les épanchemens sont très rares, et M. Sanson, qui s'est occupé de ce sujet, n'y a vu que trois fois une espèce d'agitation, et encore cette agitation n'est-elle pas comparable aux convulsions violentes qui ont été observées sur notre petit malade.

IMPERFORATION DE L'ANUS; ABSENCE DE RECTUM; COLON PLACÉ SUR LA LIGNE MÉDIANE ET S'OUVRANT AU SOMMET DE LA VESSIE; par le même.

L'observation recueillie par M. Dubreuilh montre combien eût été vaine toute tentative d'anus contre-nature chez l'enfant qui en fait le sujet. On verra, en effet, que la position du gros intestin était telle, qu'on ne pouvait espérer la trouver qu'en ouvrant le ventre sur la ligne médiane. Les détails dont est accompagné ce fait le rendent des plus intéressans. Nous nous demandons si, dans des cas pareils, le cathétérisme ne pourrait pas éclairer le diagnostic.

OBS. — Le 9 février, M. Dubreuilh fut appelé près d'une dame primipare, qui accoucha d'un enfant de sept mois et demi. Cet enfant portait un phimosis et point d'anus. Il avala bien une cuillerée d'eau sucrée.

Le 10 février, il n'avait point uriné; le ventre était tuméfié; il y avait eu quelques vomissemens verdâtres, et aucune trace de méconium. Le soir, il s'échappa de l'urètre quelques gouttes d'un liquide lactescent. Le périnée offrait dans le lieu que doit occuper l'anus un point mou et comme fluctuant. La position de l'enfant devenant critique, on fit une consultation, dans laquelle on se décida, avant de pratiquer l'anus contre nature, suivant la méthode de Littre, à tenter une ponction du périnée sur le lieu dont nous venons de parler, et qui simulait l'accumulation d'une certaine quantité de méconium.

Le 11, avec un bistouri étroit, on incisa couche par couche, jusqu'à une profondeur de 6 millimètres; puis, après une exploration, à 6 millimètres plus haut. Avec le stylet, on explora le fond de la plaie, et on trouva partout de la résistance, il n'y eut aucun écoulement de matière solide ou liquide. On s'arrêta là. Le soir, il s'écoula par l'urètre une urine abondante et claire, et le 12 au matin, le prépuce était couvert d'une matière verte, qu'on reconnut pour du méconium. C'en fut assez pour prouver l'abouchement du gros intestin dans la vessie; mais quel était le siége de cet abouchement? Une petite mèche avait été placée dans la région anale; quand on l'enleva, quelques bulles de gaz s'échappèrent par la plaie, et firent espérer que le rectum avait été atteint. La mèche fut remplacée par de l'éponge préparée qui devait dilater cette ouverture.

Les jours suivans, l'enfant vomissait souvent, son ventre était ballonné. Quelquefois le ballonnement diminuait; l'urine était claire et limpide, mais chaque jour il sortait par l'urètre une certaine quantité de méconiom.

La famille du petit malade ne se soucia point de l'opération de l'anus contre-nature, à laquelle les médecins eux-mêmes étaient peu décidés, et ils perdirent bientôt l'espoir d'être arrivés au rectum par le périnée, parce qu'il ne s'échappait de la plaie aucune matière solide ou liquide. Ils attribuèrent les gaz qui s'en étaient échappés à l'air qui avait pénétré dans la plaie.

Dans les quatre derniers jours, les vomissemens augmentèrent; le ventre, sillonné de veines bleues, se ballonna beaucoup plus, et l'enfant périt le 19 février, ayant vécu dix jours.

NÉCROPSIE. Abdomen distendu; 60 grammes de sérosité dans les intestins. Le péritoine, les épiploons, les circonvolutions intestinales sont rouges. Ces dernières adhèrent les unes aux autres par des pseudo-membranes. En parcourant le gros intestin pour arriver au rectum et à l'S iliaque, on ne les trouve point dans leur position normale. Le rectum manque entièrement, et le colon, suivant exactement la ligne blanche, vient s'implanter au sommet de la vessie. Cette poche est du volume d'un gros œuf de poule. Un stylet introduit par le méat urinaire pénètre facilement dans sa cavité et dans le colon, dont l'ouverture dans la vessie a 12 millimètres de diamètre. En vain M. Dubreuilh a cherché les uretères; l'urètre est normal; la vessie est pleine de matières fécales jaunes; la muqueuse est d'un rouge brun; les parois de la vessie avaient 2 millimètres d'épaisseur; les parois du colon, depuis le sommet de la vessie jusqu'à 27 millimètres au-dessus, étaient minces et transparentes; au-dessus, elles étaient épaisses.

Le stylet introduit dans la plaie faite au perinée arrivait à une profondeur de 14 centimètres, et le bistouri avait seulement divisé une substance cellulo-fibreuse.

OBSERVATIONS DE MORT PRESQUE SUBITE DÉPENDANT DE LA COMPRESSION EXERCÉE SUR LA MASSE DES INTESTINS GRÊLES, PAR LE DÉVELOPPEMENT DES GROS INTESTINS ET DE L'ESTOMAC; par le docteur PEREYRA.

Deux faits seulement sont rapportés dans cette communication comme exemples de la maladie qui en fait le sujet et qui, si les conclusions de l'auteur sont exactes, a été jusqu'ici à peu près entièrement méconnue. Nous allons reproduire ces faits seulement ce qui a rapport à cette altération. « Le sujet du premier était un individu convalescent, dit l'auteur, d'une fièvre typhoïde, qui, sans cause connue, un soir, se réveille, se lève en criant, urine au milieu de la salle, revient dans son lit, se couche à plat ventre et meurt. A l'autopsie, on trouve le cœcum et le colon distendus, occupant toute la partie antérieure de l'abdomen et repoussant en haut et en arrière l'estomac et les intestins grêles qui sont aplatis; le premier contre le diaphragme; les seconds contre la colonne vertébrale. »

« Le sujet du second était également un convalescent de fièvre typhoïde qui mourut après avoir été pris subitement de tous les symptômes du choléra-morbus asiatique et au bout d'une heure seulement. Cet homme était d'une voracité extraordinaire. A l'autopsie, on trouve l'estomac occupant toute la face antérieure de l'abdomen. Le duodénum, les intestins grêles et gros se trouvent contenus, rétrécis, comprimés par l'estomac qui est rempli d'une quantité extraordinaire de bol alimentaire. »

L'auteur attribue, dans ces deux observations, la cause de la mort à une espèce d'étranglement des intestins grêles qui étaient presque teints en noir et qui étaient tellement serrés qu'il était impossible qu'aucun gaz pût même y circuler dans leur intérieur.

Ces deux faits sont remarquables, non seulement par la mort subite qui constitue la maladie et qui peut en effet avoir été produite par la cause à laquelle l'attribue M. Pereyra, mais encore sous un autre point de vue que signale aussi l'auteur: c'est que chez ces deux sujets on n'a pu trouver de traces des glandes de Peyer ou de Brunner. « J'ai constaté, dit l'auteur, sur ces deux malades ce que je constate le plus souvent dans les autopsies de ceux qui ont succombé à la fièvre typhoïde, l'absence des plaques de Peyer et des glandes de Brunner. Quoique les symptômes observés dans notre pays se rapprochent beaucoup de ceux observés à Paris; quoique la marche de la maladie soit à peu près identique, les lésions organiques sont bien différentes. Les cas où l'on observe à Paris l'absence des glandes de Peyer sont les exceptions, ainsi que j'ai pu m'en assurer par moi-même, et à Bordeaux les cas où elles paraissent peuvent être considérés comme des exceptions. »

ATTAQUES D'ÉPILEPSIE SOUS L'INFLUENCE D'UN RETARD DANS LA MENSTRUATION; BRULURE TRÈS GRAVE DANS UN ACCÈS SUR PLUSIEURS POINTS ET SURTOUT SUR LA MAMELLE GAUCHE; CICATRISATION DES PLAIES ET CONSERVATION DES PARTIES; GUÉRISON DE L'ÉPILEPSIE; par le docteur EBERS.

On a déjà recueilli un nombre de faits assez considérable dans lesquels des affections très graves du cerveau, des cas d'aliénation mentale ou d'épilepsie qui souvent avaient résisté à tous les moyens les plus énergiques, ont disparu à la suite d'accidens d'une gravité extrême et qui avaient compromis l'existence du malade. Le fait rapporté par le docteur Ebers est un nouveau cas de ce genre; le sujet était une fille d'une constitution assez robuste qui arrivée à l'époque de la puberté n'avait pas été réglée et était devenue sujette à des atteintes cataleptiques alternant avec des accès épileptiformes véhémens; un de ces accès la surprit le jour de Pâques 1836, pendant qu'elle se chauffait seule devant la cheminée, elle tomba sur le feu, et n'en fut retirée encore insensible qu'après que des brûlures profondes avaient été faites à la face dorsale de l'avant-bras et de toute la main ainsi qu'à la partie latérale gauche du cou et à la moitié du sein du même côté. Quand elle reprit ses sens, elle n'accusa aucune douleur, mais les brûlures étaient profondes, des accidens graves eurent lieu, les os de l'avant-bras et de la main furent mis à nu; cependant la malade guérit promptement, une bonne et solide cicatrisation s'établit sur toutes les parties et, ce qui n'est pas moins heureux, les accès d'épilepsie disparurent tout à fait.

L'auteur se demande avec raison si la disparition de ces accidens doit être attribuée à la dérivation très puissante qu'a produite une brûlure aussi étendue, ou bien à l'influence sympathique du sein enflammé sur les fonctions de la matrice; il penche surtout vers cette dernière explication. L'épilepsie, en effet, s'était développée chez cette fille à l'âge de la puberté, pendant que la matrice restait dans un état d'inaction et de torpeur; mais les menstrues ayant commencé à couler en abondance pendant le cours de la brûlure, ne peut-on pas, dit-il, attribuer ce rétablissement de l'équilibre dans l'organisme à l'influence sympathique de l'irritation du sein sur l'utérus, et consécutivement sur les causes de l'épilepsie? Ce cas offre donc un double intérêt et sous le point de vue de la cessation des accès épileptiformes et sous celui de la sympathie entre les mamelles et l'utérus.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA MAISON CENTRALE D'EYSSE (extraites du rapport annuel médical, pour 1840); par M. LABOURDÉE, médecin de cette maison.

Ce travail est du petit nombre de ceux que nous voudrions voir se multiplier, car il tend à éclairer une des questions les plus importantes de notre époque et se rattache à l'une des plaies les plus hideuses et les plus malfaisantes de l'état social actuel. Chacun sait que malgré la grande amélioration apportée depuis quelques années dans le régime sanitaire des prisons, on ne peut mettre en rapport les maladies des détenus avec celles des hommes libres. Pour les maladies chroniques même, on ne trouverait leurs analogues que dans la classe la plus indigente et chez les vieillards qui appartiennent à cette classe, et encore, le rapprochement serait en faveur des individus libres sur les prisonniers.

L'auteur, médecin de la maison centrale d'Eysse et de l'hôpital de Villeneuve, a été à même de comparer les maladies dans ces deux établissemens et a toujours observé que les affections du même genre avaient un caractère plus grave, des chances de rétablissement moins favorables et des suites plus souvent funestes chez les détenus. Puis, il prend pour exemple la phtisie pulmonaire dont les causes sont les mêmes dans les deux conditions de détention et de liberté; ce sont toujours des catarrhes et des hémoptysies qui ont précédé et qui finissent à la longue par développer le germe de la phthisie; mais le catarrhe est pour ainsi dire permanent dans la prison. « Une fois sujet à cette affection, après guérison obtenue par les soins de l'infirmerie, on est exposé de nouveau aux causes qui l'ont déjà produit; la rechute vient, on rentre à l'hospice, on en sort encore et ce mouvement de *va-et-vient* continue jusqu'à ce que la phtysie déclarée oblige le malade à ne plus sortir de l'infirmerie. »

Les maladies de la prison en 1840 ont plus souvent présenté le caractère chronique que dans les années antérieures, ce que l'auteur attribue au changement apporté depuis le mois d'août 1839 dans le régime alimentaire, par la suppression de la cantine qui permettait aux prisonniers de se procurer de la viande et du vin, par la mauvaise qualité cette année des pommes de terre qui forment la base de la nourriture des détenus. Un inconvénient grave de cette alimentation et qui exerce une bien funeste influence sur la santé des détenus, c'est que la pomme de terre est donnée simplement bouillie et sans sel; le cahier des charges ne fait pas mention de sel et le fournisseur s'en tient à la lettre.

TABLEAU DE LA POPULATION DE LA MAISON CENTRALE D'EYSES ET DE L'INFIRMERIE PENDANT 11 ANNÉES, ET DONNANT LA PROPORTION DES DÉCÈS ET DES MALADES.

Années.	Population de la maison.	Population de l'infirmerie.	Nombre de décès.
1830	1,529	1,028	103
1831	1,593	1,169	104
1832	1,576	908	80
1833	1,661	995	107
1834	1,558	967	135
1835	1,629	1,101	118
1836	1,706	1,225	156
1837	1,783	1,136	140
1838	1,800	937	107
1839	1,748	1,174	110
1840	1,923	1,390	153

Voici quelques documens sur les 153 morts de 1840. et qui ne manquent pas de quelque intérêt.

Phthisie pulmonaire..........	81
Hydrothorax..................	3
Catarrhe pulmonaire..........	1
Pneumonie aigue..............	4
Catarrhe suffocant...........	2
Scorbut......................	2
Diarrhée chronique...........	13
Epuisement de forces.........	20
Maladies non indiquées.......	37

Sur ce nombre de morts, 91 ont donc été causées par des affections thoraciques, sans comprendre celles, parmi les 37, dont la cause n'a pas été indiquée, qui ont été amenées par quelque maladie du même appareil.

La circonstance suivante. signalée par M. Lalaurie, est l'une de celles qui agissent de la manière la plus défavorable sur la santé des détenus. Depuis quelques années, les condamnations entraînant la peine de la réclusion augmentent sensiblement en France; le nombre des maisons de détention restant toujours le même, il en résulte l'encombrement forcé dans ces grands établissemens qui, pour la sûreté, sont tous entourés d'un mur élevé. Presque toutes les maisons centrales renferment une population hors de proportion avec leur étendue, suivant les lois d'une bonne hygiène. Celle d'Eysse contient en ce moment 1400 détenus, tandis que son enceinte et ses bâtimens sont à peine suffisans pour 1000. On connaît les tristes effets de l'encombrement dans les circonstances ordinaires; combien ne doit-il pas être plus nuisible dans les conditions de mauvaise alimentation et de privations de tout genre où se trouvent les détenus? Doit-on ensuite être surpris de l'horreur qu'inspire l'habitation des maisons centrales aux condamnés, qui préféreraient tous de passer le temps de leur détention aux bagnes? Nous ne doutons donc pas qu'on n'ait atténué au-delà de toute limite raisonnable le régime alimentaire de ces maisons, et que, sous ce point de vue, il n'y ait lieu d'introduire des améliorations dans ces lieux, qui sont destinés moins à débarrasser la société des hommes qui se sont rendus coupables contre elle, qu'à leur donner le temps et à leur fournir les occasions de revenir à de meilleures habitudes.

III. BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

Les cahiers des mois de novembre, décembre 1840, janvier et février 1841, contiennent : 1° *Plaie profonde de l'aisselle, plaie qui traverse l'avant-bras de part en part*; par M. Chabrely. 2° *Réflexions d'un chimiste métallurgiste sur l'arsenic*; par M. Terraillon. 3° *Collections morbides du sinus-maxillaire*; par M. Bermond. 4° *Emploi de la pommade de belladonne contre le phimosis, paraphimosis accidentels*; par M. Mignot. 5° *Mémoire et observations sur le diagnostic des luxations dites spontanées du fémur*; par M. Bermond. (Mémoire non achevé.) 6° *Extirpation d'une tumeur érectile chez un enfant de 8 mois.*

COLLECTIONS MORBIDES DU SINUS MAXILLAIRE; par M. BERMOND.

La gravité de plusieurs maladies du sinus maxillaire, la difficulté d'arriver dans nombre de cas à un diagnostic certain, ont engagé M. Bermond à publier deux observations des maladies du sinus.

Dans la première, il y avait dans le sinus une hydropisie qu'un médecin avait soupçonnée être une affection cancéreuse. Outre les signes généraux, une fluctuation bien évidente, la marche de la maladie, éloignaient cette idée. Une ponction à travers une alvéole dont fut extraite une dent branlante permit d'arriver avec un petit trois-quart jusqu'au sinus et d'évacuer une grande quantité de liquide visqueux, filant, melliforme qui ne cessa de couler pendant dix minutes. Ce liquide continua à couler en quantité assez notable pendant longtemps. La communication alvéolaire, fermée d'abord par une petite tige de bois, le fut après avec la dent arrachée, et qui fut percée à cet effet d'un trou ; un crochet la retenait aux dents voisines. Le canal creusé dans la dent avait pour but de laisser libre l'issue du liquide, issue qu'on favorisait encore plusieurs fois par jour en ôtant la dent, et en poussant dans le sinus des injections appropriées. Trois mois à peu près suffirent à la cure.

La deuxième observation n'a pu être complétée. Elle a pour sujet un homme de 38 ans qui portait, avec toutes ses conséquences, une dilatation du sinus maxillaire gauche. La face et la voute palatine offraient des saillies difformes; le nez était jeté à droite; presque toutes les dents étaient cariées. Il y avait près de vingt ans que la première fois, à la suite d'un coup, cet homme avait souffert dans cette région et y avait même eu un abcès. Depuis, à différentes reprises, il y eut de fréquentes odontalgies; le gonflement actuel ne datait que de trois mois. La voute palatine était franchement fluctuante ; un coup de bistouri en fit sortir près de 1,000 grammes de sang pur. Le malade apprit qu'en pressant avec sa langue la voute palatine, il faisait refluer du pus dans l'arrière-gorge.

M. Bermond dit avoir observé que lorsque le sinus maxillaire est rempli par un liquide, on n'entend plus, à l'aide du sthétoscope, un bruissement particulier dont le sinus devient le siége, lors du passage de l'air dans les fosses nasales. Dans la première observation on a observé à une certaine époque que lorsque l'alvéole communiquait librement avec le sinus, l'air pendant l'expiration passait des fosses nasales dans le sinus et sortait par l'alvéole. La quantité de sang contenue dans le sinus du deuxième malade est certes quelque chose de bien extraordinaire.

DEUX OBSERVATIONS DE PHTHISIE PNEUMO-HÉPATIQUE ; PERFORATION DU DIAPHRAGME ; EXPECTORATION ABONDANTE DE CRACHATS MUQUEUX ET PURULENS ; par le docteur CHABRELY.

Nous n'analyserons pas les deux observations rapportées dans ce travail, et dont le titre ci-dessus suffit déjà pour donner une idée exacte. C'est l'histoire de deux individus qui, pendant leur vie, offrirent tous les signes d'une communication établie entre une cavité creusée dans le foie et les bronches. Les observations de ce genre ne sont pas très rares. Nous allons chercher à reproduire quelques-unes des réflexions que l'auteur présente à cette occasion, et qui ne manquent pas d'intérêt: «Qu'est-ce qui a pu, dit-il, provoquer cette affection compliquée chez ces deux individus? L'un était *lutteur*, et a dû recevoir sur la poitrine et dans l'hypochondre droit force gourmades. L'autre était portefaix et abusait de sa force. Etant debout sur le sol, il laissait arriver sur sa poitrine les caisses et ballots qu'on glissait du haut des charrettes de roulage; ces secousses réitérées expliquent chez tous deux l'affection *pneumo-hépatique.* »

L'auteur pense que la perforation s'est effectuée, dans ces deux cas, de haut en bas, s'appuyant sur ce que le foie présentait beaucoup moins de désordres que le poumon. L'opinion opposée nous semble la plus probable; car on sait combien il arrive fréquemment, pour ne pas dire constamment, aux abcès du foie, de se frayer une route vers la surface de cet organe; de là, les nombreuses observations d'abcès du foie, ouverts sur quelques points des parois abdominales, dans les intestins, dans la cavité péritonéale, et fréquemment aussi dans la cavité thoracique. Il n'en est pas de même des épanchemens dans cette dernière cavité, et encore moins des affections du poumon lui-même. D'ailleurs, si le poumon présentait chez ces deux sujets plus de désordres que le foie, c'est parce que le premier de ces organes était repoussé contre la colonne vertébrale par le liquide épanché dans le thorax. Mais on sait avec quelle facilité le poumon est ainsi repoussé vers l'épine dorsale par tout épanchement un peu abondant, toutes les fois qu'il n'y a pas d'adhérence entre les deux feuillets.

L'auteur termine par quelques remarques fort justes sur la gymnastique, vantée par les anciens : « La lutte, le pugilat, dit-il, recommandés pour corroborer la constitution humaine, me semblent au contraire les plus nuisibles. Les trois quarts des lutteurs, boxeurs, hercules, que j'ai connus, sont morts de consomption pulmonaire. Le fameux Renaud, dont la poitrine était si large et à la fois si colossale, a succombé, il y a moins de deux ans, à une phthisie des poumons. Dans la commune que j'habite, je pourrais citer les neuf dixièmes de ceux qui se livraient à l'exercice du bâton, qui ont succombé à cette même consomption. »

IV. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE.

Le cahier du troisième trimestre de 1840 contient les articles originaux suivans : 1° *Affection gastrique provenant de cause arthritique*; par M. Padiolean; 2° *Observations sur des anévrismes de l'aorte*; par M. Charcelay. 3° *Observation de trachéotomie*; par M. Villaret. (Un enfant, âgé d'un an, avait avalé plusieurs parcelles d'écailles d'écrévisses. L'opération fut pratiquée le 30 septembre 1840, l'accident datant de la veille. Plusieurs portions d'écailles furent retirées au moment même avec un stylet recourbé en crochet. Les jours suivans, à différentes reprises, plusieurs autres parcelles s'échappèrent d'elles-mêmes. Jusqu'au neuvième jour, on ne put ôter la canule. A cette époque, un gros fragment d'écaille étant venu se présenter à la canule, d'où il avait été extrait, cette dernière put être enlevée et l'enfant était guéri le dix-huitième jour.) 4° *Observations sur le traitement local du bubon inguinal suppuré*; par M. Payan. (L'auteur propose, à l'ouverture du bubon par le bistouri, l'application d'un caustique énergique. Il avait d'abord commencé par la cautérisation actuelle à l'aide d'un stylet rougi; mais la grande répugnance des malades pour ce moyen lui a fait préférer depuis le caustique de Vienne, dont on connaît l'énergie et la rapidité d'action.)

V. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros de janvier, février et mars contiennent les articles originaux suivans : 1° *De la cure des maladies réputées incurables*; par M. Forget. 2° *Relation médicale des asphyxies occasionées à Strasbourg par le gaz de l'éclairage*; par M. Tourdes. 3° *Clinique des maladies des enfans de la Faculté de Strasbourg, pendant les années scolaires 1837-1840*; par M. Stœber. 4° *Des polypes du rectum chez les enfans*; par M. Stoltz. 5° *Notice sur la méningite épidémique qui s'est déclarée à Selestat (Bas-Rhin)*; par le docteur Mistler, médecin cantonnal.

POLYPES DU RECTUM CHEZ L'ENFANT; par M. STOLTZ.

Les polypes du rectum sont, sans contredit, une maladie assez rare, et ainsi que s'en est assuré M. Stoltz, aucun des traités modernes et anciens de maladies des enfans n'a signalé cette production à cet âge de la vie. En juillet 1831, ce médecin eut occasion d'observer un cas de ce genre qui avait été confondu jusque là avec une chute du rectum, maladie fréquente chez les enfans, au moins dans certains pays. Les deux seuls faits relatifs à cette espèce de polype que M. Stoltz ait trouvés dans la science ancienne sont tirés, l'un du journal de Siebold (tome VIII. 1828). Elle est rapportée par le docteur Schneider de Fulde. En examinant une petite fille de 7 ans qu'on croyait menstruée, à cause des pertes de sang auxquelles elle était sujette depuis quelque temps, le docteur Schneider reconnut dans le rectum un polype qui se détacha pendant qu'on le touchait avec les pinces. Le second cas analogue se trouve dans les MÉLANGES DE SCHMUCKER, publiés en allemand en 1776. Il avait été communiqué à ce chirurgien par le docteur Lange de Berlin.

Le malade était un garçon de 13 ans, qui souffrait beaucoup depuis quelque temps en allant à la garderobe. Un chirurgien reconnut un polype du rectum, gros comme une aveline, et voulut le détruire avec les caustiques. De violentes douleurs obligèrent de renoncer à ce moyen.

M. Lange consulté ensuite appliqua une ligature sur le pédicule de la tumeur qui tomba le sixième jour.

Les observations propres à M. Stoltz sont au nombre de trois. Plusieurs praticiens ont assuré à l'auteur avoir vu des faits semblables dans leur pratique. Le siége de la tumeur, l'hémorragie dont elle est souvent accompagnée, puisque dans les deux de M. Stoltz et dans celle de M. Schneider, ce phénomène a été noté, rapportent tout naturellement l'esprit aux tumeurs hémorroïdales. Personne plus que M. Stoltz n'est capable de distinguer une affection de cette nature d'une tumeur polypeuse. Celles-ci dans le rectum où elles subissent une compression, sinon semblable, du moins analogue à celle des polypes utérins, peuvent, on le conçoit très bien, devenir le siége d'hémorragies que doivent encore provoquer les frottemens des matières fécales. Nous ne faisons que signaler la possibilité de confondre ces deux affections, dont l'une est probablement aussi peu connue, si même elle a jamais été observée chez l'enfant que l'était le polype du rectum avant les observations de M. Stoltz et des deux médecins cités plus haut (1). Le traitement qu'a employé le médecin de Strasbourg a été différent dans les deux cas qu'il a cités.

Dans le premier, la petite tumeur, du volume d'une petite noix, sortit quand l'enfant allait à la garderobe; elle était d'un rouge cerise, couverte de mucus sanguinolent, et implantée par un pédicule de 2 millimètres d'épaisseur, assez près de l'anus sur la muqueuse rectale. M. Stoltz entoura le pédicule d'un fil de soie double et ciré et dont les extrémités furent engagés dans un serre-nœud qu'on porta dans le rectum à la hauteur du pédicule. La ligature serrée, la tumeur remonta dans l'intestin. Il n'y eut que peu de douleur; le lendemain la tumeur était flétrie et parut évidemment constituée par une portion de membrane muqueuse, boursoufflée. Le sixième jour la tumeur tomba. et depuis la santé du jeune malade, âgé de 5 ans, s'améliora sensiblement.

L'enfant de la deuxième observation avait 9 ans, et était sujet aux affections catarrhales, était depuis plusieurs années atteint d'une chute du rectum que M. Stoltz, souvent appelé à réduire, n'avait jamais pu voir. En mars 1823, mandé de nouveau, il arriva à temps et vit, en écartant les fesses de l'enfant, une tumeur arrondie, un peu inégale, du volume d'une noix, à pédicule court et volumineux, insérée très près de l'anus. Le sphincter était contracté sur le pédicule qu'il semblait étrangler. L'enfant était maigre, pâle et très irritable; trouvant dans ces conditions une contre-indication à la ligature qui agit lentement et est douloureuse, le médecin de Strasbourg attira la tumeur au dehors et fit la section du pédicule qui avait été préalablement froissé entre les doigts dans l'intention d'y interrompre la circulation et d'y amoindrir la sensibilité. La tumeur était formée par un repli de la muqueuse rectale qui avait été brusquement étranglé après sa chute par le sphincter. Au bout de deux heures il y eut une hémorragie assez inquiétante, et dont le sang s'accumula dans l'intestin. Après l'avoir arrêté, il provoqua l'évacuation de ce liquide et depuis l'enfant alla fort bien; sa santé se rétablit promptement.

Aux faits qu'il a trouvés chez les anciens sur le polype rectal, M. Stoltz ajoute ceux fournis par les contemporains. Ainsi, dans le journal de Chr. Schmidt (1834) se trouvent trois observations du docteur Seerig, de Breslau. Dans ces trois cas, les petits malades perdaient du sang par l'anus, et chez l'un des deux on avait regardé cet écoulement comme hémorroïdal. Deux fois l'excision simple fut faite sans aucun accident, et une fois elle fut pratiquée au-dessous d'une ligature. L'auteur de ces observations pense que les polypes du rectum ne sont rares que parce qu'on les confond souvent avec les tumeurs hémorroïdales. Le plus âgé des malades avait 11 ans, le second 6 ans, et le troisième 2 ans. Ce dernier avait un prolapsus du rectum.

Dans deux autres observations, faites et publiées en 1834 par le docteur Kuhlbrand, sur des petites filles de 3 et 11 ans, le polype avait été confondu avec le flux hémorroïdal d'abord, puis dysentérique, et chez l'une d'elles, avec une menstruation précoce. La petite malade de 3 ans portait deux polypes; ils furent enlevés par la ligature.

En 1835, M. Macfarlane, chirurgien à l'infirmerie royale de Glascow, observa un polype rectal chez un garçon de 4 ans. Son apparition datait de deux ans. Il égalait en volume un œuf de poule, et son pédicule avait 4 centimètres de longueur. Il y avait chute du rectum.

En 1840, M. Stoltz a rencontré un nouveau cas de polype rectal. L'enfant, âgé de 4 ans et demi, faisait, par l'anus, des pertes sanguines, et depuis deux ans on le croyait atteint d'une chute du rectum. Chaque fois qu'il allait à la garderobe, une tumeur rouge et saignante au moindre contact sortait par l'anus. La mère de l'enfant, et mieux qu'elle, l'enfant lui-même, la faisait rentrer, M. Stoltz fit la ligature du pédicule, puis excisa la tumeur au-dessous du lien.

(1) On verra plus bas que M. Stoltz a posé le diagnostic différentiel des tumeurs hémorroïdales et polypeuses.

M. Stœber, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, a communiqué à M. Stoltz deux faits semblables, recueillis en 1840. Les tumeurs furent enlevées par l'excision simple, qui ne fut pas suivie d'hémorragie. On employa, après l'opération, des lotions d'eau froide.

M. Schutzenberger, agrégé à la même Faculté, a également excisé une semblable tumeur chez une jeune fille de 12 ans.

Enfin, M. Stoltz termine ses citations par une observation tirée du traité publié par J. Howship (Londres 1821) sur les plus importantes maladies du gros intestin et de l'anus. Howship rapporte qu'il rencontra au rectum d'un enfant de 9 ans une tumeur pédiculée qui avait une certaine consistance, sans être cependant *squirrheuse*.

Avec ces observations, au nombre de quinze, M. Stoltz a tracé une histoire générale de cette affection. Ces observations montrent qu'elle est plus fréquente chez l'enfant, sur lequel on ne songeait guère à la chercher, que chez l'adulte. Les seules causes qui ont paru agir d'une manière appréciable sur la production du polype rectal ont paru être la chute du rectum et les causes qui prédisposent à cette dernière infirmité.

M. Stoltz pense encore que le polype peut se produire par un mécanisme particulier. Dans les chutes répétées, il peut arriver qu'une portion de muqueuse soit pincée par les sphincters et devienne le germe d'un polype, en s'engorgeant, se gonflant, pour se pédiculer au bout d'un certain temps.

En général les symptômes du début de la maladie sont trop obscurs, et trop faciles à confondre avec les symptômes d'autres affections, pour faire reconnaître sa nature. A un degré plus avancé, la gêne que la tumeur apporte à la défécation nécessite de grands efforts qui font ordinairement sortir la tumeur pendant l'accomplissement de cet acte. Les petits malades, quand ils soit assez âgés, font rentrer d'eux-mêmes la tumeur; plus tard le polype sort plus facilement et ne rentre qu'avec grande difficulté; c'est dans cette période et surtout dans la suivante que le médecin est consulté, et qu'il ne lui est pas difficile de constater l'issue d'une tumeur par l'anus. Au bout de quelque temps la tumeur, habituellement confondue avec le prolapsus, devient fongueuse, saignante et peut être facilement prise pour un bouton hémorroïdal. Le sang dont sont tachées les chemises des enfans éveillent les craintes; si l'écoulement sanguin peut faire soupçonner le polype, la vue et le toucher peuvent seuls faire prononcer sur la réalité de son existence. On peut se dispenser du toucher anal, en examinant les petits malades après une selle, ou en leur faisant faire des efforts, ou si cela ne suffisait pas, en excitant des selles par un purgatif ou un laxatif léger. On s'assure que le pédicule de la tumeur va s'attacher au-dessus du sphincter, à une hauteur variable. La tumeur est molle, fongueuse, saignante, insensible et souvent couverte d'un mucus sanguinolent. Ces signes, suivant M. Stoltz, suffisent pour faire reconnaître et distinguer de toute tumeur, le polype du rectum chez l'enfant. Ces polypes sont du genre de ceux qu'on nomme muqueux, et formés par une portion de membrane muqueuse étranglée, boursouflée, fongueuse. Les tumeurs observées par M. Stœber formaient des poches à parois épaisses; l'une d'elles contenait du sang, l'autre était vide, mais lubréfiée par le mucus.

Les écoulemens de sang que provoque le polype rectal qui en est lui-même souvent le siége, causent de fâcheux effets sur la santé générale des enfans.

M. Stoltz n'est pas éloigné de croire que souvent la nature seule suffit à détacher la tumeur par une rupture spontanée de son pédicule ; et que dans d'autres circonstances les fèces produisent en passant cette rupture.

Il importe d'enlever ces polypes, aussitôt leur nature bien constatée. La ligature seule, l'excision seule, ou l'une et l'autre réunies sont les seules opérations qu'on doive leur appliquer. M. Stoltz donne la préférence dans la majeure partie des cas à cette méthode mixte qui met à l'abri de l'hémorragie, et rejette la ligature qui est douloureuse et longue dans ses effets.

NOTICE SUR LA MÉNINGITE ÉPIDÉMIQUE QUI S'EST DÉCLARÉE A SÉLESTAT (BAS-RHIN); par le docteur MISTLER, médecin cantonnal.

Nous allons reproduire aussi exactement qu'il nous sera possible en les analysant les documens que contient cette note sur la maladie épidémique dont il a déjà été question plusieurs fois, et qui paraît avoir été importée de Strasbourg à Sélestat par un bataillon du 29e de ligne, lequel, il y a deux mois environ, passa de la première de ces deux villes à la seconde pour y tenir garnison.

Quelques-uns des soldats de ce bataillon ont succombé à l'épidémie immédiatement après leur arrivée dans cette ville. Les premiers cas qui frappèrent des habitans furent observés dans le quartier voisin des casernes; mais à présent elle commence à se répandre dans l'intérieur de la

ville. C'est principalement parmi les enfans les mieux constitués et de six à quinze ans qu'elle choisit ses victimes. Le nombre des malades parvenu à la connaissance de l'auteur n'était encore que de 19 dont 7 étaient morts et 12 avaient guéri.

Voici la marche que suit le plus ordinairement la maladie :

Le sujet est pris subitement de frissons, de lassitude dans les membres, d'inquiétudes vagues et parfois de terreur panique et de douleur sourde à la nuque, la face se décolore et les traits s'altèrent très fortement. Au bout de quelques heures, réaction extraordinaire avec congestion à la tête, injection de la face, contraction de la pupille, et du délire qui ne tarde pas à arriver, et est souvent d'une violence extrême. On observe au cou une légère tuméfaction qui est tantôt à la nuque, tantôt sur le trajet des carotides, qui battent avec une très grande force. La circulation est excessivement rapide, les pulsations sont petites, serrées, et ne peuvent être comptées; la respiration est fréquente et pénible; il n'y a pas de toux, mais le malade rejette tout ce qu'il prend. L'abdomen se creuse, les déjections alvines et les urines se suppriment; une éruption aphteuse apparaît autour des lèvres de la bouche et des grandes lèvres des parties génitales; elle se manifeste par une vésicule remplie de lymphe qui crève au bout d'une à deux heures et se convertit immédiatement après en une croûte herpétique.

Après dix à douze heures de surexcitation, les malades tombent dans une prostration et un coma très prononcés; la pupille se dilate d'une manière extraordinaire; les convulsions diminuent d'intensité; de permanentes qu'elles étaient, elles deviennent chroniques et ne se manifestent que par saccades. C'est durant cette période que la mort a lieu le plus souvent; parfois elle arrive pendant l'état de contraction; c'est ainsi que deux individus ont rendu le dernier soupir six heures après la première apparition des symptômes.

Quoique la marche de cette affection paraisse continue, il se manifeste tous les soirs un redoublement assez prononcé, ce qui lui donne une certaine ressemblance avec la fièvre pernicieuse. Dans les cas où la maladie se termine d'une manière favorable, l'amélioration s'annonce au bout de deux ou trois fois vingt-quatre heures.

A l'autopsie on trouve chez tous les individus un sourire sardonique qui est frappant. Les méninges et surtout celles qui tapissent la région postérieure du crâne sont injectées et parfois *enflammées?* Le cerveau semble déborder les bords du crâne; le tissu est compacte et gorgé par une immense quantité de sang. Dans les ventricules latéraux et vers la moelle allongée, on trouve ou une collection de sérosité de 35 à 40 grammes, ou quelquefois une exsudation plastique. On a trouvé une fois du pus. Les autres parties du corps sont exemptes de toute altération pathologique.

Le traitement qui paraît avoir eu le plus de succès est la méthode évacuante par les émissions sanguines locales et générales, puis l'application d'un large vésicatoire à la nuque. L'auteur dit avoir prescrit, dans les cas où il avait remarqué la moindre rémittence dans les symptômes, le sulfate de quinine en lavement et à la dose de 2 grammes en 24 heures; mais il n'indique ni les résultats de cette médication, ni le nombre de cas où elle a été employée.

Cette description de la maladie, et surtout celle des lésions anatomiques, laisse trop à désirer pour qu'il soit possible de se prononcer sur la nature de cette affection et la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique. Cependant nous pensons que l'auteur a raison lorsqu'il dit qu'on ne peut la rattacher à la fièvre typhoïde. Quant à son étiologie, elle est déjà l'objet de discussions sur les lieux mêmes, les uns soutenant qu'elle se transmet de l'un à l'autre, les autres n'y voyant qu'une maladie épidémique et non contagieuse. L'auteur, après avoir rappelé la marche qu'a suivie la maladie depuis l'arrivée à Selestal du bataillon du 29e de ligne, après avoir rappelé qu'elle se développe primitivement et même presque uniquement dans les quartiers où sont les casernes, et qui ne sont pas dans des conditions hygiéniques plus défavorables que beaucoup d'autres quartiers qui n'ont pas eu des malades, termine par les conclusions suivantes : « Il est donc évident qu'il faut reconnaître une cause productrice spéciale; je l'attribue non pas à la contagion proprement dite, attendu que je n'ai pas observé le moindre fait positif qui milite en sa faveur, mais à un principe morbide épidémique qui s'attache soit aux hommes, soit aux effets d'un corps d'armée, ou à des régimens détachés. »

Nous ne terminerons pas cette analyse sans dire que le rédacteur-gérant de la Gazette médicale de Strasbourg nous apprend, dans une note, que les cas observés à Selestal ne lui paraissent pas entièrement identiques avec ceux qu'il a vus à Strasbourg, surtout en ce qui concerne les résultats de l'autopsie cadavérique.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal est adopté. L'Académie reçoit l'état des vaccinations pour 1840, dans les départemens de la Haute-Saône, de la Nièvre et de la Charente-Inférieure.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre du doyen de la Faculté de médecine, qui invite l'Académie à choisir les juges pour les concours à deux chaires vacantes dans la Faculté de médecine de Strasbourg; ce choix sera fait dans les sections de pathologie chirurgicale, d'accouchement et de médecine opératoire. Les concurrens sont :

MM.	Rigaud.	MM.	Maslieurat.
	Maisonneuve.		Robert.
	Desprez.		Sédillot.
	Dufraisse.		

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR LE RAPPORT DE M. ADELON.

La discussion s'est arrêtée, dans la séance dernière, à la modification que la commission veut apporter à l'art. 33 de la loi de germinal an XI. M. le rapporteur fait valoir les motifs de la commission, motifs que nous avons déjà rapportés, et qui sont d'étendre la pénalité attachée à la vente des médicamens par des personnes autres que les pharmaciens, à la mise en vente, au dépôt, à la conservation de ces médicamens.

Depuis la dernière séance, ajoute M. Adelon, la commission a été appelée à réfléchir sur quelques exceptions à cette règle générale. Ainsi, nous proposons d'ajouter à l'article : *sauf les exceptions reconnues par la loi*. Ces exceptions comprennent les officiers de santé et les docteurs en médecine qui se trouvent dans des localités où il n'y a point de pharmaciens.

M. Dupuy : Je demande qu'on comprenne nominalement les vétérinaires dans les exceptions. Sans cela, les pharmaciens leur intenteraient des procès, comme cela se voit maintenant.

M. Boulay croit que les vétérinaires n'ont aucun droit à cette exception. Ce droit n'est nulle part écrit dans la loi, et il est de sa nature très contestable. Les tribunaux sont actuellement saisis d'une affaire semblable, et prononceront pour établir la légalité de ce droit. Les vétérinaires se fondent d'abord sur la loi de 1777; puis sur ce que, dans les écoles vétérinaires, on enseigne la préparation des médicamens. On peut répondre que les médecins apprennent aussi dans leurs études la fabrication des médicamens, et cependant, ils n'ont pas le droit d'en vendre. D'un autre côté, la loi de germinal, postérieure à l'édit de 1777, excepte les médecins, sans faire aucune exception des vétérinaires. Il n'y a point de différences entre les préparations pharmaceutiques de la médecine vétérinaire et de la médecine humaine. On ne peut se dissimuler qu'en confiant la vente des médicamens aux vétérinaires, ce sera laisser détenteurs de substances vénéneuses des personnes souvent très ignorantes. Je conclus au maintien pur et simple des exceptions de la loi de germinal.

M. Adelon ne croit pas qu'une affaire aussi grave puisse être jugée aussi rapidement. Il propose le renvoi de la demande de M. Dupuy à la commission.

M. Bussy : Je regrette qu'un pareil incident soit venu troubler l'harmonie qui semblait régner jusqu'ici dans cette discussion. Je crois qu'il n'est point convenable de se prononcer aujourd'hui sur l'exception demandée par les vétérinaires, puisqu'une affaire de ce genre est aujourd'hui pendante devant la cour de cassation.

M. Renaud : Le but du travail si consciencieux de M. Adelon est de compléter la loi de germinal an XI, relative à l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Pour atteindre ce but, il y a de grandes difficultés à vaincre, et l'on veut tourner peut-être la plus grande de toutes, celle de savoir si les vétérinaires pourront ou non préparer et garder chez eux des médicamens qu'ils vendront à leurs cliens. Dans une pareille question, il appartient essentiellement à l'Académie de donner son opinion. On veut le maintien pur et simple des exceptions de la loi de germinal an XI. Eh bien! il est facile de démontrer, cette loi en main, que la pratique de l'art vétérinaire est impossible. Ainsi, l'article 32 de cette loi prescrit au pharmacien de ne délivrer de médicamens que sur la formule de médecins, et l'article 27 n'accorde, en l'absence de pharmaciens, qu'aux officiers de santé placés dans des circonstances spéciales, la vente des médicamens. Comment alors un vétérinaire pourrait-il se procurer les médicamens? Mais si la loi n'a pas excepté les vétérinaires, cela tient à ce qu'elle a été conçue dans l'esprit de l'édit de 1777, et qu'à cette dernière époque il y avait des réglemens qui permettaient aux vétérinaires la préparation des médicamens. Bien certainement, la loi de germinal n'a pu être faite pour créer aux pharmaciens un privilége exclusif, un véritable monopole. D'ailleurs, quels inconvéniens peuvent résulter de la vente de médicamens par des vétérinaires? Pour mon compte, je n'en vois absolument aucun. Je demande en conséquence que les exceptions pour les vétérinaires soient formellement mentionnées dans l'article 33 modifié par la commission.

M. Adelon : Les motifs que vient de faire valoir M. Renaud pour appuyer la demande d'exception pour les vétérinaires sont trop puissans pour être passés sous silence. Il est bien entendu, j'espère, qu'il s'agit ici des vétérinaires brevetés. J'adopte, pour mon compte, cette exception. Mais il s'agit de savoir maintenant

si la discussion doit aborder les exceptions à apporter à l'art. 33 de la loi de germinal. Ces exceptions sont au nombre de trois : 1° pour les médecins et officiers de santé placés dans des conditions spéciales ; 2° pour les bureaux de charité qui auront un pharmacien et dont les membres peuvent distribuer gratis les médicamens; 3° pour les vétérinaires brevetés. Je désire que nous abordions aujourd'hui la discussion de ces trois ordres d'exceptions.

M. Keraudren pense qu'il faut placer les vétérinaires dans l'exception des médecins et officiers de santé des lieux où il n'y a pas de pharmaciens.

M. le Président met aux voix la proposition de discuter sur les exceptions.

M. Bouillaud : Dans le principe, on a établi que le travail de la commission était très simple, et que c'était à peine besoin de le discuter. Depuis ce moment, de graves difficultés ont surgi. Nous avons demandé une définition de mot *médicament*; on nous a renvoyés au Dictionnaire de l'Académie française; pour la définition des remèdes secrets, on nous a renvoyés à la cour de cassation. Tout à l'heure sans les puissantes raisons de M. Renaud, on votait un article de loi qui rendait impossible la pratique de l'art vétérinaire. Si ce vote se fût fait, quel n'eût pas été le regret de l'Académie ! Cela ne serait pas arrivé cependant si l'on avait commencé par juger et discuter l'ensemble de la loi, car alors on n'aurait pas séparé la médecine vétérinaire de la médecine humaine. J'espère que, lorsque l'Académie votera sur l'ensemble de la loi, elle la rejettera, et que ce sera ainsi un travail à recommencer. On a proposé de voter pour savoir s'il fallait discuter sur les exceptions, mais, après ce que nous avons entendu, ce ne peut être l'objet d'un doute.

M. Adelon défend la commission des attaques de M. Bouillaud et est d'avis d'ouvrir la discussion sur les exceptions.

M. Bussy parle contre cette proposition. Il est persuadé qu'on a beaucoup exagéré, et que, avec les seules exceptions de la loi actuelle, la médecine vétérinaire ne souffrira aucune entrave.

Mise aux voix, la discussion des exceptions est adoptée à une grande majorité.

M. Guéneau de Mussy demande la parole pour une motion d'ordre, et propose de renvoyer l'article à la commission, afin qu'elle puisse se prononcer sur les exceptions.

M. Nacquart demande que l'on augmente le nombre des commissaires.

L'Académie renvoie purement et simplement l'article à la commission.

PAIN FERRUGINEUX DE M. DEROUET DE BOISSIÈRES; PAR M. GUÉNEAU DE MUSSY.

L'an dernier, M. Piorry fit sur la même préparation un rapport que l'Académie désapprouva, en renvoyant à une autre commission l'examen des pains de M. Boissières. Cette nouvelle commission a pour rapporteur M. Guéneau de Mussy, qui, à la lecture du rapport de M. Piorry, avait déclaré que les pains avaient une saveur ferrugineuse fort désagréable. Aujourd'hui l'honorable rapporteur déclare que les perfectionnemens introduits dans la fabrication de ce pain lui ont ôté cette saveur désagréable et qu'ils jouissent de toutes les qualités des pains ordinaires. On a incorporé au pain beaucoup de sels, et surtout le lactate introduit dans la thérapeutique par MM. Gélis et Conté. Dans les expériences qu'il a faites avec ces pains, M. Guéneau a recherché le fer dans les urines des personnes qui en faisaient usage. Il a vu que les urines pouvaient ou non en contenir. La présence et la quantité du fer recueilli dans les urines n'était en relation ni avec la quantité de fer donnée, ni avec la durée du traitement. Ce n'était pas non plus prédisposition individuelle, car chez quelques malades le fer trouvé un jour ne l'était plus le lendemain.

Conclusions. — 1° Les pains ferrugineux peuvent être préparés avec les sels solubles et insolubles de fer, dans les proportions indiquées par les médecins.

2° Quand les pains contiennent de 10 à 20 centigrammes de sel pour 125 grammes de pain, ils n'ont ni couleur, ni saveur.

3° Les sels ne subissent par la coisson aucune décomposition. On a retrouvé dans les pains après cuisson le lactate de fer.

SIROP FERRUGINEUX DE M. DUSOUR. (Rapport de M. Henry.)

Les conclusions du rapport sont que ce sirop, obtenu avec un appareil fort compliqué, ne paraît point doué de la supériorité que lui reconnaît l'inventeur sur les autres préparations ferrugineuses.

La séance est levée.

VARIÉTÉS.

— D'après les renseignemens qui nous sont arrivés sur le scrutin secret du dernier concours, il y aurait eu un vote spécial pour chaque épreuve. Les titres antérieurs ont d'abord fixé l'attention du jury, et on y a attaché beaucoup d'importance. Les trois premiers noms sortis de l'urne ont été, à ce qu'on dit, MM. Blandin, Berard, Vidal; pour les leçons, on a mis en saillie MM. Michon, Bérard, Malgaigne; pour les thèses, on a été favorable à MM. Laugier, Lenoir, Sanson ; pour l'épreuve écrite, on a mis en tête de la colonne, M. Chassaignac; enfin, les épreuves pratiques ont valu à MM. Robert, Vidal, Sédillot, les premières places. (Gazette des hôpitaux.)

— Faculté de médecine de paris. — Le 2 mai prochain aura lieu l'ouverture, devant la Faculté de Paris, du concours pour une chaire de pathologie externe, et une chaire de clinique chirurgicale dans la Faculté de Strasbourg.

Les deux professeurs désignés professeront alternativement pendant un semestre la pathologie ou la clinique chirurgicale, de sorte que ces cours auront toujours lieu tous les deux à la fois.

Les épreuves se composeront :

1° D'une question écrite faite dans les règles ordinaires.

2° D'une épreuve orale après vingt-quatre heures de préparation.

3° D'une épreuve orale après trois heures de préparation.

4° D'une épreuve clinique faite dans l'une des salles de clinique chirurgicale et selon les formes usitées.

5° D'une thèse et de son argumentation.

Les candidats pour les deux chaires de clinique et de pathologie externes sont : MM. Rigaux, Després, Dufresse, Maisonneuve, Sanson, Maslieurat, Lacauchie, Bach, Sédillot, Robert.

— Mardi dernier a eu lieu au Val-de-Grâce la distribution solennelle des médailles d'honneur, décernées à la suite des concours qui viennent d'avoir lieu. La séance était présidée par le baron Boissy d'Anglas, intendant de la première division, assisté de MM. les inspecteurs, membres du conseil de santé des armées. Tous les officiers du service médical des hôpitaux et régimens de Paris, ainsi qu'un grand nombre d'administrateurs et d'étrangers, assistaient à cette fête. Après une allocution du président, M. Hipp. Larrey, professeur récemment institué, a prononcé un discours dont le sujet était : de la méthode en chirurgie. Les applaudissemens qui avaient accueilli le nom du baron Larrey dans le discours du président se sont renouvelés pour le fils avec une vive sympathie. Les nom des lauréats ont été ensuite proclamés dans l'ordre suivant, aux sons d'une musique militaire et au bruit des applaudissemens :

Concours pour le grade de chirurgien sous-aide, M. Bonino;
Concours pour le grade de pharmacien aide-major, M. Trubel;
Concours pour le grade de chirurgien aide-major, M. Radat.

— Cours de physique appliquée a l'histoire naturelle. — M. Becquerel, professeur, membre de l'Académie des sciences, commencera ce Cours, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, le lundi 19 avril 1841, à midi, et le continuera à la même heure les lundis et vendredis suivans.

Le professeur traitera cette année :

1° Des phénomènes capillaires en général et en particulier, dans leurs rapports avec les phénomènes physiologiques;

2° De l'endosmose et de l'exosmose considérées sous le rapport physique, chimique et physiologique;

3° De la production de la chaleur dans les corps organisés, et des moyens de la mesurer;

4° De l'influence des forces physiques sur les phénomènes physiologiques, et de leur emploi dans l'étude de ces phénomènes;

5° De la phosphorescence dans les corps organisés;

6° De l'action chimique de la lumière.

— Recherches statistiques sur l'aliénation mentale faites à l'hospice de Bicêtre; par H. Aubanel, médecin de l'hôpital des aliénés de Marseille, ancien interne des hôpitaux de Paris, et A.-M. Thore, médecin de l'Hôtel-Dieu, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. — Ouvrage couronné par la Société des Annales d'hygiène et de médecine légale de Paris. — Un vol. in-8°, avec un très grand nombre de tableaux. Prix : 4 fr. 50 c.

Paris, à la librairie des sciences médicales de Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

— Réponse aux écrits de M. Raspail sur l'affaire de Tulle; par MM. Orfila, Bussy et Ollivier d'Angers. — Broch. in-8°. Prix : 1 fr.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— Etudes hygiéniques sur la santé, la beauté et le bonheur des Femmes; par V. Raymond, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Influence de l'éducation, du mariage, de la grossesse, du célibat, de l'âge critique, de la position sociale, des tempéramens, des saisons, des climats, de la nourriture et de la toilette. Equilibre des droits et des devoirs; satisfaction harmonique de l'ame, de l'intelligence et du corps. Moyens propres à prévenir et à guérir toutes les maladies nerveuses, les palpitations, les gastrites, les suites de couches, la constipation, les maladies héréditaires, la stérilité, l'embonpoint, la maigreur, et tout ce qui peut nuire à la beauté de la peau et à celle des formes.

Un vol. grand in-18. Prix : 3 fr.; par la poste, 4 fr.

Paris, chez Desloges, éditeur, rue Saint-André-des-Arts, 39.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 17. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 24 AVRIL 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR LA PHLÉBITE DES SINUS CÉRÉBRAUX, CONSIDÉRÉE COMME RÉSULTAT DE L'OTORRHÉE PURULENTE; par le docteur Bruce, de Liverpool (1).

L'otorrhée purulente est quelquefois le résultat d'une inflammation aiguë de l'oreille moyenne; mais elle vient plus fréquemment à la suite de la variole et de la scarlatine, chez les enfans disposés aux scrofules. On l'observe aussi quelquefois vers l'époque critique des fièvres graves, dans le cours desquelles les symptômes cérébraux ont prédominé; mais j'ai quelques motifs pour croire que les symptômes aigus qui suivent la suppression d'une otorrhée chronique sont quelquefois pris pour ceux d'une époque avancée de la fièvre typhoïde.

La matière purulente s'écoule ordinairement dans le conduit auriculaire par une ouverture ulcéreuse de la membrane du tympan; elle peut varier en quantité, et ses qualités physiques sont notablement influencées par les troubles des fonctions digestives. Négligé ou combattu par un traitement mal dirigé, l'écoulement augmente en quantité, devient fétide et sanieux, et communique une teinte rougeâtre ou violette aux instrumens d'argent. Ce changement particulier dans les qualités physiques de l'écoulement est le principal moyen de distinguer l'otorrhée chronique de l'otite interne, et est communément attribué au développement d'ulcérations dans la membrane muqueuse de l'oreille moyenne. Lorsque l'ulcération s'étend de la membrane muqueuse du tympan au tissu cellulaire sous-jacent et au périoste, elle atteint bientôt les parois osseuses; les osselets de l'ouïe ne tardent pas à être expulsés en même temps que de petits débris osseux. Itard fait observer que les osselets peuvent rester quelque temps dans la cavité du tympan, après qu'ils ont été déplacés, à cause du peu d'étendue de l'ouverture de la membrane, et comme, pendant ce temps, ils s'incrustent de matière, leur expulsion est difficile ou même impossible, tant que toute la membrane du tympan n'a pas été détruite. Les cellules mastoïdes sont ordinairement atteintes par la maladie au bout de peu de temps, en raison de leur délicatesse; la désorganisation marche rapidement dans cette région, et il se forme fréquemment un abcès au-dessous des tégumens qui recouvrent l'apophyse mastoïdienne. Lorsque l'abcès s'ouvre à l'intérieur, il s'établit quelquefois une communication entre l'ouverture fistuleuse et la cavité de l'oreille, tandis que, dans d'autres cas, le pus, au lieu de se faire jour par une ouverture, s'infiltre dans le tissu cellulaire sous-jacent, et pénètre entre les muscles du col, jusqu'aux membranes de la moelle. Toute la portion pierreuse du

(1) London medical Gazette. 1840.

Feuilleton.

RÉCLAMATION. — A M. LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur et cher confrère,

Je suis un de vos plus précieux abonnés; car, indépendamment de mon exactitude trimestrielle, qui n'a jamais attendu l'*Avis aux souscripteurs*, vous avez en moi le lecteur le plus dévoué et le plus infatigable. Non seulement je vous lis avec une patience qui n'a pas d'égale, mais encore, au besoin, je vous explique, je vous commente, je vous justifie, je vous défends. Or comme dans mon endroit il ne manque pas de petits esprits qui font les entendus et se donnent les airs de critiquer ce qu'ils sont hors d'état de comprendre, j'ai assumé sur moi une besogne qui commence à devenir dure, et si dure, qu'avec la meilleure volonté du monde, je désespère d'y suffire désormais, si vous n'y avisez. On me rend responsable ici de tout ce qui s'écrit dans votre journal, et comme on sait que je suis intraitable sur cet article, on vient me jeter au nez jusqu'à vos fautes d'impression. J'ai tenu bon jusqu'ici, et j'ai toujours soutenu *mordicus* qu'il n'y avait pas un *iota* à reprendre, et que votre journal est un chef-d'œuvre *omni ex parte.* En ceci, au reste, je ne fais que mon devoir, car votre journal est le mien; je l'ai reçu de mon père, qui le tenait du sien; c'est une des pièces de notre héritage de famille. Or, je sens de jour en jour faiblir, non pas mon zèle, qui est indomptable, mais bien mes moyens de résistance. Tant que je n'ai eu qu'à pallier des peccadilles telles qu'un article trop long ou trop court, à déchiffrer quelqu'une de vos élucubrations métaphysiques, à remettre sur pied quelque observation boiteuse, à rétablir des dates ou des noms estropiés, je m'en suis tiré avec quelque succès. Mais, depuis quelque temps, les difficultés sont devenues plus graves, les attaques se multiplient et se renforcent, et devant ce *tolle* général, je ne sais à qui entendre. J'ai beau faire bonne contenance et repousser toutes ces atteintes, tantôt avec le ton dédaigneux de la supériorité, tantôt avec le sarcasme de l'ironie, tantôt avec l'accent véhément de l'indignation, tantôt enfin avec l'arme du raisonnement le plus serré, je sens une défaillance secrète qui paralyse mes efforts. Enfin, vous l'avouerai-je, je me surprends quelquefois moi-même saisi de scrupules. Ma foi, par momens, chancelle; et c'est pour épancher sincèrement mon âme dans la vôtre que je me suis décidé à vous écrire.

C'est surtout à votre diabolique Feuilleton qu'on en veut; il n'y a pas de méfaits dont on ne l'accuse. On prétend d'abord, d'une manière générale, que le feuilleton est une monstruosité dans la presse médicale, et c'est le premier grief articulé contre la Gazette, qui s'est avisée la première d'ajouter cet *incrementum* à ses colonnes. Il y a ici des pédans qui, retranchés dans leur morgue scientifique, trouvent mauvais qu'on cherche à les dérider, et qui n'acceptent la science et la raison que sous la forme ennuyeuse. Vous sentez que je n'ai pas de peine à faire justice de telles sottises, et que je m'en tire facilement avec le *margaritas ante porcos.* Je n'ignore pas moi-même que le feuilleton est en ce moment la

temporal peut être désorganisée pendant la durée d'une otorrhée chronique, mais non au même degré, sur tous les points. Suivant M. Lallemand, c'est la partie du rachis dans laquelle sont les canaux demi-circulaires qui est le plus fréquemment affectée. Souvent aussi la maladie occupe la partie sur laquelle se trouve la gouttière du sinus latéral, et alors quelquefois le pus se fraie une route dans le crâne, en passant sous la tente du cervelet par l'aqueduc du limaçon. Dans un cas observé par le docteur Anderson, à l'hôpital des fiévreux de Glascow, la moitié supérieure du rocher offrait, jusqu'à la base du crâne, une vaste carie et une couleur d'un gris sale. Elle était presque complètement détachée de la portion écailleuse de l'os.

Des causes très variées peuvent arrêter l'écoulement par l'oreille; ainsi, l'épaississement de la matière sécrétée, les changemens qu'éprouve l'économie à l'époque de la puberté ou pendant la grossesse, et les altérations survenues sur d'autres organes, et qui amènent des écoulemens qu'on peut regarder comme supplémentaires de l'otorrhée. M. Lallemand cite des cas où un écoulement purulent alternait avec des attaques de rhumatisme, de catarrhe vésical et de leucorrhée.

La complication la plus fréquente et la plus dangereuse de l'otorrhée purulente est la métastase de l'inflammation sur le cerveau ou ses membranes. Elle est ordinairement précédée par la cessation de l'écoulement et la douleur, qui, d'abord, était bornée à l'organe malade, est remplacée par une céphalalgie générale et très intense. La fièvre, la stupeur, le délire et les symptômes de méningite se développent rapidement, et le malade peut succomber subitement dans les convulsions, sans qu'on trouve dans le cerveau ou les méningites les traces d'aucune altération. Dans les cas d'une plus longue durée, on trouve souvent la substance cérébrale ramollie autour de l'os temporal, ou du pus épanché entre les feuillets de l'arachnoïde, ou un abcès dans la substance des hémisphères, et assez fréquemment même dans celui du côté opposé à l'oreille malade, circonstance qui prouve que, dans ces cas, l'inflammation est transmise au cerveau par métastase, et non par continuité du tissu.

Lorsque la carie de l'os temporal a gagné le crâne, la dure-mère, l'arachnoïde et quelquefois le cerveau s'enflamment; la dure-mère se détache sur quelques points et une petite quantité de matière purulente se dépose ordinairement entre elle et l'os malade. Dans quelques cas rares, la carie du rocher fournit un moyen de communication entre la cavité du tympan et un abcès dans le lobe correspondant du cerveau, tandis que dans d'autres cas on trouve les sinus de la dure-mère enflammés dans une grande étendue et leur intérieur rempli de pus et de fausses membranes, et la mort est amenée par le développement d'abcès secondaires dans les poumons, et le dépôt de pus et de lymphe dans les plèvres.

Tels sont les phénomènes pathologiques qui se succèdent pendant le cours de l'otorrhée purulente. Quant aux lésions anatomiques, à l'exception des dernières que nous venons d'indiquer elles ont été bien connues et bien décrites par Morgagni (épist. XIX, obs. 3-5). Cependant cet ingénieux pathologiste avait adopté l'opinion que le pus sécrété dans l'oreille se frayait un passage dans le crâne, passage qu'il croyait autant facilité par la position de la tête du malade que par la carie du temporal. Quoique depuis longtemps l'observation ait renversé l'hypothèse de Morgagni, la question relative au premier organe qui a été affecté dans les cas où il y a suppuration à la fois dans l'oreille et le cerveau a été longtemps agitée. Itard avait adopté l'opinion avancée d'abord par Lanbius, que l'otorrhée purulente n'est dans bien des cas que le résultat symptomatique d'une affection cérébrale ou plutôt comme une terminaison critique de l'encéphalite. Cette opinion, malgré les ingénieux argumens dont Itard l'avait appuyée, me paraît avoir été renversée par M. Lallemand qui a démontré que la lésion de l'oreille précède invariablement celle du cerveau. Sans rappeler les divers argumens qui ont été rapportés de part et d'autre dans cette discussion, nous ferons pourtant observer que celui dans lequel Itard s'appuyait, sur la position anatomique du temporal à la base du crâne est peut-être le plus concluant qu'on pût apporter contre son hypothèse. Pourquoi, dit avec beaucoup de justesse M. Lallemand, la matière purulente, si elle est douée de propriétés corrosives ne se fraie-t-elle jamais un passage à travers un autre os que le temporal, bien qu'il y en ait plusieurs qui occupent dans le crâne une position déclive et qui sont plus minces et d'une structure moins compacte? D'où vient cette prédilection pour l'os temporal? N'est-il pas plus naturel de l'attribuer à une maladie primitive de l'oreille dont l'une des complications les plus fréquentes et les plus dangereuses est la carie du temporal?

Un autre argument qu'a omis ce célèbre pathologiste pourrait être tiré de l'aspect des ouvertures cariées à la surface de l'os. Lorsque la maladie se développe sur plusieurs points successivement, le malade meurt ordinairement avant que la perforation soit opérée sur tous ces points, et alors on peut observer la carie aux différentes périodes de son développement. J'ai vu récemment un cas de ce genre et dont le sujet mourut des suites de la perforation de la paroi postérieure du rocher; sur un autre point de sa face antérieure la maladie était moins avancée, l'os était légèrement décoloré, mince et diaphane, et il était évident que la carie avait commencé dans l'oreille et que la destruction de cette lamelle osseuse était tout ce qui manquait pour compléter la communication entre l'oreille et le crâne.

Il y a encore une autre complication de l'otorrhée purulente qui paraît avoir été presque entièrement négligée par ceux qui ont écrit sur les maladies de l'oreille, c'est l'inflammation des sinus cérébraux. Déjà il aurait été facile de conclure *à priori* de leurs rapports anatomiques avec le rocher, que ces vaisseaux peuvent quelquefois être altérés pendant que la carie désorganise l'os temporal. Quand on réfléchit au rapport des sinus pétreux avec l'angle supérieur de l'os, quand on voit les sinus latéraux logés dans une profonde gouttière sur la face postérieure et séparés seulement des cellules mastoïdiennes et de la cavité du tympan par une légère cloison osseuse, et quand on voit combien il arrive fréquemment que la dure-mère s'enflamme soit par sympathie, soit par extension de la carie au crâne, on se demande comment cette lésion des sinus a été aussi rarement observée comme l'une des complications morbides de l'otorrhée purulente, et la manière dont les autopsies sont encore trop souvent pratiquées en est la seule cause; on se contente trop souvent d'examiner l'organe auquel on attribue le principal rôle dans la maladie. C'est ainsi que Kramer reproche justement à Abercrombie d'avoir omis dans l'histoire des cas d'affection cérébrale consécutive à une otorrhée qu'il a recueillis, l'examen indispensable de l'oreille malade avant et même après la mort. Depuis quelques années j'ai observé trois cas d'inflammation des sinus dépendant d'une maladie de l'oreille et, ce qui prouve ce que j'avançais à l'instant, c'est que dans

---

souverain du monde; il tient sous sa main les peuples et les rois. Le feuilleton est tout ce qu'il y a de plus avancé dans le domaine de l'intelligence; c'est sur lui que la société tout entière roule comme sur un pivot. Homme progressif, je maintiens sa compétence et son absolue nécessité. Le supprimer, ce serait faire rétrograder la civilisation et s'opposer à la marche du siècle. Que serait-ce donc, je vous prie, qu'un journal sans feuilleton?

Mais il y a feuilleton et feuilleton, et si sur la question générale je triomphe, il n'en est pas de même dans le détail. Sans remonter trop haut dans l'histoire de vos méfaits, il en est un qui, au dire de certains esprits mal faits, est devenu chez vous comme un péché d'habitude. C'est cette passion de mordre à belles dents, comme vous le faites maintenant à tout propos, sur notre pauvre profession, et notre pauvre science contemporaines, qui sortent de vos cruelles mains toutes déchirées et meurtries, objets de scandale et de douleur pour la famille de Cos et de dérision pour les profanes. On pense que sur ce point vous tournez trop au pessimisme. Les mécontens de mon endroit trouvent singulier que vous ne soyez pas satisfait d'une époque médicale où fleurissent des hommes de leur mérite. On vous permet de tonner contre les charlatans, mais on voudrait que vous fissiez des exceptions qu'on se chargerait volontiers de désigner à votre impartialité. Bref, votre vertu paraît un peu sauvage et votre critique trop exigeante.

Je méprise, comme il convient, ces vaines récriminations, en public; mais en famille et tout à fait entre nous, je ne peux m'empêcher de vous avouer mes propres scrupules. Il me semble, toute vanité à part, que nous valons un peu mieux que ne l'assure votre impitoyable docteur Mathanasius, dont le crible est si fin qu'il ne laisse pas passer un fétu de toute notre science actuelle. Il a beau entasser les textes avec une érudition véritablement infernale et m'éblouir de son esprit, je proteste secrètement et d'instinct contre ses anathêmes. Je suis incapable de le réfuter, mais il ne peut me convaincre. Aussi lorsqu'on me presse sur ce point, je me contente de dire qu'il ne faut pas prendre ces boutades à la lettre; que si la forme en est hyperbolique, le sens en est au fond très sensé; qu'il ne veut que rabattre l'outrecuidance des faux novateurs et l'ignorance des faux savans, etc. Mais les pauvres d'esprit qui m'entourent ne sont pas en état de faire ces distinctions. Il serait donc de bonne politique de joindre de temps en temps, comme correctif aux sentances désespérantes du docteur Mathanasius, l'annonce de quelque sublime découverte, de quelque idée imprévue et originale qui venge l'honneur du siècle et réhabilite la médecine contemporaine. On vous en saurait beaucoup de gré chez nous, et vous m'obligeriez personnellement. On ne doute pas ici que vous n'ayez tous les mois au moins à enregistrer quelque chose de semblable, et on s'obstine à croire que vous avez pris le sauvage parti de mettre la lumière sous le boisseau, et de livrer sans pitié vos confrères aux vengeances de l'atrabilaire Mathanasius et de ses pareils. Voilà les outrages dont je suis journellement abreuvé, mon cher confrère, et dont je vous prie de décharger ma responsabilité.

Mais je ne suis pas au bout, et voici un grief bien autrement grave! On vous accuse, non seulement de calomnier la science, mais encore la profession; on se plaint que vous peignez les mœurs médicales contemporaines avec les plus noires couleurs, et que vous trouvez un cruel plaisir à sonder toutes nos plaies et à les étaler devant le public; ce qui est un procédé de faux frère et de mauvais camarade. Tout récemment encore, vous semblez dénoncer aux quatre-vingts dé-

le dernier de ces cas cette remarquable lésion ne fut pas reconnue d'abord, bien que le rocher fût carié et la paroi externe du sinus latéral légèrement érodée; mon attention fut spécialement appelée sur cette singulière affection par le cas suivant que j'observai à l'infirmerie royale de Glascow, lorsque j'y étais chirurgien résident.

OBS. I. — Brullen, âgé de 9 ans, est admis le 1er mars 1837 pour un immense abcès qui occupe presque tout le côté gauche de la tête, formant une saillie considérable et présentant sur toute son étendue une fluctuation distincte, excepté dans le voisinage immédiat de l'apophyse mastoïde où la tumeur était ferme, d'un rouge pourpré et très sensible à la pression. Le côté gauche de la face était fortement gonflé et l'œil était complètement recouvert par les paupières œdémateuses; la pupille était sensible à la lumière, la face offrait un peu de déviation des traits qui pouvait dépendre de l'œdème ou de la paralysie du nerf facial. Le malade était toujours assoupi, dans un état approchant de la stupeur. Il conservait sa connaissance et se fâchait quand on l'éveillait, quelquefois sortait du lit sans aide, par une forte exaspération du mal de tête, s'asseyait auprès du feu, se plaignait horriblement de la tête et se pressait le front entre les mains; son pouls donnait 120, était faible et petit; il y avait de l'oppression, mais pas de douleur du côté du thorax. L'abcès fut ouvert derrière l'oreille et il s'en écoula plus de 10 onces d'un pus épais et fétide, cette opération fut suivie d'un grand soulagement et l'œdème des paupières disparut complètement; alors l'appétit qui avait été vorace à l'époque de l'admission du malade disparut et il resta constamment dans le même état léthargique, se plaignant toujours et conservant sa sensibilité; enfin il fut pris de délire, sa jambe et son bras gauche éprouvèrent de rapides mouvemens convulsifs qui ressemblaient à un paroxisme de chorée. Ces convulsions revinrent deux ou trois fois et le malade mourut le lendemain matin.

Les parens m'apprirent que vers l'âge de 4 ans, cet enfant avait été pris d'un mal violent de tête et surtout de l'oreille gauche, et que cette douleur avait continué sans intermission pendant plusieurs jours avec assoupissement. Un écoulement s'était alors établi par l'oreille malade, d'abord en petite quantité, ensuite plus abondant et avec une rémission graduelle de tous les symptômes. Il eut ensuite des attaques du même genre presque toutes les trois semaines; pendant que l'écoulement était arrêté, l'enfant restait sourd de l'oreille malade, mais recouvrait l'ouïe graduellement quand les symptômes aigus disparaissaient. La dernière attaque commença environ cinq semaines avant son admission à l'hôpital et fut précédée des mêmes symptômes précurseurs que les autres fois; l'écoulement ne parut pas à l'époque habituelle, mais huit jours environ après le commencement de l'attaque, une tumeur douloureuse se montra derrière l'oreille gauche, paraissant partir de l'apophyse mastoïdienne, et s'étendre graduellement en haut.

AUTOPSIE 48 HEURES APRÈS LA MORT. La portion squammeuse est dénudée de son péricrâne. Après avoir enlevé les os du crâne, on trouve la dure-mère aux environs de l'oreille gauche épaissie, spongieuse et d'un gris sale. Il y avait un peu de matière purulente déposée entre elle et l'os, et l'arachnoïde ne pouvait en être détachée à l'intérieur. Cette portion épaissie de la dure-mère offrait une légère concavité sur sa face cérébrale, laquelle concavité correspondait à un ulcère de l'hémisphère gauche du cerveau. A l'extrémité supérieure de la fosse dans laquelle le sinus latéral est logé, il y avait une carie de forme elliptique dans l'os temporal, qui était remplie de matière purulente épaisse, et communiquait avec la cavité de l'oreille. Le sinus latéral gauche était rempli de matière purulente et était tapissé par une fausse membrane jaunâtre à demi organisée. Vers l'extrémité du sinus, à la fosse jugulaire, sa cavité était oblitérée par un caillot d'abord pâle et étroit près de son origine, mais qui offrait plus de consistance et une couleur plus foncée en pénétrant dans la veine jugulaire. Une matière pseudo-membraneuse était interposée entre le caillot et les parois du sinus. A la hauteur du pressoir d'Hérophyle, le canal était entièrement obstrué par la grande quantité de lymphe qu'avaient fournie ses parois. Le reste du cerveau était à l'état normal. La cavité du tympan contenait une certaine quantité de matière purulente épaisse et avait perdu sa membrane muqueuse. Les osselets de l'ouïe avaient disparu, ainsi que la membrane du tympan. Les cellules mastoïdiennes étaient complètement détruites, et le conduit auditif interne était plein de pus caséeux. Les veines du diploé paraissaient saines. La plèvre contenait de chaque côté près d'une pinte de sérosité blanchâtre; les lobes inférieurs des poumons étaient congestionnés et parsemés de dépôts purulens de volume variable; les plèvres étaient tapissées par une couche mince de lymphe coagulée, et évidemment d'une date très récente. Les autres organes n'offraient rien d'anormal.

Il est impossible de douter que l'affection de l'oreille fût le premier anneau de la chaîne des phénomènes morbides qu'a présentés le sujet de cette observation. L'abcès extérieur a été évidemment le résultat de la suppuration des cellules mastoïdiennes, et se développa en même temps que la carie de la paroi postérieure du tympan qui amena la méningite, l'ulcération du cerveau et la phlébite des sinus latéraux. Les abcès secondaires des poumons furent probablement la cause immédiate de la mort, comme dans les cas de phlébite traumatique.

L'ulcération de la surface du cerveau est une altération rare, quoique décrite distinctement par plusieurs écrivains. Abercrombie n'en a vu qu'un seul cas. On l'observe si fréquemment comme le résultat d'autres altérations de la substance cérébrale, qu'il est difficile de déterminer jusqu'à quel point les symptômes principaux dépendent de l'ulcération seule. Il y a, dans le cas précédent, une grande analogie entre les symptômes qui ont précédé la mort et ceux qui ont été observés dans d'autres cas de cette rare affection. Dans une observation rapportée par le docteur Powell, où l'on trouva de larges ulcérations irrégulières à la surface des lobes antérieurs des deux hémisphères, il y eut des mouvemens convulsifs ressemblant à la chorée. Le docteur Abercrombie cite aussi un fait rapporté par le docteur Anderson, et dont le sujet était pris plusieurs fois par jour de mouvemens convulsifs du bras et de la jambe gauches, qui duraient une demi-heure. A l'autopsie, on trouva un ulcère de 67 millimètres de long, de 40 millimètres de large, et de près de 27 millimètres de profondeur. Des mouvemens involontaires d'un des côtés du corps revenant par paroxysmes ont été aussi observés dans les cas d'ulcération du cerveau observés par Delmas et Scoutetten. Dans un cas rapporté par M. Bricheteau, et dans lequel il y avait à la fois ulcération du cerveau, otorrhée et carie du temporal, la mort fut précédée de délire furieux et de convulsions. J'ai rapproché ces cas d'ulcération du cerveau, non pour démontrer qu'on observe constamment certains symptômes dans cette affection, mais seulement pour faire voir que le caractère particulier qu'ont offert les convulsions dans cette observation était analogue à ce que les auteurs ont observé avec les mêmes lésions. L'état du sinus latéral, qui n'était pas accompagné de l'inflammation des autres sinus ni des veines cérébrales et diploïques, nous fournit une explication des lésions remarquables qu'ont offertes les viscères thoraciques. Ces dernières lésions, suivant quelques pathologistes, se lieraient toujours à un état morbide des veines immédiatement adjacentes au siége d'une affection primitive. Les lésions observées dans ce cas ne coïncident cependant pas avec les vues de certains écrivains, comme je l'indiquerai lorsque je m'occuperai des rapports qui existent entre la phlébite du sinus et la pathologie des abcès secondaires.

L'observation suivante est la première dans laquelle j'aie observé l'inflammation des sinus latéraux avec l'otorrhée purulente, mais malheureusement je l'ai recueillie à une époque où je ne m'étais point encore occupé de l'étude de cette partie de la pathologie.

---

partemens la profession en masse comme une Babylone prostituée, livrée à l'abomination de la désolation. Timon en personne n'aurait pas fait pis. Eh! mon Dieu, sommes-nous donc tombés si bas que tout mérite, toute justice, toute pudeur, toute gloire, toute vérité soient désormais éteintes chez nous, et serait-ce tout de bon qu'Astrée est retournée au ciel avec les vertus, ses filles? Moi, qui connais les priviléges du *facit indignatio versum*, et qui ai étudié ma rhétorique, je ne suis pas tout à fait dupe de la *mordante hyperbole*. Je sais tout ce qu'il en faut rabattre, et lorsque, dans un écrit monté au diapason de la satire, on me dit qu'un homme est un scélérat, j'en infère seulement qu'il n'a pas mérité le prix de vertu Montyon. Je restreins, comme tout lecteur intelligent doit le faire, le sens trop absolu des propositions, et je pénètre ainsi dans la véritable pensée de l'auteur. Mais j'ai affaire ici à des niais qui, dépourvus de toute idée littéraire, ne savent guère lire qu'avec les yeux du corps, et s'imaginent bêtement que vous voulez attacher aux gémonies la profession tout entière, tandis que vous ne voulez évidemment que stigmatiser ses vices et ses travers. On n'écrit pas, il est vrai, pour les sots, mais on a tort; il faut avoir égard aux sots en ce monde, car, étant très nombreux, ils sont très puissans, *stultorum immensus numerus*. Tâchez donc, lorsqu'il vous arrivera de dénoncer les impudences du charlatanisme, les turpitudes de la rivalité, les lâchetés des coteries, l'effronterie du plagiat scientifique, de prévenir vos lecteurs de province que vous ne parlez qu'en général, et que si vous chargez un peu vos tableaux, ce n'est que dans le louable but de nous détourner du vice, en nous le montrant artistement dans toute sa laideur et son horrible nudité. Ajoutez aussi que si vous êtes si sobre d'apologies, ce n'est pas que les exemples de vertu, de probité scientifique, de noblesse morale, de dignité professionnelle, manquent à votre admiration; mais parce qu'il est à peu près inutile d'encourager les bons, tandis qu'il est très nécessaire d'effrayer les méchans. A l'abri de ces précautions, vous pourrez continuer votre guerre aux abus, sans être taxé d'injustice et de pessimisme, et vous épargnerez bien des ennuis à votre très humble confrère et serviteur.

Vous avez aussi une autre manie, comme on l'appelle ici, et qui n'est que le pendant de la précédente: c'est de vous moquer de nous à tout propos. Vous explorez le vaste champ du ridicule médical avec une prédilection inexplicable dans un confrère. Je vous avertis que, de tous vos péchés, celui-ci est le moins pardonné. N'y a-t-il donc pas, dit-on, assez de mauvais plaisans autour de nous? N'avons-nous pas été assez fustigés par Rabelais et Molière; et devons-nous fournir nous-mêmes aux rieurs des thèmes de nouvelles comédies? Quelle nécessité y avait-il, par exemple, de révéler à nos détracteurs le vrai sens du mot *nerf*? Sans vouloir juger la valeur de cette bouffonnerie, qui a paru très plate à ceux qui ne sont pas tenus, comme moi, de trouver tout bon dans la GAZETTE MÉDICALE, l'intention en a paru coupable au premier chef; on veut que ce soit une trahison, ou, si ce n'est pas une trahison, une gaucherie des mieux conditionnées. Je cite un exemple entre mille; car, sur ce point, vous ne tarissez pas. Vous allez, ajoute-t-on, nous déterrer des ridicules jusque dans les tableaux du Louvre; nos mœurs ne vous suffisent plus, il faut encore vous livrer nos visages! Paraît-il sur l'horizon quelque pamphlet satirique, sous les formes de *guêpes*, *mouches* ou autres insectes; voilà votre feuilleton qui aiguise aussitôt sa plume pour en porter la nouvelle en tous lieux, comme si c'était une bonne fortune!

Je ne fais que répéter ce qui se dit autour de moi; car, pour ma part, j'ai l'es-

Obs. II. — Th. Watson, âgé de 27 ans, marin, est admis à l'hôpital des fiévreux de Glascow, le 13 août 1835, comme atteint de fièvre continue. Depuis son enfance, il était sujet à un écoulement purulent par l'oreille droite. Cet écoulement avait cessé une semaine environ avant qu'il entrât à l'hôpital; et cette disparition avait été suivie de frissons, de céphalalgie et d'accidens fébriles. Peu de temps après, il se plaignit d'une vive douleur dans la région de l'apophyse mastoïde, et un abcès s'y développa promptement et donna issue à une grande quantité de matière sanieuse et fétide. A l'époque de son admission, le pouls donnait 80, était fort et intermittent, la langue brune et sèche, l'appétit nul. Douleurs violentes dans la région occipitale; assoupissement; le pouls s'élève, puis diminue; la stupeur se change en coma, et le malade meurt le 30.

Autopsie. Congestion très-prononcée des vaisseaux du cerveau; 2 onces environ d'un liquide séro-purulent dans chacun des ventricules latéraux; le ventricule droit est tapissé par une couche de lymphe coagulable, sous forme de membrane et d'un jaune verdâtre. Le sinus latéral droit, depuis sa jonction avec le sinus longitudinal jusqu'à sa sortie du crâne, est rempli de matière purulente et tapissé par une fausse membrane d'une épaisseur uniforme; la surface de la gouttière dans laquelle il est logé est rugueuse et poreuse. En pratiquant une incision sur le col, derrière l'angle de la mâchoire et à droite, on en voit sortir une quantité considérable de fluide puriforme, et qui sort évidemment de la veine jugulaire interne. Aucune altération dans les poumons; le foie et la rate sont plus mous qu'à l'ordinaire; les glandes mésentériques sont augmentées de volume.

Ce cas démontre bien la connexion qui existe entre l'otorrhée chronique et l'inflammation du sinus latéral; mais il laisse à regretter sous beaucoup de points de vue, et des plus importans. On n'a pas examiné l'oreille interne, ni le pressoir d'Hérophyle, ni la veine jugulaire à sa terminaison, en sorte qu'il nous est impossible de savoir si, dans ce cas, le pus communiquait directement avec le courant de la circulation, ou s'il en était séparé du sang par un caillot.

Lorsque j'observai ces premiers cas, je crus un instant qu'il n'en avait pas encore été recueilli de semblables; mais ayant parcouru les auteurs qui ont écrit sur les maladies du cerveau, je ne tardai pas à reconnaître qu'on en trouvait de semblables dans quelques ouvrages; mais je n'en suis pas moins convaincu que jusqu'à ce moment on a donné trop peu d'attention à cette singulière maladie des sinus de la dure-mère. Dans la plupart des cas que l'on en a recueillis, l'inflammation du sinus paraît avoir été idiopathique ou la suite d'une altération des méninges ou du cerveau lui-même. Le docteur Abercrombie est peut-être le premier qui signala les rapports de cette lésion avec une affection antérieure de l'oreille; on en trouve un cas dans l'un de ses mémoires sur les affections du cerveau, publié en 1818. M. Ribes, de Montpellier, a publié en 1825 (Revue Médicale), un cas remarquable d'inflammation du sinus longitudinal supérieur, de nature évidemment chronique et compliqué d'une affection cancéreuse de l'encéphale. L'année suivante, M. Gendrin publia dans le même journal, un cas de phlébite de la veine médiane cérébrale avec ramollissement du cerveau. La même année, le docteur Hoopes donna, dans son ouvrage sur l'anatomie morbide du cerveau, une planche coloriée représentant les deux sinus latéraux ouverts, remplis de pus, et tapissés par une fausse membrane; il y avait en communication entre le sinus latéral et une ouverture produite par la carie dans l'os temporal. L'auteur, qui n'a point donné l'historique de cette observation, pense que la perforation de l'os a été le résultat de l'action de la matière purulente qui a toujours une tendance à se frayer une route an dehors. En 1829, M. Tonnelet, dans un travail sur les maladies des sinus de la dure-mère, a divisé les concrétions qui se forment pendant la vie dans ces cavités en deux espèces; les unes qui ressemblent aux polypes fibrineux que l'on trouve dans les cavités droites du cœur et qui contiennent quelquefois de la matière purulente au centre, les autres qui ressemblent aux fausses membranes que l'on trouve dans tous les organes et qui peuvent se former avec ou sans suppuration; mais il ne rapporte aucun cas où il y eût complication d'une maladie de l'oreille. Depuis cette époque, plusieurs écrivains ont rapporté des exemples de maladies des sinus dans lesquelles les lésions organiques n'étaient pas exactement les mêmes, mais qui se rattachaient évidemment au même état pathologique des vaisseaux. De ce nombre sont MM. Pirchard et Cruveilhier qui ont rapporté chacun un cas de phlébite des sinus cérébraux idiopathique.

Avant d'analyser le petit nombre de cas où cette maladie se liait à une otorrhée, je vais rapporter un exemple fort remarquable de cette affection, que j'ai observé à l'hôpital du Nord de cette ville.

Obs. III. — Un homme qui, depuis longtemps avait une otorrhée purulente, est admis avec les symptômes d'une affection cérébrale, il se plaint de forte céphalalgie et reste presque constamment dans un état de stupeur léthargique qui ne l'empêchait pas de répondre avec justesse, jusqu'à sa mort, aux questions qui lui étaient adressées. Quelques jours avant de mourir il eut des frissons suivis de symptômes de pleurésie aiguë pour laquelle on lui fit une petite saignée.

Autopsie. La face supérieure du rocher du temporal droit est d'un noir verdâtre et est perforée sur un point par la carie, tandis que sur un autre il ne reste qu'une lame extrêmement mince et diaphane. Il y a aussi une autre carie sur le bord supérieur de la fosse, qui contient le sinus latéral dont la paroi présente, au point de contact, une légère érosion et une couleur verdâtre. La dure-mère qui recouvrait l'os malade était très épaisse et couverte d'une couche de lymphe, le sinus latéral est rempli d'un fluide puriforme et tapissé à l'intérieur d'une fausse membrane de formation récente. Le calibre du sinus était considérablement diminué et sa cavité presque complètement oblitérée par la quantité de fausses membranes et de lymphe coagulée. Le sinus pétreux inférieur offrait la même altération, et on trouva des caillots dans quelques unes des plus grosses veines. On ne pourrait dire jusqu'à quelle hauteur descendaient les produits inflammatoires dans les veines jugulaires; mais, en sciant l'os temporal, il s'écoule des incisions faites sur le cou une certaine quantité de pus qu'on suppose venir d'un abcès profondément situé dans cette région. Les parens du malade ne voulurent pas permettre que l'on examinât les viscères thoraciques et abdominaux.

Outre les cas que j'ai déjà signalés, d'inflammation des sinus latéraux coïncidant avec l'otorrhée purulente et la carie du temporal, je n'ai pu découvrir dans les ouvrages spéciaux, malgré les plus vastes recherches que quatre exemples de cette complication, et comme les symptômes de cette affection sont fort obscurs, je vais donner une très courte analyse de chacun de ces cas.

Cas I. Une jeune dame de 15 ans, qui avait été longtemps sujette à une otorrhée purulente, est prise de frissons, de céphalalgie et de douleur dans l'oreille avec fréquence du pouls et état saburral de la langue. Au bout de huit jours, un abcès apparaît dans la région mastoïdienne et une grande quantité de pus ayant été évacuée à la suite d'une ponction, la malade éprouve une légère diminution dans sa céphalalgie; mais bientôt elle est prise d'une douleur dans le côté gauche, pour laquelle elle est saignée avec un soulagement partiel; mais le pouls prend de la fréquence, la faiblesse augmente et elle meurt avec toute sa connaissance le quatorzième jour.

---

prit trop bien fait et trop de confiance à mon journal pour suspecter votre bonne foi. J'aime d'ailleurs naturellement la raillerie, pourvu qu'elle soit bonne. A cette occasion, je prendrai la liberté de vous dire, en passant, qu'il vous arrive bien plus souvent que vous ne l'imaginez sans doute, d'être profondément ennuyeux en voulant être plaisant. Croyez-en sur ce point mon expérience. Si vous parvenez à éviter ce léger inconvénient, je passerai volontiers l'éponge sur tous les autres.

Voilà les principaux griefs allégués contre le feuilleton. J'en repousse directement quelques-uns, je pallie les autres, je les excuse tous. Mais enfin, ne peut-on pas, d'une manière générale au moins, admettre qu'il y a quelque fondement dans ces plaintes? Etes-vous bien sûr d'avoir si exactement tenu la balance de la critique, qu'elle ne penche pas un peu trop d'un côté? C'est ce que je vous laisse décider dans vos hautes lumières. Quant à moi, s'il m'est permis d'émettre ici mes humbles pensées personnelles, voici ce que je dirais si j'en étais requis.

Et d'abord quant à la science, je répondrais au très docte et très spirituel Mathanasius que si l'art de guérir n'a pas fait tous les progrès désirables, ce n'est pas faute de zèle, d'activité, de véritable science de la part de nos travailleurs; mais qu'il faut s'en prendre surtout aux difficultés de l'entreprise et à la nature qui, ayant besoin de la mort, aura toujours en réserve, comme moyen *sine qua non*, des maladies incurables. Si cette banalité ne le contente pas, bien qu'en fait on ne puisse rien dire de plus profond sur ce sujet, j'ajouterai que, historiquement parlant, il n'est pas vrai que nous ne fassions que répéter ce qu'ont dit déjà nos pères et les pères de nos pères. Sans doute les points de vue les plus généraux des sciences physiologiques et pathologiques ont été posés dès l'origine du travail scientifique, de même qu'ils se reproduiront indéfiniment dans le développement ultérieur des siècles à venir. Mais ce n'est pas dans ce domaine de la pensée spéculative pure qu'il faut chercher des progrès. C'est dans la sphère des applications pratiques et dans les connaissances théoriques immédiatement liées à ces applications que s'est manifesté et que se manifestera le progrès de l'art. Or il me semble évident que la médecine actuelle est de beaucoup supérieure à l'ancienne, sous ce rapport. Elle tend à se rapprocher de plus en plus des phénomènes, à en pénétrer le mécanisme visible, à en déterminer les causes observables; et ne dût-elle pas tirer de cette étude tous les résultats pratiques qu'on en espère, toujours est-il qu'elle est, ce semble, sur le véritable chemin du succès. Depuis Hippocrate jusqu'à Sthal qui a fermé le dix-huitième siècle, la médecine n'a été qu'une méthode empirique, très savante, très éclairée, très perfectionnée et très bonne dans les limites qu'elle s'était donnée. Mais, réduite à ces seules ressources, elle ne pouvait guère avancer, après avoir atteint d'assez bonne heure le degré de perfection dont elle était susceptible. C'est ce qui a fait croire à quelques-uns, et particulièrement au docteur Mathanasius, dans ses momens de mauvaise humeur, que c'était une science terminée depuis les Grecs, les Latins et les Arabes. Et d'ailleurs, dans cette longue période, n'a-t-on rien ajouté aux premières connaissances? Trouve-t-on, dans Hippocrate, dans Galien ou dans Avicenne, le mercure, le quinquina, la vaccine? Ces inventions ne sont pas fort anciennes, et la dernière date de ce siècle même. Je ne parle pas de la chirurgie, sur laquelle on ne conteste guère. Ni Erasistrate, ni Abulcasis, ni Ambroise Paré, ni même toute l'Académie de chirurgie, n'auraient su briser un calcul dans ma vessie, ni redresser mon cou ou mon œil déviés. En médecine

Autopsie. L'os temporal droit est rugueux et noir sur plusieurs points et est séparé de la dure-mère par une conche de pus. Le sinus latéral droit est très épaissi et rempli par un dépôt semblable à celui qu'on tronve dans la cavité d'un anévrisme. La plèvre gauche contient au moins une livre d'un liquide purulent. (Abercrombie, SUR LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE.)

Cas II. — Une jeune dame de 16 ans, sujette à un éconlement purulent par les oreilles, se plaignait d'un fort mal de tête ; ses yeux etaient lourds, son regard accablé, son pouls donnait 120 ; elle se plaignit ensuite de frissons et de douleur dans la région occipitale ; le pouls offrait de grandes variatious dans la journée ; il y eut de temps en temps du délire et du coma, mais jusqu'aux derniers instans elle répondit distinctement à toutes les questious qu'on lui adressait.

Autopsie. Le sinus latéral gauche est plein de pus et d'une matière caséeuse ; ses parois sont épaissies, et sa surface interne est molle, irrégulière et fongueuse. Sur un point même sa cavité est presque complètement oblitérée, une portion de l'os temporal est cariée sur le trajet du sinus latéral gauche et les canaux de l'oreille offrent de vastes altérations. (Abercrombie, *ibid.*)

Cas III. — Un boulanger qui avait perdu une partie du palais à la suite d'une affection syphilitique, est pris d'une douleur grave dans l'oreille droite, il s'en écoule une petite quantité de pus sanguignolent qui amène un peu de soulagement. L'oreille gauche devint ensuite plus douloureuse que la droite, et pendant les 17 nuits qui précédèrent son entrée à l'hôpital Guy, il fut continuellement dans un état de fureur, tant était violente la douleur de tête. Pendant le jour il était tranquille, mais durant la nuit il était bruyant et agité ; ses reponses étaient souvent incohérentes ; il pouvait sortir seul du lit et deux jours avant sa mort, il s'était assis au coin du feu.

Autopsie. Abcès gangreneux derrière l'oreille ; les ventricules du cerveau sont légèrement distendus par de la sérosité, les sinus latéraux et pétreux sont pleins d'un pus noir et de mauvaise nature, qui coule sur la selle turcique et remplit les sinus caverneux et circulaire. La veine jugulaire est pleine d'un pus vert et de mauvaise apparence jusqu'au niveau de la sous-clavière ; ses parois sont épaisses, opaques et vertes, et couvertes d'un dépôt de matière fibrineuse. On trouve dans la partie postérieure et supérieure du pharynx une masse de charpie imbibée de pus fœtide ; il y a dans les poumons plusieurs abcès contenant un pus vert et fétide, et un épanchement de sérosité dans la plèvre et le péricarde. (Bright, MEDICAL REPORTS.)

Le docteur Bright pense que la maladie de l'oreille a probablement été causée par l'irritation que détermina le tampon de charpie qui était dans le pharynx.

Cas IV. — Un enfant, de constitution scrofuleuse, et sujet depuis longtemps à une otorrhée, est pris, après s'être exposé au froid, de vives douleurs derrière les yeux. Lorsqu'il est transporté à l'hôpital Meath, il jette des cris effrayans, bien qu'il n'eût ni délire, ni convulsions. Une tumeur distincte, formée dans la partie supérieure du col, à environ un pouce et demi en arrière de l'apophyse mastoïde, est prise d'abord comme une périostite de la base du crâne ; mais une incision, pratiquée à la surface, ne donne issue à aucun liquide purulent. L'oreille continue de fournir du pus fétide et le malade meurt dans le délire.

Autopsie. Le cerveau et ses membranes sont à l'état normal ; le sinus latéral gauche contient une quantité considérable de pus d'une fétidité extrême, de la consistance du fromage et mêlé avec du sang. Il y a une communication entre le sinus et l'oreille interne, dont les os sont cariés, et la cavité est remplie d'un pus semblable. (Stokes, PRACTIC. OF PHYSIC.)

Ce cas est rapporté par le docteur Stokes comme un exemple remarquable de l'œdème des parties externes, dépendant d'une maladie dont le siége est profond. Si à ces différens faits nous en ajoutons encore un qu'a observé le docteur Clark (d'Édimbourg), et dont le docteur Craigie parle très brièvement dans son ouvrage récent SUR LA MÉDECINE PRATIQUE, nous aurons tous les cas de phlébite des sinus cérébraux consécutifs à une maladie de l'oreille qu'il m'a été possible de trouver. Dans le dernier cas que nous venons de citer, l'os temporal était carié, et les sinus latéraux, depuis le pressoir jusqu'en bas, la veine jugulaire droite et la sous-clavière étaient épaissis, pleins de lymphe, de matière purulente et de caillots de sang. Le cerveau était également altéré.

Si on observe avec soin les faits précédens, on ne peut douter que l'inflammation des sinus de la dure-mère n'existe quelquefois sous forme chronique, sans déterminer d'autre trouble des fonctions vitales que ceux que produisent les affections du cerveau et de ses membranes. Chez le malade dont M. Ribes a rapporté l'histoire, et qui avait été, pendant plusieurs années, sujet à des attaques d'épilepsie et à des accès temporaires d'aliénation mentale, les sinus latéraux contenaient une fausse membrane, mais pas de pus, et l'une des veines méningiennes était très développée et variqueuse. La même altération de la veine médiane cérébrale existait aussi chez le sujet de l'observation rapportée par M. Gendrin. Il est pourtant, en général, plus probable que le pus sécrété dans les sinus est transporté directement dans le courant de la circulation, où, se mêlant avec le fluide vital, il donne lieu au développement de ces lésions qu'on trouve si fréquemment dans des organes différens et éloignés dans les cas de phlébite primitive. Bien qu'il soit à regretter que, dans le plus grand nombre des cas déjà cités, la ligne de démarcation entre la partie malade et la partie saine de la veine jugulaire n'ait pas été exactement déterminée, il y a dans la science quelques faits qui prouvent que, dans un grand nombre de cas de phlébite suppurative, il n'y a pas d'obstacle qui empêche le mélange direct du pus avec le fluide de la circulation. J'ai vu les veines radiales, pleines de pus, se terminer abruptement dans l'axillaire et n'offrir d'autre trace d'altération au point d'union qu'une couleur gris de plomb de la membrane interne de la veine malade. S'il me fallait rapporter d'autres faits de la même nature, il me suffirait de rappeler les cas recueillis par M. Douglas (de Glascow), et qu'il a cités dans sa dissertation sur la pathologie des abcès secondaires. J'ai insisté avec intention sur ce point, afin de montrer combien est hasardée l'assertion qu'a émise tout récemment M. Tessier (de Paris) sur ce sujet. Selon lui, le premier phénomène qu'on observerait dans tous les cas de phlébite serait l'oblitération de la veine par un caillot. Nous avons vu, que le premier cas rapporté dans ce mémoire donne une apparence de confirmation à cette opinion ; puisque le sinus latéral était oblitéré à la hauteur du pressoir par de la lymphe et des fausses membranes et que, par son autre extrémité, ce vaisseau était fermé par un caillot de sang adhérent. Dans ce cas, la phlébite était circonscrite et le pus renfermé dans la veine enflammée, ne pourait pénétrer dans le courant de la circulation. Comment donc pourait-on, dans cette hypothèse, expliquer la formation des abcès consécutifs dans les poumons et les épanchemens purulens dans les deux plèvres? Attriburions-nous alors avec MM. Andral, Tessier et quelques autres, ces lésions à une altération pathologique du sang, indépendante de toute inflammation primitive du système veineux? Le rejet de la première hypothèse n'entraîne pas nécessairement l'adoption de la seconde. Il y a bien certainement plus qu'une simple coïncidence dans le rapport qui existe entre la phlébite et le développement des abcès consécutifs, mais il faudrait encore démontrer que le caillot

---

interne, on n'y voit pas si clair et on ne va pas si vite ; mais il est permis d'affirmer, *à priori*, que, toutes choses égales d'ailleurs, le perfectionnement du diagnostic local et des connaissances anatomiques est une condition favorable au succès des applications thérapeutiques.

Je n'ai pas la prétention, mon cher confrère, de discuter la grande question que chaque siècle se pose lorsqu'il regarde, comme Janus, le passé et l'avenir, ni de renouveler le *parallèle des anciens et des modernes*. Je veux seulement vous communiquer les scrupules que m'ont inspirés involontairement les terribles objections du docteur Mathanasius ; scrupules dont je vous demande pardon et dont j'ai honte, car il n'est pas possible qu'en definitive vous n'en sachiez pas plus là dessus que votre lecteur indigne.

Quant à la profession que vous ridiculisez et anathématisez alternativement, suivant que le vent vous pousse, j'aurais aussi bien des choses à dire. Je ne nie pas qu'il n'y ait aujourd'hui un grand débordement de charlatanisme, de misères et de saletés de toute espèce dans notre petit monde, mais je ne suis pas sûr qu'il n'y en eût pas autant autrefois. On imprimait, il y a quelque cent ans, un livre intitulé : DU BRIGANDAGE DE LA MÉDECINE ET DES MÉDECINS. L'auteur de ce livre devait avoir probablement ses raisons pour l'orner de cet aimable titre. Nos ancêtres ne valaient pas mieux que nous, et nous valons autant qu'eux. Les hommes ne changent point ; il y en a toujours un grand nombre de bons, médecins ou autres, honorons-les ; il y en a toujours beaucoup de mauvais, détestons-les. On peut ici prendre à volonté le rôle de la satire ou de l'apologie, car il y a des faits pour les deux thèses ; mais comme la première est la plus amusante, je vous conseille de vous y tenir jusqu'à nouvel ordre.

Tels sont, mon cher confrère, les derniers termes auxquels je réduis ma modeste réclamation. Je ne présume pas que vous fassiez la sottise de l'imprimer, car elle ne roule que sur des affaires de famille dont il est inutile de faire part au public. Mais si, pressé par la pénurie des matières, comme il arrive, dit-on, souvent aux journalistes, vous vous décidez à en faire usage, je vous conjure d'en rayer les propositions les plus mal sonnantes, et surtout de ne pas trahir mon anonyme, car je serais oblige de quitter le pays que j'habite et où je pratique depuis trente ans.

Un de vos plus fidèles abonnés et sincères admirateurs.

X...

S..., 19 avril 1841.

— Les juges du concours ouvert à Paris pour la Faculté de Strasbourg sont, en qualité de professeurs de l'Ecole de Paris, MM. Roux, Gerdy, Bérard, Velpeau, Marjolin, Breschet, Blandin, P. Dubois ; suppléans, MM. Cruveilhier et Dumas. En qualité de membres de l'Académie de médecine, MM. Jobert, Espiaud, R. Parise, Renould ; suppléant, M. Hervez de Chegoin.

oblitérateur ferme complètement la veine dans tous les cas de phlébite avec suppuration.

Puisqu'il est certain que, dans quelques cas, les sinus cessent d'être perméables au sang pendant l'inflammation de leurs parois, on doit se demander quelle route suit le sang veineux pour sortir du cerveau. M. Cruveilhier a résolu, d'une manière fort ingénieuse, ce problème. Les veines cérébrales, dit-il, quoique distinctes à leur terminaison dans les sinus, s'anastomosent les unes avec les autres à leur origine, et, comme elles n'ont pas de valvules, elles peuvent se remplacer mutuellement, en sorte que, pour intercepter la circulation veineuse du cerveau, il faudrait que tous les sinus fussent oblitérés à la fois. Il réussit à rendre le sinus longitudinal imperméable chez un chien, mais cet animal n'en éprouva aucun effet fâcheux. Cette libre communication entre les veines cérébrales suffit peut-être pour expliquer l'absence des hémorragies et des épanchements séreux dans la plupart des cas d'inflammation des sinus de la dure-mère qui ont été recueillis; mais il serait très intéressant de rechercher si l'œdème symptomatique, que l'on observe dans quelques cas d'inflammation des sinus latéraux et dans beaucoup de cas de ramollissement et d'abcès du cerveau, ne dépendrait pas, jusqu'à un certain point, de l'obstruction des veines ophthalmiques ou de quelques autres.

J'ai peu de remarques à faire sur le traitement de l'otorrhée purulente chronique. Les cautères et les vésicatoires appliqués à la nuque du col, et les frictions avec la pommade émétisée, pratiquées sur l'apophyse mastoïde, sont les moyens que l'on a le plus recommandés; mais quand la maladie est arrivée déjà à une période avancée, tous les moyens sont sans efficacité. La perforation de l'apophyse mastoïde a été employée autrefois dans la forme chronique de cette affection; mais cette opération a été abandonnée, probablement à la suite des trois insuccès qu'elle eut entre les mains du docteur Itard. Il s'en faut cependant qu'elle soit aussi dangereuse qu'on l'a supposé. M. Dezeimeris, qui a relevé les principaux cas dont les résultats ont été connus, a constaté que cette opération a été pratiquée sur neuf individus et chez cinq d'entre eux des deux côtés, ce qui élève à quatorze le nombre des cas où elle a été pratiquée. L'un des sujets est mort; dans deux cas, l'opération n'a pas eu de succès; dans deux autres, elle ne fut suivie que d'un amendement dans les symptômes; et dans neuf cas, elle réussit complètement.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDECINA.

Les cahiers de décembre 1840 et de février 1841 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Observations de ligatures des grosses artères du corps humain*; par M. Balardini. 2° *Expériences relatives à l'action des renoncules sur le corps humain*; par M. Polli. 3° *Tympanite utérine*; par M. Ercoliani. 4° *Observation de cure radicale de hernie inguinale réductible*; par M. Sigmond (de Vienne). 5° *Considérations médico-légales sur la dessiccation du cordon ombilical*; par MM. Trezzi et Vittardini. 6° *Du ganglion vidien*; par L. Gnarini. 7° *Effets du sulfate de quinine sur les animaux et observation d'un homme en bonne santé empoisonné par cette substance*; par G. Giacomini. (Nous renvoyons, pour les doctrines contenues dans cet articles, au troisième volume de la pharmacologie de ce savant professeur. Il rapporte, dans ce nouveau travail, de nouvelles expériences faites sur des lapins.) 8° *Expériences pour prouver que le calomel, dans l'économie vivante, ne se change point en sublimé par l'action des chlorures alcalins naturels*; par M. Cattanéi (di Momo). 9° *Cas d'absence d'utérus et de vagin sur une jeune fille de 20 ans*; par M. Bertani.

OBSERVATIONS DE LIGATURES DES GROSSES ARTÈRES; par M. LODOVICO BALARDINI.

LIGATURE DE LA SOUS-CLAVIÈRE EN DEHORS DES SCALÈNES.

OBS. I. — Christine Ronchi, d'une constitution délicate et nerveuse, âgée de 50 ans, s'aperçut, cinq mois après une fracture de l'humérus droit, qu'une tumeur pulsatile s'était développée à la partie interne et supérieure du bras de ce côté. Abandonnée d'abord à elle-même, la tumeur prit un volume notable, qui continua à augmenter, malgré tous les secours, tels que saignées générales, locales; repos général et local; les réfrigérans locaux et la compression méthodique.

Avec les progrès de la tumeur parurent aussi et s'augmentèrent peu à peu un sentiment de fourmillement, avec faiblesse du membre, et un peu d'œdème à la main. Les battemens de la tumeur, manifestes sur toute sa circonférence, cessaient par la compression de l'artère sous-clavière au col, sur la première côte, et reparaissaient quand était levée la compression.

Dans l'espace de trois mois, la tumeur atteignit le haut de l'aisselle, et avait 271 millimètres de circonférence à sa base. Bientôt, sur son centre, parut une tache brune, indice de l'amincissement de la peau et de la rupture prochaine de la poche.

L'imminence prochaine de ce danger, qui entraînait nécessairement la mort, décida à l'opération, malgré la faiblesse d'esprit et de corps de la malade, et malgré l'étendue des désordres locaux, la tumeur ayant alors, à travers l'aisselle, atteint le bord inférieur de la clavicule.

Le 4 novembre 1828, la malade étant convenablement placée, une incision un peu oblique fut pratiquée au-dessus de la clavicule, à partir du bord externe du sterno-mastoïdien, dans l'étendue de 4 centimètres à peu près. Un rameau de la veine jugulaire coupé fut immédiatement lié. Les lèvres de la plaie écartées, on incisa avec précaution le peaucier, pour épargner la veine jugulaire externe, qu'un aide écarta en dehors à l'aide d'un crochet mousse. Puis, tant à l'aide du doigt qu'à l'aide du bistouri, on mit à découvert le bord externe du scalène antérieur. L'indicateur porté à l'insertion de ce muscle à la première côte put sentir le battement de l'artère, qui fut mise à nu et dégagée des nerfs et de la veine. A l'aide de l'aiguille courbe, un ruban de quatre fils cirés fut assez facilement passé sous le vaisseau, noué sur lui par deux nœuds. Tout battement cessa aussitôt dans la tumeur. L'opération dura quinze minutes.

5 novembre. La nuit a été assez bonne. On a d'ailleurs employé tous les moyens usités pour réchauffer le membre, qui était resté froid, comme avant l'opération; la chaleur se rétablit graduellement. Le matin, le pouls n'est point perçu au carpe; douleurs intermittentes le long du membre opéré. La tumeur est affaissée, molle, sans trace de pulsations; les fils de la ligature sont agités de mouvemens isochrones aux battemens de l'artère.

6 novembre. Etat très satisfaisant; premier pansement de la plaie, qui est en partie réunie par de la lymphe. Les fils n'offrent plus les mêmes mouvemens; cela indique que le caillot sanguin est déjà formé.

Les choses continuèrent à très bien aller, et le quinzième jour, la plaie était entièrement cicatrisée, excepté au point d'issue du fil, qui tomba le seizième jour. A cette époque, l'œdème avait beaucoup diminué, les mouvemens du membre se faisaient sans difficulté, le pouls était revenu, mais faible au carpe, et la tumeur s'était assez affaissée pour faire espérer une complète disparition, par les phénomènes habituels de la résorption.

Un mois à peu près après l'opération, alors que sa réussite était assurée, la tumeur s'échauffa, rougit, elle devint le siége d'une douleur profonde et d'une grande tension; en même temps se déclara une grande fièvre. Malgré le traitement le plus énergique, la tumeur devint bientôt fluctuante, et offrit à son centre une tache brune, indice de l'approche de la gangrène. La tache se convertit en escarre, qui, en tombant, donna issue à une grande quantité de pus sanieux et fétide.

La malade s'affaiblit promptement et mourut dans le délire.

AUTOPSIE. La plaie de l'opération est cicatrisée. L'artère, au niveau de la ligature, est oblitérée dans l'étendue de 2 centimètres à peu près. Le bout supérieur du vaisseau contient un caillot sanguin. Le sac anévrismal contient des caillots sanguins ramollis. Le haut de la face interne de l'humérus correspondant à la face postérieure du sac est dénudé, excavé et nécrosé.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE RADIALE, AU NIVEAU D'UNE CICATRICE SUITE DE L'AMPUTATION RADIO-CARPIENNE; LIGATURE DE LA BRACHIALE AVANT SA BIFURCATION.

OBS. II. — Une jeune homme de 18 ans eut la main mise en lambeaux par l'éclat d'un fusil de gros calibre, qu'il tenait au moment de l'explosion. La main était en partie désarticulée de l'avant-bras, les tendons des muscles passaient à travers la plaie et le sang coulait abondamment. M. Balardini acheva l'amputation radio-carpienne, et conserva tous les tégumens voisins et sains. Il y en eut assez pour recouvrir la plaie, au fond de laquelle trois artères furent liées. En peu de temps la plaie se cicatrisa, et le dixième jour, les ligatures tombèrent. A quelques jours d'intervalle, M. Balardini revint voir son jeune malade; il ne fut pas peu surpris de trouver au niveau de la cicatrice une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, agitée de battemens et située au côté radial.

Jugeant peu prudent de lier le tronc même de la radiale dont les tuniques pouvaient n'être pas saines, le chirurgien pratiqua la ligature de la brachiale au-dessus de sa bifurcation au pli du coude. L'opération réussit et la tumeur diminua peu à peu et disparut.

Il existe une telle différence entre la gravité de la ligature de la radiale et de la brachiale, que lorsque la ligature dans des conjonctures pareilles à celles de l'observation du docteur Balardini, devient nécessaire, c'est une question de savoir si la première ne l'emporte pas sur l'autre. Notons en outre qu'ici évidemment l'anévrisme reconnaissait une cause traumatique, et qu'il n'y avait point lieu de soupçonner une lésion des tuniques artérielles à quelques centimètres au-dessus de la tumeur. Notons aussi que l'amputation avait remédié au danger que des anastomoses font naître dans les ligatures faites au-dessus seulement de l'anévrisme.

PLAIE DE L'ARTÈRE INTER-OSSEUSE, LIGATURE DE LA BRACHIALE AVANT SA DIVISION; GUÉRISON.

OBS. III. — Un jeune homme de 24 ans s'enfonça un instrument tranchant dans le milieu de l'avant-bras. Une hémorragie abondante suivit la blessure, et ne put

être arrêtée par la compression. M. Balardini, appelé près du malade, reconnut une blessure de l'artère inter-osseuse, que sa profondeur dérobe aux ligatures dans des cas pareils. La ligature fut appliquée sur la brachiale un peu avant sa division. La ligature tomba le onzième jour et la plaie était cicatrisée le treizième jour.

VARICE ANÉVRISMALE AU PLI DU COUDE; LIGATURE DE LA BRACHIALE AU HAUT DU BRAS; PERSISTANCE DE LA TUMEUR.

OBS. IV.—Alexandre Fiorini, à la suite d'une saignée de la médiane basilique, vit paraître au niveau de la petite plaie une tumeur qui atteignit le volume d'une noix muscade. Cette tumeur n'était autre chose que la veine basilique dilatée en varice en cet endroit et agitée de battemens isochrones à ceux de l'artère. Le passage du sang dans l'artère était accompagné d'un bruit de frémissement qui disparaissait par la compression de l'artère au-dessus. La veine était dilatée loin de la tumeur et offrait aussi à une grande distance les mêmes battemens que cette dernière. Cette circonstance, jointe à un peu d'œdème, détourna M. Balardini de la ligature de la brachiale à peu de distance de l'anévrisme. Il préféra lier l'artère à la racine du membre. La ligature fut pratiquée suivant les préceptes, et à la réunion de l'aisselle et du bras; elle arrêta complètement le pouls et les battemens de la tumeur. Des applications chaudes furent faites sur le membre opéré. La nuit une douleur intolérable se déclara dans l'avant-bras et dans la main, ces parties étaient froides. (Applications chaudes avec addition de quelques gouttes de laudanum; potion anodine.) Le lendemain la main resta froide et plusieurs taches brunes parurent sur sa face dorsale; ces taches devinrent bientôt des escarres superficielles dont la chute rapide fut suivie d'une notable amélioration générale et locale. Le fil tomba le seizième jour, emportant avec lui une portion d'artère, et la plaie marcha rapidement à la cicatrisation. Quelque temps après Fiorini ressentit au lieu qu'avait jadis occupé la tumeur une sensation obscure de battemens (cette phrase fait supposer que la tumeur avait disparu, quoique l'auteur ne l'ait point mentionné) qui augmenta assez rapidement; il devint enfin évident que ce battement était produit par une très petite colonne sanguine passant de l'artère dans la veine qui cependant n'offrait aucune ampliation. Les choses restèrent ainsi pendant quelque temps, puis la veines et ses collatérales se dilatèrent de nouveau, la tumeur reparut avec ses pulsations d'autrefois. Aucune opération ne fut pratiquée et deux ans après son apparition, elle n'était augmentée que fort peu et n'apportait aucune gêne; seulement le bras resta plus petit et moins robuste que l'autre.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, le chirurgien italien rappelle avec raison que la reproduction de cette espèce d'anévrisme, traitée par la méthode d'Anel, n'est point très rare. Outre les exemples de Samuel Cooper, de Scarpa, la science possède les insuccès contemporains, et ce sont ces faits qui ont aujourd'hui fait établir le principe de la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la tumeur dans des cas semblables. Il y a, dans ces varices anévrismales, une circonstance qui les expose bien plus aux récidives que les vraies tumeurs anévrismales. On sait déjà, pour ces dernières, que la ligature portée à une grande distance du sac expose au rétablissement facile de la circulation entre les deux points, rétablissement qui, s'il n'est pas une cause nécessaire d'insuccès, est au moins une cause fréquente. Outre cela, dans la varice anévrismale, il y a la communication de l'artère avec un canal en pleine circulation, ce qui doit, quelque faible, quelque retardé que soit le courant de l'artère ouverte, entretenir toujours béante l'ouverture artérielle. En un mot il semble que pour la varice anévrismale, comme pour les sacs anévrismaux après l'opération par la méthode de Brasdor, une interruption complète de la circulation dans l'artère soit une chose indispensable.

L'observation précédente est suivie de celle d'un anévrisme faux consécutif au pli du bras, et reconnaissant pour cause une saignée. L'anévrisme survint quelques jours après cette dernière, et après un mois n'avait encore que le volume d'une aveline. La compression méthodiquement exercée sur la main, sur l'avant-bras et sur la tumeur, guérit celle-ci dans l'espace d'un mois et demi, l'artère étant d'ailleurs restée perméable dans tout son trajet. Ces faits d'oblitération d'une tumeur anévrismale avec conservation de la circulation au niveau de l'anévrisme ne sont pas rares, et ils arrivent aussi bien après la ligature par la méthode d'Anel, qu'après la compression. Ils sont en contradiction manifeste avec le principe posé par quelques chirurgiens, que l'oblitération du sac ne peut être obtenue que par l'oblitération de l'artère.

PLAIE DE LA PARTIE POSTÉRIEURE EXTERNE ET INFÉRIEURE DE LA JAMBE; HÉMORRAGIE MALGRÉ LA COMPRESSION; LIGATURE DE LA PREMIÈRE; GUÉRISON.

OBS. V. — Un certain Grammeria Salvetti reçut une plaie d'un instrument aigu au bas de la jambe, en arrière et en dehors. Il survint une grave hémorragie, que la compression la mieux entendue ne put arrêter. Le siége de la plaie indiquait une blessure de la péronière, qui ne pouvait être saisie à ce niveau. Le chirurgien fit, vers le milieu de la jambe, une incision, qui lui permit d'arriver à l'artère quand elle côtoie le bord interne du muscle fléchisseur propre du gros orteil. Après l'incision de l'aponévrose, il sépara les muscles superficiels des profonds et arriva de dehors en dedans sur l'artère, dont la ligature fit immédiatement cesser toute hémorragie.

La ligature de la péronière est une opération difficile, et qui n'a guère été faite que deux ou trois fois et dans des circonstances bien différentes. Suivant M. Velpeau, elle aurait été faite par M. Onvrard, mais nous ne savons dans quelle circonstance. Guthrie a pratiqué cette opération pour une blessure de la péronière, faite par une balle. Son procédé a été bien différent. On sait que, dans tous les cas de blessures d'artères, il veut, d'une manière absolue, que la ligature soit portée au lieu blessé. Or, dans le cas en question, il ne craignit pas de diviser les muscles du mollet dans l'étendue de plus de dix centimètres et de jeter une ligature médiate sur la péronière.

Il faut avouer, malgré le succès de M. Balardini, que bien souvent la ligature ne réussira pas, et cela, dans les cas nombreux où la péronière s'abouche largement soit avec la tibiale antérieure, soit avec la postérieure, soit avec l'une et l'autre. Les artères de la jambe se trouvent, sous le rapport de la facilité du rétablissement de la circulation, dans les cas des artères de l'avant-bras, où il est quelquefois nécessaire que la ligature soit non seulement sur le bout supérieur, mais aussi sur le bout inférieur.

EXPÉRIENCES SUR L'ACTION DES RENONCULES SUR L'HOMME; par le docteur GIOVANNI POLLI.

L'auteur de ce travail employait depuis longtemps et empiriquement la tige pilée des renoncules *acris et bulbosus* en application sur la peau, contre les douleurs chroniques des membres, qui ont résisté à tous les remèdes, quand un fait singulier l'engagea à étudier, d'une manière toute particulière, les propriétés de diverses variétés de renoncules et de leurs différentes préparations appliquées à l'extérieur du corps. Les expériences n'ont porté que sur les renoncules *acris*, *bulbosus*, *scelleratus* et *flammula*. La plus active de ces espèces est la variété *scelleratus*, puis viennent, par ordre d'activité, l'*acris*, le *bulbosus*, et la *flammula*. Le principe actif ne se trouve point toujours dans les mêmes parties de la plante. Dans les deux premières variétés, *scelleratus et acris*, la tige et la feuille sont plus actives : ce sont la racine et la tige dans la renoncule *bulbosus* et la fleur dans la variété *flammula*. De novembre à mars, leur activité est complètement éteinte. Quand les plantes croissent dans un lieu ombragé et humide, elles l'emportent de beaucoup en énergie sur celles qui viennent dans les lieux secs et découverts.

Pour mieux étudier l'action exercée sur la peau par les préparations de cette plante, M. Polli lui reconnaît quatre degrés. Le premier degré est une rubéfaction, accompagnée d'un prurit très vif, et quelquefois voluptueux, qui ne se montre que 12, 24, ou même 48 heures après l'application; elle dure de 3 à 4 jours sans autres phénomènes; le prurit cesse alors avec la rougeur et il se fait une légère desquamation.

Au second degré, il y a rougeur, sensation de chaleur locale, avec tuméfaction élastique de la peau et prurit intense. Ces phénomènes se montrent 10 ou 12 heures après l'application, et s'évanouissent 5 ou 6 jours après. Pendant ce temps, il se fait sur la peau irritée une éruption confluente de petites vésicules, qui se dessèchent peu à peu sans se rompre; après vient la desquamation.

Une rougeur très vive, avec chaleur intense, tuméfaction du derme et formation d'une vésicule pleine de sérosité jaunâtre, six ou huit heures après l'application, caractérise le troisième degré. La vésicule est entourée de petites phlyctènes et d'un large cercle rouge. Un liquide séreux abondant s'écoule pendant trois ou quatre jours de la vésicule rompue, et alors apparaît le derme ou blanc ou rouge pâle. Le derme s'enflamme bientôt, prend une teinte pourpre et fournit quelques gouttes de sérosité mêlée de pus. Tous ces phénomènes s'accomplissent dans l'espace de quatorze à quinze jours. Souvent, au pourtour de la peau, qui en est le théâtre, on voit plusieurs petits furoncles très douloureux.

Le quatrième degré est une véritable mortification superficielle, précédée de phlyctènes, et qui peut s'étendre profondément chez les individus faibles.

Parmi les préparations de cette plante, le suc exprimé et les extraits alcooliques ne jouissent d'aucune activité. L'huile de renoncule, obtenue par la macération pendant six jours dans l'huile d'olive, et chauffée ensuite jusqu'à 60°, produit une irritation du premier degré. La teinture alcoolique faite à froid est très active et amène l'irritation du troisième degré. Les plus actives de ces préparations sont l'alcool distillé au bain marie sur la renoncule pilée, et surtout l'eau distillée de renoncules fraîches. Cette dernière a une forte odeur de renoncule et en même temps un peu aromatique. C'est elle qui peut produire la mortification superficielle.

Quoique M. Polli n'ait pu encore isoler le principe actif de la renoncule, il pense, d'après quelques expériences, et aussi d'après l'observation de ses effets, que ce principe est volatil; il ne lui a trouvé aucune propriété acide ou alcaline, et suivant lui ce ne serait pas une huile essentielle, mais plutôt un gaz d'une nature particulière, qu'il n'a pu cependant jamais obtenir en recueillant dans le vide les émanations de la plante ou de ses préparations.

L'irritation produite par ce médicament peut paraître purement locale à beaucoup de médecins. Ce n'est point là l'opinion de l'auteur italien; il voit dans les caractères spécifiques de l'irritation produite, une action tout individuelle du remède, et suivant lui, au-delà de l'irritation locale existe une action générale aussi toute particulière. Quoiqu'il n'ait jamais expérimenté le médicament à l'intérieur, il a observé sur lui-même, après une application externe, des effets généraux, tels qu'une sensation d'étourdissement, une pesanteur de tête, comme en produisent les narcotiques à petites doses.

Les maladies contre lesquelles il conseille ce médicament sont la sciatique chronique, les affections stomacales connues sous le nom de gastralgie, de pyrosis, de dispepsie, et enfin les irritations chroniques du larynx et de la trachée accompagnées d'aphonie et de toux. C'est surtout contre les sciatiques chroniques sans cause organique qu'il paraît en avoir fait un emploi particulier. « Dans trente cas environ de sciatiques chroniques que j'ai, dit-il, traitées par des applications extérieures de ce remède, je n'en ai pas vu un seul qui s'y soit montré rebelle; dans quelques cas seulement, après la guérison des douleurs, le membre anciennement affecté est le siége durant la nuit d'une sensation de gêne, de frisson et d'une espèce de rigidité et de faiblesse. » Ce sont certainement de beaux résultats qu'on ne peut que souhaiter voir arriver dans les mains d'autres expérimentateurs. Quoiqu'il en soit, dans les sciatiques, c'est sur le talon que doit être faite l'application de la teinture ou de l'eau distillée de renoncule. Les parties voisines sur lesquelles l'action de la teinture serait trop énergique, vu la ténuité de leur épiderme, doivent être garanties avec des bandelettes de diachylum. Le plus souvent au bout de 14 ou 15 jours, avec la disparition des phénomènes de l'irritation, disparaissent les douleurs sciatiques; il peut cependant arriver que la douleur persiste soit au genou, soit à la cuisse, et dans ces cas on fait une nouvelle application vers les dernières vertèbres lombaires.

Voici les conclusions du travail de M. Polli:

1° Que les quatre variétés de renoncules dont il a été question doivent leur activité à un principe âcre éminemment volatil.

2° Que ce principe actif peut être obtenu par la macération de la plante fraîche dans l'huile, le vinaigre, l'alcool; que le meilleur moyen de l'obtenir est de distiller le suc de la plante.

3° Que l'application de ce remède sur la peau détermine, suivant son énergie, des effets variés depuis la simple rougeur, jusqu'à la mortification; que l'irritation qu'elle produit est plus intense, accompagnée d'un écoulement plus abondant de sérosité que par tous les autres épispastiques; qu'elle est moins douloureuse et exempte des inconvéniens des préparations des cantharides.

4° Que le mode particulier d'irritation de ce remède convient dans des conditions pathologiques spéciales.

5° Qu'il est démontré qu'il possède une action efficace contre les névralgies des membres, les irritations chroniques des muqueuses bronchiques, pulmonaire et gastrique.

OPÉRATION DE CURE RADICALE DE HERNIE INGUINALE RÉDUCTIBLE FAITE AVEC SUCCÈS SUIVANT LE PROCÉDÉ DE M. SIGNORONI; par le docteur C. SIGMUND.

La diversité des opinions sur l'opportunité de cette opération, et sur la valeur de ses nombreux procédés et méthodes, fait un devoir d'enregistrer soigneusement tous les faits qui s'y rapportent. Ce sont des matériaux que saura bien apprecier celui qui entreprendra de donner à la pratique quelques principes en cette matière. Quoique la guérison ait été obtenue dans le cas que nous allons rapporter, il ne faut pas oublier que la cure ne datait que de trois mois, et il n'est point dit si pendant ce temps cet homme a fait usage du bandage.

OBS. — Antoine Weigel, âgé de 38 ans, dans un effort violent, vit, en 1832, apparaître instantanément à l'aine droite, une hernie inguinale que le taxis, le repos et les antiphlogistiques firent rentrer. Pendant les quinze mois qui suivirent, la hernie acquit le volume du poing; elle était facilement réductible et dans les trois derniers mois elle fut maintenue par un bandage. De temps en temps cet homme était sujet à des coliques; le bandage qui d'abord la maintenait avant qu'elle eût atteint le volume du poing devint alors impuissant à la maintenir pendant les efforts. Dans ces momens elle glissait sous les bords du bandage et causait de grandes coliques. La méthode de Beaumont d'abord, puis une foule de remèdes vulgaires furent employés pendant huit années. En juillet 1840, Weigel vit M. Sigmund; celui-ci constata une entérocèle inguinale réductible en entier, et sortant par un anneau inguinal externe dilaté de 13 millimètres de plus que celui du coté opposé. Le canal lui-même était dilaté. (Il serait à désirer que les dimensions de l'anneau externe fussent bien précises dans toutes les observations pareilles.)

Le 5 juillet 1840, l'invagination fut faite suivant le procédé de Signoroni; seulement l'opérateur, n'ayant point l'aiguille de ce dernier, se servit d'une aiguille à suture; sur le pilier supérieur de l'anneau externe il pratiqua neuf scarifications.

Le cinquième jour, la plaie était réunie, excepté vers l'angle inférieur, dans une étendue de quelques millimètres. Douleurs suivant la direction des fibres musculaires du grand oblique. Les deux aiguilles furent enlevées, et le trou inférieur d'une des aiguilles fournit une petite quantité de pus. Le doigt porté au fond du cul-de-sac cutané n'en fit point refluer. Le malade commença à ressentir une vive douleur dans cette région, et à contracter vivement les muscles abdominaux.

Le sixième jour, rougeur érysipélateuse autour de la petite plaie suppurante. Fièvre et frisson la nuit dernière, avec sensations de piqûre et de battemens jusque vers le dos. Instruit par l'expérience, et en l'absence des signes physiques de la suppuration, le chirurgien diagnostiqua une suppuration sous l'aponévrose du grand oblique. Le pus fut évacué à l'aide d'une incision; quelques jours après, un autre abcès superficiel se forma au-dessous du précédent, et retint le malade au lit jusqu'au treizième jour, alors que la plaie de l'opération était cicatrisée.

10 août. Le cul-de-sac scrotal était un peu descendu, mais le canal et son anneau étaient fermés. Les selles étaient précédées de coliques assez longtemps après la guérison. Pendant toute la cure, le malade fut mis à l'usage de laxatifs.

Le 15 octobre, Weigel put reprendre ses travaux.

GANGLION DU NERF VIDIEN (GANGLIO GENICOLARE); par M. L. GUARINI.

Les anatomistes modernes ont décrit sur le trajet du nerf facial un renflement à son union avec le rameau vidien supérieur. Swan et Arnold l'ont surtout indiqué, et M. Cruveilhier en parle aussi. Swan dotait le facial de ce renflement; c'est aussi l'opinion de M. Cruveilhier. Arnold, d'après l'auteur italien, n'a point précisé le siége du ganglion sur l'un ou l'autre nerf. M. Guarini s'est proposé de bien préciser ce point d'anatomie, et de s'assurer en même temps si le vidien, se joignant au facial, l'abandonnait plus tard pour former la corde du tympan. Le facial, depuis son origine à la moelle jusqu'au-dessous de la corde du tympan, étant mis à nu, et le vidien tenant au facial, ont été scrupuleusement disséqués, après une macération préalable dans l'eau et puis dans l'alcool mélangé d'eau. Il est résulté de cette dissection que le renflement signalé sur le facial est produit par l'accollement mécanique du vidien au facial, qui n'éprouve lui-même aucune modification de texture. Le ganglion put même être détaché du nerf. Ce ganglion reçoit du ganglion optique un filet bien figuré par Arnold, le facial lui-même envoie un filet à ce ganglion. La forme de ce dernier est très variable. Il est situé juste au premier coude que fait le facial dans l'aqueduc de Fallope, et fournit deux filets, l'un qui gagne le conduit auditif interne et le labyrinthe; l'autre qui accompagne le facial. L'anatomiste italien n'a pas pu s'assurer si ce dernier rameau sortait avec le facial par le trou stylo-mastoïdien, ou s'il s'unissait à la corde du tympan. De ces données, M. Guarini conclut à l'analogie de texture et de fonction avec le nerf ganglion ophthalmique. Comme ce dernier, il a une racine végétative venant du ganglion otique, une racine sensoriale venant de la cinquième paire, et une racine motrice venant du facial.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES SUR LA DESSICCATION DU CORDON OMBILICAL; par les docteurs CARLO VITTADINI et ANTONIO TREZZI DI MILANO.

Les phénomènes dont le cordon ombilical est le siége, après la naissance, sont des plus intéressans à étudier pour le médecin légiste. La flétrissure, la dessiccation et la chute du cordon sont les principaux de ces phénomènes. La dessiccation du cordon a surtout été étudiée, et quelques auteurs ont admis qu'elle ne pouvait s'opérer que pendant la vie; d'autres, admettant la dessiccation pendant la vie et après la mort, ont cherché des caractères propres à distinguer chacun de ces cas. Billard a, le premier, donné l'état vrillé du cordon comme signe caractéristique de la dessiccation du cordon pendant la vie; suivant lui, le cordon serait grisâtre, son enveloppe formerait une pellicule desséchée et insufflée; le calibre des vaisseaux n'a pas notablement diminué dans la dessiccation opérée après la mort. M. Denis a donné un autre caractère; dans la dessiccation opérée pendant la vie, la base du cordon offrirait un fluide muqueux sécrété par l'anneau cutané temporaire, suite inévitable du travail qui précède la chute du cordon. Billard n'accorde ce caractère qu'aux cordons qu'il nomme gras, et assure que la dessiccation n'en offre aucune trace pendant la vie sur les cordons maigres. Les médecins italiens ont

nous allons analyser le travail n'auront sans doute pas en connaissance de ces faits, quand ils avancent que Billard regardait la dessiccation du cordon comme un phénomène essentiellement vital. Billard avait cherché à distinguer les deux espèces de dessiccation; il admettait donc que la dessiccation peut s'opérer après la mort. Seulement il lui reconnaissait alors quelques caractères propres. Mais ce n'est point à prouver seulement que la dessiccation du cordon peut arriver après la mort que se sont attachés MM. Vittadini et Trezzi. Il résulte de deux observations par eux faites, et de plusieurs expériences pour les confirmer que les caractères du cordon desséché après la mort sont identiques à ceux du cordon dessé pendant la vie.

Voici leurs observations.

Obs. I.—Le 8 août 1834, une femme déjà mère de plusieurs enfans, accoucha, après un travail laborieux, et cinq jours après l'écoulement des eaux, d'un enfant robuste (présentation des fesses). Quoiqu'on eût senti, pendant le travail, les battemens de l'artère ombilicale, l'enfant était asphyxié et ne put être rappelé à la vie. On conserva le cadavre pour l'ouvrir, mais, par quelques circonstances inattendues, l'ouverture fut différée *jusqu'au 14 août;* le cadavre était frais encore. Le cordon ombilical attira surtout l'attention : il était sec, aplati, légèrement contourné (*leggermente contorto*; Billard dit *vrillé*), brun. Ses vaisseaux étaient obturés et filiformes, noirâtres. A la base du cordon, la peau était ridée et plissée. *Il n'y avait aucune différence* entre ce cordon et ceux des enfans examinés dans le moment même dans les salles de clinique obstétricale de Pavie. La température avait été, depuis la naissance, de -|- 20 et 23° R. L'hygromètre marquait 53°, et le baromètre 27,9. Le lieu où avait séjourné le cadavre était humide et bas.

Obs. II. — Le 1er octobre 1834, une primipare accoucha, après un travail pénible, d'un enfant assez développé dont le cordon avait été longtemps comprimé par la tête enclavée dans le détroit. L'enfant vint au monde asphyxié et ne put être ramené à la vie. Le cadavre fut déposé dans le lieu déjà indiqué. Après trente heures, le cordon fut complètement desséché avec tous les caractères de la dessiccation vitale. La température moyenne était de -|- 14° R. Le 9 octobre, la putréfaction du cadavre était très avancée, le cordon était sec, et son extrémité ressemblait à celle d'un enfant né récemment.

En 1839, à l'hôpital de la Maternité de Milan, M. Vittadini a fait des observations qui ont donné les mêmes résultats, et ont été faites sur 17 cadavres d'enfans dont 4 étaient putréfiés à leur naissance, 8 étaient mort-nés, 2 morts pendant un travail laborieux, et 3 n'avaient vécu que peu d'instans. Les cadavres avaient été déposés, sans précaution, à terre ou sur une table de bois, et souvent au milieu d'autres cadavres. La dessiccation du cordon ombilical s'est faite dans tous ces cas, et a présenté les caractères de la dessiccation pendant la vie; sur les cadavres en putréfaction à la naissance, le cordon avait une teinte plus obscure. Une grande longueur de cordon a été laissée sur d'autres cadavres dont on attendait la putréfaction pour examiner cet organe. Dans ces cas, la dessiccation a été très irrégulière. Si l'air était sec et agité, le cordon court et maigre et déjà flétri pendant quelques instans de vie, la dessiccation arrivait en vingt-quatre ou trente heures. Pendant l'hiver et les temps humides, si le cordon était sec et gras et le cadavre putréfié déjà dans le sein de la mère, la dessiccation se faisait attendre trois, quatre et cinq jours; des expériences furent encore faites sur des portions de cordons complètement isolées et enveloppées dans un petit morceau de linge. Elles se desséchèrent rapidement, mais comme leurs deux extrémités étaient ouvertes, les vaisseaux s'affaissèrent et disparurent à tel point, après la dessiccation, que ces portions ressemblaient à un morceau de gélatine. On lia les deux extrémités; et dès-lors ces portions conservèrent, en se desséchant, les caractères de la dessiccation pendant la vie.

En terminant leur travail, les deux médecins italiens se demandent s'il est possible de retarder sur le vivant la dessiccation du cordon. Le moyen qui réussit le mieux à cet égard est d'envelopper le cordon d'une couche épaisse de substance grasse, et surtout de beurre, et d'empêcher toute compression et tout contact avec une substance capable de s'imbiber. De cette façon, la dessiccation peut être retardée jusqu'au moment où les membranes se séparent des tégumens ombilicaux auxquels le cordon tient encore par ses vaisseaux. A cette époque, il se fait une dessiccation incomplète, qui paraît nécessaire à la chute du cordon, retardée d'ailleurs par ce moyen.

Quand des cadavres d'enfans mort-nés, ou morts avec le cordon déjà desséché, séjournent dans l'eau, ce dernier acquiert en peu d'heures ses caractères et sa forme normale. Ses vaisseaux ont leur calibre. La même chose arrive sur des portions de cordon isolées, soit par des sections, soit par la chute naturelle. Quand le placenta abandonné avec la portion correspondante du cordon entre en putréfaction, le cordon s'amincit, se réduit bientôt, les vaisseaux disparaissent entièrement, en une espèce de membrane, puis en un cordon très délié, qui n'offre aucune des apparences du cordon desséché sur l'enfant. Mais si on applique une ligature, la portion la plus éloignée du placenta se dessèche avec les caractères de la dessiccation opérée pendant la vie.

De ces faits, MM. Trezzi et Vittadini tirent les conclusions suivantes: 1° la dessiccation du cordon est un phénomène physique, aussi bien propre aux enfans mort-nés et putréfiés, placés dans les circonstances favorables, qu'aux enfans vivans ou qui ont vécu; 2° La dessiccation opérée après la mort n'a aucun caractère qui la distingue de la dessiccation opérée pendant la vie; 3° la dessiccation arrivée après la mort ne s'altère en aucune façon, quels que soient les progrès de la putréfaction; 4° la fraîcheur et l'état normal du cordon chez un enfant trouvé dans l'eau ne prouvent pas que la mort ait suivi la naissance.

Toutes les expériences relatées plus haut ont été faites sur des cadavres d'enfans exposés à l'air libre.

Absence de vagin et d'utérus chez une fille de 20 ans, bien conformée; par le docteur Bertani. (Observation recueillie dans le grand hôpital de Milan.)

Obs. — Caroline Fossati, âgée de 20 ans, étant sur le point de se marier, désira consulter un médecin pour se faire guérir d'une aménorrhée, qu'on lui avait dit incompatible avec le mariage. Elle fut envoyée à l'hôpital de Milan, où l'on put constater qu'elle manquait de vagin et d'utérus. Aucun de ses parens n'offrait d'infirmités; elle a une sœur qui est mère de deux enfans. Ses mamelles ont commencé à paraître à 13 ans; à 14 ans ont paru les poils du pubis. Vers 15 ans, il y eut quelques douleurs abdominales qui se reproduisirent mensuellement. Elles occupaient les lombes, l'hypogastre. Jamais aucuns vestiges de menstrues, ni d'écoulemens sanguins capables d'y suppléer ne se sont montrés.

Examen des organes génito-urinaires. Les grandes et les petites lèvres sont assez bien formées. Le clitoris, peu proéminent, est susceptible d'érétisme. L'urètre a son siège et sa forme habituels. Au-dessous de lui se voient des caroncules rangées en ellipse, et paraissant entourer l'entrée du vagin. L'espace circonscrit par ces caroncules n'a pas plus de 13 millimètres. En écartant ces caroncules, comme pour pénétrer dans le vagin, on voit que la muqueuse se continue d'un côté à l'autre. Cette cloison n'est point extensible, et cède à peine, quand on la pousse avec le bec de la sonde. Une sonde mise dans la vessie et un doigt dans le rectum se rencontrent derrière elle et ne paraissent séparés que par une très petite épaisseur de parties. Il est impossible de reconnaître par là aucune trace d'utérus ni de vagin, non plus qu'en explorant tous les côtés de la vessie avec la sonde, et le doigt déprimant la paroi abdominale. (Il est fâcheux qu'on n'ait point mentionné l'examen des régions inguinales.)

Le port et la voix de Caroline Fossati ont quelque chose de masculin. Quoiqu'elle désirât se marier, elle n'a jamais éprouvé les besoins du rapprochement sexuel; elle n'éprouve même aucun goût pour les plaisirs de l'amour, et, instruite de son incapacité pour le mariage, elle n'en a éprouvé aucun chagrin. Ses goûts sont, à part cela, tous ceux de la femme.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les cahiers de novembre, décembre 1840 et janvier 1841, contiennent les articles originaux suivans : 1° *Deux observations de résection des os*; par M. Spessa. 2° *De la pneumonie bilieuse de Terin*; par M. Cristifori. 3° *Deux observations de corps étrangers retirés de la vessie*; par M. Spessa.

Résection du tibia; par M. Spessa.

Obs. — Valentino reçut, à l'âge de 15 ans, une violente contusion sur la jambe gauche; il ne fit que peu d'attention à cet accident. Il survint une inflammation locale, puis une plaie qui prit un mauvais aspect. Il se confia aux médecins de tous les pays que parcourait son père qui était militaire, et changea aussi souvent de remèdes que de médecins. A l'époque où le vit, pour la première fois M. Spessa, c'était un jeune homme d'apparence scrofuleuse et épuisé par la fièvre et une abondante suppuration venant de la face antérieure et interne de la jambe gauche. Au fond de cette plaie, plusieurs pertuis permettaient d'arriver avec le stylet au tibia qui était carié dans l'étendue des deux tiers de ses faces antérieure et externe. En quelques points on arrivait dans la cavité même de l'os. Le genou était tuméfié et sans mouvemens, le jeune homme ne pouvait se soutenir sur cette jambe, et il éprouvait souvent dans le membre des douleurs quelquefois atroces.

Au lieu de se décider à l'amputation, M. Spessa réfléchissant que la carie n'occupait que les faces antérieures externes et l'angle du tibia, dans toute leur épaisseur et dans une étendue verticale de 244 millimètres, il devenait possible d'isoler toute la portion d'os malade, en laissant ensuite la partie postérieure qui suffisait avec le péroné à porter le poids du corps, se décida à l'opération suivante :

Il enleva avec un bistouri tous les bords calleux et fongueux de l'ulcère, et avec une scie en crête de coq, il isola de chaque côté en empiétant sur les parties saines, la portion osseuse malade, par deux sections verticales qui se joignaient en bas en un angle aigu, mais étaient coupées en haut par une section perpendiculaire faite avec la même scie. L'instrument allait assez profondément pour arriver dans la cavité médullaire. Le manche du scalpel et un levier introduits dans les fentes creusées par la scie servirent pour enlever l'os malade isolé de toutes parts. La perte du sang fut modérée et facilement arrêtée par le pansement con-

sistant en boulettes de charpie imbibées d'eau froide, et une légère compression. Pendant les cinq premiers jours, on fit trois saignées et on administra quelques purgatifs. La réaction nécessaire après une telle opération se calma assez tôt, et le quinzième jour la plaie était belle. Les granulations se développèrent bientôt du centre à la circonférence et comblèrent rapidement la perte de substance de l'os. Au tempérament scrofuleux, on opposa en même temps un traitement général. Peu à peu le gonflement du genou se dissipa presque entièrement et huit semaines après l'opération, l'articulation avait repris ses mouvemens et en peu de temps le membre servait à la marche.

Au moment où fut enlevé le fragment détaché du tibia, on trouva dans la cavité médullaire de cet os un brin de paille long de 68 millimètres; le malade ne put donner aucun renseignement à cet égard, et M. Spessa pense que ce corps étranger, employé à sonder l'os, aura été laissé par mégarde on maladresse dans sa cavité.

RÉSECTION DE DEUX CÔTES; par le même.

Obs. — Odoardo Menzoli fut opéré d'un méliceris situé au-dessus de la mamelle droite, et guérit très rapidement. Un an après il reçut sur la cicatrice un coup qui produisit une inflammation rapidement suivie de suppuration. Quand il consulta M. Spessa pour cette dernière affection, il portait sous la mamelle droite une plaie transversalement ovale de 162 millimètres au moins de diamètre. Par cinq trajets fistuleux, le stylet arrivait sur la sixième et septième côtes qui étaient cariées. Un traitement interne et à l'extérieur, la créosote, puis la teinture de myrrhe, d'assafœtida, l'incision des fistules, la cautérisation actuelle furent mis en usage inutilement pendant plusieurs semaines. Avant de se décider à enlever deux côtes dans une assez grande étendue, sur un homme d'un bon tempérament il est vrai, mais âgé de 79 ans, et sujet à beaucoup d'infirmités, parmi lesquelles une hernie inguinale, M. Spessa consulta un confrère qui se prononça aussi pour l'opération.

Il rejeta pour cette opération la tenaille incisive dont s'était servi dans des cas pareils son compatriote Cittadini, et préféra la scie à crête de coq. La friabilité des os sur un homme aussi âgé lui sembla avec raison une contre-indication à l'emploi de la tenaille.

La sixième côte étant bien mise à nu, il fit solidement tenir la poitrine de l'opéré, et porta la petite scie, d'abord du côté du sternum, puis en dehors, et comme on peut se l'imaginer prenant toutes les précautions pour épargner la plèvre. La portion réséquée avait bien 108 millimètres de long, et fut facilement décollée de la plèvre dont la maladie l'avait elle-même détachée. Légère hémorragie que l'eau froide arrêta. Les lotions d'eau froide, des boulettes de charpie et une compression modérée furent d'abord mises en usage; 2 saignées et quelques purgatifs les cinq premiers jours. L'appareil levé le cinquième jour montra la plaie de belle apparence, donnant une bonne suppuration, et quelques granulations.

Un aussi heureux résultat fit entreprendre la résection de la septième côte, qui fut faite de la même manière que précédemment, le quinzième jour après la première. Le deuxième jour de cette deuxième opération, la fièvre devint vive, et ne put être calmée par les remèdes qui avaient réussi la première fois. Point de côté augmentant dans les inspirations, et surtout pendant la toux, et pour comble de malheur, pendant les efforts de toux, la hernie s'échappa et ne put être réduite. Le point de côté s'aggrava, le hoquet, une rétention d'urine, puis du délire survinrent et firent sérieusement craindre. Heureusement la hernie finit par se réduire, le hoquet disparut alors avec la rétention d'urine, la toux et la fièvre se calmèrent le cinquième jour. L'orage était conjuré et le malade dans un état satisfaisant. La plaie se rétrécit peu à peu, et la cicatrice resta deux mois et quelques jours à se parfaire sur les quatre moignons des côtés.

On ne peut qu'applaudir au bonheur de la pratique du chirurgien italien. N'est-ce pas en effet une chose extraordinaire de voir un vieillard de 79 ans supporter la résection de deux côtes dans l'étendue de 108 millimètres et guérir aussi rapidement? C'est peut-être la première fois qu'une résection d'os est faite sur un homme aussi avancé en âge. On a pu voir dans les détails de l'observation les judicieuses remarques faites par le chirurgien sur la facilité d'enlever la portion réséquée qui se trouve par le fait même de la maladie séparée de la plèvre; dans ses deux opérations, M. Spessa n'a point jugé à propos de passer un corps protecteur de la plèvre derrière l'os avant d'y porter la scie, et il n'a point eu à s'en repentir.

CORPS ÉTRANGERS INTRODUITS DANS L'INTÉRIEUR DE LA VESSIE ET RETIRÉS PAR L'URÈTRE; par M. SPESSA.

Les deux observations suivantes dues à l'auteur des deux précédentes, n'offrent pas un moindre intérêt. La manière ingénieuse dont M. Spessa a procédé dans ces deux cas pour remédier à un des cas les plus graves, les plus difficiles, les plus délicats de la pratique chirurgicale mérite d'être connue de tous les chirurgiens. Notre journal a rendu compte l'an dernier de l'extraction, par M. Spessa, d'une épingle à frisure engagée dans la vessie d'une jeune fille; c'était à l'aide de l'instrument de M. Bianchetti, légèrement modifié, qu'il y parvint alors; dans les observations suivantes, il a fait à cette pince à deux branches une nouvelle modification, dans le but de rendre impossible le pincement de la muqueuse vésicale ou urétrale. Notons aussi l'extrême gravité des symptômes tout le temps du séjour du corps étranger, et le passage presque subit à la santé quelque temps après qu'on en a fait l'extraction. Nous ne ferons que mentionner l'instrument nouveau de M. Spessa, persuadés que nous sommes que notre description servirait peu à le faire comprendre.

ÉPINGLE ENGAGÉE DANS LA VESSIE D'ABORD, PUIS DANS LES PAROIS DE L'URÈTRE; EXTRACTION; GUÉRISON.

Obs. I. — Le 10 du mois d'août, Paulo Benetti alla chez M. Spessa dans un état désespéré. A peine entré, il tomba. Sur sa face se peignaient les plus vives angoisses: il était d'une pâleur mortelle, suffoquant et couvert de sueur. Il attribuait son mal à une violente douleur hypogastrique. Après quelques instans de repos, il raconta qu'étant sorti pour jouir de la fête de ce jour, il avait été subitement arrêté par la douleur la plus cruelle à la région indiquée; de plus, il dit que, trois jours avant, il s'était endormi de fatigue sous un arbre, et qu'il s'était réveillé par une vive piqûre au membre viril, il vit alors la pointe d'une épingle en laiton sortant par le méat. Il fit de vains efforts pour la retirer; elle s'enfonça, au contraire, et bientôt il ne la sentit plus. Mais pendant la marche et la fatigue il souffrait beaucoup, surtout dans certaines positions. L'urine était devenue sanguinolente. Il fut transporté à l'hôpital, et là M. Spessa s'assura avec la sonde d'argent, seul instrument qui pût entrer dans la vessie, et qui avait été à plusieurs reprises introduit sans trouver l'épingle, que cette dernière était près du col vésical, soit dans la vessie, soit dans la portion prostatique de l'urètre. Le corps étranger trouvé, il s'agissait de l'extraire. M. Spessa pensa d'abord à la pince de Bianchetti; mais il craignait, avec cet instrument, de pincer la portion de muqueuse où était implantée l'épingle et d'enlever ainsi une portion de cette membrane. Il s'occupa donc à modifier l'instrument de manière à éviter cet écueil: il commença par introduire une branche avec la canule, à mettre l'épingle dans la cannelure de la branche, puis il fit glisser l'autre branche, qui y fixa l'épingle; celle-ci fut retirée doucement. Au moment de franchir le méat urinaire, la pointe de l'épingle se cassa, mais elle fut bientôt expulsée par les urines. Vingt-quatre heures après l'opération, Benetti pouvait quitter l'hôpital.

Obs. II. — Quatre semaines après ce fait, un de mes amis, dit M. Spessa, m'envoya une jeune fille, qui portait hors de l'urètre la moitié d'une épingle, dont l'autre moitié était dans l'intérieur de l'organe. C'était une de ces épingles pliées sur elles-mêmes, et dont les femmes se servent pour retenir leur coiffure. Une des branches pendait hors de l'urètre; la portion recourbée et l'autre branche étaient dans la vessie. La branche située à l'extérieur avait été tiraillée par une foule de gens avec les doigts, avec des tenailles, et toujours sans succès. Ces efforts avaient été faits avec les plus grandes violences, et la jeune fille était en proie aux mêmes angoisses que le malade précédent. Le repos au lit la calma un peu, mais en peu d'heures, une cystite et une péritonite fort graves se déclarèrent. Par des remèdes appropriés, ces redoutables complications s'amendèrent et je pus faire un examen attentif propre à éclairer le mode d'extraction. Je m'assurai alors que la branche intérieure était fichée dans l'épaisseur des parois de la vessie; que la portion recourbée était à cheval sur un des points de l'ouverture urétrale, l'autre branche étant située à l'extérieur. Il était facile dès lors de comprendre l'inutilité des efforts faits jusqu'à présent pour l'extraction; ils avaient même été nuisibles, en enfonçant davantage l'épingle dans les parois vésicales. Je procédai de la manière suivante à l'extraction: je fixai entre les deux branches de mon instrument (celui qui a servi dans le cas précédent) la branche extérieure de l'épingle, puis j'engageai la pince dans l'urètre, puis jusque dans la vessie, où j'amenai ainsi cette branche d'épingle, primitivement située en dehors. J'éprouvai d'abord quelque résistance dépendant de la difficulté à dégager la branche interne, fichée dans les parois vésicales; bientôt elle fut vaincue et je sentis l'épingle se dégager et suivre la pince dans son trajet d'avant en arrière. Quand la branche interne fut libre dans la vessie, l'instrument fut retiré avec précaution, et j'eus la satisfaction de ramener l'épingle entière. En peu de jours, et après quelques injections aqueuses dans la vessie, la jeune fille fut en état de quitter l'hôpital.

III. IL FILIATRE-SEBEZIO GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de janvier, février et mars contiennent les articles originaux suivans: 1° *Consultations inédites de P. Franck*. 2° *Nouvelle méthode de guérir les plaies du poumon*; par M. Pagano. 3° *De la strammoine dans le delirium tremens potatorum*; par M. F. Fassano. 4° *Opération de lithotomie*; par M. Miraglia. 5° *Fracture du pariétal avec épanchement de sang*; par M. Marsilis. 6° *Onctions mercurielles dans la métropéritonite puerpérale*; par M. Portal. 7° *Grenouillette guérie par la cautérisation actuelle*; par le même. 8° *Excision d'un utérus renversé*; par le même. 9° *Pustule maligne chez une femme enceinte*; par M. Delzio. 10° *Cas de putréfaction de la rate*; par M. Vinella. 11° *Observations anatomiques sur l'œil humain*; par della Cheaje. 12° *Hydro-thorax transformé en ascite*; par M. Cavaliero. 13° *Statistique de l'hôpital de Loreto*; par M. Spada.

NOUVELLE MÉTHODE DE GUÉRIR LES PLAIES DU POUMON; par M. PAGANO.

L'observation suivante a inspiré à M. Pagano la nouvelle méthode qu'il préconise:

Obs. — Un homme, en se battant, reçut, au-dessus de l'omoplate, un coup de couteau de table. L'instrument s'enfonça jusqu'au manche dans la poitrine. Le blessé tomba ; son adversaire tenait toujours le manche du couteau, qu'il voulait arracher de la plaie pour recommencer ; mais, dans la chûte, la lame se sépara du manche et resta dans la plaie. Un chirurgien appelé crut de son premier devoir de chercher le corps étranger ; mais, soit peu de soins, soit que la lame fût entièrement plongée dans les tissus, il ne la trouva pas et s'imagina qu'elle était sortie d'elle-même de la plaie pendant les mouvemens du malade. En peu d'heures, une violente inflammation se développa dans les poumons, et passa, malgré le traitement, à la suppuration. Beaucoup de pus s'échappa de la plaie et avec lui la lame du couteau, au grand étonnement du chirurgien. La plaie ne tarda pas à se cicatriser.

Après une pareille plaie du poumon, intéressé sans doute dans toute sa profondeur, de gros vaisseaux avaient dû nécessairement être blessés, et cependant il n'y avait point eu d'hémorragie. D'un autre côté, tous les auteurs qui ont traité des plaies de poitrine craignent par dessus tout l'hémorragie. La présence du couteau dans la plaie parut à M. Pagano n'être seule opposée à la production du phénomène, et en conséquence il propose, dans toutes les plaies du poumon, d'y laisser les corps vulnérans engagés, ou d'en introduire d'autres qui puissent les remplacer quand ils ont été enlevés. Le reste de la cure doit être abandonné à la nature.

OBSERVATION DE LITHOTOMIE ; par M. MIRAGLIA.

CINQ PIERRES DONT UNE ENKYSTÉE, CHEZ UN ENFANT DE 8 ANS.

Obs. — Un enfant de 8 ans portait la pierre depuis longtemps et les douleurs qu'il éprouvait au moment d'uriner étaient devenues intolérables. Le 12 octobre 1837, la taille latéralisée fut pratiquée. Le cathéter eut de la peine à s'introduire dans la vessie qui était remplie par le calcul. Quand il fallut faire basculer le cathéter, et le bistouri qu'il conduit, cela fut impossible ; le bec du cathéter venait heurter contre la pierre. Le chirurgien se décida alors à pousser le bistouri contre elle, puis à inciser le col de la vessie ; de cette façon le bistouri n'avait point été préalablement introduit dans la cavité vésicale sur le cathéter. Après l'incision du col, on ne put faire usage des tenettes ordinaires pour saisir les pierres ; il fallut se servir de pinces à pansement qui ramenèrent cinq calculs ayant chacun la grosseur d'une noix, lisses à la surface, composés en grande partie d'acide urique, et pesant en tout une once un quart. Une de ces pierres était enkystée, et il fallut déchirer les parois du kyste pour la retirer. En explorant la vessie après l'opération, on reconnut que toute sa surface interne était encroûtée de parcelles de la pierre ou de celles qui se déposent de l'urine ; elle était en même temps coriace et dure comme le marbre, dit l'auteur. Il survint une violente inflammation ; le cinquième jour on fit des injections émollientes avec addition d'eau de laurier cerise. Cette injection amena l'issue d'une très grande quantité de sable urinaire. En peu de jours l'inflammation tomba et le malade guérit rapidement, sans fistules urinaires.

Le vingt-deuxième jour, un lambeau des parois du kyste déchiré s'engagea dans l'urètre et causa une rétention d'urine qui dura deux jours. La distension de la vessie causa une nouvelle inflammation qui fut suivie de la formation d'un abcès à l'hypogastre. Celui-ci fut ouvert et ne fournit que du pus. Le malade se rétablit assez promptement.

Voici un cas où la lithrotitie eût été impossible et à cause de la multiplicité des pierres qui remplissaient la vessie, et à cause de la rigidité des parois de celle-ci qui n'eût point permis aux instrumens lithotriteurs de saisir les calculs. Il y avait encore, pour éloigner l'idée du broiement, l'état d'inflammation habituelle et ancienne des parois vésicales. Ce phénomène a presque toujours pour conséquence médiate l'induration et le rétrécissement de la cavité vésicale. Il est remarquable que ces altérations aient été observées chez un enfant de huit ans. La dernière circonstance, non moins remarquable, est l'enchatonnement d'un des calculs dont le kyste a été violemment déchiré et cela sans résultat funeste pour le malade. On sait les préceptes donnés à cet égard et les grandes difficultés que ces circonstances apportent à la pratique ; il eût été curieux, sous le rapport physiologique, de noter, après la guérison, à quel degré de dilatation était revenue la vessie. C'est ce qui n'a point été fait.

TRAITEMENT DE LA GRENOUILLETTE PAR LE CAUTÈRE ACTUEL ; par M. PORTAL.

Après avoir essayé tous les genres de traitemens préconisés contre la grenouillette, tels que le cautère potentiel, la ponction, l'excision, l'extirpation, la canule à demeure, M. Portal s'est convaincu qu'aucune de ces méthodes ne sont d'une efficacité radicale. Il essaya alors la cautérisation avec le fer rouge ; pour la pratiquer, il se servit d'un petit cautère conique qu'il plonge après l'avoir rougi à blanc dans la tumeur de sa pointe à sa base. La langue doit être relevée et garantie par un corps quelconque de l'action du cautère. Il eût été à souhaiter que M. Portal précisât le temps pendant lequel se sont maintenues ces guérisons radicales. Il renvoie d'ailleurs au premier volume de ses mémoires de chirurgie.

Obs. I. — Petronillo Cavallo, âgé de 28 ans, berger, vit paraître, sans cause connue, une petite tumeur sous le frein de la langue ; un chirurgien qu'il consulta fit deux fois la ponction et deux fois la cautérisation avec le nitrate d'argent. La tumeur disparut à chaque fois pour quelques jours, mais revenait bientôt. Le 7 juillet, M. Portal l'opera par la cautérisation actuelle ; l'escarre tomba le troisième jour. Le douzième jour la tumeur n'avait pas reparu.

Obs. II. — Bedici, âgé de 17 ans, portait depuis trois mois une grenouillette. Opéré le 4 décembre par le cautère actuel, il était guéri le dixième jour après l'opération.

RENVERSEMENT D'UTÉRUS ; LIGATURE, PUIS EXCISION DE LA PORTION RENVERSÉE, FAITE AVEC SUCCÈS ; par M. PORTAL.

Le renversement de l'utérus est une affection des plus graves, et à laquelle on ne peut remédier définitivement que par des opérations très graves aussi. Les conséquences de ce déplacement sont très variables. S'il est fréquent de le voir suivi d'hémorragies si abondantes qu'elles mènent d'une mort prochaine, on voit aussi ces suites se borner à un écoulement muqueso-purulent assez abondant, compatible avec la vie, mais qui altère toujours la santé. La différence du diagnostic est quelquefois fort grande dans cette affection, et quand on est arrivé à bien reconnaître le mal, il n'y a que trois moyens, ou laisser persister le renversement si les accidens qu'il entraîne sont médiocres, et le retenir dans le vagin, ou tenter la réduction qui n'est possible que dans de certaines circonstances, ou enfin enlever la portion renversée, soit par la ligature, soit par l'excision, soit par la ligature suivie immédiatement ou médiatement de l'excision. La réduction devrait, nous croyons, être tentée beaucoup plus souvent qu'il n'est dit par nos maîtres et avec des moyens plus efficaces. Le danger dans les réductions d'organes déplacés est dans la non réussite et non pas tant dans la violence bien dirigée des agens de réduction. Qu'on songe aux efforts employés dans le taxis contre un organe aussi délicat que l'intestin, et l'innocuité de ces efforts même violens, quand l'intestin peut être replacé. Qu'on songe aux violences dont l'utérus peut être le siége sans résultats funestes, quand des dents d'érignes vont s'implanter dans la profondeur de son col, et amènent à grande force tout l'organe hors des lèvres de la vulve. On n'a jamais employé de pareils efforts à réduire un utérus renversé et certes si mis en usage ils réussissaient, il est bien probable qu'aucun accident n'en serait la suite. Cette idée pourrait être plus longuement discutée si c'était ici le lieu. L'observation de M. Portal était peut être un cas de ce genre, la maladie paraissait récente et on conçoit qu'après un temps aussi court les rapports nouveaux des parties déplacées n'opposaient point une résistance insurmontable à la réduction (1). Le chirurgien italien, au lieu de pratiquer l'excision immédiatement après la ligature, laissa celle-ci entamer presque toute l'épaisseur des parois utérines, et alors seulement se servit du bistouri pour détacher complètement la portion déplacée. La ligature fut serrée peu à peu. Quoique la malade n'ait éprouvé aucun accident, il ne faut pas oublier que l'opération, quand l'observation a été publiée, ne datait que de huit jours.

Obs. — Rose Veou, âgée de 40 ans, d'une constitution débile, mère de sept enfans. Un de ces enfans, à la suite d'une violente terreur, vint au monde mort-né ! Cet accouchement fut suivi d'une grave maladie de l'utérus, à laquelle s'ajoutèrent quelque temps après une gonorrhée et des ulcères vénériens. Dans le courant de 1836, elle sentait une grande gêne et une grande pesanteur dans l'utérus, de la constipation et peu d'ischurie. Le 26 octobre 1840, elle vint à l'hôpital pour une petite tumeur qu'elle avait reconnue dans le vagin, et qui augmentait journellement. Dans le mois de novembre, pendant l'acte de la défécation, et au milieu de grands efforts pour uriner, la tumeur augmenta tout d'un coup, et en même temps, la malade ressentit de violentes douleurs dans le ventre et le bassin.

Le lendemain, M. Portal examina la tumeur et lui reconnut tous les caractères d'un renversement de matrice ; outre tous les caractères de la tumeur elle-même, il y avait encore celui de l'absence de l'utérus derrière les pubis. Ce signe était facile à constater, parce que la malade était très maigre.

Une ligature modérément serrée fut appliquée sur la base de la tumeur. La malade la supporta sans aucune incommodité ; deux jours après la ligature fut de nouveau serrée. Quelques jours après, la ligature ayant pénétré profondément dans la tumeur, M. Portal fit l'excision de ce qui restait. Il ne survint d'abord aucune espèce d'accident et huit jours après il n'en était point encore survenu.

---

(1) Nous disons peut-être, car rien ne prouve dans l'observation que le renversement fût vieux ; il pouvait avoir existé depuis longtemps sans être soupçonné par la malade.

IV. REPERTORIO DELLE SCIENZE FISICO MEDICHE DEL PIEMONTE.

Les cahiers de novembre et de décembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Observation d'apoplexie; hémiplégie; traitement par la strychnine*; par M. Enriotti; 2° *De l'utilité de l'acide oxalique dans les inflammations des muqueuses*; par M. D. Nardo. 3° *Nouveau procédé pour obtenir la cantharidine et ses préparations*; par le même. (De 750 grammes de cantharides, on extrait 30 grammes de cantharidine. Ce procédé consiste à traiter 500 grammes de cantharides par égale quantité d'acide nitrique du commerce; faire dissoudre la masse dans dix parties d'alcool, filtrer, faire évaporer l'acide nitrique superflu; traiter le résidu par l'alcool bouillant. En évaporant le liquide alcoolique, on obtient la cantharidine, et de plus, à la superficie du liquide, une huile particulière, qui abandonne, par le refroidissement, une certaine quantité de cantharidine.) 4° *De l'émétique comme fébrifuge dans les fièvres intermittentes*; par le docteur Ormea. 5° *Hernies ombilicales sur l'adulte et l'enfant*; par M. Buscoglia.

OBSERVATION D'APOPLEXIE, SUIVIE DE RÉFLEXIONS; par M. L. ENRIOTTI (di Bielba).

Obs. — Il s'agit, dans cette observation, d'une jeune femme de 27 ans, déjà mère de plusieurs enfans, et qui, le 27 janvier 1840, étant au troisième mois d'une nouvelle grossesse, fut prise tout à coup des symptômes d'un avortement prochain, avec hémorragie abondante. Deux saignées furent pratiquées et l'ergot de seigle administré. L'hémorragie continua moins abondante, et bientôt l'avortement eut lieu. Cinq heures après la sortie de l'œuf, une violente céphalalgie se déclara à la région frontale droite, et bientôt on observa tout l'appareil symptomatique général d'une hémorragie cérébrale, avec paralysie de la myolilité et de la sensibilité de tout le côté gauche du corps. Une nouvelle et abondante saignée fut pratiquée, et des applications d'eau froide sur la tête furent ordonnées. Il y eut une amélioration notable pendant les jours suivans, sauf une constipation opiniâtre, qui ne cédait qu'à l'usage des purgatifs drastiques.

Le 21 février, on commença, par la méthode endermique, l'usage de la strychnine, à la dose de 8 milligrammes à peu près (sixième de grain), puis de 25 milligrammes.

Le 14, la dose de strychnine fut portée à 5 centigrammes, et on administra en même temps un purgatif. Une notable amélioration se fit et dans la paralysie et dans la constipation. On continue la strychnine à la dose de 109 milligrammes par jour sur le vesicatoire jusqu'au 26 février, concurremment avec de légers cathartiques. A cette époque, l'amélioration semblant rester stationnaire, on commença à donner la strychnine à l'intérieur, à la dose de 2 milligrammes et demi, matin et soir d'abord, puis de 4 milligrammes matin et soir, et enfin de 8 milligrammes en une seule fois.

Jusqu'au 9 mars, la malade éprouva une sensation de fourmillement dans le bras, qui put un peu se remuer.

Le 10, la dose du médicament fut de 17 milligrammes, et le 19, de 25 milligr. On cessa en même temps le médicament à l'intérieur. Cette nouvelle dose amena les plus graves accidens, qui mirent en danger les jours de la malade, mais furent suivis néanmoins d'une plus grande force dans les mouvemens du bras.

La strychnine administrée encore à la dose de 4 milligrammes, deux fois par jour, pendant un mois à peu près, puis l'usage des eaux thermales finirent par rendre le mouvement, à tel point que, dans le mois de novembre 1840, la malade marchait, se servait de son bras, qui avait repris tous ses mouvemens, sauf la flexibilité et la force naturelles.

En rapportant les principales circonstances de cette observation, nous avons surtout voulu montrer l'avantage véritable qu'a paru produire la strychnine. On proscrit généralement ce médicament pour les paralysies qui reconnaissent une hémorragie cérébrale, surtout à une époque voisine de la maladie. Ici, c'est peu de jours après que la strychnine fut administrée, et cependant, après les premières dose, quoique les effets thérapeutiques observés sur le bras, tels que fourmillemens et retour de quelques mouvemens très bornés, fussent des preuves de l'efficacité du médicament, il n'en est cependant rien résulté pour la cicatrisation du foyer. Bien mieux, la dose a été élevée, des accidens convulsifs très violens sont venus compromettre la vie, et une fois l'orage calmé, il ne reste qu'un avantage, c'est un peu plus de mobilité dans le bras malade. D'un autre côté, il est d'observation journalière qu'après des hémorragies circonscrites dans le cerveau, la paralysie, d'abord complète, a d'elle-même diminué pour disparaître presque entièrement, après un temps variable. Dans notre observation, les effets ordinaires de la strychnine ont suivi de si près son administration, qu'il est bien difficile de ne pas lui attribuer, au moins en partie, les résultats avantageux obtenus. La malade offrait, outre l'hémiplégie complète à gauche, une certaine gêne dans la respiration, et une disposition, commune dans cette maladie, à la constipation. A mesure que la paralysie diminuait sous l'influence de la strychnine, la respiration redevenait facile, et la constipation devenait moindre. Le médecin italien rattache ces deux phénomènes au système nerveux organique pulmonaire et intestinal, et explique leur disparition par l'action de la strychnine, aussi efficace sur les nerfs de la vie organique que sur ceux de la vie de relation. Ce sont là des assertions qui trouvent bien quelque poids dans l'opinion de quelques auteurs modernes, mais qui ne peuvent pas néanmoins se passer de preuves plus péremptoires, avant de devenir vérités scientifiques.

DE L'UTILITÉ DE L'ACIDE OXALIQUE POUR CALMER LES INFLAMMATIONS DES MUQUEUSES; par M. NARDO.

Dans la séance tenue à Turin, le 27 septembre, par les savans italiens, le docteur Nardo a fait connaître le résultat d'expériences qu'il a faites, pendant douze ans, sur les propriétés thérapeutiques de l'acide oxalique. Il résulte de ces expériences que cet acide possède des propriétés antiphlogistiques supérieures à celles des autres acides végétaux, tels que le malique, le citrique, le tartarique et l'acétique, et que, de plus, il jouit de celle bien précieuse de calmer les douleurs violentes qui accompagnent les inflammations des muqueuses. C'est surtout dans ces maladies, tant chroniques qu'aiguës, connues sous le nom d'angines, dans la gastrite, la gastro-entérine, la stomatite, les aphthes. Il a remarqué aussi que l'usage de cet acide rendait moins nécessaires les déperditions de sang. La dose de l'acide est à peu près de 1 décigramme par 30 grammes de véhicules. Dans les affections aphtheuses de l'enfance, l'acide oxalique a surtout eu d'excellens résultats; on lui unit avec avantage l'huile essentielle de menthe poivrée, et quand les ulcérations prennent un mauvais aspect, une petite quantité de tannin. C'est dans les sédatifs contre-stimulans que M. Nardo range l'action de l'acide oxalique.

OBSERVATIONS DE HERNIES OMBILICALES; par M. BUSCAGLIA.

L'observation suivante nous a paru remplie d'enseignemens pratiques.

Obs. — Thérèse, âgée de 35 ans, de bonne constitution, déjà mère de cinq enfans, portait depuis douze ans, époque du premier accouchement, une hernie ombilicale. Celle-ci resta pendant quatre ans réductible, puis devint adhérente. Elle a toujours été indolente, ce qu'il faut peut-être attribuer au peu de sensibilité de la malade.

En janvier 1840, la tumeur devint plus volumineuse, les tégumens qui la recouvraient s'enflammèrent, s'ouvrirent, et, le 6 février, une portion d'épiploon, de la longueur de cinq travers de doigts, sortit par cette ouverture. Une voisine lui conseilla de lier avec un fil la masse épiploïque, ce qu'elle fit aussitôt. De grandes douleurs, des nausées, des vomissemens, des hoquets suivirent cette ligature. Ce ne fut que le dixième jour qu'elle manda le chirurgien. Celui-ci reconnut, à la marche de la maladie, une hernie ombilicale épiploïque. Il lui fut impossible de reconnaître anatomiquement l'épiploon dans la masse putride qui sortait du sac herniaire. Il excisa la masse au-dessous de la ligature, qui tomba aussitôt; les accidens diminuèrent. La tumeur entière, jointe à la portion enlevée, avait le volume d'une tête d'enfant à terme. En essayant avec son doigt introduit dans l'intérieur du sac de rompre les adhérences, il reconnut que la hernie était en grande partie épiploïque, mais qu'en même temps l'épiploon était grandement induré. Il était d'ailleurs trop volumineux pour passer à travers l'ouverture cutanée. Il alla chercher l'ouverture abdominale du sac, en parcourant tout le pourtour, et le trouvant assez dilaté, il chercha à réduire la masse herniée. Cependant celle-ci pouvait être dégénérée; il était dès lors dangereux de la réduire. Il résolut d'agrandir l'ouverture cutanée, de retrancher de l'épiploon ce qui serait nécessaire, et de réduire le reste.

Le 14 février, la malade allait bien: les douleurs et les vomissemens avaient cessé; la fièvre était tombée. Ce jour fut choisi pour l'opération. La tumeur, mise à nu par une incision cruciale, l'épiploon parut induré, chagriné. De nouvelles adhérences l'unissaient déjà au sac, et sous lui étaient des anses intestinales formant les trois quarts de la tumeur. Les portions d'épiploon, comme squirrheuses, furent enlevées avec le histouri. L'intestin était noirâtre et point adhérent. Sa réduction fut tentée, mais à peine commençait-elle à s'obtenir que la malade accusa de violentes douleurs. Les lèvres de la plaie cutanée furent rapprochées et légèrement comprimées.

La fièvre et les douleurs abdominales reparurent sans vomissemens, sans hoquets.

Les 15, 16, 17 et 18 février, les symptômes, malgré un traitement antiphlogistique, s'aggravèrent à tel point que la mort parut bientôt prochaine. Trois jours elle resta dans ce danger. Le mieux vint après, et le 26, les accidens étaient calmés. A cette époque aussi, on constata une véritable fistule stercorale, à laquelle on opposa une compression solide, qui, en un mois, guérit la fistule et réduisit la tumeur au volume d'une petite noix; encore une grande partie de ce volume paraissait tenir à l'épaississement des tegumens. (Le siége précis de l'ouverture abdominale de la hernie n'est pas noté.)

Quelle que soit l'heureuse terminaison de la maladie et des opérations que nous venons de décrire, nous nous demandons si, en pareil cas et en saine pratique, le chirurgien est autorisé, en l'absence des accidens de l'étranglement, à agir de la sorte. Une fois l'excision de la portion étranglée faite, les symptômes s'amendent, et c'est alors que sont entrepris l'agrandissement du sac, la rupture des adhérences nouvelles de l'épiploon restant, l'excision de ce dernier, et la réduction d'une portion d'intestin, dont l'existence dans le sac n'avait point été soupçonnée. Nous n'avons pu reconnaître de motifs à ces opérations que la densité et la dureté de

quelques-unes des masses épiploïques, qu'on soupçonnait squirrheuses. Or, en réfléchissant combien sont graves les opérations faites pour lever l'étranglement des hernies ombilicales, avec quelle rapidité et quelle gravité surviennent des péritonites le plus souvent mortelles, en pareille circonstance, la prudence semble conseiller l'expectative et la loi de n'entreprendre que par nécessité aucune espèce d'opération sur les sacs herniaires de ce genre chez les adultes. Il ne faut pas oublier qu'avec le volume de la tumeur croissent les dangers de toute opération. La rupture spontanée des sacs herniaires est un de leurs accidens les plus rares. Ici cette rupture acquiert encore de l'intérêt par le remède qu'apporta d'elle-même la malade.

HERNIE OMBILICALE CONGÉNIALE, DÉPOURVUE DE SAC PÉRITONÉAL, D'ENVELOPPES CELLULAIRE ET CUTANÉE; par le même.

OBS. — Une femme de 44 ans, Antonia Cancino, mère de six enfans, arriva pour la septième fois au terme de sa grossesse et, le 10 septembre 1840, entra en travail d'enfantement. Commencé le matin, le travail était arrivé le soir au point qu'un bras de l'enfant sortait par la vulve. Le chirurgien appelé fit l'extraction (sans doute au moyen de la version) d'un fœtus à terme mort-né. Outre un bec-de-lièvre compliqué, il observa à la région ombilicale de l'enfant plusieurs petites tumeurs, des espèces de plis et de replis d'une couleur brune, et formant en tout une masse de la grosseur du poing. Il crut d'abord que c'étaient des hydatides; mais, après avoir nettoyé ces parties, il s'assura que c'était une hernie intestinale dépourvue de toutes les enveloppes, même de la peau. L'anneau exerçait une certaine compression sur les intestins, qui étaient le jejunum et l'iléum et une grande partie du colon. Les intestins étaient noirâtres et prêts à se gangréner.

Ce fait aurait beaucoup gagné en intérêt si on y eût trouvé une description exacte de l'anneau cutané qui entourait le pédicule des portions intestinales herniées. On conçoit, en effet, que la peau ou les enveloppes du cordon à ce niveau aient pu se rompre par suite d'une violente compression sur l'abdomen et d'un refoulement des intestins vers ce point, dans lequel cas il serait resté quelques traces de cette déchirure, soit ancienne, soit récente : ce qui est plus probable. Sans cette circonstance, il serait difficile d'expliquer la formation de cette hernie. L'auteur ne porte pas non plus d'adhérence entre la surface du pédicule et l'anneau qui le serrait.

V. MEMORIALE DELLA MEDICA CONTEMPORANEA.

Les numéros de janvier, février et mars contiennent les articles originaux suivans : 1° *De l'éclectisme en médecine*; par M. Asson. 2° *Observations de ligatures des grandes artères*; par M. Balardini. (Mémoire déjà inséré dans les ANNALI UNIVERSALI, et que nous avons analysé). 3° *Nature ipersténique de la fièvre pernicieuse, confirmée par le travail du professeur Puccinotti sur la fièvre intermittente pernicieuse qui a régné à Rome en* 1819, 1820 *et* 1821; par M. Mendini. 4° *De la structure vasculaire de l'iris*; par M. Grimelli. (Contrairement à l'opinion de Maunoir, de Genève, l'anatomiste italien, comme le docteur Fattiu, son compatriote, croit l'iris de structure musculaire. Aux raisons physiologiques apportées par ce dernier, il ajoute des preuves anatomiques. A l'aide d'injections d'huiles colorées, il a pu injecter, par la carotide tout l'intérieur de l'œil et tous les vaisseaux de l'iris; il a étudié la direction, la forme de tous ces vaisseaux; il a même vu, pendant l'injection l'iris se tuméfier. Il conclut de toutes ses observations sur cette membrane ainsi injectée qu'elle est vasculaire et point musculaire.)

VI. IL RACOGLITORE MEDICO GIORNALE DI MEDICINA-CHIRURGIA E SCIENZE AFFINI.

Les cahiers de novembre, décembre 1840, janvier, février et mars 1841, contiennent les articles originaux suivans : 1° *Épidémie morbilleuse observée en* 1839 *(in Monte Marciano)*; par M. Nungozzi. 2° *De la fièvre intermittente légitime*; par M. Govoni. 3° *Essai sur la physiologie des tempéramens*; par M. Perini. 4° *Observation de squirrhe de la mamelle*; par M. Tridenti. 5° *Si une fièvre légitime intermittente peut être contagieuse*; par M. Ottaviani. (L'auteur répond par la négative.) 6° *Essai sur la physiologie et la pathologie du système veineux*; par M. Benvenisti.

EXTIRPATION D'UN SQUIRRHE DE LA MAMELLE; par M. TRIDENTI.

L'auteur italien commence par établir que les deux tiers des femmes opérées pour cette terrible maladie, et dans les meilleures conditions, sont atteintes de récidives. Il va plus loin : il rapporte l'opinion du professeur Lucelli, qui soutient que le médecin le plus habile est incapable de dire avec certitude si un squirrhe est passé à l'état de cancer, ou si la maladie est déjà générale, ou si un squirrhe développé dans une seule mamelle est une affection purement locale. Il résulte de là que toutes les opérations entreprises pour extirper les cancers sont tout à fait empiriques sous le point de vue de la probabilité des récidives. Il est d'ailleurs bien avéré que le seul remède est l'ablation, et qu'il vaut mieux la pratiquer avec l'instrument tranchant qu'avec d'autres agens. Cette crainte excessive des récidives, et la doctrine qui admet la certitude de ces récidives, semblent à M. Tridenti amener de fâcheux résultats, en laissant quelquefois fuir un temps encore favorable à l'opération. Pour prouver cette opinion, il cite le fait suivant, qui a trait à un squirrhe passé à l'état de cancer occulte et qui, opéré au milieu des circonstances les plus défavorables, n'a pas moins été radicalement guéri. Nos lecteurs n'oublient pas, sans doute, que cette ancienne division du cancer, rejetée parmi nous, ne correspond que très imparfaitement aux deux substances squirrheuse et encéphaloïde, principaux types de la texture du cancer. Aujourd'hui tous les efforts des chirurgiens tournent à une rigoureuse classification de la classe nombreuse des tumeurs dites cancéreuses. Pour dire la vérité, il faut avouer que rien de bien précis n'existe à cet égard, et que, si quelques unes des variétés de ces tumeurs ont des caractères fixes, invariables, qui permettent de les reconnaître partout, il en est d'autres que les uns rapportent à tel genre, et d'autres à tel autre. Il suffit pour se convaincre de cette déplorable confusion de lire la description des caractères donnés à chaque variété, et bien mieux encore de voir les jugemens divers que les chirurgiens les plus habiles portent sur la nature d'une même tumeur, non pas quand elle est encore cachée dans la profondeur des tissus, mais quand elle est là, sous les yeux. Ce ne sera jamais qu'à une étude approfondie de tous ces tissus pathologiques qu'on devra une classification méthodique qui éclairera la pratique, surtout en ce qui regarde le pronostic, et pour atteindre ce but, il importerait de décrire minutieusement toutes les tumeurs dites cancéreuses.

L'auteur italien décrit ainsi la tumeur qu'il a enlevée, tumeur vaste et pesante, rouge dans le point correspondant à la douleur ressentie par la malade, et offrant aussi à ce niveau des épanchemens séro-sanguins entre des couches cellulaires. En divers points de son étendue, on trouve des portions d'une matière jaune, dense, si dure qu'elle a été prise pour une production cartilagineuse. Ajoutons que cette tumeur, développée à la suite d'un coup, datait de 12 ans lors de son extirpation, devant laquelle avaient reculé beaucoup de chirurgiens distingués. L'opération, faite le 9 septembre 1828, était suivie, le 19 octobre, de guérison radicale, qui s'est parfaitement maintenue jusqu'en mars 1841.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 AVRIL.

Sur une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, M. le président invite la section de physique à se réunir pour présenter un candidat à la chaire vacante au collége de France par la mort de Savart. Ce candidat devra être, avec celui qui est déjà présenté par MM. les professeurs du collége de France, soumis au choix du ministre.

M. le président fait la même invitation aux membres de la section de zoologie, relativement à la chaire vacante au Muséum d'histoire naturelle, par la démission de M. Geoffroy-St-Hilaire.

M. Duméril ayant fait observer qu'en ce moment, par suite de diverses circonstances, la section se trouve réduite à trois membres, M. le président propose l'adjonction de deux autres membres. La majorité des voix se porte sur MM. Dutrochet et Breschet. En conséquence, MM. Dutrochet et Breschet réunirent leurs voix à celles des trois membres de la section, pour la présentation du candidat.

M. Magendie lit pour M. Dutrochet le rapport suivant :

MÉMOIRE SUR LA VOIX HUMAINE; par M. MANUEL GARCIA.

(Commissaires, MM. Magendie, Savary, Dutrochet, rapporteur.)

« L'Académie nous a chargés, MM. Magendie, Savary et moi, de lui faire un rapport sur un mémoire qui lui a été présenté par M. Manuel Garcia, et qui est intitulé : MÉMOIRE SUR LA VOIX HUMAINE. L'état de santé de M. Savary ne lui a pas permis de se joindre à la commission; un autre confrère, dont nous avons à déplorer la perte récente, M. Savart, auquel l'acoustique doit tant de recherches originales, nous avait été aussi adjoint; il a été comme nous, témoin des faits dont nous allons avoir l'honneur d'entretenir l'Académie.

» La théorie de la formation et de la variation des sons par l'organe vocal humain est loin d'être complète; on n'est même pas d'accord sur le genre d'instrument auquel l'organe vocal humain doit être comparé. Presque tous les physiciens l'ont considéré comme étant du genre des instrumens à vent dans lesquels le son est engendré par les vibrations de certains corps solides et élastiques; M. Savart, au contraire, a comparé l'organe vocal à l'un de ces instrumens dont se servent les chasseurs pour imiter le chant de certains oiseaux, instrument du genre des flûtes, et dans lequel le son est engendré exclusivement par les vibrations de l'air qui se heurte sur les parois d'une cavité, ou qui se brise sur le tranchant d'un biseau.

» Malgré l'autorité qu'avait nécessairement notre confrère en matière d'acoustique, il faut bien le dire, sa théorie de la voix a réuni peu de partisans. Aussi

nous disait-il lui-même, peu de jours avant sa mort, qu'il allait la modifier et la compléter. Espérons que l'on trouvera dans ses papiers quelques traces de ce travail, qui ne peut manquer d'être d'un haut intérêt.

» Quoi qu'il en soit, l'organe vocal est si parfait, il a des résultats si merveilleux et si divers, qu'on serait tenté de croire qu'il n'est point un instrument unique et qu'il jouit de l'admirable privilége de se transformer incessamment en une multitude d'instrumens différens. Voyez-le agir, par exemple, dans la voix de poitrine; voyez-le s'exercer dans la voix de fausset: ne dirait-on pas que ces deux espèces de registres sont produits par deux instrumens qui se sont substitués l'un à l'autre? On n'est point encore cependant parvenu à déterminer quelle est la différence qui existe, sans doute, dans le mécanisme de la production de ces deux sortes de voix, dont les qualités offrent des différences si tranchées; toutefois on a acquis la certitude qu'elles sont parfaitement distinctes et qu'elles ne sont point la continuation immédiate l'une de l'autre. En effet, dans le voisinage du point de jonction de ces deux voix ou *registres*, là où les notes les plus graves de la voix de fausset succèdent aux notes les plus élevées de la voix pleine, il y a plusieurs de ces notes que l'on peut produire également en employant chacune de ces deux voix. Ce fait, connu des artistes, n'a été introduit que depuis un petit nombre d'années dans la science physiologique. On le trouve exposé, pour la première fois, dans l'ouvrage du docteur Rusch, intitulé: PHILOSOPHIE DE LA VOIX HUMAINE, ouvrage dont une partie a été traduite de l'anglais en français par le docteur Bennati. *Il ne faut pas s'imaginer*, dit Rusch, *que l'échelle particulière à ce mode de voix* (le fausset) *soit comprise entre la dernière note de la voix naturelle* (la voix de poitrine), *et la plus élevée qu'on puisse effectuer. On peut encore former une sorte de fausset un peu au-dessous du point qui lie la voix naturelle à ce genre d'intonation.* Les faits qui nous ont été soumis par M. Manuel Garcia ont pleinement confirmé cette assertion. Cet habile professeur de chant a formé des élèves auxquels il a enseigné l'art de manœuvrer avec assez de facilité leur organe vocal, pour séparer nettement et à volonté les uns des autres les sons qui dérivent de la voix pleine et ceux qui dérivent de la voix de fausset. Ainsi, nous avons entendu des voix d'homme et des voix de femme, après avoir suivi jusqu'à leur limite la plus élevée les sons diatoniques qui appartiennent à la voix pleine, prendre la voix de fausset pour s'élever plus haut, puis descendre diatoniquement, en conservant toujours le fausset, jusqu'à une certaine distance au-dessous de la limite à laquelle s'était arrêtée la voix pleine; en sorte que les mêmes sons diatoniques qui avaient été produits en montant par la voix pleine, se trouvaient produits en descendant par la voix de fausset. Bien plus, nous avons entendu le même chanteur produire à volonté et alternativement la même note avec la voix pleine et la voix de fausset, en sorte que les sons produits par les deux voix se trouvaient ainsi mis en parallèle. L'étendue de la portion commune aux deux voix ou *registres* de poitrine et de fausset est variable suivant les sujets et suivant l'habitude qui leur a rendu plus ou moins facile l'usage facultatif de l'un et de l'autre de ces deux registres dans le *medium* de la voix. Le plus communément cette étendue est d'une sixte à une octave, et elle s'étend quelquefois à une dixième. Selon M. Garcia, cette partie commune aux deux registres est placée sur les mêmes notes pour les voix d'homme et pour les voix de femme.

» Il n'est pas douteux, d'après ces faits, que la voix pleine ou de poitrine et la voix de fausset ne soient produites chacune par une modification particulière et importante dans le mécanisme de l'instrument vocal. Cette conclusion est encore confirmée par une observation de M. Garcia, observation dont avait été particulièrement frappé notre confrère Savart, qui en fut témoin comme nous. La voix pleine et la voix de fausset, pour produire la même note dans la partie de l'échelle diatonique qui leur est commune, emploient une quantité d'air ou de souffle qui n'est point, à beaucoup près, la même. C'est ce que M. Garcia nous a démontré par l'expérience suivante :

» Un chanteur ayant sa poitrine aussi remplie d'air qu'elle pouvait l'être, produisit, avec la voix pleine, une note déterminée, prise dans la partie commune aux deux registres, et il prolongea ce son vocal jusqu'à l'épuisement de l'air contenu dans ses poumons. Le pendule d'un *métronome* servait, par ses oscillations, à indiquer le temps pendant lequel durait ce son vocal. Ensuite, ayant rempli de nouveau ses poumons d'air, le chanteur produisit la même note avec la voix de fausset, et la soutint autant que cela lui fut possible. Or nous avons vu, dans ces deux expériences comparatives répétées plusieurs fois, que le pendule offrit 24 à 26 oscillations pendant la durée du son de voix pleine, tandis qu'il n'en offrit que 16 à 18 pendant la durée du même son de voix de fausset.

» Cette expérience prouve que, dans un temps donné, et pour la production du même son diatonique, l'instrument vocal, en produisant la voix de fausset, dépense plus d'air qu'en produisant la voix pleine ou de poitrine.

» D'après l'opinion commune des artistes, la voix de fausset forme un registre particulier qui diffère à la fois du registre appartenant à la voix de poitrine qui lui est inférieur, et du registre de la *voix de tête* qui lui est supérieur. M. Garcia n'admet point cette opinion. Il considère la voix de fausset et la voix de tête comme appartenant à un seul et même registre, offrant, dans toute son étendue, le même mécanisme pour la production des sons. Il appuie son opinion à cet égard sur ce que la voix de fausset et la voix de tête offrent une continuité parfaite et constante; il n'y a point là de sons limitrophes qui puissent être produits alternativement par l'une ou par l'autre de ces deux voix, ainsi que cela vient de se voir relativement à la transition de la voix de poitrine à la voix de fausset. Cette dernière voix et la voix de tête appartiendraient donc à un seul et même registre, que M. Garcia désigne sous le nom de registre de *fausset-tête*.

» On sait généralement que lorsque la voix humaine monte du grave à l'aigu, tant dans la voix de poitrine que dans la voix de *fausset-tête*, le larynx monte graduellement. Cette ascension graduelle du larynx a été considérée comme influant sur l'augmentation progressive de l'acuité des sons, en cela que cette ascension opère le raccourcissement progressif du tuyau vocal. Quelques physiologistes ont douté que ce raccourcissement du tuyau vocal eût l'influence qui lui était ainsi attribuée sur le degré de l'acuité des sons vocaux. Nous n'avons point ici à nous occuper de ces questions théoriques; notre tâche est de constater des faits, et ici l'art du chant nous en présente de nouveaux. Voici ce en quoi ils consistent:

» La voix pleine et la voix de fausset, en semblant conserver chacune son mode particulier de production, peuvent offrir deux variétés principales dans leur timbre, variétés que M. Garcia désigne sous les noms de *timbre clair* et de *timbre sombre*. Ces deux timbres de la voix sont ordinairement désignés par les artistes, le premier sous le nom de *voix blanche*, et le second sous le nom de *voix sombrée*. Or, dans la production de la voix de poitrine et de fausset-tête, soit avec le timbre clair, soit avec le timbre sombre, il se manifeste dans la position du larynx et dans celle du voile du palais des changemens très remarquables.

» Voici les faits dont M. Garcia nous a rendus témoins :

» Dans la production diatonique des sons du grave à l'aigu, tant avec la voix pleine ou de poitrine qu'avec la voix de fausset-tête et avec le *timbre clair*, on observe une ascension continuelle et graduelle du larynx; le voile du palais est alors constamment abaissé. Il n'en est pas de même lorsque la voix passe au *timbre sombre*.

» Dans la voix pleine ou de poitrine produite avec ce timbre sombre, et en montant des sons les plus graves de ce registre aux sons les plus élevés qui lui sont propres, le larynx demeure constamment fixé dans sa position la plus basse, et le voile du palais est relevé. Il en est de même dans la production en *timbre sombre* de la partie la plus basse de la voix de fausset, ou de celle dont les notes peuvent être également produites avec la voix pleine; mais lorsque le chanteur passe, toujours en *timbre sombre*, à la partie la plus élevée de la voix de fausset, à celle qui est spécialement désignée par les artistes sous le nom de *voix de tête*, alors le larynx monte un peu, mais bien moins qu'il ne le fait lorsque cette même voix de tête est produite avec le *timbre clair*. Pour faire sentir cette différence à vos commissaires, des élèves de M. Garcia, bien exercés à donner à volonté à leur voix le *timbre clair* ou le *timbre sombre*, nous ont fait entendre, en voix de fausset, des gammes dans lesquelles chaque note était donnée alternativement en voix de fausset timbre clair et en voix de fausset timbre sombre. On distinguait alors parfaitement la différence de ces deux timbres, l'un éclatant et l'autre un peu sourd; et, quoique ce fût la même note de voix de fausset qui fût produite, nous voyions le larynx fixé dans une position élevée pour la production de cette note en timbre clair, descendre considérablement pour la production de cette même note en timbre sombre; nous pouvions suivre de l'œil et du doigt cette ascension et cette descente alternatives du larynx.

» Ces observations ne sont point complètement neuves pour la physiologie de la voix.

» En effet, il a été présenté à l'Académie des sciences, le 1er juin 1840 (1), par MM. Diday et Pétrequin, un mémoire qui a pour objet l'étude physiologique de la *voix sombrée*, voix particulière qui n'était alors connue que depuis trois ans en France, où elle a été importée d'Italie par un artiste célèbre attaché à notre première scène lyrique. Dans ce mémoire se trouve consigné le fait physiologique de la position basse et fixe du larynx dans la production diatonique de tous les sons de la voix de poitrine *sombrée;* mais ces auteurs n'ont point suivi ce même *timbre sombre* dans les phénomènes qu'il présente lorsqu'il revêt la voix de fausset de son caractère particulier. Ils paraissent même avoir pensé que ce timbre sombre ne pouvait affecter que la seule voix de poitrine. M. Garcia peut donc revendiquer une part dans l'observation du mécanisme qui préside à la formation de la *voix sombrée*. Ce mécanisme fait voir qu'avec la voix pleine ou de poitrine, comme avec la voix de fausset et de tête, l'organe vocal humain peut donner les mêmes gammes avec des longueurs très différentes du tuyau vocal, ce qui entraîne seulement alors un changement dans le timbre de la voix. Il résulte de là que les différentes longueurs de ce tuyau n'ont pas nécessairement sur la détermination des tons toute l'influence qui leur a été attribuée, et que ces mêmes différences dans la longueur du tuyau vocal sont constamment en rapport avec l'existence ou du timbre clair ou du timbre sombre de la voix.

» Outre les deux timbres principaux, désignés sous les noms de *timbre clair*, et de *timbre sombre*, il y a plusieurs autres timbres secondaires; tels sont, par exemple, le *timbre guttural*, le *timbre nasal*, etc. M. Garcia essaie de déterminer les conditions mécaniques de ces timbres; nous ne dirons rien à cet égard, n'ayant point vérifié les assertions de M. Garcia.

» Il existe quelquefois dans la voix humaine un registre inférieur, pour la gravité des sons, aux notes les plus basses qui peuvent être données, en voix de poitrine, par les basses-tailles. Ce registre, appelé *registre de contre-basse* par M. Garcia, n'a encore été observé dans son plein développement que chez quelques chanteurs employés en Russie pour le chant religieux. C'est le docteur Bennati qui le premier l'a signalé aux physiologistes. Les sons de ce registre appartiennent indubitablement à un instrument vocal *sui generis*, très différent de celui auquel sont dus les sons de la voix de poitrine. Dans les sons les plus graves de cette dernière voix, ou de ce dernier registre, le larynx s'abaisse au-dessous de sa position de repos; dans les sons bien plus graves du registre de contre-basse, le larynx, au contraire, est porté à sa plus grande élévation possible. M. Garcia n'a pu nous faire entendre, dans ce registre, qu'un son très grave et très rauque, qui ressemblait plutôt à un grognement d'animal qu'à un son de voix humaine. Mais l'un de nous a pu étudier sur le chanteur russe Yvanoff la voix de contre-basse que possède cet artiste, et qui descend jusqu'au *sol* de l'octave au-dessous des basses-tailles ordinaires; bien que cette note fût infiniment supérieure en qualité au son, ou plutôt au bruit que M. Garcia nous a fait entendre, elle serait difficilement entrée dans le chant.

(1) Le mémoire de M. Garcia n'a été présenté à l'Académie des sciences que le 16 novembre 1840.

» On comprend facilement, d'après cet exposé, qu'un seul et même mécanisme ne saurait expliquer la formation de tous les sons musicaux que peut produire l'organe vocal humain. Cet organe peut véritablement être considéré comme pouvant à lui seul représenter un assemblage d'instrumens différens les uns des autres; modifications mystérieuses qui surviennent et s'établissent avec une célérité admirable, selon la volonté du chanteur exercé. Si ensuite, cessant de considérer l'organe vocal comme instrument musical, nous entrons dans la considération de tous les sons non musicaux que peut produire cet organe par la variété des sons de la parole, par l'imitation de certains bruits, ou des cris de certains animaux, etc., on ne pourra qu'être profondément étonné de la multiplicité des changemens de mécanisme dont est susceptible cet organe, en apparence si simple dans sa structure.

» En résumé, nous pensons que M. Garcia, par sa sagacité et par la justesse de ses études, comme professeur de chant, a observé et décrit dans son mémoire plusieurs faits intéressans, dont il faudra désormais tenir compte dans la théorie physique de la voix humaine. Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie de lui témoigner sa satisfaction. »

» Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

CORRESPONDANCE.

Le procès-verbal est adopté. La correspondance imprimée contient un travail sur les eaux minérales de Castel-Jalon, et la correspondance manuscrite un mémoire de M. Queven sur le lait. (MM. Orfila, Rayer et Henry sont chargés d'examiner ce mémoire.)

M. LE PRÉSIDENT annonce que le roi a donné son approbation à la nomination de M. Huzard dans la section de médecine vétérinaire. M. Huzard est invité à venir prendre place parmi les membres.

M. ADELON demande, au nom de la commission dont le travail a occupé les dernières séances, qu'un médecin vétérinaire lui soit adjoint pour la discussion du dernier article, complément de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

M. CHEVALLIER demande l'adjonction de deux vétérinaires.

M. Renaud est seul adjoint à la commission.

FIÈVRE TYPHOÏDE ÉPIDÉMIQUE A MIRANDE (GERS), TRAITÉE PAR LE SULFATE DE QUININE; par M. BROCA. (Rapport de M. Jadelot.)

M. le rapporteur conclut à une lettre de remercîmens à l'auteur, et à le prier de continuer ses observations.

M. HONORÉ croit que M. Broca n'a point eu à traiter de fièvre typhoïde. Il s'agissait d'une fièvre rémittente ou intermittente. Il n'y a donc pas lieu à remercier l'auteur. Il propose de renvoyer le rapport à la commission, pour en faire changer les conclusions.

M. ROCHOUX : D'après le peu de détails contenus dans ce mémoire, on voit bien que le médecin a pris une fièvre de marais pour une fièvre typhoïde. Cette erreur ne mérite pas les éloges de l'Académie. Qu'on loue son zèle et son activité à combattre l'épidémie, rien de mieux. Je vote pour la proposition de M. Honoré.

M. PIORRY : On a dit que ce n'était pas une fièvre typhoïde qu'avait traitée M. Broca, parce que son traitement a réussi. D'abord, tant qu'on désignera la maladie dont il s'agit par le mot de fièvre typhoïde, on dira toujours quelque chose de fort vague. Dans la fièvre typhoïde, outre l'altération des intestins, il y a aussi quelque altération de la rate. De petits frissons journaliers annoncent cet état. Alors le sulfate de quinine réussit parfaitement à réduire ces engorgemens spléniques, et M. Bailly a prouvé depuis longtemps que cette substance n'enflamme pas les intestins. Je crois le rapport bon, et je maintiens ses conclusions.

M. CASTEL : C'est un principe de ne jamais chercher à arrêter les fièvres continues. On s'expose, en agissant ainsi, à causer des inflammations, des spasmes et des convulsions. M. Broca a paru se méprendre et confondre une fièvre continue avec une intermittente. J'ai vu donner le sulfate de quinine dans la fièvre continue, et je l'ai vu accroître l'inflammation et ne jamais diminuer le terme de la maladie, si ce n'était quand le malade mourait. Je vote pour la proposition de M. Honoré.

M. JADELOT défend son rapport. La commission, dit-il, a fait les mêmes remarques. Sans doute les détails des observations données par M. Broca sont incapables de faire préciser la nature du mal qu'il a traité; mais il ne faut pas oublier que M. Broca est arrivé à Mirande au milieu d'une épidémie qui désolait le pays, et que le traitement qu'il lui a opposé a conjuré le mal. Ce sont là des services réels. D'ailleurs, il a administré d'une façon particulière, à dose fractionnée et répétée, le sulfate de quinine, et il se peut que ce mode d'administration ait des avantages que nous ne pouvons pas aujourd'hui apprécier.

M. LOUIS, membre de la commission : Il est certain que la commission ignore complètement à quelle maladie a eu affaire M. Broca. Les détails de ses observations sont tout à fait insuffisans.

M. CAPURON défend M. Broca.

M. DUBOIS croit que M. Broca ne savait pas trop lui-même à quelle maladie il avait affaire, car il demande au gouvernement d'aller guérir toutes les épidémies du monde. Il faut le louer de son zèle et non de son travail.

M. BOUILLAUD : L'Académie ne peut guère discuter sur le traitement d'une maladie tout à fait inconnue. Mais puisque M. Broca a guéri avec le sulfate de quinine, je ne crains pas de dire que la maladie qu'il a traitée n'était point une fièvre typhoïde. Son travail, loin de mériter des éloges, mériterait plutôt un blâme. Je propose son dépôt dans les archives.

M. DOUBLE : Comme l'Académie a reçu une lettre ministérielle à laquelle elle doit une réponse, je propose d'écrire aux correspondans qui habitent le département du Gers, et à M. Broca lui-même, pour les prier de compléter les renseignemens, dont l'Académie a besoin pour s'éclairer.

Cette proposition est adoptée.

M. LACAUCHIE lit un mémoire SUR LE LIQUIDE QU'ON TROUVE DANS LES SÉREUSES, SOIT PENDANT LA VIE, SOIT APRÈS LA MORT.

DIVISION DE L'URÈTRE; SUTURE ENTORTILLÉE; BOUTONNIÈRE AU PÉRINÉE AVEC SONDE A DEMEURE POUR ÉVITER LE PASSAGE DE L'URINE DANS LA PORTION MOBILE DE L'URÈTRE; par M. RICORD.

Un homme d'une trentaine d'années vint se présenter à M. Ricord avec l'urètre complètement divisé, à 2 ou 3 centimètres du méat urinaire; c'était un hypospadias traumatique. Il avait en même temps une gonorrhée. La portion vésicale de la verge jouissait de toutes ses propriétés d'érection, mais la portion balanique n'arrivait qu'incomplètement à cet état, il restait à demi érigé. Les préparations de cubèbe et de copahu servirent à montrer chez cet homme, comme chez un autre, dont M. Ricord a déjà entretenu l'Académie, que ce sont les propriétés nouvelles communiquées à l'urine par le cubèbe et le copahu qui guérissent la gonorrhée et non la révulsion opérée par ce médicament sur le tube intestinal. Cette révulsion existe bien, mais elle est incapable de guérir par elle-même la gonorrhée. On a vu plusieurs fois après l'administration du médicament, la portion vésicale de l'urètre livrant passage aux urines se guérir de l'écoulement, tandis que la portion balanique conservait l'écoulement. Une fois cet homme guéri de sa gonorrhée, M. Ricord voulut entreprendre la reconstruction de l'urètre. Persuadé que les fistules de cette région mobile sont les plus difficiles à guérir, que l'urine est un liquide essentiellement contraire à la formation de la lymphe nécessaire aux cicatrices, et persuadé aussi qu'une sonde à demeure, passant d'une portion de l'urètre à l'autre et destinée à donner passage à l'urine ne servirait qu'incomplètement à cet usage, instruit, par les idées de M. Dieffenbach qui ne les avait pas mises à exécution, par le fait propre à M. Ségalas, M. Ricord résolut de faire à la région membraneuse de l'urètre et par la région périnéale, une boutonnière qu'il maintiendrait béante avec une sonde la traversant pour aller à la vessie et servir aux urines de tuyau de décharge.

Pendant tout le temps que la sonde resterait ainsi en place et détournerait le cours des urines, la portion spongieuse exempte du contact de ce liquide pourrait être opérée et guérie. La rapidité et la fréquence des guérisons de fistules urinaires situées au point où serait portée la boutonnière, et résultat des procédés lithotomiques rassuraient M. Ricord, quant à la fistule nouvelle qu'il allait faire. Ce plan bien réfléchi et convenu fut mis à exécution. Le malade portait un phimosis; il en fut opéré le même jour où la boutonnière fut pratiquée et traversée par une sonde, et la suture appliquée sur les lèvres avivées de la solution de continuité urétrale. Il y avait alternativement un point de suture entortillée et un point de suture entrecoupée.

Malgré toutes ces précautions, l'urine qui aurait dû naturellement traverser la grosse sonde et sortir par le périnée, remonta jusqu'à la suture et tout fut perdu. M. Ricord observa aussi que les points de suture entrecoupée avaient permis aux lèvres de la plaie de se retourner en dedans. Il fallut un mois et demi pour obtenir l'issue complète de l'urine par la sonde qui traversait le périnée. Quand ce passage complet fut bien constaté, M. Ricord recommença la suture de l'urètre et la fit cette fois entortillée. La réunion eut lieu par première intention; quand elle fut reconnue bien solide, on ôta la sonde périnéale, et on en passa une par l'urètre. Celle-ci amena de l'urine qui a continué à passer par le canal. La fistule périnéale s'est peu à peu oblitérée. Au bout de quelques jours les angles de la plaie de l'urètre se sont ouverts et ont donné un peu de pus. Aujourd'hui, l'un d'eux est complètement cicatrisé, l'autre donne un petit suintement. Avant son opération l'éjaculation se faisait, comme la sortie de l'urine, par l'hypospadias. Dans les premiers temps qui ont suivi l'opération, l'éjaculation se faisait en dedans, le sperme ne sortait point. Longtemps après, aujourd'hui, il arrive au méat urinaire, mais ne franchit pas encore cette ouverture. M. Ricord espère que cela arrivera prochainement. L'érection est aujourd'hui complète. Ce malade, présenté par M. Ricord, est examiné par les membres de l'Académie qui constatent le brillant résultat de l'opération pratiquée par le chirurgien des vénériens.

La séance est levée.

VARIÉTÉS.

INSERTION JUDICIAIRE ORDONNÉE PAR JUGEMENT DU TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE, SÉANT A MARSEILLE.

EXTRAIT DES REGISTRES DU GREFFE DU TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE, SÉANT A MARSEILLE.

LOUIS-PHILIPPE, roi des Français, à tous présens et à venir, salut.

Le tribunal de première instance, séant à Marseille, chambre correctionnelle, a rendu le jugement suivant :

En la cause des sieurs Mothès, Lamouroux et comp., pharmaciens, domiciliés et demeurant à Paris, patentés sous le numéro trois mille trois cent quinze, demandeurs aux fins d'une assignation en date du dix août mil huit cent quarante, domicile élu chez Me Faure, avoué à Marseille.

Le sieur Louis-Antoine Benoît, âgé de quarante-un ans, pharmacien, né à Berre (Bouches-du-Rhône), demeurant à Marseille, quai du Port, inculpé de contrefaçon, présent.

La cause, après avoir éprouvé plusieurs renvois, est appelée à l'audience du vingt-huit janvier, à laquelle Me Marlot, avocat, donne lecture de la plainte.

L'inculpé est interrogé par M. le président; il reconnaît les boîtes contenant des capsules qui ont été saisies à son officine, et il fournit ses moyens de justification.

Me Marlot, avocat, entendu dans sa plaidoirie à l'appui des conclusions prises en la plainte, et tendantes à ce que les boîtes et les capsules saisies chez le sieur

Benoît, suivant procès-verbal du huit octobre mil huit cent trente-neuf, soient déclarées contrefaites, à ce que lesdites boîtes soient saisies et confisquées au profit des demandeurs; à ce qu'il soit fait défense expresse au sieur Benoît de fabriquer, recevoir en dépôt, exposer en vente ou vendre, sous toute dénomination quelconque, des capsules semblables et analogues à celles pour lesquelles les brevets d'invention et de perfectionnement ont été délivrés, sous peine de deux mille cinq cents francs de dommages-intérêts pour chaque contravention constatée, en réparation du préjudice causé aux demandeurs; à ce que le sieur Benoît soit condamné par corps à lui payer, à titre de dommages-intérêts, la somme de vingt mille francs; en outre, condamné à verser au bureau de charité de Marseille le quart de ladite somme; voir dire et ordonner que le jugement à intervenir sera imprimé et affiché aux frais dudit sieur Benoît, partout où besoin sera, au nombre de trois mille exemplaires; qu'il sera aussi inséré cinq fois à ses frais dans chacun des journaux suivans : la GAZETTE DES TRIBUNAUX, le DROIT, le CONSTITUTIONNEL, le JOURNAL DES DÉBATS, la PRESSE, le SIÈCLE, le COURRIER FRANÇAIS, la GAZETTE MÉDICALE, le JOURNAL DE PHARMACIE, et dans quatre journaux du département des Bouches-du-Rhône.

Voir ordonner, aux termes de l'article onze de la loi du vingt-cinq mai mil sept-cent quatre-vingt-onze, l'exécution provisoire du jugement à intervenir, nonobstant opposition ou appel, et sans caution.

Se voir condamner, le sieur Benoît, à tous les dépens de l'instance.

Me Fouque, avocat, entendu dans sa plaidoirie, conclut à ce que, sans s'arrêter à la plainte et aux conclusions des sieurs Mothès et Lamouroux contre le sieur Benoît, ce dernier soit mis sur le tout hors d'instance et de procès avec dépens, et par fins conventionnelles; il conclut à ce qu'il soit fait inhibitions et défense aux sieurs Mothès et compagnie de vendre à l'avenir leurs *capsules pleines*, sans ordonnance de médecin; ordonner qu'ils ne pourront mettre dans le commerce que l'instrument et les capsules qui ont motivé leurs brevets d'invention, et les condamner en sa faveur à lui payer la somme de mille francs à titre de dommages-intérêts.

Le tribunal renvoie la cause au cinq février, pour les conclusions de M. le procureur du roi, et le jugement de l'affaire à l'audience de ce jour cinq février. La cause appelée, M. Martin, substitut de M. le procureur du roi, résume l'affaire, et il conclut à l'entérinement des fins prises au nom des plaignans contre l'inculpé, sauf la réduction des dommages-intérêts et des moyens de publication réclamés par les demandeurs.

Sur quoi :

Vu l'ajournement signifié par exploit de Faudon, huissier, en date du dix août mil huit cent quarante, enregistré, le douze, contenant plainte en contrefaçon de capsules gélatineuses, à la requête des sieurs Mothes et Lamouroux, contre le sieur Louis-Antoine Benoît.

Vu les articles douze de la loi du sept janvier mil sept cent quatre-vingt onze et cinquante-deux du code pénal, lus à l'audience par le M. président, et ainsi conçus :

Article douze : le propriétaire d'une patente jouira privativement de l'exercice et des fruits des découvertes, invention ou perfection pour lesquelles ladite patente aura été obtenue, en conséquence, il pourra en donnant bonne et suffisante caution, requérir la saisie des objets contrefaits et traduire les contrefacteurs devant les tribunaux. Lorsque les contrefacteurs seront convaincus, ils seront condamnés en sus de la confiscation à payer à l'inventeur des dommages-intérêts, proportionnés à l'importance de la contrefaçon, et en outre à verser dans les caisses des pauvres du district une amende fixée au quart du montant desdits dommages-intérêts, sans toutefois que ladite amende puisse excéder la somme de trois mille francs et au double en cas de récidive.

« Article cinquante-deux, l'exécution des condamnations à l'amende, aux restitutions, aux dommages-intérêts et aux frais pourra être poursuivie par la voie de la contrainte par corps. »

Attendu que le sieur Mothès a obtenu le vingt-cinq mars mil huit cent trente-quatre, un brevet d'invention pour un instrument propre à la fabrication des capsules gélatineuses et pour ces mêmes capsules, que ce brevet d'invention a été prorogé de dix ans, par ordonnance royale du quatorze avril mil huit cent trente-sept.

Que ce brevet constitue pour les demandeurs un privilége exclusif.

Attendu en fait qu'il résulte d'un procès-verbal dressé le huit octobre mil huit cent trente-neuf, par le commissaire central de police à Marseille, que sept boîtes renfermant des capsules gélatineuses identiques à celles des sieurs Mothès et compagnie ont été trouvées chez le sieur Benoît, pharmacien à Marseille, que six de ces boîtes portaient pour étiquettes *Bols balsamiques*, qu'une autre de ces boîtes était étiquetée *Globules gommo-gelatino sucrées chargées de copahu pur et liquide.*

Attendu que ces bols balsamiques ou globules sont, par leur matière, leur forme et leur usage, identiques avec les capsules gélatineuses décrétées dans le brevet des demandeurs.

Que la différence de désignation ne saurait détruire cette identité, qu'il y a imitation totale de l'invention brevetée, qu'il y a contrefaçon.

Attendu que la loi ne distingue pas entre les personnes qui fabriquent et celles qui débitent un objet contrefait, que le débitant, dès lors, doit être puni comme le fabricant même.

Qu'en fait Benoît a reconnu qu'il avait vendu plusieurs boîtes de capsules gélatineuses contrefaites qu'il a déclaré tenir d'un sieur Delany, de la Croix-Rousse à Lyon, qu'il doit être considéré comme débitant d'objets contrefaits.

Attendu que ce fait constitue le délit prévu par l'article douze de la loi du dix-sept janvier mil sept cent quatre-vingt-onze, sur la saisie.

Attendu qu'il y a lieu de l'ordonner, que toutefois le sieur Benoît doit être autorisé à retirer des capsules saisies la matière ou remède qui y est introduit.

Sur les défenses de fabriquer ou de vendre, et sur les saisies à faire ultérieurement et les dommages-intérêts à fixer pour les saisies.

Attendu que le tribunal ne peut statuer à *futur*.

Sur les dommages-intérêts;

Attendu qu'ils doivent être proportionnés à l'importance de la contrefaçon,

Sur l'affiche de l'insertion;

Attendu que la publicité est nécessaire pour combattre la contrefaçon.

Sur les fins du sieur Benoît;

Attendu que l'invention brevetée des sieurs Mothès et compagnie est utile, qu'elle est nouvelle, qu'elle est licite;

Que la plainte de Mothès et compagnie n'a pas pour objet d'interdire à Benoît la vente des capsules ou de tout autre remède, mais seulement des capsules gélatineuses qui serviraient à l'envelopper, que ces capsules ont pu être l'objet d'un brevet d'invention, sur les fins reconventionnelles,

Attendu que le sieur Benoît n'a pas qualité pour devancer par voie reconventionnelle une prétendue contravention aux lois sur la pharmacie; qu'il est sans droit pour réclamer des dommages-intérêts à raison d'un prétendu déficit dans le médicament ou matière introduite dans les capsules de Mothès; que s'il y en avait déficit, il en aurait profité en vendant lui-même au prix indiqué par l'inventeur, qu'il n'a donc souffert aucun préjudice, que sa demande en dommages-intérêts est mal fondée.

Par tous ces motifs.

Le tribunal de première instance séant à Marseille.

Troisième chambre, statuant en matière de police correctionnelle, siégeant MM. Luce, président, de Garidel et Gamel, juges.

Sans s'arrêter aux fins principales et reconventionnelles du sieur Benoît, dont il est démis et débouté.

Ayant tel égard que de raison aux fins prises par les sieurs Mothès et Lamouroux.

Déclare contrefaites les sept boîtes de capsules saisies, suivant procès-verbal du huit octobre mil huit cent trente-neuf;

Ordonne que lesdites boîtes et leur contenu seront confisquées au profit des demandeurs, sauf et réservé au sieur Benoît d'extraire de ces capsules la matière liquide qui y est renfermée, et ce, dans le délai de huitaine de la signification du présent jugement.

Condamne ledit Benoît à deux cents francs de dommages-intérêts envers les demandeurs.

Le condamne, en outre, à une amende de cinquante francs, à verser au bureau de Charité de Marseille.

Fixe à une année la durée de la contrainte par corps pour les adjudications rapportées au profit de la partie civile.

Dit n'y avoir lieu de statuer sur le surplus des fins prises par Mothès et Lamouroux.

Ordonne que le présent jugement sera inséré une seule fois, et aux frais du sieur Benoît, dans le journal la GAZETTE MÉDICALE, et dans les trois journaux du département des Bouches-du-Rhône, savoir : LE SÉMAPHORE; LE SUD, et LA GAZETTE DU MIDI.

Condamne Benoît à tous les dépens, ceux faits jusqu'à ce jour, liquidés à la somme de quarante-sept francs, dix centimes.

Fait en jugement prononcé en audience publique, au Palais-de-Justice à Marseille, le cinq février mil huit cent quarante-et-un.

Signés, E. LUCE, DE GARIDEL, GAMEL, GILLY.

Enregistré à Marseille, le dix-sept février mil huit cent quarante-un, folio soixante-dix-huit, case première. Reçu quatre francs dommages, trente centimes dépens et quarante-trois centimes pour décime.

Signé, FOURTIER.

Mandons et ordonnons à tous huissiers sur ce requis de mettre le présent jugement à exécution; à nos procureurs généraux et à nos procureurs près les tribunaux de première instance d'y tenir la main; à tous commandans et officiers de la force publique de prêter main forte lorsqu'ils en seront légalement requis.

En foi de quoi le présent jugement a été signé par le président, par les juges du tribunal et par le greffier audiencier.

Expédition conforme, délivrée par nous greffier en chef.

Signé, ADOLPHE CONTE.

Pour copie : FAURE.

L'an mil huit cent quarante-un, et le vingt mars, au requis de MM. Mothès, Lamouroux et comp., pharmaciens, domiciliés à Paris, où ils sont patentés sous le n° 3315, lesquels ont élu domicile en l'étude sise rue du Juge-du-Palais, n° 1, de Me Faure, avoué à Marseille.

Nous Alexis-Jacques Toussaint Faudon, huissier assermenté et immatriculé, et exerçant près le tribunal de première instance, séant à Marseille, y demeurant boulevard des Parisiens, n° 59, patente n° 981, 3e classe, soussigné, avons signifié, par copie entière, avec le présent, 1° à M. le gérant du journal la GAZETTE DU MIDI; 2° à M. le gérant du journal LE SÉMAPHORE; 3° à M. le gérant du journal LE SUD, tous ayant leurs établissemens en cette ville de Marseille, un jugement en contradictoires défenses rendu par la chambre de police correctionnelle du tribunal de première instance de Marseille, le cinq février dernier, en la cause des requérans et du sieur Louis-Antoine Benoît, pharmacien, domicilié à Marseille, quai du Port.

Et c'est aux fins que mesdits sieurs les gérans exécutent respectivement la disposition de ce jugement, qui en prescrit l'insertion de ses dispositions dans chacun des journaux sus-désignés, à peine d'y être contraint par les voies du droit.

A ces fins, nous avons, à M. le gérant de la GAZETTE DU MIDI, laissé cette copie du jugement susdit et du présent exploit, au bureau de ladite gazette, parlant à sa personne.

Coût cinquante centimes. FAUDON.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 18. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 1er MAI 1841.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numero est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ L'ENFANT ; par le docteur Eugène Audiganne, médecin à Paris.

(Suite. — Voir le n° 15.)

DES LÉSIONS ANATOMIQUES.

Il ne nous sera pas permis de poser quelques pierres à l'édifice inachevé de l'anatomie pathologique dans la fièvre typhoïde de l'enfant, nos dix-sept jeunes malades ayant guéri. Quelques-uns fussent-ils morts, nous n'eussions pu demander des lumières au scalpel. A la campagne les recherches anatomiques sont impossibles, et dans les petites villes, c'est toujours avec une grande hésitation, et avec de grands risques de refus, que l'on demande à une famille désolée le droit de porter une main investigatrice dans les organes d'un membre dont elle pleure la perte. Mais si nous n'avons pas été à même de constater, chez l'enfant, l'existence des lésions intestinales qui, presque constamment, existent dans la fièvre typhoïde, et que l'on regarde comme caractéristique de cette maladie, nous nous sommes trouvé dans d'autres circonstances vis-à-vis de l'adulte. En effet, médecin de l'hospice, nous étions dans l'habitude de faire l'autopsie des malades qui, pendant notre service, succombaient dans cet établissement. Dans le dernier trimestre de 1838, et pendant les trois premiers mois de 1840, un nombre assez considérable de militaires nous a offert tout le cortége des symptômes de la fièvre typhoïde : adynamie, épistaxis, météorisme, gargouillement, taches rosées lenticulaires, sudamina. Eh bien ! chez six d'entre eux qui succombèrent, nous constatâmes, entre autres lésions, à la fin de l'*iléum* et au commencement du *cæcum*, le gonflement et l'ulcération des plaques de Peyer et le ramollissement des ganglions mésentériques.

Ainsi, une identité complète entre la fièvre typhoïde de Paris et celle que nous avons observée à Ancenis chez l'adulte nous a été démontrée. Cette certitude acquise, en présence d'une expression symptomatologique ne différant que par des nuances légères, nous n'avons pas douté que, le cas étant échu, nous n'eussions trouvé, dans le lieu de notre observation, à l'ouverture du corps de nos jeunes malades, ces mêmes lésions intestinales, en tenant compte toutefois des différences mentionnées chez l'enfant.

DES CAUSES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ L'ENFANT.

La question des causes de la fièvre typhoïde nous apparaît obscure et enveloppée d'épaisses ténèbres. N'est-il pas préférable de confesser notre ignorance, que d'étaler une longue série de causes qui, alors même qu'elles seraient condamnées au simple rôle de causes occasionnelles, ne pourraient supporter les faibles exigences d'un léger examen ?

Feuilleton.

LE DOCTEUR MATHANASIUS.

(Suite. — Voir les numéros 10 et 14.)

Je puis l'affirmer, c'était un rude adversaire que mon vieil ami, et les argumens ne lui manquaient pas pour soutenir son opinion, pour alimenter sa fervente adoration de la médecine du temps passé. Mais tout en fulminant ses anathêmes d'érudit contre la science moderne, je dois dire que c'était en lui conviction profonde, assurance d'avoir consciencieusement pesé, examiné et jugé. L'esprit sans fiel, le sarcasme innocent, l'audace sans prétention, tel était au fond le docteur Mathanasius. Mais, comme on a dû le voir par nos fragmens d'entretien rapportés précédemment, sa manière était nette et positive; il n'entourait ni sa pensée de nuages et de réticence, ni sa parole de précautions et d'atténuations. Le nom, le bruit, l'autorité, le *ventosæ plebis suffragia*, ne faisaient pas le moindre effet sur son esprit aussi ferme qu'éclairé. Il allait droit au fait, et, selon son expression, il enlevait toujours la surface pour voir le dessous, pour ne pas confondre la dorure avec l'or. J'aimais et recherchais sa conversation quoique assez rude; il me recevait avec plaisir bien qu'il me répétât quelquefois l'ancienne maxime, *amici fures temporis*. Imbu des idées de mon temps, docteur des nouvelles écoles, je combattais quoique avec réserve, je l'avoue, les opinions ou plutôt les préjugés du vieux médecin, ce vigilant redresseur de torts scientifiques. Il y avait surtout un point sur lequel nous étions loin de nous accorder. J'admettais bien les très petits progrès de l'anatomie pour la médecine réelle, celle qui guérit et soulage, cependant je soutenais que la recherche du siége organique de chaque maladie était chose importante, et que le diagnostic en était plus précis qu'autrefois; mais l'ardent champion des anciens était loin d'en convenir. Mon ami, me disait-il, j'ai le triste avantage d'avoir beaucoup vécu, beaucoup vu; or, je puis vous assurer que tout ce qui est purement moderne ne va pas loin malgré les apparences et le clinquant. Ne vous y trompez pas, l'agitation n'est pas le mouvement, qui, lui-même n'est pas encore le progrès. Ne dirait-on pas que celui-ci, comme la pierre philosophale, a été trouvé hier dans le creuset ? Les anciens ont aussi recherché le siége précis des maladies, mais ils ont renoncé à cette voie lente et peu sûre. D'abord ils ont remarqué que le siége circonscrit d'une maladie est souvent inconnu. Quel est l'organe malade dans la grande classe des maladies nerveuses, dans les fièvres intermittentes, dans l'hydrophobie, l'épilepsie, la chorée, le scorbut, les scrofules, le tétanos, etc. ? Tout est ici obscur, incertain, sujet à contestation. Se guider d'après cela dans la pratique, c'est faire la médecine en raison inverse du carré du bon sens. Le diagnostic topographique si vanté aujourd'hui n'est donc, dans une foule de cas, qu'une pure et dangereuse illusion ; cette doctrine n'aboutit qu'à des *présomptions*, édifiées sur des *préjugés*, des erreurs; or, souvenez-vous qu'en médecine, il n'y a point d'erreur inoffensive.

Je vous entends : en comparant les symptômes aux lésions organiques, on a

M. le professeur Chomel, dans ses leçons orales sur la fièvre typhoïde chez l'adulte, l'a fait remarquer avec grande justesse; chaque médecin, suivant son opinion sur la nature de la fièvre typhoïde, a invoqué l'influence de causes différentes, et les faits sont loin d'être venus confirmer ces créations de l'esprit. N'y aurait-il pas un aveuglement étrange à classer, dans la catégorie des causes de la fièvre typhoïde chez l'enfant, la jalousie, le refroidissement subit, la dentition, la masturbation, les vers intestinaux, etc., etc.? Chez plusieurs de nos petits malades, on a dû le remarquer, des entozoaires existaient dans les organes digestifs; assurément, nous n'avons pas consenti à faire jouer à ces parasites un rôle quelconque dans la production de la maladie, et nous n'avons considéré leur existence que comme une simple complication.

Nous ne refusons pas une certaine influence typhoïde à l'arrivée récente à Paris, à la nostalgie, à un encombrement d'hommes dans un même lieu, à une nourriture insuffisante et de mauvaise qualité; on se rend facilement compte d'une action morbide générale exercée sur l'organisme par ces conditions, alors surtout que plusieurs d'entre elles se trouvent réunies; mais encore ne leur accordons-nous qu'un rang secondaire. En effet, si des faits et le raisonnement permettent de reconnaître à ces conditions particulières une influence favorable au développement de la fièvre typhoïde, des observations chez des sujets placés dans des conditions tout autres, les nôtres chez l'enfant par exemple, ne démontrent-elles pas que ces conditions ne sont nullement nécessaires, et qu'on ne doit les regarder que comme de simples causes adjuvantes?

Le médecin, nous le croyons, se consummera en efforts inutiles, si, pour pénétrer les élémens générateurs de la fièvre typhoïde, il ne demande appui qu'à ses sens et à des considérations d'un ordre physique. Il doit se placer à un point de vue plus élevé, s'éclairer au flambeau de l'analogie, et bientôt il sera tenté d'admettre que la fièvre typhoïde est le résultat d'un travail d'une nature toute spéciale, opéré dans l'organisme, travail obscur et inconnu comme les modifications génératrices de la variole, de la rougeole et de la scarlatine, et qui se traduit à l'extérieur par un ensemble d'accidens qui nous le caractérise.

Parlons maintenant de l'âge, du sexe et de la contagion.

Age. De nos dix-sept observations, six ont été recueillies dans la première enfance, et onze dans la seconde. Jusqu'à la virité, la prédisposition à la fièvre typhoïde se prononce de plus en plus avec les années, et à partir de cette époque elle décroit graduellement pour s'éteindre dans la vieillesse.

Sexe. De nos dix-sept cas de fièvre typhoïde, huit ont été recueillis chez le sexe féminin, et neuf chez le sexe masculin; un seul fait donne la prééminence à ce dernier sexe. Mais, sur un nombre impair d'observations, une égalité de nombre était impossible; il fallait nécessairement que la balance penchât d'un côté. Nous ne pensons pas que la différence de sexe apporte chez l'enfant une différence dans la prédisposition à la fièvre typhoïde.

De la contagion. Nous n'avons rien rencontré qui militât en faveur de la contagion; certaines particularités dans nos faits s'élèvent même contre elle. Ainsi, parmi les sujets de nos observations plusieurs étaient couchés pendant leur maladie dans la même chambre que leurs frères et sœurs souvent moins âgés qu'eux. Le sujet de notre sixième observation, alité depuis deux jours, lorsque nous le visitâmes pour la première fois, couchait encore avec un frère âgé de 6 ans, et ce fut d'après nos conseils que la mère les sépara. Le sujet de notre douzième observation se trouvait dans le même cas, seulement cette jeune fille couchait avec une sœur de 13 ans et demi. Dans les campagnes, la même chambre très souvent sert de refuge aux père, mère, enfans, domestiques. Nous avons été plusieurs fois appelé à donner des soins à des pères atteints de fièvre typhoïde, et placés, pendant tout le cours de leur maladie, au milieu d'une famille nombreuse, entassée dans la même chambre, et que nos instances les plus vives ne pouvaient soustraire au foyer contagieux. Eh bien! nous n'avons pas vu un seul cas de fièvre typhoïde développé sous l'influence de la contagion. Entre autres faits nous citerons le suivant. A la fin de septembre 1838, le nommé B..., père de l'enfant qui fait le sujet de notre dix-septième observation, est atteint d'une fièvre typhoïde grave. Cet homme, laboureur, resta couché au milieu de sa famille composée de sa femme et de trois enfans dont le plus âgé avait 9 ans. Sa maladie dura 31 jours; il a guéri, mais il est allé aux portes du tombeau. Nous ne constatâmes alors aucune manifestation contagieuse; et, 19 mois plus tard, au mois d'avril 1840, le plus jeune et le plus fort de ses enfans est atteint d'une fièvre typhoïde, et cette fois encore son frère et sa sœur n'en ont pas été frappés.

Loin de nous cependant la pensée de rejeter complètement la contagion; nous regardons encore cette question comme litigieuse; seulement nous sommes en droit de penser que, dans la fièvre typhoïde, le principe contagieux est peu actif, et qu'il demande certaines conditions pour déterminer des effets.

DU DIAGNOSTIC.

A son début, la fièvre typhoïde chez l'enfant est souvent mal caractérisée, et on y cherche parfois en vain certains symptômes précieux pour éclairer le diagnostic de cette maladie.

Pour prouver la justesse de cette assertion, citons quelques-uns de nos faits; descendons dans les détails, car ce sont les détails qui guident au lit du malade.

Le sujet de notre première observation ne nous offrait ni épistaxis, ni météorisme, ni gargouillement; aussi, quoique à la même époque notre esprit fût dirigé vers l'existence de la fièvre typhoïde, dont nous observions des cas assez nombreux, et chez des militaires, et dans notre service de l'hospice, et chez l'adulte, dans notre pratique particulière, nous ne sommes pas moins tombé dans une erreur de diagnostic que l'on regardera assurément comme inévitable, lorsque l'on saura qu'alors nous ignorions ce que plus tard les faits nous ont appris, que certains traits de ressemblance existent entre la fièvre rémittente, soit simple, soit bilieuse, et la fièvre typhoïde chez l'enfant, et qu'ensuite nous savions avec quelle fréquence et quelle rapidité la fièvre intermittente, dans l'enfance, se convertit en fièvre à type rémittent. Au sixième jour, l'opiniâtreté de la maladie nous inspira des doutes sur l'exactitude de notre diagnostic, et le septième, l'apparition des taches rosées lenticulaires sur l'abdomen acheva de nous dessiller les yeux.

Le lecteur a pu se convaincre que, dans notre cinquième et dixième observation, le diagnostic était entouré de difficultés que l'apparition seule des taches rosées lenticulaires pouvait permettre de vaincre. Dans notre treizième observation, l'absence d'épistaxis et de gargouillement nous fit hésiter; cependant, instruit par nos observations antérieures, nos regards

---

du moins un guide assuré. Il faut plaindre vos malades, si vous n'avez que ce guide pour vous conduire. Je sais très bien que les médecins de votre époque s'acharnent à poursuivre l'*ignis fatuus* d'une pareille doctrine, mais en vain; le diagnostic du plus grand nombre des maladies n'est guère plus avancé qu'autrefois. Quant au pronostic, allez, mon ami, il faut toujours en revenir aux paroles tristement vraies de l'oracle de Cos, *acutorum morborum non omnino tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis.* (Aph., sect. II. 19.) A-t-on franchi, à l'aide du scalpel, ce cercle d'une modeste probabilite? Vous êtes encore pour la connaissance de chaque maladie, dans le jour douteux *qui montre et qui cache*, le seul pourtant qui puisse vous guider. N'ayez ni un présomptueux mépris, ni un respect superstitieux et servile pour les anciens; étudiez-les avec soin, et non avec l'inintelligente érudition particulière aux sots qui n'ont que de la memoire; approfondissez surtout les écrits d'Hippocrate, les commentaires de Galien, et ceux des auteurs du seizième siècle ainsi qu'une foule de bons auteurs du dernier siècle; et dites si la médecine moderne a beaucoup ajouté au diagnostic, aux prénotions médicales d'autrefois, si elle est plus explicite, plus judicieuse et plus nette, si elle a mieux vu, si elle a pénétré plus avant, si elle a conclu d'une manière plus formelle, plus positive. Un ancien, Macrobe, a fait cet éloge d'Hippocrate, *tam fallere, quam falli nescit* (De somnio: Scip., lib. I.) Eh bien! de nos jours on l'admire, mais on le néglige, on le met à l'écart comme une vieille idole (1); bien plus, des ignorans osent le blâmer, le traîner aux gémonies de leur absurde critique; *o sacra reverentia plebis*, qu'êtes-vous devenue?... Quand un chétif auteur moderne blâme et méconnaît ce grand homme, il me semble voir une chenille au pied d'un cèdre du Liban, essayer de renverser le colosse. L'impur et éphémère insecte disparaît aussitôt tandis que l'arbre vénéré continue pendant des siècles à élever dans les airs sa cime majestueuse. Je vous demande pardon de cette comparaison poétique, mais elle rend parfaitement ma pensée; tout n'est pas dans Hippocrate, mais on y trouve une foule de verités portant l'indélébile cachet d'une expérience consommée. Or, ces vérités ont été saisies par un homme qui se vantait, encore le fait n'est-il pas avéré, d'avoir vu un squelette d'airain dans le temple de Delphes, et qui prit une suture du crâne pour une fracture, voilà sa science en anatomie.

Dans tous les temps, mon ami, on a essayé de rattacher les symptômes aux organes souffrans; mais si cette étude a son utilité incontestable, il ne faut pas non plus y attacher une importance exclusive, la claire vue de la science n'est pas là. Dans le dix-huitième siècle, Morgagni, Lieutaud, Bonnet et d'autres avaient publié leurs ouvrages. De mon temps, il s'est également trouvé des médecins qui ne voulaient voir la science que dans le cadavre et ses débris. Une observation fameuse en est la preuve. Jamais peut-être il ne s'est fait une plus importante et plus célèbre autopsie que celle du corps de Mirabeau, en avril 1791. Nous étions *quarante-quatre* médecins ou chirurgiens qui tous ont signé au procès-verbal. Eh bien! après les plus exactes, les plus attentives, et les plus minutieuses recherches, nous avons été entièrement partagés sur deux points principaux. Les uns ont reconnu des traces de poison, les autres, les ont complètement niées. Ensuite où était le siége de la maladie? quel était l'organe lésé chez ce grand

(1) Encore une fois ceci prouve à quelle époque ces entretiens ont eu lieu.

se portèrent vers la fièvre typhoïde, et le troisième jour, par l'ensemble des accidens, nous nous crûmes en droit de rejeter tous nos doutes.

Passons en revue maintenant quelques-uns des symptômes de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

ÉPISTAXIS. — Dans nos dix-sept observations, l'épistaxis a fait défaut sept fois ; ainsi ce symptôme a manqué dans près de la moitié des cas. Nous le regardons comme bien moins fréquent chez l'enfant que chez l'adulte.

ADYNAMIE. — Chez l'enfant, nous avons constamment observé un trouble de l'innervation traduit par un accablement plus ou moins prononcé ; mais, deux fois seulement sur dix-sept cas, et presque au terme de la seconde enfance, nous avons rencontré une prostration complète des forces, qui rappelât l'adynamie de la fièvre typhoïde de l'adulte.

LANGUE. — Nous appelons l'attention sur un état particulier de la langue chez l'enfant dans la fièvre typhoïde. Cet aspect de la langue, que nous n'avons trouvé mentionné nulle part, nous a frappé par sa très grande fréquence, et par sa persistance ; souvent pendant tout le cours de cette maladie ; dans nos dernières observations, il nous a servi à éclairer notre diagnostic. Nous avons observé cet état de la langue dans presque tous nos cas ; sont uniquement exceptés le sujet de la sixième observation, âgé de 12 ans, et celui de la neuvième, âgé de 14 ans, ce qui tendrait à prouver que cet aspect particulier de la langue ne se montrerait dans la fièvre typhoïde que pendant la première enfance, et au commencement de la seconde. Nous ne l'avons, du reste, jamais rencontré, dans cette maladie, chez l'adulte.

Langue blanchâtre à son centre, nette et grenue sur ses bords : ce sont là des expressions que le lecteur aura pu remarquer.

Voici, par ces mots, l'aspect que nous avons voulu peindre : un enduit blanchâtre plus ou moins épais existe au centre de la langue ; sur ses parties latérales, la langue a sa couleur normale, mais elle offre de petites granulations nombreuses, grosses comme des petits grains de millet, et que nous avons attribuées au gonflement des papilles fungiformes. La langue est alors plus ou moins humide, et nous n'avons pas vu cet état coïncider avec une sécheresse marquée.

HALEINE. — Dans la fièvre typhoïde, l'haleine de l'enfant exhale très souvent une odeur aigre ; mais elle produit cette même sensation dans les fièvres intermittentes et rémittentes bilieuses. En effet, l'haleine revêt une odeur aigre toutes les fois qu'il existe embarras du côté des voies digestives. C'est ainsi, qu'au commencement du mois d'août dernier, nous étions frappé par ce caractère de l'haleine chez une femme récemment accouchée, et qui, ayant voulu trop tôt reprendre ses occupations, fut atteinte d'une pleurésie que nous sommes en droit d'appeler bilieuse, car elle était compliquée d'un état saburral très marqué des voies digestives. Cette maladie datait de plusieurs jours, lorsque nous fûmes appelé, et, aux moyens ordinaires, nous dûmes joindre l'emploi des vomitifs, des purgatifs.

VOMISSEMENS. — Au début de la fièvre typhoïde, les vomissemens chez l'adulte sont rares ; il est loin d'en être ainsi chez l'enfant, et nous les avons observés cinq fois dans nos dix-sept observations.

DIARRHÉE. — Chez l'adulte, la diarrhée est très fréquente au début de la maladie. Elle l'est moins chez l'enfant qui offre souvent de la constipation. Au début, sur dix-sept cas, nous avons observé sept fois le resserrement du ventre.

Nous n'avons observé ni hémorragie intestinale, ni cet écoulement de l'oreille intercurrent que M. le docteur Taupin est porté à regarder comme une crise favorable.

Chez quatre de nos petits malades, nous avons vu l'alopécie succéder à la fièvre typhoïde. Nous n'avons pas été étonné de voir dans cette maladie une vermine nombreuse se développer sur la tête de l'enfant. Nous n'accordons pas à la fièvre typhoïde une propriété spéciale, favorisant la production de ces insectes parasites. Qui ne connaît leur prodigieuse fécondité ? On les voit ainsi se multiplier chez l'enfant dans toutes les maladies un peu longues, et qui forcent à suspendre pendant quelque temps certains soins de propreté, si nécessaires à cet âge de la vie.

DE LA SÉMÉIOLOGIE.

Nous l'avons déjà dit, les fièvres intermittentes ont une grande tendance chez l'enfant à se convertir en fièvres rémittentes. Là où règnent habituellement les fièvres intermittentes, les fièvres rémittentes sont très communes dans l'enfance. Eh bien ! les fièvres rémittentes simples ou bilieuses ont des traits de ressemblance chez l'enfant avec la fièvre typhoïde.

Nous avons donné, en 1839, des soins à une petite fille de 2 ans et demi, qui, tous les mois, à peu près à la même époque, était prise de rougeur de la face, d'accablement, de somnolence, de toux, de météorisme, de constipation et d'une fièvre continue, n'offrant que de légères rémissions. Un médecin, examinant cette enfant pour la première fois, aurait sans doute hésité, et aurait craint une fièvre typhoïde. Chaque fois, des sangsues aux mollets, l'ipécacuanha, et quelques grains de sulfate de quinine, dissipaient en peu de jours les accidens.

Alors même qu'on est prévenu que, chez l'enfant, la fièvre typhoïde et la fièvre rémittente ont, à leur début, parfois un certain degré de similitude, il est quelquefois très difficile de ne pas tomber dans un diagnostic erroné. Mais au moins, averti, on se tient sur ses gardes, et en présence d'un doute, l'on a surtout bien soin de ne pas faire concevoir aux parens l'espérance d'une guérison prochaine, qui, à votre grand désappointement, se ferait longtemps attendre, et pourrait même ne pas se réaliser.

Personne, que je sache, n'a mentionné ce point important de séméiotique ; le motif en est simple : les médecins qui ont écrit sur la fièvre typhoïde chez l'enfant n'avaient pas observé, comme nous, dans des lieux où les fièvres intermittentes sont endémiques. Et c'est encore là une preuve qu'une maladie n'est parfaitement connue que lorsqu'elle a été étudiée dans différentes localités et sous diverses influences.

MÉNINGITE. — Dans nos observations, nous n'avons pas été témoins de symptômes cérébraux capables de nous suggérer la pensée d'une méningite simple ou tuberculeuse. Il n'en est pas de même à Paris ; cette maladie peut à son début se confondre avec la fièvre typhoïde ; et M. le docteur Guersant, dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, à l'article *Méningite*, a éprouvé le besoin de tracer, de sa main habile, leurs caractères différentiels.

PHTHISIE PULMONAIRE. — Nous avons rencontré à chaque pas la phthisie pulmonaire ; nous possédons plusieurs observations de phthisies aiguës chez des adultes, qui, en quelques semaines, et malgré les traitemens les plus variés et les plus rationnels, sont descendus dans la tombe.

---

orateur ? Le problème n'a jamais été résolu. Cabanis ne s'explique pas à cet égard d'une manière satisfaisante et il ne le pouvait pas. Chevetet, Forestier, Panisse, Larue, Couard, Soupé, Rondel, chirurgien-major de la cavalerie de la garde nationale, opinèrent pour le poison, et pourtant le procès-verbal ne constate « qu'une légère phlogose et quelques marques d'inflammation vers l'orifice du pylore, des taches livides sans aucune trace d'érosion. » Je vous cite ce fait dont j'ai été témoin, parce qu'il s'agit d'un homme célèbre ; mais tous les jours on en observe de pareils dans les hôpitaux.

J'ai beau chercher, je ne sais sur quoi, dans quelles maladies les médecins de votre époque fondent leurs prétentions sur une plus grande rigueur de diagnostic et de pronostic qu'autrefois. Mais, lui dis-je, presque triomphant, n'en est-il pas ainsi dans les maladies de poitrine ? Vous vous trompez, reprit le docteur Mathanasius, vous n'avez guère été plus loin que Morgagni ; l'auscultation donne en effet quelques lueurs sur l'état des organes thoraciques ; mais d'abord, l'idée n'en est pas due à votre médecine actuelle, et même en cherchant bien je trouverais qu'elle est antérieure à Avenbrugger (1). En second lieu, on préfère maintenant la percussion et l'audition à l'auscultation médiate. Vous souvient-il de l'époque où chaque médecin était armé de son sthétoscope ? A l'aide de cet heureux supplément acoustique qui ne se vantait alors de voir clairement dans la poitrine toutes les altérations des organes qui y sont contenus ? Maintenant qui s'en sert ? personne ou à peu près ; le sthétoscope est relégué dans les musées d'instrumens à la réforme. Aujourd'hui on secoue, on ébranle, on frappe, on heurte la poitrine dans tous les sens, on saisit à la volée des râles de toutes les espèces, le bruit de râpe, le bruit de soufflet, le bruit amphorique, le bruit turturin, le bruit de cuir, le bruit de diable, le bruit de sifflement de serpent, de mugissement de rivière, de scie, de roucoulement, de coassement de grenouille, sans oublier le bruit de *billet de banque neuf*, seulement on ne dit pas les différences qui peuvent exister entre celui de mille ou de cinq cents francs. De bonne foi, croyez-vous à l'importance, et surtout à la rigueur de pareils signes, exactement correspondans à telle ou telle lésion ? Ne voyez-vous pas là de ces subtilités séméiotiques, dans le genre de celles que Bordeu avait mises à la mode pour le pouls et dont lui-même se moquait au rapport de Milman, ou bien les *cent deux* positions très distinctes de l'enfant, que, d'après Baudelocque, il ne fallait jamais oublier dans le diagnostic obstétrical. On peut dire de quiconque s'en rap-

(1) Les prévisions du docteur Mathanasius se sont confirmées par les recherches de plusieurs médecins de nos jours. L'idée de la percussion de la poitrine est due à un chirurgien picard du seizième siècle, Jean Tagault, DE CHIRURGICA INSTITUTIONES, LIBRI QUINQUE. En français, Lyon 1580, in-8°. Il avait aussi remarqué et signalé le frémissement cataire, dans l'anévrisme variqueux. Bien avant Laennec, si célèbre à juste titre, Roger de Parme, devenu chancelier de l'Université de Montpellier, avait parlé du bruit des artères, p. 7. SPECIMEN DE PERPETUA FIBRARUM MUSCULORUM PALPITATIONE. Gœttingue 1760. Tant il est vrai qu'une idée vraie, lancée quelquefois à l'improviste, continue sa germination pendant des siècles, jusqu'à l'époque de son entier développement.

Mais nous n'avons ancune observation de phthisie aiguë chez l'enfant.

Fièvres éruptives. — Les prodrômes de ces maladies nous ont toujours suffi pour éviter toute erreur, et ce n'est que dans des circonstances très exceptionnelles qne nous comprenons un donte qui puisse être de quelque durée.

Entérite simple. — Nous ne nous sommes jamais trouvé dans le cas de confondre l'*entérite* simple avec la fièvre typhoïde, parce que nous n'avons pas observé cette dernière maladie chez des sujets âgés de moins de quatre ans. Mais chez l'enfant plns jeune, en comparant les symptômes de l'une et de l'antre de ces affectious, nous sentons parfaitement l'obscurité qui peut envelopper le diagnostic.

DU PRONOSTIC.

Le résultat que nous avons nous-même obtenn confirme l'opinion déjà émise par les médecins qui ont écrit sur la fièvre typhoïde dans l'enfance : la fièvre typhoïde est moins grave chez l'enfant que chez l'adulte.

DE LA NATURE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Assurément, notre intention n'est pas d'entrer dans de longs détails sur la nature de la fièvre typhoïde; nons avons fait suffisamment connaître notre opiuion dans notre thèse inangurale, an mois d'août 1838; nous y avons consigné nne observation fort intéressante de fièvre typhoïde chez un étudiant en médecine, qui sncomba dans le service de M. le professenr Bouilland, après avoir présenté tont le cortège des graves symptômes de cette redontable maladie; et à l'autopsie, on ne constata dans l'intestin l'existence d'ancune altération notable.

Dans cette affection, l'étnde des lésious analomiques chez l'enfant, quoique incomplète anjourd'hui, vient à l'appui des idées que nous avous émises et pronve que ce n'est pas dans l'intestin qu'il fant chercher le point de départ de la maladie; qu'en nn mot la fièvre typhoïde n'est pas une *entéro-mésentérite folliculeuse*.

Il est incontestable qu'une même nature tient sous son empire la fièvre typhoïde et de l'enfant et de l'adulte. Nos pensées d'alors tronvent donc ici leur application, car telles nous les exposions en 1838, telles encore elles sont restées dans notre esprit.

Nous allons citer le dernier paragraphe de notre thèse comme l'exposé sommaire de notre opinion snr la nature de la fièvre typhoïde.

« L'altération du sang nous paraît démontrée; elle s'allie parfaitement avec les désordres fonctionnels observés; et en l'absence de toute lésion organique grave et constante, il nous semble impossible que l'on puisse chercher ailleurs que dans le sang le siége primitif de la maladie. Il est vrai que, la nature de l'altération du sang nous étant inconnue, nous ne pouvons prodnire ce résultat de l'observation que comme très probable, et cependant empreint de quelques doutes; mais, nous l'espérons, bientôt le champ de nos connaissances venant à s'accroître, toutes les ténèbres sur ce point seront dissipées, et cette opinion brillera de tout l'éclat d'une vérité. »

DU TRAITEMENT.

Notre intention n'est pas de chercber, par des états comparatifs, à prouver la supériorité de telle méthode de traitement sur telle antre. Pour combattre les accidens multiples qui constituent la fièvre typhoïde, nous ne croyons pas qne l'on puisse se renfermer dans les limites étroites d'un seul ordre de moyens, Nons regardons comme nécessaire de combiner ensemble diverses métbodes de traitement; et, dans cette combinaison, le médecin, nous le pensons, doit prendre pour guide l'anatomie pathologique, les symptômes et les essais thérapentiqnes qni ont été tentés. Nous avons puisé à tontes ces sources; et, an milieu des opinions diverses, nous nous sommes tracé une manière d'agir qui nous paraît la plus rationnelle et la plus en barmonie avec l'état actuel de la science. A part quelqnes cbangemens, commandés par l'âge, les mêmes idées nous ont paru devoir présider an traitement à diriger contre la fièvre typhoïde et de l'adulte et de l'enfant.

Nous allons passer en revue les moyens que nous avons mis en nsage pour combattre cbez l'enfant la fièvre typhoïde; nous les ferons suivre de quelques courtes réflexious, et nous appellerons ensuite l'attention snr un moyen prophylactique des escarres gangréneuses, que l'on observe surtont chez l'adulte, dans la dernière période de cette maladie, aux régious iscbiatiqnes et trochantériennes.

Soins hygiéniques. — Nons regardions comme fort important et comme devant exercer une beureuse influence sur la marcbe de la fièvre typhoïde, de renonveler sonvent l'air, de lui donner une circulation libre et facile, et de faire prodiguer à nos petits malades des soins de propreté.

Des boissons, — Nous tenions beanconp à ce qne nos jeunes malades prissent une grande quantité de tisane. Aux boissons acidules, qni avaient l'inconvénient d'exciter la toux, nous préférions l'eau de gomme sncrée et les infnsés de laitue, de fleurs de violettes et de feuilles d'oranger. Constamment après les premiers jours de la maladie, nons permettions par jour deux tasses de bouillon, soit de poulet, soit de vean, et denx tasses de lait conpé.

Des évacuations sanguines. — Cbez l'enfant an-dessons de 8 ans, nous avions recours, dès le début de la maladie, à nne application de quelques sangsues à la face externe des mollets. Au-dessus de cet âge, chez les sujets forts, bien développés, nous donnions la préférence à une saignée du bras, variable en quantité. Là se bornaient nos évacuations sanguines, car nous n'avions pas la prétention d'entraver la maladie par des pertes de sang copieuses. Plusieurs fois, il nous a semblé évident que l'état général était beureusement modifié par cet ordre de moyens, et nous croyons qu'une perte de sang, légère au début, peut avoir une influence favorable sur l'issue de la fièvre typhoïde.

Des vermifuges.—Il est un moyen que nous avons mis en usage chez l'enfant, et dont l'emploi ne nous a jamais paru réclamé par l'état de l'adulte; je veux parler des anthelmintiques. Les entozooaires, ces animaux parasites, à origine mystérieuse, prennent fréquemment naissance dans les organes digestifs de l'enfant, et compliquent à cet âge de la vie les maladies les plus diverses. C'est là une vérité d'observation nécessaire à connaître; car, indépendamment des indications thérapeutiques auxquelles elle pent donner lieu, elle sert souvent à convrir l'honneur du médecin.

Dans toutes les maladies de l'enfance, le monde ne voit que vers intestinaux, et leur attribue tous les accidens qui frappent les sens; et, en présence de cette opinion, que j'appellerai populaire, si le médecin appelé à donner des soins à un enfant atteint d'une maladie grave ne fait pas connaître la possibilité de l'existence des entozoaires comme simple com

---

porte entièrement à de pareils phénomènes morbides, ou de pareilles distinctions, CORPUS *putas esse quod* UMBRA *est*. Quoi que vons en pensiez, je ne me retire point dans le monde archétype des abstractions médicales, mais je veux des choses patentes et manifestes. A quoi sert de se consumer dans les mines de la science, sans qu'un grain d'or, nne parcelle vraiment précieuse justifient le travail et les prétentions ? Il s'en faut beancoup, à mon sens, que la doctrine pneumatique puisse être rangée dans le mémoire DE CERTO IN MEDICINA, publié jadis par Camper, et la célèbre exclamation de Baglivi est encore une désolante vérité.

Quant à la thérapeutique, j'espère, me dit le vieux docteur, en souriant avec malice, que vous ne me vanterez pas les déconvertes modernes, le compte en est bientôt fait. Après avoir détruit les *batteries polypharmaques*, comme on disait au commencement de ce siècle, on est arrivé à ne rien faire, à une véritable *ataraxie médicale*; et on peut dire que les malades guérissent, *fati ope, non medici*. La thérapeutique actuelle se borne à gorger le malade de boissons aqueuses, ponr apaiser l'*intempérie des entrailles*, pour conjurer ce monstre-protée, la gastro-entérite. Telle est la hante vérité médicale, proclamée avec la fierté de la découverte et l'aplomb d'une doctrine infaillible. Puis sont venns l'oubli du passé de la science, le mépris de l'érudition, des *ânismes* perpétuels sur la doctrine des anciens, etc. Pour être à la mode, il fallait se remettre à l'école, faire amende honorable devant l'ignorance des nouveanx pédans et le caquet des écoliers. C'est alors, mon ami, que ne voulant être ni un frêlon d'antichambre, ni une cresselle d'Académie, ni un écho de basses louangeries, que las du vieux moyen, *digito compesce labellum*, je me suis retiré dans mes lares scientifiques. J'y brûle au moins un encens pur au pied de la statue d'Hippocrate, que vous voyez-là, et qui restera voilée tant que ma misérable poussière sera agglomérée et vivante.

Depuis, je l'avoue, on est revenu à des idées un peu plus justes; mais comment ? Précisément parce qu'on fait un retour vers les anciens, parce qu'on vent relier la science actuelle à celle d'autrefois, parce qu'on commence à sentir la vanité de l'anatomisme, considéré d'une manière trop exclusive. N'est-ce pas le comble de l'absurdité de négliger les richesses acquises par nos devanciers ? On a dit, avec raison, que les vrais progrès d'une science tendent à l'élever, à faire, non pas que les principes précédemment établis se détruisent, mais qu'au lieu de rester aussi généraux qu'on les croyait, ils se trouvent des applications particulières de vérités plus hautes, destinées elles-mêmes à éprouver un sort semblable. Voilà ce que nous n'avons nullement fait pour la thérapeutique. Vos moyens sont ceux de nos ancêtres, à très pen de chose près. *A juvantibus et lædentibus*; ils ont posé ce principe, et, dans la grande majorité des cas, vous n'allez pas plus loin, les *réinventions* les plus modernes n'y ont presque rien ajouté. La saignée, les émétiques, les purgatifs, le quinquina, les vésicatoires, les sangsues, les ventouses, les bains, les lavemens, etc., puis les moyens hygiéniques. Or, cet arsenal de la puissance médicale a été parconru, exploré, étudié, bien avant vous et mieux que vous ne le faites, par l'expérience clinique la plus multipliée. Qu'on dise ce qu'on voudra, mais les désobstruans, les dépuratifs, les altérans, les détersifs, etc., indiquaient au moins un but, une indication thérapeutique à remplir. Où en serions-nous, où en serait l'humanité, si les médecins du temps jadis, avant d'employer le mercure contre la syphilis, que Fernel nomme si bien,

plication, ne leur accordant toutefois que le degré d'importance qu'ils méritent, dans ce cas, dis-je, si l'enfant vient à succomber après avoir rendu quelques vers intestinaux, les parens, dans leur théorie médicale, diront que ce sont ces parasites qui ont étouffé leur enfant; et alors, ils feront peser sur le médecin des blâmes injustes et sévères, peut-être même iront-ils jusqu'à l'accuser d'ignorance.

Nous livrons ici ces réflexions pratiques; elles trouvent cependant moins leur application dans la fièvre typhoïde que dans plusieurs autres maladies de l'enfance.

Les symptômes qui, ordinairement, trahissent l'existence des vers intestinaux, alors que ces parasites sont l'unique cause des accidens, et constituent à eux seuls toute la maladie, sont complètement insaisissables et d'aucune utilité pour leur diagnostic, au début de la fièvre typhoïde. Aussi, nous n'avons combattu les entozoaires que lorsque leur présence dans les selles nous donnait la certitude de leur existence. Nous nous servions alors d'un mélange, par parties égales, de poudre de mousse et de *semen contra* administrés par parties, en suspension dans la tisane; et, dans ces circonstances, comme nous le dirons à l'article des purgatifs, nous employions de préférence le calomel uni an sirop simple de rhubarbe.

Des purgatifs. — Au-delà du neuvième jour de la maladie, nous croyions que l'anatomie pathologique interdit l'emploi des purgatifs; mais, entre cette époque et le début de la fièvre typhoïde, nous étions dans l'habitude de conseiller deux purgations à un jour d'intervalle. La diarrhée n'était pas pour nous une contre-indication à l'emploi de cet ordre de moyens, et nous ne l'avons pas vue, sous leur influence, s'exaspérer d'une manière nuisible. Ordinairement nous donnions un purgatif salin; le sous-phosphate de soude; mais, chez nos jeunes malades qui avaient rendu des entozoaires, nous avions recours an calomel.

Chez le sujet de notre première observation, croyant à l'existence d'une fièvre rémittente bilieuse, nous donnâmes de l'ipécacuanha. Quoique généralement nous ne croyions pas à l'utilité des vomitifs au début de la fièvre typhoïde, le besoin s'en faisant sentir en face d'un état bilieux des voies digestives, ce serait ce médicament, nous le pensons, que l'on devrait conseiller.

Des chlorures. — Concurremment avec les moyens cités, après les premiers jours de la maladie, nous mettions en usage les chlorures, et nous en continuions l'emploi même au commencement de la convalescence. Nous nous servions du chlorure de soude à 3 degrés, et nous l'employions de la manière suivante. Tous les jours, un quart de lavement émollient avec 8, 10, 12 gouttes de chlorure. Cataplasmes de farine de lin arrosés de chlorure, souvent renouvelés sur le ventre, et 15, 18, 20 gouttes de chlorure par pot de tisane.

Des toniques. L'infusé de quinquina jaune, à la dose de deux à trois tasses par jour, est le tonique que nous conseillions lorsque, dans la seconde et la troisième période de la maladie, l'abattement venait à se prononcer. Sous l'influence de ce moyen, parfois le pouls se régularisait, les forces se relevaient un peu, et souvent nous ne pouvions méconnaître l'action heureuse de ce médicament.

Dans plusieurs de nos observations, on a dû remarquer que l'erreur du diagnostic nous a conduit à l'administration du sulfate de quinine, au début de la fièvre typhoïde; quoique, dans la généralité des cas, nous ne croyions pas à l'utilité de ce médicament au commencement de cette maladie, nous devons à la vérité de dire que, sous l'influence de ce moyen nul changement notable ne survint dans les accidens. Et, comme cela nous est plusieurs fois arrivé chez l'adulte, nous comprenons des cas chez l'enfant, rares il est vrai, dans lesquels les toniques peuvent être indiqués dès le début de la maladie, conjointement avec les autres moyens.

Des révulsifs. — Le vésicatoire, dans la fièvre typhoïde, ne répond qu'à certaines indications que nous allons faire connaître. Nous croyons que c'est avec grande raison que l'on doit s'élever contre l'emploi abusif de ce moyen. Des médecins espèrent modifier la maladie, diminuer l'état atonique par une forte révulsion, par l'emploi de deux larges vésicatoires aux mollets; ils se trompent étrangement; ils surexcitent l'organisme, augmentent même l'*ataxie*, en ajoutant, comme l'a fort judicieusement fait observer M. le docteur Louis, à la fièvre naturelle une fièvre artificielle nuisible. Nous ne connaissons que deux indications qui justifient l'emploi des vésicatoires; comme excitant, comme moyen de relever les forces dans une adynamie très prononcée; comme révulsif dans un embarras marqué de la respiration, vers la troisième période de la maladie.

Prophylaxie des escharres gangreneuses. — Un des caractères de la fièvre typhoïde est la propension des tissus à se gangrener. Très souvent, mais plus rarement chez l'enfant que chez l'adulte, en vertu de cette disposition générale, et sous l'influence de la pression du corps, des escharres brunâtres, gangreneuses, se forment au sacrum et aux grands trochanters, et puis laissent après leur chûte de vastes ulcérations sanieuses, source de douleur pour le malade, et qui parfois ont une large part dans l'issue fâcheuse de la maladie.

En face d'accidens si graves, l'attention du médecin a dû nécessairement être éveillée; cependant si nous exceptons le lit *hydrostatique* du docteur Arnolt, inusité en France, et dont l'efficacité est loin d'être démontrée, aucun moyen, que nous sachions, n'a été proposé comme prophylactique de ces escharres. Il semblerait que par vue théorique, on regardât cette prophylaxie comme au-dessus des ressources de la science. Aussi pour prévenir ces accidens, se borne-t-on, maintenant encore, à conseiller de grands soins de propreté, et des changemens de position si difficiles et si fatigans pour le malade. Ces précautions, comme on doit bien le penser, sont souvent insuffisantes; et alors l'on voit naître ces escharres que l'on redoute avec grande raison.

Péniblement affecté de l'apparition de ces escharres chez nos malades, nous songeâmes, dès 1838, à leur prophylaxie; et, depuis cette époque, nous avons constamment pu les prévenir, tant dans notre service de l'hospice, que dans notre pratique particulière par un moyen bien simple, et dont nous ne saurions trop recommander l'emploi, car il nous a constamment réussi.

Dès le début de la fièvre typhoïde, nous faisons couvrir les fesses et les régions trochantériennes de larges emplâtres de sparadrap de diachylon gommé, que l'on renouvelle aussi souvent que besoin s'en fait sentir, et dont on continue l'usage même pendant les premiers jours de la convalescence.

Le sparadrap de diachylon gommé met la peau à l'abri du contact du lit, et en interceptant la transpiration cutanée, détermine sur la peau une douce moiteur qui combat l'irritation produite par la pression du corps, et prévient par là les escharres gangreneuses. Du reste, peu importe

---

dignum prostibuli flagellum, avaient recherché l'organe lésé? si, avant d'employer le quinquina dans les fièvres intermittentes pernicieuses et autres, ils eussent fouillé maint et maint cadavre, pour bien reconnaître le siége, le recoin organique où se cache malicieusement la cause de ces fièvres. Ce que je dis de ces puissans moyens peut s'appliquer à beaucoup d'autres. L'usage de l'éponge contre les scrofules remonte à des temps très éloignés. Le lait d'ânesse, si employé de nos jours, était d'un usage très répandu à Rome, au rapport de Galien; il parle même d'un lieu appelé *Stabium*, à quelque distance de Rome, où les dames allaient le prendre par plaisir ou par remède. Lisez d'ailleurs, sur ce sujet, l'excellente dissertation d'Hoffmann : De mirabili lactis asini in medendo usu. Il en est de même d'une foule de médicamens journellement employés; mais la foule, la plèbe, les *capite censi* de la medecine s'imaginent que tous ces moyens sont d'invention moderne. Quelquefois il leur arrive de faire une légère modification, alors, c'est un tumulte de louanges interminable. Mais à quoi bon? Leur conception ne va pas loin, et leurs puissans médicamens tomberont dans l'oubli bien avant celui de Leonardo Fioraventi, et tant d'autres des siècles derniers.

Vous m'accordez, je le sais, reprit le docteur Mathanasius, une partie de ces vérités, mais vous prétendez que la nouvelle thérapeutique est plus précise, plus exacte que celle d'autrefois; et pourquoi? Parce qu'aujourd'hui on veut du positif; c'est le mot à la mode. Mon cher ami, le positif, si je ne me trompe, est ce qui résiste, ce qui ne périt pas; or, sous ce rapport, est-il rien de plus positif que les grands principes de l'art transmis par les anciens? L'expérience décide de tout, sans retour et sans appel; croyez-vous donc qu'on ne guerissait pas aussi bien la pneumonie par des saignées, sans connaître l'hépatisation rouge, blanche ou grise des poumons, que la révulsion *per longinqua*, ou la révulsion *secundum quid*, d'après la méthode de Brissot, soit inferieure aux explications modernes? Je ne dedaigne point ces recherches d'anatomie pathologique, je ne blâme que l'excessive importance qu'on y attache. Du vrai, de l'exact, du positif! Mais, où donc trouver cette pierre philosophale de la médecine? *Euge! Macte animo!* Allons, docteur, apprenez-nous le positif dans l'art de guérir. Nous ne demandons pas mieux : *Personam induisti, agenda est.* Voilà une maladie grave, dangereuse, d'une issue très incertaine, dites-nous *positivement* ce qui est, ce qui sera, ce que nous devons faire; nous écoutons l'oracle, et nous attendons l'accomplissement de ses paroles. Le positif! mais on ne pourrait jamais l'obtenir, même en satisfaisant cette curiosité raisonnante qui va sondant tous les abîmes, dût-elle s'y engloutir et s'y perdre. Il faudrait avoir épuisé les inépuisables secrets de notre nature; or, cent siècles après nous, ces secrets reposeront encore au fond d'une impénétrable obscurité; *fiat lux* est le mot des hommes, mais le *lux facta est* n'appartient qu'à Dieu seul. Mon ami, il n'y aura sans doute de lumière définitive pour l'homme qu'après sa mort; ici-bas, tout est énigme.

Mais je reviens à l'objet de notre entretien. Oui, mon opinion est que les moyens thérapeutiques actuels les plus importans sont tous dus à la médecine d'autrefois, que vos petits docteurs affectent de dédaigner; vous n'y avez ajouté que quelques améliorations nécessitées par le temps et l'expérience. Ce qu'il y a de singulier, c'est que les systématiques les plus outrés du temps jadis ont précisément fourni les moyens les plus actifs. Qu'y a-t-il de plus bizarre que les théories chimiques, sideriques et théosophiques de ce pauvre Suisse, qui se faisait

l'explication théorique, l'important est le résultat que nous pouvons donner pour constant, autorisé que nous sommes par un grand nombre d'observations. C'est également à l'aide de ce moyen si simple que nous parvenons à prévenir les excoriations qui vieunent si fréquemment tourmenter le vieillard dans le cours des maladies diverses qui le condamnent longtemps au lit.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA DOCTRINE DES ÉTRANGLEMENS HERNIAIRES, ET SUR LES DOCTRINES CHIRURGICALES ACTUELLES; par M. MALGAIGNE, chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

Vous avez publié, il y a bientôt trois mois (1), un article très intéressant de M. Diday, sur la question du siége et de la dature des étranglemens herniaires. M. Diday soutient avec viguenr la doctrine généralement reçue de l'étranglement par les anneaux; et comme il m'attribne nne opinion tout opposée, c'est snr moi naturellement que porte le poids de ses attaques. Le concours dans leqnel j'étais alors engagé ne m'a pas laissé le loisir de lui adresser immédiatement ma réponse; et s'il ne s'était agi que dn point spécial en litige, je me serais probablement abstenu, laissant au temps et à l'expérience le soin de juger en dernier ressort. Mais comme, malgré tous mes efforts pour rendre nettement et clairement ma pensée, j'ai eu le malheur de ne pas être bien compris; comme cette doctrine de l'étranglement par les anneaux n'est pas la première qui m'ait paru quelque peu contestable, et que probablement elle ne sera pas la dernière, je saisirai volontiers cette occasion d'exposer les principes d'après lesquels je me dirige; si mes honorables adversaires les trouvent mauvais et mal fondés, il leur suffira de les renverser pour détruire toutes mes conclusions par la base; s'ils estiment au contraire que ce sont des règles vulgaires, connues et admises de tout le monde, ils auront à voir alors si je les ai logiquement et légitimement appliquées; et si j'ai failli, chose très possible, ils mettront ainsi l'erreur à découvert, de façon qu'elle ne puisse plus surprendre personne. Je ne sache pas que la critique puisse s'exercer utilement d'une autre manière.

Donc, Monsieur, l'étude assez approfondie peut-être des origines et des révolutions de la chirurgie m'a fait voir que la plupart des doctrines actuellement en honneur ne remontent guères plus haut que le dix-huitième siècle; qu'il y avait eu alors une interruption presque complète des traditions; et que cette interruption était due surtout à l'influence de la philosophie de Descartes, qui, se plaçant pour toutes les questions dans le fameux *doute philosophique*, et en appelant uniquement à la raison humaine, faisait ainsi table rase de presque tous les travaux antérieurs. Le grand représentant de la philosophie cartésienne pour la chirurgie fut J. L. Petit, le plus beau génie chirurgical des temps modernes; J. L. Petit, qui décida la révolution à peine entamée par ses précurseurs, et y précipita de vive force tout son siècle; J. L. Petit, dont l'Académie royale de chirurgie fut à proprement parler la fille et l'héritière. De dire quels immenses services J. L. Petit et l'Académie royale de chirurgie ont rendus à la science, bien des fois on l'a tenté, Monsieur, mais peut être avec plus d'envie de louer que de connaissances réelles; et il est arrivé ici ce qui arrive pour toutes les grandes choses, que le panégyrique n'a encore été ni assez digne, ni assez complet. Mais d'une autre part, cette admiration pour leurs travaux a fini par dégénérer en adoration aveugle; on a presque tout accepté de leurs mains, sans examen et sans contrôle; on n'a pas assez réfléchi que la philosophie qui les dirigeait, qui les poussait en avant, puissant instrument de progrès à cette époque, a perdu à la nôtre presque toute sa valeur. Déjà, avant la fin du dernier siècle, la philosophie de Bacon mieux comprise en Angleterre que parmi nous, avait donné à la chirurgie cet autre révolutionnaire, John Hunter, le seul homme qui, par son génie, ses travaux, et l'école vivace dont il est le créateur et le maître, puisse entrer en parallèle avec notre J. L. Petit.

Je dis donc que nous sommes aujourd'hui les descendans de l'un et de l'autre; et que nous vivons sur un mélange assez équivoque des idées de Descartes et de Bacon, des doctrines de J. L. Petit et de J. Hunter. Nous avons recueilli leurs traditions; bien plus, une nouvelle école, dont M. Velpeau est parmi nous le représentant le plus éminent, tend à rallier aux traditions du dix-huitième siècle celles des époques antérieures; travail d'une haute utilité sans doute, mais qui n'est pas propre à diminuer la confusion.

Voilà comment j'ai été conduit à envisager l'état actuel de notre chirurgie; et quelle que soit la valeur que l'on accorde à ces idées, que je développerai plus tard, voici du moins certains faits généraux qu'il faut bien admettre comme incontestables.

Parmi vos doctrines, il en est de toutes les dates; vous en avez encore qui vous viennent d'Hippocrate et de Galien, d'autres des Arabes, d'autres d'Ambroise Paré et du seizième siècle; la plupart enfin ne remontent qu'au dix-huitième siècle.

Or, la chirurgie du dix-huitième siècle, enfant d'une philosophie qui accordait tout à l'imagination, s'est servie elle-même autant de l'imagination que de l'observation des faits; bien plus, elle a traité l'observation avec tant de négligence, que de J. L. Petit à Desault (et je pourrais aller un peu plus loin), c'est une rare exception qu'une observation bien faite.

Et comme parmi ces doctrines, il y en a qui sont réellement fondées en fait, et d'autres qui n'ont que l'imagination pour but, il est donc d'une importance capitale de les soumettre à révision, de vérifier leurs titres; et de signaler hautement et de marquer d'un sceau de réprobation celles qui se sont introduites par fraude dans le domaine de l'art.

Or, ce travail souvent ingrat et difficile, mais toujours fécond en résultats, quelques-uns de nos maîtres l'ont déjà commencé; et c'est par là peut-être que leur nom est devenu si grand. Vous croyiez, à la fin du dernier siècle, que tous les anévrismes, ou au moins la plupart des anévrismes étaient constitués par une dilatation des artères; c'était une idée qui vous venait en droite ligne du seizième siècle, où Fernel, qui n'avait jamais vu un anévrisme, s'en était un beau jour avisé. Scarpa a réformé

(1) Cette lettre a été adressée il y a bientôt deux mois à la GAZETTE MÉDICALE.

---

nommer Philippe-Auréole-Théophraste-Bombast de Hoheinheim Paracelse, le même qui appelle les étudians de Zurich ses *Combibones optimos*? Eh bien! la médecine doit à ce fou de génie beaucoup de remèdes; de préparations prises, tantôt des minéraux, comme le soufre, le plomb, l'or, le mercure, le fer, etc.; de là ces teintures, ces essences, ces extraits, le fondement de l'art pharmaceutique. C'est encore à Paracelse qu'on doit l'usage de l'étain contre les vers, bien que le mode d'administration en soit totalement changé. A la vérité, tous les agens thérapeutiques ont eu une fortune diverse, et encore, sur ce point, nos devanciers furent vos modèles; ils ont disputé pour et contre avec acharnement; et l'on peut dire, en style de Scaliger : *Semel insanavimus omnes*. Celse se plaint des médecins qui, à Rome, faisaient abus de la saignée, et rien de plus connu que ce passage : *Sanguinem, incisâ venâ, mitti novum non est : sed nullum penè morbum esse in quo non mittatur*, NOVUM *est*. (Lib. II, cap. 10.) Rien de plus net, de plus positif. Il y eut donc de tout temps des sectateurs outrés de la saignée et des hématophobes. Si Botal a vanté ce moyen dans son célèbre ouvrage: DE CURATIONE PER SANGUINIS MISSIONEM, etc. (*Lugd.*, 1580), où il veut qu'on réitère la saignée, et qu'on tire jusqu'à trois livres de sang, même chez les vieillards; Bonaventure Granger : DE CAUTIONIBUS IN SANGUINIS MISSIONE ADHIBENDIS (*Parisiis*, 1578); et surtout François Courcelles, d'Amiens : DE VERA RATIONE MITTENDI SANGUINIS ADVERSUS, αἱματοθρασίας (Francf., 1593), s'élevèrent vivement contre cette pratique. Plus tard, Riolan, Moreau, Pecquet, n'aimaient pas la saignée excessive et répétée. Mais personne n'ignore que ce moyen était préféré à tous les autres par Guy-Patin; on en trouve mille preuves dans ses lettres, si originales et si spirituelles. Il est tellement enthousiaste de la saignée, que, dans un moment de transport, il cite ce vers de Dubellay :

O bonne! ô sainte! ô divine saignée!

Bien entendu, qu'ainsi que tous les hommes entichés de prévention, maître Guy-Patin ne rapporte que ses succès, et cache très probablement ses revers. Cependant, dans une de ses lettres à Spon, le célèbre antiquaire, il cite un trait bien remarquable où la saignée devint fatale. J'ouvre le livre et je lis : « Le 28 d'avril (1657), mourut ici, à cinq heures du soir, une des belles dames de la cour, savoir, madame de Montbazon; elle n'a été que deux jours et demi malade; la rougeole commençait à paraître après deux saignées qu'on lui avait faites : ce mouvement critique s'arrêta tout d'un coup, *et præter spem omnium statim suffocata obiit*. Il faut qu'il y ait eu quelque chose dans le cœur, ou bien près dans les grands vaisseaux. » Il y a plus d'un grand enseignement dans cette petite observation.

A l'époque de ma pratique dans Paris, continua le docteur Mathanasius, les sentimens étaient également partagés. Bosquillon, qui fut de ma licence, saignait à outrance; je lui ai entendu dire que toute la médecine pratique reposait *sur la pointe d'une lancette*. Lorry, Bouvart, Missa, Philips, Langlois, saignaient modérément; mais, mon ami, le docteur Gay était un hématophobe prononcé. Dans sa dispute avec Portal sur ce sujet, il a écrit que le sang étant la racine de la vie, toute saignée était *un commencement d'assassinat*. Que conclure de tout ceci, mon ami? Que la saignée est un puissant moyen thérapeutique, comme l'a assuré la vieille médecine, la médecine mère; mais qu'on ne doit pas en abuser.

cette fausse opinion, et c'est un de ses plus beaux titres de gloire. Il n'y a pas vingt ans, vous aviez conservé depuis Celse cette autre doctrine des luxations symétriques du poignet; quand Dupuytren, heurtant sans pitié la tradition, vous déclara que des quatre luxations admises il n'en existait pas une. J'entends quelques voix qui disent que Scarpa et Dupuytren se sont trompés aussi, et qu'ils ont été trop loin; dans un moment j'aurai à leur répondre.

Et que fais-je aujourd'hui? disciple attentif de ces grands maîtres, j'essaie laborieusement de marcher dans la voie qu'ils ont ouverte; et n'ayant ni leur autorité ni leur génie, je m'efforce en revanche de prendre plus de précautions qu'ils n'ont fait pour éviter l'erreur. Je remonte péniblement à l'origine de la doctrine que j'étudie; je recueille tous les faits sur lesquels elle s'est appuyée lors de son apparition; je la suis dans toutes ses phases, écoutant avec soin ses partisans, mais prêtant l'oreille aussi à ses adversaires; je fais en sorte de ne laisser échapper aucune de ses preuves; et enfin dans le petit domaine de ma propre expérience, je cherche encore à la vérifier. Voilà comment je m'y prends, et si cette manière de faire pèche par quelque endroit, je supplie mes censeurs de m'en enseigner une autre, leur promettant de la suivre.

Et lorsqu'enfin, tout étant exploré, examiné, pesé, je trouve d'un côté beaucoup d'affirmations, d'adhésions, avec ou sans contradictions, et de l'autre côté pas un fait, pas une preuve, pas un commencement de preuve, je me borne à conclure que la preuve manque, que la démonstration reste à faire; rien de plus, mais rien de moins; suis-je hors de la logique? Est-ce une conclusion illégitime?

Et puis enfin, quand, arrivé à ce point, je cherche ce qu'il faudrait pour constituer une démonstration rigoureuse, et que pour une doctrine qui affirme un fait matériel, je demande que l'on montre aux yeux ce fait matériel, est-ce trop d'exigence? Et la science peut-elle se faire autrement?

Pour revenir de ces considérations générales à la question de l'étranglement, qu'ai-je dit autre chose? Ma profession de foi, très simple et très nette, c'est qu'il n'y a encore à présent dans la science aucun fait qui démontre la réalité de l'étranglement par les anneaux. Que l'on m'en montre un seul, et je change à l'instant d'avis; mais si l'on ne m'en fait point voir (et j'entends par là si l'on ne produit point une observation exacte, positive), je déclare que je mourrai dans mon incrédulité et dans l'impénitence finale.

Maintenant, il est bon de considérer la valeur des argumens que l'on m'a adressés pour me convaincre; rien ne sera plus propre à faire voir combien la chirurgie est encore loin, à notre époque, de la sévérité dont elle se vante quelquefois.

Un auteur tout récent a daigné consacrer quelques lignes d'un gros livre à mentionner mon opinion, sans articuler mon nom cependant; et sans doute pour m'en épargner la honte.

« Dans ces derniers temps, une opinion tout à fait opposée à celle de Cooper a été produite. On a même dit que c'était toujours le sac qui étranglait. En avançant de pareilles opinions, on court la chance de ne pas être réfuté, ou de l'être peu sérieusement. »

Ceci est de la critique cavalière. C'est un genre qui réunit de nombreux avantages; d'abord, il dispense de toute étude préliminaire de la question; il ne donne pas la peine de rassembler des preuves; il met l'auteur aussi, et bien sûrement cette fois, à l'abri de toute réfutation; enfin, il est à la portée de tout le monde. Je ne m'y arrêterai pas davantage.

Plus récemment encore, dans le troisième numéro des ANNALES DE CHIRURGIE, vous aurez pu lire une autre façon de critiquer, moins commune à la vérité, mais non moins curieuse. Le rédacteur commence en disant qu'il avait dessein d'examiner cette question. Mais, ajoute-t-il :

« Une nouvelle lecture du long et remarquable travail de M. Malgaigne nous en a dissuadé. »

Du moins cet écrivain est flatteur et poli.

« Elle nous a fait penser que certaines assertions ne devaient pas être réfutées longuement, sous peine de leur donner une importance qui ne serait point suffisamment justifiée. »

Que dire de cette logique et de cette chute? Voici un propriétaire à qui l'on crie : Monsieur, votre maison est mal assise et menace ruine par les fondemens; et qui vous répond : Chut! n'en disons mot, de peur de donner à cette assertion une importance, etc.

Mais, parce que vous vous tairez, croyez-vous que l'édifice en sera plus solide? Une assertion mal justifiée, dites-vous? Mais ce travail *long et remarquable* a eu pour objet essentiel de fouiller, de mettre à nu les fondemens de votre doctrine; il les a passés, tous passés en revue; direz-vous qu'il en a oublié quelqu'un? Il n'a pas trouvé un seul fait valable et authentique; direz-vous que vous en connaissez? Alors, mettez les donc au jour, et que l'on juge.

Mais mon critique nouveau ne prend point tant de peine; bien plus, il apprécie médiocrement celle que d'autres se sont donnée à cet égard, et, en parlant des recherches de M. Diday, il déclare que :

« Il ne lui a pas été difficile (à M. Diday) de réunir contre la nouvelle et subversive doctrine bon nombre de faits et de raisonnemens victorieux. »

Pas difficile! C'est ce que nous verrons tout à l'heure. Quoi qu'il en soit pour le présent, on nous laisse là M. Diday et moi, et l'on s'en va réfuter victorieusement une opinion pareille à la mienne, émise autrefois par un élève de M. Amussat, et appuyée sur une pure hypothèse. Voilà bien la philosophie du jour! Se battre contre des moulins à vent, et en tirer une brillante victoire; mais contre une critique de faits et d'histoire, se tenir coi, garder un prudent silence, *de peur de lui donner une importance*, etc.

Enfin, deux chirurgiens plus sérieux ont pris souci de la doctrine que j'attaquais, non pas cependant sans rougir un peu de leur démarche, et sans demander grâce en quelque sorte à leurs lecteurs. Le premier en date est M. Laugier, qui, dès le mois d'août, sans attendre la publication de mon mémoire, et sur la simple et rapide lecture que j'avais faite à l'Académie des propositions principales, a rompu une forte lance contre mon opinion dans son BULLETIN CHIRURGICAL. Malheureusement, M. Laugier n'avait pas bien saisi mes opinions, et il m'en attribue que je n'eus et n'aurai jamais, je l'espère; ce qui rend leur réfutation bien plus facile. D'ailleurs, la critique de M. Laugier sent parfaitement son dix-huitième siècle; des raisonnemens en quantité, des faits très peu. M. Laugier n'en cite pas un seul qui lui soit propre; est-ce que, par hasard, il n'aurait jamais vu par lui-même l'étranglement à l'anneau dont il est si grand partisan? Il n'essaie pas non plus de venger les chirurgiens du dernier siècle du reproche que je leur ai formellement adressé d'avoir éta-

---

Il faut tirer *assez* de sang; il ne faut pas en tirer *trop*.... Voilà le principe, la loi et les prophètes par excellence, le véritable *criterium* expérimental; ce sont là de ces vérités toujours jeunes et qui ont des siècles.

Ce que j'ai dit de la saignée s'applique aux purgatifs; les anciens en faisaient grand cas, sans être pour cela des *Purgons* encroûtés. Cependant, que de railleries faites par les beaux esprits de la science actuelle contre ce terrible excitant de la muqueuse gastro-intestinale, contre ce moyen infime, cette médecine *stercoraire*. Bien avant eux, Fernel, si ma mémoire ne me trompe, avait dit : *Non est reposita artis nostræ dignitas in perpetuâ cacatione.* Cependant, on y revient plus que jamais et avec raison. Indépendamment de ses autres avantages, ce moyen est un antiphlogistique d'autant plus précieux qu'il n'affaiblit pas aussi directement que les émissions sanguines. Je ne finirais pas, mon ami, si je voulais comparer la thérapeutique des anciens et du moyen-âge avec votre petite *médicasserie* moderne, prétendue positive, quoique toujours timide, irrésolue, restant à fond et en plein dans l'incertitude, médecine qui, en définitive, se guide beaucoup plus par les symptômes que par les altérations organiques, quoi qu'en disent des gens qui ne s'inquiètent ni de l'absurde ni du ridicule, pourvu qu'on y arrive avec un certain appareil de paroles, qu'on appelle logique, méthode, progrès, etc. Je n'ignore pas qu'il y a, chez les vieux auteurs, d'étranges médications, d'interminables formules, des mélanges de substances bizarres, qu'importe; ces médecins ont fait comme les alchimistes; tout en allant à la recherche de l'impossible, ils ont trouvé d'excellentes choses dont nous profitons. Qu'on apporte un talent d'or ou une obole dans la masse commune de la science, car chacun cherche la vérité selon la mesure de ses forces, l'essentiel est qu'on fournisse un contingent qui ait de la valeur. Mais aujourd'hui, sous le prétexte d'apporter des faits, on n'apporte souvent que des mots; dans le but d'écarter les hypothèses, on ne conclut jamais; dans l'intention d'être exact, rigoureux, on se perd dans des détails infinis, pour arriver à un décourageant QUE SAIS-JE? Selon mon opinion, les médecins *cadavéristes*, en courant après une chimère, ont retardé le progrès; ayant perdu de vue ce grand principe que la maladie est un acte vital, entièrement vital, ils n'ont pu et ne pourront jamais fonder une doctrine à l'épreuve du temps et de l'expérience, et, comme dit saint Augustin : *Receperunt mercedem, vani vanam.*

Nous en étions là de notre entretien, lorsque je voulus considérer la question sous un autre point de vue. Peut-être avez-vous raison, mon docte et sévère confrère, bien qu'il me semble, pour imiter votre langage, qu'on pourrait vous reprocher d'être *nimius in veritate*. Cependant, il est de toute nécessité de perfectionner l'anatomie, quand ce ne serait que pour les opérations chirurgicales. Vous avez raison, me dit le vieux docteur, l'étude approfondie du cadavre, c'est-à-dire des rapports de nos organes, convient de tout point à la chirurgie. Aussi est-ce cette partie de notre art qui a le plus gagné dans les temps actuels, je l'avoue sans difficulté. Toutefois il ne faut pas élever trop haut le piédestal moderne. Il ne me serait pas difficile de vous prouver, mon ami, que les grandes vues, les idées fondamentales, les préceptes les plus admirables de la chirurgie, sont dues à nos prédécesseurs de l'antiquité et du moyen-âge. Les plus belles opérations sont une imitation, une conséquence de ce qu'ils ont fait, dit et pensé. Les noms, les faits, les preuves abondent ici. Mais ce n'est pas dans un simple entretien qu'il est possible de les exposer. Je connais l'intention secrète d'Ambroise Paré sur ses dé-

bli une doctrine sans preuves, et, pour toute preuve, il rapporte une observation de sir A. Cooper, qu'il est obligé de compléter par une hypothèse pour la faire cadrer avec son objet.

Reste enfin M. Diday, jeune chirurgien plein de sève et de force, qui ne se contente pas, lui, d'assertions incessamment répétées, qui aime à étudier ce qu'il croit, et pourquoi il croit; mais qui peut-être n'est pas encore assez difficile sur les preuves. D'abord, il veut prouver que certaines hernies se sont étranglées à l'instant de leur apparition; et, en effet, cette attaque serait forte et directe, car alors l'étranglement se ferait par l'anneau; et cet étranglement serait à peu près démontré. A quoi cependant il faut mettre ces réserves, nettement formulées dans mon mémoire, que je nie simplement l'étranglement par l'anneau crural et les anneaux inguinaux, et non par aucun autre; et puis que, pour les anneaux inguinaux, on évitera la confusion entre l'étranglement par un anneau et l'étranglement par le collet de la tunique vaginale.

Ceci bien entendu, j'avais dit et je répète que je ne connais pas *un seul cas bien authentique* de hernies étranglées dès leur apparition. M. Diday m'en oppose sept cas; voyons s'ils sont bien *authentiques*. D'abord, ce sont deux hernies inguinales observées par Pelletan, et une troisième par Leblanc; étranglement subit, rapide, effroyable; M. Diday n'a oublié qu'une chose, c'est-à-dire la preuve que ces hernies ne s'étaient point faites dans la tunique vaginale.

Il cite ensuite deux observations de hernies crurales; il manque à celles-ci deux choses; premièrement, la preuve qu'elles n'existaient pas longtemps avant l'époque prétendue de leur apparition; deuxièmement, la preuve que l'étranglement était à l'anneau crural, et non point à quelque éraillure du fascia cribriforme. Ainsi, par exemple, c'est dans ce dernier point que l'étranglement paraissait bien siéger dans sa sixième observation, qui est du même genre que les précédentes. Or, d'une part, j'ai montré, sur des centaines d'individus, des hernies inguinales et crurales existant depuis longtemps dans l'un et l'autre canal, sans que les malades y eussent fait attention; et, d'une autre part, j'ai fait voir aussi que la hernie crurale peut s'étrangler dans une éraillure du fascia cribriforme, sans qu'il soit besoin alors d'un rétrécissement du sac herniaire.

La septième observation de M. Diday a trait à une hernie inguinale qui s'était faite à travers un écartement du fascia transversalis. Cette observation est tout à fait en dehors de la question; personne au monde n'a jamais nié l'étranglement par des éraillures de ce genre.

Mais M. Diday passe à des faits d'un autre ordre; ce sont les opérations faites par M. Bonnet, et dans lesquelles l'étranglement a été détruit par la simple incision des anneaux, sans ouverture du sac. Assurément, ces observations devront être prises en considération sérieuse par tous ceux qui s'occuperont désormais de l'étranglement dans les hernies; mais, qu'elles fassent preuve dans la question actuelle, c'est ce que je ne saurais admettre. Il y a là des élémens fort complexes dont M. Diday n'a pas tenu assez compte: il ne m'est pas démontré, par les détails trop concis de plusieurs de ces observations, s'il y avait étranglement réel, ou seulement inflammation de la hernie; je ne sais pas non plus d'une façon assez précise jusqu'où a été le couteau de l'opérateur; et, en définitive, je ne saurais accepter, dans ces faits, une démonstration directe, comme celle qui résulterait de l'autopsie. M. Diday lui-même déclare, un peu plus loin, qu'il partage cette manière de voir, et qu'il va me produire des autopsies. Eh bien! voyons donc,; une seule, et je suis prêt à fléchir le genou!

Les autopsies de M. Diday sont de deux sortes; dans les premières, le collet du sac se serait trouvé trop mince pour produire l'étranglement: il en cite deux exemples. Malheureusement, la première autopsie, faite avant que l'attention fût fixée sur ce point, n'est pas assez précise pour permettre d'affirmer où était l'étranglement, et il paraît même très vraisemblable qu'il siégeait au fascia cribriforme (il s'agit d'une hernie crurale), puisque le bistouri n'aurait pas touché au véritable anneau crural. Dans la seconde, la hernie s'était faite par une éraillure du fascia transversalis, et jamais je n'ai songé à nier l'étranglement à travers ces éraillures.

Mais, dans les autres autopsies, on va nous montrer le sac bien entier, et l'anneau, seulement incisé, aura suffi pour lever l'étranglement.

La première est de M. Bransby Cooper. Hernie crurale; le sac étant isolé, l'opérateur *glisse son petit doigt entre lui et l'anneau qu'il trouve extrêmement serré*, il y fait passer un bistouri herniaire et débride *avec facilité*. La femme morte, on trouve le sac entier; aucun détail sur sa structure.

Je ne sais pas si cela peut être pris au sérieux. Quoi! on passe le petit doigt entre le sac et l'anneau, et on vient nous dire que l'anneau était extrêmement serré? Et puis, dans une hernie crurale, on nous parle ainsi à l'aise *de l'anneau*, comme si l'étranglement ne pouvait se trouver qu'à un endroit unique? Ainsi, nous ne savons pas s'il s'agit d'une éraillure du fascia cribriforme, ou bien de l'anneau réel; les détails de l'opération sont absurdes; l'autopsie est incomplète, et voilà ce qu'on nous donne comme preuves!

Le deuxième et dernier cas est dû à M. Bonnet. Encore une hernie crurale. On divise l'arcade crurale; cela ne suffit pas; il faut couper en outre un cordon résistant au fond de la plaie. Le sujet mort, à l'autopsie on trouve que le sac offre *deux strictures circulaires*, correspondant aux deux orifices du canal crural; en sorte qu'on peut présumer que l'opérateur, lorsqu'il croyait couper l'arcade crurale, ne divisait que l'orifice inférieur; mais, quoi qu'il en soit, le sac offrait *deux rétrécissemens*; et voilà ce qui doit servir à prouver qu'il n'était pour rien dans l'étranglement. Mais, dira quelqu'un, du moins l'anneau y était pour quelque chose. A quoi je réponds que je n'en sais rien. Pour en juger, j'aurais voulu que M. Bonnet nous indiquât l'étroitesse précise du collet supérieur; nous aurions su alors s'il était plus ou moins étroit que l'anneau n'a coutume de l'être. Et d'après tout ce que j'ai vu en ce genre, et d'après les détails mêmes de l'autopsie, j'incline à croire qu'il était beaucoup plus étroit, car le fond du sac n'admettait que *le volume de l'extrémité du pouce*, et le renflement entre les deux collets était encore moindre; les deux collets devaient être bien plus rétrécis; et l'anneau crural, sur une femme de 87 ans, admettrait à lui seul plus que l'extrémité du pouce.

Voilà toutes les preuves; que le lecteur en juge. Certes, ce n'est pas d'aujourd'hui que je sais combien les opinions régnantes sont faciles sur les preuves dont elles ont besoin; mais supposez un moment une opinion nouvelle se présentant au monde savant avec de pareils faits, et dites-moi quel accueil lui serait réservé.

En résumé, l'argumentation de M. Diday est plus forte que celle de M. Laugier, en ce qu'elle est plus sobre de raisonnemens, plus riche en

---

couvertes, quand il les attribuait aux anciens, notamment la ligature immédiate des vaisseaux; mais, enfin, il y avait du vrai dans son assertion. Selon Hippocrate: *Quibus diuturno dolore ischiadico vexatis, femore excidit, iis crus contabescit, et claudicant, nisi urantur.* (APH., sect. VI, 60.) En très peu de mots, le grand maître ne traite-t-il pas ici le diagnostic, le pronostic et le vrai remède d'une maladie étudiée tout récemment. On n'a rien dit ni rien fait de mieux. Galien indique la torsion des artères; Rhazès a assisté, dit-on, à une résection de machoire inférieure; tous les faits de rhinoplastie se rattachent à ceux de Gaspard Tagliacozzi, etc. Il n'est pas jusqu'à la lithotritie, le plus beau fait chirurgical du siècle, dont on ne trouve l'idée chez nos devanciers. Celse nous apprend qu'à Alexandrie un certain Ammonius, surnommé le *lithotomiste*, avait inventé un instrument propre à briser dans la vessie les calculs trop volumineux. *Cujus repertor Ammonius*, dit positivement Celse (lib. VII, cap. 26). On a cité un passage d'Albucasis, où cette opération est clairement décrite; Franco s'en est occupé; Sanctorius pratiquait aussi, dit-on, la lithotritie avec une *pince à trois branches et un foret.* Parcourez l'ouvrage de Jean Scultet, ARMAMENTARIUM CHIRURGICUM, BIPARTITUM (Ulm, 1653) et vous aurez de quoi vous satisfaire; vous pourrez inventer tout à votre aise. Rien de plus commode dans un temps où nos académies récompensent bien. Les plus petites, comme les plus grandes opérations, n'étaient pas non plus négligées par les anciens. Je ne crois pas qu'on ait été plus loin qu'Albucasis dans l'emploi des caustiques. On parle beaucoup des ventouses scarifiées; eh bien! écoutez ce qu'en dit Magati, chirurgien du 16e siècle: *tribus ergo rationibus potissimum revellunt cucurbitulas, evacuando scilicet, attrahendo ob vacuum, et dolorem inferendo.* (DE RARA MEDIC. VUL., 1733, cap. 51, pag. 335.) A-t-on plus, a-t-on mieux dit à votre époque? En fait d'opérations, on a perfectionné, cela devait être forcément. Vous préférez le fruit au germe, je le crois; mais sans celui-ci, où serait le premier? Avant l'application il faut les idées; ces dernières sont comme la lumière du ciel, qui brille, qui éclaire, mais dont on use sans remonter à son auteur.

Ce qui fait, d'ailleurs, que les anciens sont si riches, c'est qu'ils s'attachaient toujours aux conceptions élevées. Dans cette recherche de l'inconnu, qui dévore le véritable savant, on les voit constamment tendre vers des principes, des axiômes, des bases. *Per speculativam scimus*, disait Averroès, *ut sciamus, per praticam scimus, ut operemur*. Mais il est aisé de voir qu'ils préféraient de beaucoup la première à la seconde, ce qui parfois les fait tomber dans le défaut de l'intuition passive d'une certitude absolue. Toujours est-il que cette manière de considérer la médecine donnait aux institutions une force étonnante et une haute prépondérance à notre profession. Je connais votre opinion à cet égard, mon ami, et plus d'une fois vous l'avez manifestée. Certes, qui oserait soutenir que la médecine, comme art, jouit aujourd'hui de la même influence qu'à l'époque des anciennes corporations? Le temps les avait formées peu à peu selon les besoins, selon le progrès des lumières; grandes et vénérables institutions! Aucune n'est restée debout de celles que nous avaient léguées nos ancêtres. La révolution, cette *machine infernale*, comme dit un auteur anglais, a tout détruit, tout renversé. Quel bien en est-il résulté? Pas un seul qu'on puisse signaler et avouer. Maintenant la médecine, comme corporation n'est rien, ne peut rien, ne repose sur rien; le faisceau est à jamais rompu. Or, d'une part, quand te lien sa-

observations; malheureusement ces observations sont trop inexactes pour faire preuve, et, pour résumer ma pensée, elles sentent trop le 18e siècle.

J'ai dit *malheureusement*; et, en effet, je le déclare, je ne suis nullement contraire à l'opinion de l'étranglement par l'anneau; je suis contraire à l'opinion qui croit cet étranglement démontré. C'est une chose étrange que de voir comment mes honorables antagonistes ont traduit ma pensée et mes paroles; M. Laugier écrit: « *Sans attendre comment M. Malgaigne s'y prendra pour établir que l'étranglement n'existe jamais qu'au collet du sac*, etc. » Non seulement je ne cherche pas à établir une proposition aussi absolue, mais je crois qu'elle est impossible à démontrer. M. Diday avance aussi « que ma *profession de foi bien formelle* est que les anneaux, isolément considérés, et abstraction faite du collet, *ne peuvent*, en aucun cas, devenir cause d'étranglement. » Je renie une pareille profession de foi, et je désire qu'il soit bien entendu, une fois pour toutes, que je m'occupe des réalités, et point des possibilités. Ainsi, l'étranglement par les anneaux est-il réel, ou, en d'autres termes, a-t-il été démontré? A ceci je réponds non, sans nulle réserve. Est-il possible, ou, en d'autres termes, sera-t-il démontré un jour? Je n'en sais rien et je ne m'en occupe guère. Quand la démonstration viendra, je l'accepterai, et loin de me regarder alors comme vaincu dans mon opinion, je m'applaudirai d'avoir été la cause première de cette démonstration, et d'avoir contribué à doter la science d'une doctrine positive, en place d'une pure hypothèse. Ainsi le scalpel a découvert quelques cas rares d'anévrismes par dilatation pure, qui avaient échappé à Scarpa; quelques cas de luxations réelles du poignet, malgré la doctrine de Dupuytren; il n'en reste pas moins vrai que Scarpa et Dupuytren ont fondé sur ces deux points importans la doctrine moderne, et que les faits exceptionnels qu'on leur oppose n'ont de valeur et d'importance qu'en vertu même de leurs travaux.

Cette lettre est bien longue, Monsieur; elle le serait trop, sans doute, si elle ne se rattachait qu'à une vue isolée, si c'était une pure polémique pour la défense d'une idée personnelle. Mais si mes paroles n'ont pas trahi ma pensée, ce que j'ai surtout voulu établir et défendre, c'est la nécessité d'une étude sérieuse des faits, d'une critique sérieuse des doctrines; en un mot, ce qui a manqué surtout à notre science, d'une saine philosophie chirurgicale.

Et puisque j'en tiens en mes mains une si belle occasion, je ne finirai pas sans attaquer nettement un des plus puissans obstacles qui s'opposent au progrès d'une science; c'est cette petite accusation banale, mais qui porte coup aux yeux du vulgaire, et qui enveloppe toutes les idées un tant soit peu originales dans ce titre peu flatteur de paradoxe. On est sûr avec ce mot de faire reculer tout esprit faible; je ne réponds pas même qu'on n'effraie aussi quelques esprits plus fortement trempés. Or, c'est par une dissertation sur les dangers du paradoxe que débute le travail de M. Diday, le tout inspiré par la lecture de mon mémoire, bien que ne s'adressant ni à mon mémoire, ni à moi. Eh! bon Dieu! laissons les ambages et les circonlocutions, et allons droit à la pensée. Vous faites la guerre à un paradoxe; soit. Seulement ayez la bonté de vous faire comprendre. Paradoxe, suivant vous, ce sera probablement quelque chose qui ne sera point orthodoxe; ou que serait-ce, en vérité? Ainsi, M. Diday, vous êtes orthodoxe en chirurgie? Mais, s'il vous plaît, de quelle époque est votre orthodoxie? A quel symbole, à quel concile rattachez-vous votre foi? Seriez-vous du 16e ou du 18e siècle? Seriez-vous pour ou contre A. Cooper ou Dupuytren? Et cependant, comme vous n'êtes point un homme stationnaire, comme vous avez déjà lancé dans la science quelques idées originales, partant un peu éloignées du canon vulgaire, il y aurait lieu peut-être de retourner contre vous l'accusation. Serait-ce donc qu'il sera permis d'innover quelque peu, dans les détails, mais qu'il sera défendu de toucher au fond des choses; et, comme Léon X, vous feriez bien quelques petites concessions à Luther, mais toujours sauf l'autorité papale?

Disons-le haut, Monsieur, le mot de paradoxe, avec son acception injurieuse, ne devrait pas être prononcé dans une discussion scientifique; la science ne connaît que deux choses, ce qui est démontré et ce qui ne l'est pas. En dehors de la science, les petites passions humaines n'ont jamais manqué de ressources dans leur vocabulaire; le paradoxe aujourd'hui, c'était l'hérésie autrefois; et quand Brissot et ses partisans, au 16e siècle, s'élevèrent contre les doctrines des Arabes, ils furent dénoncés à l'empereur comme *les Luthériens de la médecine*. L'empereur s'abstint de prononcer; il fit bien; quarante années plus tard, ces Luthériens étaient à leur tour en possession de l'autorité, et à leur tour, du haut de leur orthodoxie, ils lançaient l'injure à de nouveaux hérésiarques, parmi lesquels se trouvait notre grand Ambroise Paré. Les mots ne font peur qu'aux enfans; les hommes résolus les acceptent et passent outre. Quand les Hollandais se révoltèrent contre l'Espagne, une fanfaronade castillane leur infligea l'épithète de *gueux*. Ils acceptèrent le titre; et les gueux, clouant un balai au haut de leurs mâts, allèrent balayer de l'Océan leurs arrogans adversaires. J'espère, Monsieur, et le temps n'en saurait être éloigné; j'espère qu'en dépit de vains sarcasmes une réforme rigoureuse viendra enfin balayer de la chirurgie toute cette orthodoxie de mille couleurs, qui ne sait pas même sa date, toute cette friperie chirurgicale, ramassée dans les ornières de tous les siècles; et que nous vivrons assez pour assister au triomphe de ce grand paradoxe, *qu'il ne faut croire qu'à ce qui est démontré*.

Agréez, etc. MALGAIGNE.

OBSERVATION DE LITHOTRIPSIE; communiquée par M. DEVILLE.

OBS. — Au mois de septembre 1838, M. Loiseleur Deslongchamps, membre de l'Académie royale de médecine, éprouvait depuis environ six ou sept ans de fréquentes envies d'uriner le jour comme la nuit; et quand il se présentait pour donner issue aux urines que contenait la vessie, il n'en rendait jamais guère plus de 4 ou 5 cuillerées à la fois.

A cette époque les difficultés d'uriner augmentant encore, et M. Deslongchamps voulant savoir à quelle cause il devait attribuer le dérangement qui se manifestait vers sa vessie, consulta M. le docteur Leroy d'Etiolles. Ce médecin, par les indications qui lui furent fournies, pensa tout d'abord que le besoin d'uriner qui se faisait sentir si souvent chez M. Deslongchamps provenait de ce que sa vessie ne se vidait pas complètement et que la plus grande partie des urines qu'elle renfermait était toujours retenue, tandis que le trop plein *seulement* était évacué; toutefois M. Leroy proposa l'exploration de la vessie à l'aide de la sonde, afin de s'assurer de l'état de cet organe et de la nature de l'obstacle qui s'opposait à l'émission des urines; il est important de faire remarquer qu'à cette époque celles-ci étaient claires et sans mauvaise odeur, mais elles déposaient *fréquemment* un sédiment formé d'un sable fin, de couleur jaune rougeâtre, et

---

salutaire de la confraternité est détruit, de l'autre, quand le droit divin de la capacité intellectuelle se trouve au-dessous du droit matériel et grossier de la capacité financière, il est certain qu'une profession comme la nôtre doit perdre de son éclat, de sa prépondérance. L'un et l'autre, en effet, sont relegués dans les *olim* de l'ancienne corporation.

Sur ce point, dis-je au docteur Mathanasius, et c'est peut-être le seul, nous sommes parfaitement d'accord. Toutefois vous conviendrez qu'aujourd'hui les connaissances médicales sont plus répandues qu'autrefois, que l'enseignement se fait mieux et plus méthodiquement que dans les époques précédentes. Vous, mon respectable confrère, qui, comme Diderot, entreprenez « de piquer nos ampoules, de rabaisser de quelques crans nos échasses, » soyez juste et vrai, dites le bien comme le mal. Je ne disconviens pas de ces avantages, reprit-il; mais je nie qu'ils aient du poids sur l'importance de la profession dans l'état social actuel. J'ajoute que chez les anciens le haut enseignement de la médecine n'était pas négligé, bien qu'il nous reste peu de documens à cet égard. Mais, lui dis-je, il leur manquait l'enseignement clinique. Par Esculape! ne le croyez pas, reprit vivement le vieux docteur; les anciens ne négligeaient pas l'essentiel, l'instruction de *visu et tactu*. Hippocrate, qu'on appelle le père de la medecine, ne l'a pourtant pas engendrée de toutes pièces, témoin son petit ouvrage DE PRISCA MEDICINA. Eh quoi! les anciens ont eu de nombreuses écoles de philosophie, et ils n'en auraient pas eu de médecine clinique; c'est une complète erreur, seulement la forme differait de la nôtre. Chez tous les peuples de l'antiquité, on sait que c'était la coutume d'exposer les malades dans les lieux publics, afin d'y recueillir tous les moyens de guérison connus. Strabon remarque que cette coutume était générale en Espagne. (GEOGR., lib. III.) Selon Suetone, par un caprice du tyran, *jussique sunt omnes ægri in publicam porticum deferri, ac per valetudinum genera disponi* (*in Tib.*, cap. XI). C'est-à-dire qu'on plaçait les fiévreux, les phthisiques, les goutteux, etc., dans des endroits distincts et séparés. Les Hébreux se conformèrent également à cet usage, car on lit dans saint Marc (cap. VI, v. 56) *et quocumque introïsset, in vicos aut urbes, aut agros, in foris ponebant ægrotos*. Je ne cite que quelques exemples pris au hasard. Cette coutume fut toujours observée chez les Romains; puis elle se perdit ou devint impraticable. Toutefois la médecine clinique se maintint d'une autre manière; en voulez-vous une preuve? relisez l'épigramme si connue de Martial:

> *Languebam; sed tu comitatus protinus ad me*
> *Venisti centum, Symmache, discipulis.*
> *Centum me tetigere manus aquilone gelatæ,*
> *Non habui febrem, Symmache, nunc habeo.*
>
> (Lib. V. epi. IX.)

N'est-il pas évident que le *centum manus*, malgré l'exagération poétique, indique qu'un grand nombre d'élèves suivait chez leurs malades les plus illustres médecins de Rome.

Quant à nos devanciers plus rapprochés, les institutions cliniques fondées par Sylvius Deleboë, par Guill. Straton, Otho Heurnius, qui fut six fois recteur de l'université de Leyde; plus tard, celles qu'établirent sur un plan plus vaste et

comme ce dépôt de sable était déjà ancien; depuis plus de deux ans M. Deslongchamps faisait usage du bi-carbonate de soude, porté pour chaque jour à la dose de 3 grammes (60 grains.)

Vers le 20 du mois d'octobre, pour la première fois, la sonde fut introduite avec la plus grande facilité et à deux reprises différentes; elle donna issue à une assez grande quantité d'urines; une injection fut ensuite pratiquée, et soit par cette injection, soit par les dernières urines, il fut retiré environ deux cuillerées à café du sable dont il a déjà été parlé; après cette exploration faite avec le plus grand soin, M. Leroy reconnut que la vessie ne contenait pas de calcul et il pensa qu'il fallait attribuer à un engorgement considérable de la prostate, la difficulté qui existait dans l'émission des urines, engorgement dont il s'assura du reste en portant le doigt dans l'anus.

L'introduction de la sonde n'avait nullement été douloureuse, et pendant les premières 24 heures qui suivirent cette opération, M. Deslongchamps parut éprouver une grande amélioration; mais bientôt cependant l'irritation produite par la sonde détermina une dysurie fort intense qui dura un mois et qu'il fallut combattre par des sangsues, des bains généraux et prolongés et des boissons émollientes. Enfin cet état se calma petit à petit, les envies d'uriner qui avaient lieu d'heure en heure diminuèrent sensiblement; le malade fit usage habituellement une ou deux fois par jour, et une fois *seulement* la nuit, d'une sonde en gomme élastique, et à l'aide de ce moyen il ne ressentit plus ni douleur, ni aucune espèce de gêne et sa situation, à part la sujétion qui résultait de l'emploi de la sonde, devint tout à fait supportable.

Du mois de décembre 1838 au mois d'octobre 1839, M. Deslongchamps n'éprouva rien de particulier; seulement assez souvent il rendait quelques parcelles de sable jaunâtre; mais à cette époque il se manifesta des constrictions au col de la vessie, constrictions qui cessèrent promptement en diminuant le calibre des sondes; ce ne fut qu'au mois d'avril 1840 que M. Deslongchamps commença à ressentir, toutes les fois qu'il allait en voiture, un sentiment douloureux vers la vessie; néanmoins cette douleur n'était pas violente et cessait en quittant la voiture. *Pour la première fois*, au milieu du mois d'avril, et après une course en omnibus, les urines furent sanguinolentes; quelques jours après elles devinrent jumenteuses et fétides, et bientôt elles déposèrent, *la nuit particulièrement*, et quelquefois en abondance, des mucosités blanchâtres et filantes.

M. Leroy d'Etiolles, croyant que la réunion de ces différens symptômes pouvait tenir à la présence d'un calcul récemment formé dans la vessie, voulut s'en assurer en explorant de nouveau cet organe; trois fois en une demi-heure une sonde d'argent fut introduite; mais cette opération fut si douloureuse, elle irrita le malade à tel point que toute espèce de recherches demeura impossible et qu'il fallut renoncer à s'assurer si l'état de souffrance que M. Deslongchamps éprouvait était causé par un calcul. A dater de ce moment, des symptômes plus graves commencèrent à se déclarer; la marche devint difficile, les envies d'uriner de plus en plus fréquentes; le col de la vessie se contractait presque toujours sur les sondes en gomme élastique dont le malade faisait usage habituellement, et ces contractions amenaient des douleurs lancinantes se prolongeant souvent d'un sondage à l'autre; en même temps les nuits devenaient mauvaises, les mucosités qui annonçaient une affection catarrhale de la vessie augmentaient à tel point que les yeux des sondes en étaient bouchés et que fréquemment il fallait en introduire plusieurs pour donner issue à l'urine.

Un symptôme particulier qui se manifesta aussi à cette époque, symptôme que quelques praticiens paraissent avoir observé dans les maladies des organes urinaires, ce fut une chaleur piquante et parfois intolérable à la plante des pieds et que le malade ne pouvait faire cesser qu'en mettant ses pieds en contact avec un corps froid.

Persuadé que la vessie ne contenait pas de calcul, redoutant une exploration que M. Leroy-d'Etiolles jugeait d'autant plus nécessaire, qu'un jour, en introduisant une sonde en gomme élastique, il avait cru sentir une sorte de frottement qui, dans sa pensée, pouvait bien être occasionné par une pierre, ne supportant plus cependant que difficilement une situation qui, tous les jours, s'aggravait, M. Deslonchamps, raisonnant dans cette hypothèse que sa maladie était un catarrhe de la vessie, compliqué de fongosités au col de cet organe, essaya de tous les moyens qui lui parurent rationnels; des sangsues furent appliquées au périnée, et il prit plus de 60 bains généraux ou de siége; des injections avec la sonde à double courant restèrent sans effet, et durent même être cessées, les mucosités catarrhales fermant les yeux de la sonde; des injections avec le laudanum porté jusqu'à la dose de 110 gouttes furent pratiquées; l'extrait de belladone, soit en injection, soit en lavement, fut aussi employé; mais le malade n'éprouva aucun soulagement de ces diverses médications. Pendant quelque temps cependant, des quarts de lavement contenant de 10 à 20 gouttes de laudanum de Rousseau, pris vers dix heures du soir, amenèrent du calme et du sommeil; sous l'influence de l'opium même, le col de la vessie parut moins se contracter, et plusieurs fois, pendant la nuit, il y eut une légère émission d'urine; mais il fallut bientôt cesser l'emploi de ce moyen, des symptômes de congestion cérébrale s'étant manifestés.

Dans les premiers jours de septembre, tous les accidens que nous venons d'énumérer augmentèrent d'intensité, et quoique la santé du malade ne fût pas encore profondément altérée, elle donnait cependant de vives inquiétudes à sa famille et à ses amis, et leur faisait vivement désirer une consultation, espérant que celle-ci aurait pour résultat de le déterminer à se soumettre à une nouvelle exploration, vainement sollicitée depuis longtemps par M. Leroy d'Etiolles; enfin, M. Deslonchamps ayant consenti à s'entourer de tous les conseils qui pouvaient apporter quelque soulagement à sa pénible situation, MM. Mérat, Delens, Leroy d'Etiolles et Deville s'adjoignirent M. le docteur Auguste Bérard, bien convaincu qu'ils ne pouvaient mieux placer leur confiance que dans ce savant et habile chirurgien.

Le 7 septembre, après un exposé de tous les symptômes et des diverses phases de la maladie que M. Deslonchamps éprouvait depuis plusieurs années, les médecins consultans furent unanimement d'avis qu'une exploration de la vessie était indispensable; elle fut immédiatement faite par M. Auguste Bérard, qui reconnût tout d'abord un calcul vésical, que M. Leroy évalua à la grosseur d'une noix ordinaire.

La cause sinon première, du moins principale, de tous les accidens qui avaient lieu du côté de la vessie, une fois bien établie, il ne restait plus qu'à déterminer le mode opératoire, et ce devait être là le sujet d'une profonde et consciencieuse méditation; arrivé à l'âge de 60 ans, d'une constitution forte et robuste, n'ayant jamais éprouvé d'autres maladies que deux accès de rhumatisme articulaire aigu, M. Deslonchamps n'était pas, en apparence, dans de mauvaises conditions générales pour subir une opération importante. Néanmoins, si on considère que depuis plusieurs mois les douleurs vers le col de la vessie étaient atroces, que la sonde ne pouvait être introduite sans donner souvent issue à une assez grande quantité de sang, que les mucosités épaisses et abondantes qui sortaient avec les urines annonçaient le mauvais état dans lequel devait se trouver la muqueuse vésicale; si on ajoute à cet ensemble de phénomènes morbides des nuits sans sommeil, la pâleur de la face et un commencement d'amaigrissement du corps, on comprendra aisément que la majorité des médecins consultans redouta la lithotripsie, et pencha davantage pour la taille latérale, espérant, du reste, par ce mode opératoire, dégorger la prostate et débarrasser en même temps le malade, et du calcul que contenait la vessie, et de l'affection première qui s'opposait à l'émission libre des urines.

Une circonstance qui semblait encore de nature à faire préférer la taille au broiement, c'était la crainte que la rétention d'urine et le développement anormal de la prostate ne fussent un obstacle à la sortie des derniers fragmens du calcul, lesquels, en restant dans la vessie, devaient nécessairement servir de noyau à une nouvelle pierre. A cette dernière objection, M. Leroy répondait qu'il croyait pouvoir promettre le succès le plus complet en employant le brise-pierre à cuillère, cet instrument permettant, par sa disposition, d'extraire jusqu'aux plus petits débris des calculs.

Enfin, toutes les chances de succès et d'insuccès ayant été pesées et discutées par M. Auguste Bérard, avec cette clarté et ce savoir qui le distinguent si bien, la volonté du malade, qui se refusait à une opération sanglante, prévalut, et il fut décidé que la lithotripsie serait pratiquée par M. Leroy d'Etiolles, qui, tout en reconnaissant que la vessie était loin d'être dans de bonnes conditions opéra-

---

mieux conçu Boerhaave, van Swieten, de Haën, etc., prouvent que l'étude de l'art n'était pas négligée sous ce rapport.

Vous voyez donc, mon ami, que les anciens, avec moins de ressources que nous, possédaient pourtant de grands moyens d'instruction; aussi nous ont-ils laissé d'impérissables monumens, qu'aucun travail moderne n'a encore surpassés. Plus on étudiera, plus on méditera leurs ouvrages, plus on connaîtra la force, l'étendue, la variété, la fécondité de leurs conceptions. Nous leur sommes inférieurs, il faut l'avouer de bonne foi, sous peine de se trouver devant la vérité, comme Brutus devant la vertu. Croyez-moi, perdre le sens intellectuel du passé scientifique, c'est ignorer l'intelligence philosophique du présent et de l'avenir. Heureux donc celui qui peut suivre le riche filon de cette mine d'or. Toutefois, cette exploitation, pour être profitable, demande du temps, du savoir, de la patience et du courage. Dans les doctrines diverses des anciens et des médecins du moyen-âge, sous la forme de leurs théories, vit un *esprit* qu'il faut chercher et saisir, autrement on se perd dans le vague et le doute. Quant à moi, qu'on dise tant que l'on voudra que, marcher à reculons, les yeux fixés sur le passé, c'est pure manie de vieil érudit; qu'on m'applique ces mots de Charron « qu'il ne se voit pas d'âme qui, en vieillissant, ne sente l'aigre et le moisy, » je soutiendrai que toute vérité médicale, reconnue pour telle, autrement dit, que nos meilleurs, nos plus solides principes de thérapeutique sont dus aux anciens et à nos devanciers; voilà ce que j'affirme; le temps, d'ailleurs, prouve de plus en plus cette assertion : *magna est veritas et prævalebit.*

R. P.

(La suite incessamment.)

— M. Magendie a ouvert, mercredi dernier, à 3 heures, le cours de médecine du collége royal de France. Il traitera spécialement des maladie des organes des sens.

Les études cliniques se feront à l'Hôtel-Dieu, le matin à 7 heures.

— Eaux minérales de la France les plus renommées, dans l'ordre de leurs produits et avec les noms des médecins-inspecteurs : Bagnères, M. Ganderax; Vichy, M. Prunelle; Luchon, M. Barrié; Bourbonne, M. Le Molt; Mont-d'Or, M. Bertrand; Cauteret, M. Buron; Barèges, M. Pagès; Néris, M. de Montluc; Plombières, M. Garnier. Les étrangers y laissent chaque année de 3 à 4 millions.

toires, s'appuyait de son expérience pour établir que, fréquemment, les divers accidens qui font préférer la taille au broiement, dans la crainte d'augmenter encore l'état de maladie de la vessie, tiennent essentiellement à la présence du calcul, et disparaissent entièrement lorsque cet organe est débarrassé du corps étranger, qui souvent a seul fait naître tout un appareil de symptômes formidables. La suite de cette observation prouvera combien l'opinion de M. Leroy était fondée.

La lithotripsie étant définitivement le mode opératoire arrêté, après avoir préparé le malade par une saignée et un régime convenable, la première séance fut fixée au 10 septembre ; trois introductions du brise-pierre à cuillère eurent lieu ce jour-là ; à la première introduction, la pierre fut facilement saisie et réduite en plusieurs fragmens. L'instrument ne resta jamais plus de 50 à 80 secondes dans la vessie, et il en sortit toujours chargé des débris du calcul, débris formés de phosphate de chaux et d'acide urique ; l'opération, quoique douloureuse, fut cependant très supportable ; le malade fut, immédiatement après mis dans un bain, et le reste de la journée ne présenta rien de particulier. Cette première séance de lithotripsie ayant été facile, courte, et sans suite fâcheuse aucune, le samedi 12 septembre l'instrument fut introduit quatre fois ; et amena une assez grande quantité de fragmens plus ou moins menus.

Le 14, troisième séance, dans laquelle le brise-pierre est également introduit quatre fois dans l'espace d'un petit quart-d'heure ; à la dernière introduction, M. Leroy saisit et broie une fongosité considérable, placée au col de la vessie ; et en opère l'extraction au milieu des fragmens du calcul. Les nuits sont un peu meilleures, et l'état de M. Deslonchamps présenterait déjà un commencement d'amélioration, sans de vives démangeaisons qu'il éprouve sur toutes les parties du corps, et principalement aux jambes, démangeaisons extrêmes, que rien ne peut calmer, et du 10 au 14 septembre, les urines contiennent toujours des mucosités en abondance, mais elles ne sont plus fétides ; le malade fait encore usage de la sonde de six à huit fois dans les vingt-quatre heures.

L'instrument, à la quatrième séance, qui a lieu le 16, introduit quatre fois, amène des fragmens plus considérables que dans les autres séances.

Le 17 et le 18, le malade, qui depuis quelque temps gardait la chambre et ne pouvait plus supporter la marche, a pu sortir et se promener, sans ressentir la plus légère souffrance.

Le samedi 19, M. Leroy introduit cinq fois le brise-pierre, qui, à chaque fois, revient encore chargé des débris du calcul.

Dans les journées du 20 et du 21, le malade se sonde de trois en trois heures ; mais les urines ne sont plus sanguinolentes, les mucosités diminuent sensiblement ; les constrictions vers le col de la vessie sont aussi moindres, et lorsqu'on retire la sonde, la douleur est de peu de durée.

Le mardi 22, sixième séance ; quatre introductions de l'instrument.

Le 24, septième séance ; cinq introductions amenant encore des fragmens de pierre, quoique en moindre proportion que les premières fois.

A la huitième séance, qui a lieu le 26 septembre, M. Leroy ne trouve plus aucune parcelle de pierre. Deux fois le brise-pierre à cuillère est introduit, mais sans résultat ; une sonde évacuatrice, d'une dimension considérable, à l'aide de laquelle on pratique plusieurs injections, ne donne issue à aucun fragment de calcul.

Le dimanche 27, M. Deslonchamps fait deux courses en voiture, sans éprouver ni secousse, ni douleur.

Enfin, le mardi 29 septembre et le jeudi 1er octobre, à la demande du malade, qui veut être bien certain qu'il ne reste plus le moindre fragment de calcul dans sa vessie, M. Leroy fait une dernière exploration, et acquiert la conviction que cet organe est entièrement débarrassé des corps étrangers qu'il contenait.

Dès ce moment l'état de M. Deslongchamps redevint ce qu'il était six mois auparavant ; le catarrhe vésical disparut tout à fait ; les fongosités qui, tous les jours, fournissaient des mucosités sanguinolentes se flétrirent probablement, car les urines ne furent plus mêlées de sang, il n'y eut plus de constrictions au col de la vessie, les envies d'uriner ne se manifestèrent plus que de loin à loin, et de telle sorte qu'il fut possible de mettre jusqu'à sept heures d'intervalle entre chaque introduction de la sonde ; en un mot il ne resta absolument rien de tous les symptômes graves que les brisures du calcul avaient fait naître ; la totalité des fragmens retirés de la vessie pesait 14 grammes (3 gros et demi).

Telle est cette observation que nous avons cru devoir donner avec quelque étendue, parce que si elle n'ajoute rien à ce que l'on sait sur les calculs de la vessie en général, elle prouve néanmoins que s'il faut toujours faire grande attention à l'état de cet organe avant de pratiquer la lithotripsie, il faut aussi se bien pénétrer de cette considération émise par M. Leroy d'Etiolles avant l'opération, savoir : que fréquemment la muqueuse vésicale n'est malade que secondairement et que les accidens souvent très graves qui se manifestent vers les voies urinaires tiennent essentiellement à la présence du calcul et cessent aussitôt que celui-ci n'existe plus. Qu'il nous soit permis, en terminant, de rendre à M. Leroy d'Etiolles toute la justice qui lui est due. Jamais opération de lithotripsie ne fut pratiquée avec plus de dextérité ; il serait difficile de faire mieux, plus vite, et d'une manière plus habile.

OBSERVATION DE FISTULE RECTO-VÉSICALE ; communiquée par M. le docteur VALENTINE MOTT.

Mademoiselle R... ; de Virginie, âgée de 22 ans, éprouva peu de temps après un voyage de Philadelphie à New-York tous les symptômes d'un abcès dans la région recto-vaginale. L'abcès se vida par deux ouvertures, dont l'une située à l'extérieur guérit spontanément, et dont l'autre, située dans le vagin, devint fistuleuse, et résista pendant quatre ans à tout traitement général ou local ; à l'emploi des injections, des tentes de charpie, de la cautérisation, des incisions et des excisions. La malade vint à Philadelphie se confier à mes soins, en mars 1839. Je trouvai alors que la fistule s'ouvrait sur le côté droit du vagin à 13 millimètres de son orifice. Un stylet introduit par cette fistule pénétrait dans un conduit irrégulier qui remontait d'abord obliquement en dehors, puis s'inclinait du côté du rectum et allait déboucher dans sa cavité à 81 ou 108 millimètres au-dessus de l'anus. La fistule vaginale donnait quelquefois passage à des gaz, et, à une quantité de liquides stercoraux assez grande pour humecter les parties génitales externes.

Il était facile de comprendre qu'une pareille infirmité devait être traitée d'après les principes qui dirigent le traitement de la fistule à l'anus. Il s'agissait, en effet, d'un cas analogue, modifié seulement par une disposition particulière, à savoir ; l'ouverture de la fistule dans le vagin. Cependant, on ne pouvait songer à appliquer ici dans toute sa rigueur le traitement ordinaire de la fistule à l'anus ; car en déterminant par l'emploi d'un séton, ou en divisant avec l'instrument tranchant les parties molles comprises entre les deux ouvertures fistuleuses, on eût détruit une partie du périnée, on eût établi une large communication entre le rectum et le vagin, et on eût ainsi augmenté le mal loin d'y remédier.

Il fallait donc ou conseiller à la malade de se résigner à son infirmité, ou introduire dans l'opération de la fistule des modifications relatives au cas particulier qui se présentait. Je pris ce dernier parti, et voici comment l'opération fut exécutée.

Après avoir, pendant quelques jours, introduit par le vagin une forte tente de charpie dans la fistule, pour la dilater, et en même temps redresser son trajet, j'y fis passer, au moyen d'une sonde trouée, un séton que je conduisis ainsi de bas en haut, dans toute la longueur du trajet fistuleux, jusqu'à ce qu'il eût pénétré dans le rectum, et que je retirai ensuite par l'anus. J'attachai lâchement les deux bouts du séton, pour les empêcher de se déranger, et je le laissai en place pendant quelques jours. Après quoi, je coupai ce nœud, et passant l'extrémité vaginale du séton dans le trou d'une sonde courbe, j'introduisis l'extrémité de cette sonde dans l'orifice vaginal de la fistule ; je la fis d'abord remonter dans le trajet fistuleux, jusqu'à la hauteur de 40 millimètres environ ; puis, par un mouvement de bascule, je la dirigeai contre le plancher du périnée, en dehors du sphincter de l'anus. Alors, je pratiquai, à ce niveau, une petite, mais profonde incision, à travers laquelle j'amenai l'extrémité de la sonde, et, avec elle, le bout du séton passé dans son ouverture.

De cette manière, le séton, au lieu de communiquer par une extrémité avec l'intérieur du rectum, et, par l'autre, avec la cavité vaginale, en suivant, dans son trajet, toute la longueur du conduit fistuleux, forma une anse qui embrassa, comme dans une fistule anale ordinaire, la portion inférieure de la paroi externe du rectum, et toutes les parties molles comprises entre cette paroi et le niveau de l'incision pratiquée à l'extérieur. Je n'eus plus qu'à attacher ensemble les deux extrémités de cette anse ; et à les serrer graduellement, et de jour en jour, pour déterminer l'étranglement, l'ulcération, et la destruction progressive des parties molles comprises dans la ligature. Avant que cette destruction fût complète, et dès que le nouveau trajet établi entre l'orifice rectal de la fistule, et l'incision extérieure fut un peu élargi par le travail d'ulcération suppurative entretenue par le séton, les matières intestinales liquides commencèrent à prendre cette voie, et l'ouverture fistuleuse du vagin s'oblitéra spontanément. Je continuai à serrer tous les deux ou trois jours la ligature, jusqu'à ce qu'enfin ce qui restait des parties molles comprises dans l'anse du séton fût réduit à un pont très étroit, que je coupai avec des ciseaux. A partir de ce moment, la guérison fut complète en quelques jours, et se fit de la même manière que dans la fistule ordinaire. La malade se trouva ainsi débarrassée à la fois d'une double infirmité, c'est-à-dire de la fistule du rectum et de celle du vagin.

La guérison date maintenant d'un an à peu près, et des nouvelles récentes m'apprennent qu'elle s'est parfaitement maintenue.

NOTE SUR L'EXTRACTION D'UNE ÉPINGLE EN OR PROFONDÉMENT INTRODUITE DANS LE CANAL DE L'URÈTRE ; communiquée par M. le docteur BOINET.

OBS. — Je fus appelé il y a quelque temps pour visiter un jeune homme qui s'était introduit dans le canal de l'urètre une longue épingle en or, comme moyen d'excitation. Cette épingle avait environ 6 centimètres de longueur, et offrait une tête de la grosseur d'une graine de chenevis. Voici ce qui s'est passé, et l'état dans lequel étaient les choses lorsque je vis le patient : doué d'une constitution forte et vigoureuse, il est âgé de 23 ans ; ses organes génitaux sont remarquables par leur développement, hors le temps des érections ; la verge est longue et grosse ; le canal de l'urètre a de 22 à 23 centimètres de longueur. A la suite d'un déjeûner d'amis, où l'eau avait manqué, excité d'ailleurs par la chaleur du jour, il rentra chez lui, éprouvant des jouissances plus évidentes de la vie : couché sur son lit, il se livra à une pratique honteuse, qu'il avait, dit-il, apprise en mauvais lieu. Il s'introduisit, dans le canal de l'urètre, une épingle, la tête la première, et fit si bel et bien que l'instrument de ses manœuvres contre-nature lui échappa dans un de ses mouvemens ; il s'enfonça de telle sorte et si promptement qu'il ne put le ressaisir. La honte l'ayant empêché de déclarer plus tôt son accident, il essaya d'abord d'être lui-même son chirurgien, pendant plusieurs heures qu'il employa à faire des tentatives pour retirer l'épingle. Malgré tout son désir et tous ses efforts, il ne put y parvenir. L'épingle, au lieu de sortir, entrait de plus en plus, et était déjà parvenue dans la portion membraneuse du canal, lorsque j'arrivai auprès du malade. Je sentis très facilement la tête de l'épingle dans la région périnéale ; au-dessous des bourses, j'appliquai le pouce gauche sur cette tête, pour l'empêcher d'avancer vers la vessie, et j'essayai de la pousser hors du canal, en pressant dans une direction inverse à celle qu'elle avait suivie ; je tirais en même temps sur la verge, pour que la pointe ne s'engorgeât pas dans les replis de la muqueuse urétrale, ce qui eut lieu, malgré toutes les précautions

prises pour l'éviter; ces manœuvres, au contraire, loin de favoriser la sovlie de ce corps étranger, me parurent le faire avancer vers la vessie, surtout quand je cherchais à dégager sa pointe des parois du canal, où il pénétrait facilement. Il en résultait un autre incoovénient pour le malade, c'était une vive douleor produite par la piqûre de la muqueuse. Pour tout instrument, je n'avais à ma disposition qu'une trousse ordinaire. D'ailleurs, l'épingle était entrée trop profondement, et sa pointe était trop éloignée de l'ouverture du canal pour qu'oo pût la saisir, soit avec des pinces à disséquer, soit avec des pinces à pansemens; uoe autre difficulté encore me paraissait exister, c'était la possibilité de pouvoir saisir la pointe fine et mince de cette épingle, avec de pareils instrumens, et dans un canal aussi étroit. J'essayai cependant de dégager la pointe de cette épingle, à l'aide d'un stylet cannelé que j'avais introduit. J'avais pour but, si j'étais parvenu à la degager, de la recevoir dans la cannelure du stylet, qui m'eût alors servi de conducteur pour retirer ce corps étranger, en le poussant de bas eo haut. Tous ces moyens ayant échoué, et dans la crainte où j'étais que l'épiogle ne tombât dans la vessie, où son extraction serait devenue plus difficile et surtout plus dangereuse, je jugeai que la perforatioo du canal était le seul parti qu'il fallait prendre.

J'espérais, en agissant ainsi, tourner l'épingle bout pour bout dans le canal, de façon à faire sortir la tête la première; c'est en effet ce qui eut lieu et par une manœuvre très prompte. Avec le pouce de la main gauche je fixai fortement la tête de l'épingle dans le lieu qu'elle occupait, puis pliant la verge en deux dans le point qui répondait à la pointe de l'épingle, je fis sortir celle-ci à travers les parois de l'urètre et l'attirai au dehors, à l'exception de la tête, qui, étant trop grosse pour passer par la piqûre protégée par l'épingle, resta dans le canal, mais dans l'endroit occupé par la pointe, un instant auparavaot. J'avais donc retiré ce corps étranger d'une fois sa longueur de l'urètre. Cela étaot fait, par un mouvement de bascule de haut en bas, j'abaissai la pointe de l'épingle vers la racioe de la verge, pour ensuite la faire rentrer dans le canal en poussant de bas en haut et de telle sorte que la tête pût sortir la première par le méat urinaire; dès lors il me devint facile d'achever l'extraction de ce corps étranger, qui n'était plus qu'à quelques millimètres de l'ouverture urétrale, en le saisissaot avec une pince à disséquer. En un mot, perforer le canal de l'urètre de dedans en dehors, faire basculer l'épingle, la faire sortir et l'extraire, telles fureot les manœuvres de cette opération. Les suites de cette perforation ont été des plus simples; à peioe si le malade a éprouvé un peu de cuisson en urinant. Trois jours après il ne lui restait plus que le souvenir de sa honteuse imprudence. Pour rendre plus évidente l'innocuité d'une pareille piqûre dans le canal de l'urètre, je crois devoir ajouter que notre individu a eu de nouveau besoin de mes soins pour avoir frayé en mauvais lieu, qu'il a eu une blennorrhagie inflammatoire des plus intenses qui a amené une fistule urétrale, laquelle fistule avait pour cause une injection irritante, conseillée par uo prétendu médecin, qui disait guérir ainsi tous les écoulemens en peu de jours. Il en est résulté un abcès, puis une fistule qui s'est ouverte loin du lieu où l'épingle avait perforé le canal et aujourd'hui l'urètre est parfaitement sain, et exempt de tout rétrécissemeot.

Les cooclusions à tirer de cette observation sont :

1° Qu'en pareille circonstance, on oe devra pas craiodre de perforer le canal de l'urètre avec une épingle ou une aiguille ou tout autre corps effilé et pointu.

2° Que ce moyeo est simple, facile, exempt de tout danger et moins douloureux que tout ce qu'on pourrait tenter pour extraire uoe épiogle profondément entrée dans l'urètre.

3° Enfin que cette opération n'a aucune conséquence fâcheuse pour l'aveoir.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 AVRIL.

EMBRYOGÉNIE; CONTENU DE LA VÉSICULE DU GERME.

M. Coste lit uo mémoire intitulé : Recherches microscopiques sur le contenu de la vésicule du germe, envisagé dans toutes les classes de la série animale, et sur la fonction qu'il est destiné a remplir dans l'acte de la génération.

En étudiant au microscope, la vésicule du germe, l'on a découvert qu'il existe au sein du liquide qu'elle renferme un amas régulier de granules, affectant une forme plus ou moins lenticulaire, appliqoée sur un point de la surface interne de ses parois. Et lorsqu'on a eu une fois reconnu la présence de ce corpuscule composé, ou de cette tache, comme on l'a appelée d'abord, oo a pensé que ce corpuscule n'était autre chose que le véritable germe déjà formé et vivant avaot la conception.

D'un autre côté, comme la tache prétendue germinative o'existe manifestemeot pas dans un très grand nombre d'espèces, et comme dans plusieurs de ces espèces, la matière renfermée dans la cavité de la vésicule est parsemée d'une quaotité plus ou moins considérable de petits points globulineux, l'on a admis qu'eo l'absence d'une tache germinative unique, la somme de tous les corpuscules isolés peut être eo quelque sorte considérée comme *l'équivalent* de cette tache.

Or, le but de l'auteur, dans le mémoire qu'il lit à l'Académie, est d'établir :

1° Que ni la tache simple, ni les corpuscules plus ou moins nombreux que l'on a observés dans la cavité de la vésicule germinative, ne peuvent être considérés comme un germe déjà vivant avant la cooception.

2° Que les parois de la vésicule germinative soot résorbés et disparaissent au moment même où l'œuf va se détacher de l'ovaire.

3° Que par suite de la résorption des parois de cette vésicule, la matière qu'elle renfermait, étant devenue libre, reste ao centre de la cicatricule pour continuer à la combler, en se foodant avec la matière granuleuse de cette dernière, de façon à former ensemble un tout homogène, continu. En sorte que la cicatricule n'ayant plus désormais la vésicule enchâssée dans son milieu, se trouve convertie en un disque exclusivement et uniformément granuleux; disque dont le contenu de cette vésicule résorbée forme la partie centrale.

Commissaires : MM. Blainville et Dumas, adjoints à l'ancienne commission, déjà chargée de l'examen des travaux de M. Coste.

DE LA FERMENTATION LACTIQUE.

M. Fremy lit l'extrait d'un mémoire sur la fermentation lactique, qui lui est commun avec M. Boutron-Charlard. Le but de ce mémoire est non seulement de trouver uo moyen de produire à volonté oo corps qui a autant d'importaoce sous le rapport théorique que par ses applications à la médecine, mais surtout de déterminer le mode de production d'un acide organique qui offre une analogie frappante avec les acides malique, citrique et tartrique, sur la fermentatioo desquels les auteurs n'ont jusqu'à présent aucune donoée précise.

Suivant eux, toutes les matières organisées, d'origine végétale ou aoimale soot aptes, lorsqu'elles ont été exposées à l'air pendant quelque temps, à transformer les substances neutres en acide lactique. En étudiant avec soin l'action des différentes matières animales sur les substances neutres, ils ont remarqué qu'elles pouvaieot, eo traversant différens degrés de désorganisatioo, devenir susceptibles de produire des altératioos correspondaotes à ces degrés de décomposition.

Après avoir indiqué les caractères de la fermentation lactique, les auteurs arrivent à l'examen des différentes productions d'acide lactique; nous citerons particulièrement la manière dont ils expliquent la présence de l'acide lactique dans les liquides de l'estomac. Ayaot soumis certains corps neutres à l'action des matières animales qui sont d'ordinaire en contact avec eux, ils oot reconnu que celles qui sont d'une altératioo facile donoeot lieu à une fermentatioo complexe, tandis que les membranes, peu altérables, peuvent transformer les substances neutres eo acide lactique pur.

Commissaires : MM. Thénard, Pelouze et Regnault.

L'Académie procède à l'élection d'un candidat à la chaire de physique générale, vacaote au collége de France par la mort de M. Savart.

Sur 53 votans, M. Regnault obtient 48 suffrages, M. Babioet 2; M. Becquerel 1; Milne Edwards 1. Un billet blanc.

L'Académie nomme également un candidat à la chaire de zoologie, vacante au Muséum par la démission de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Sur 49 votans, M. Isidore Geoffroy réunit 45 voix; M. Milne Edwards 3. Un billet blanc.

A cinq heures moins uo quart, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est mis aux voix et adopté.

M. Quevenne envoie le complément du travail qu'il avait adressé dans la précédente séaoce.

M. le Président procède au tirage des ooms de MM. les académiciens qui devront composer la députation chargée de complimenter le roi à l'occasion de sa fête.

MM. Guersant, Roche, Oudet, Loiseleur-Delongchamps, Cannet, Bouillaud, Blandin, Piorry, Guibourt, Ferrus, Roux et Baffos sont désignés par le sort pour faire partie de cette députation.

M. le Président : Aux termes du réglemeot, il y a lieu à procéder à l'élection d'un membre, quand trois places soot devenues vacantes. L'Académie sait qu'elle a eu le malheur de perdre MM. Yvan, Aulagnier et Marc; en conséquence, je lui annonce que, dans la séance prochaine, elle aura à nommer la commission chargée de fixer la sectioo dans laquelle l'électioo doit avoir lieu.

M. Londe demande qu'en publiant dans le Bulletin le rapport lu dans la dernière séance par M. Guéneau de Mussy, sur le pain ferrugineux, il soit fait mention de la note cachetée et de la réclamation de M. le docteur Coster, qui déjà, en 1836, avait proposé l'emploi de la même médication dans le traitement des affections scrofuleuses.

M. Hamel donne lecture de plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets.

TRAITEMENT DE L'ANKYLOSE PAR L'EXTENSION BRUSQUE.

M. Bérard lit un rapport officiel sur la méthode de M. Louvrier, médecin à Pontarlier, pour le traitement des ankyloses des membres inférieurs, au moyen d'une machine distensive opérant la séparation des extrémités articulaires anormalement réuoies. L'applicatioo de cette machine a été faite dans vingt-deux cas; sur ces vingt-deux malades, trois seulement ont éprouvé quelques accidens plus ou moins graves; dans tous les autres cas, l'opération n'a eu aucon resultat fâcheux. La plupart des malades ont éprouvé au momeot de l'opération des douleurs excessives. Chez aucun malade l'articulation ankylosée n'a récupéré une

liberté entière des mouvemens. Chez quelques uns on a remarqué un peu de luxation du tibia sur la face postérieure de l'extrémité inférieure du fémur, ce qui tenait en partie à la résistance opposée par la rotule accolée à la face antérieure des condyles du fémur, ou à l'atrophie de l'extrémité articulaire du tibia. Les malades le plus heureusement traités sont obligés de se servir d'un bâton en marchant; un seul marche sans canne, mais la claudication est manifeste.

Analysons maintenant les trois cas où l'opération n'a pas été suivie de succès.

Ce n'est que sur le douzième malade qu'on a compté le premier insuccès. C'était une femme, chez laquelle l'ankylose du genou était complète et la flexion du membre tellement prononcée que le talon touchait à la fesse. L'application de la machine de M. Louvrier a été suivie d'une déchirure assez considérable de la peau, d'une luxation de la jambe sur la partie postérieure de la cuisse et d'une suppuration abondante, qui s'est terminée par la mort, trois semaines après l'opération. A l'autopsie on a constaté un chevauchement de trois pouces des extrémités articulaires du genou, dont la cavité était remplie de pus. L'artère poplitée était intacte, la veine poplitée remplie de pus et ses parois épaissies. Plusieurs muscles étaient rompus et ramollis; les ligamens croisés antérieurs étaient ramollis; un des ligamens postérieurs était ramolli, l'autre rompu, tenant par une extrémité au tibia et se terminant à l'extrémité libre par une portion osseuse, qui était évidemment une partie du condyle du fémur, rompu au moment du redressement.

Le second malade a éprouvé des douleurs excessivement vives au moment de l'opération, et il est resté pendant quelque temps dans une sorte d'égarement occasionné par ses souffrances. Dès le lendemain, il se manifesta un commencement de sphacèle qu'il fallait probablement attribuer à une rupture de l'artère poplitée. Cependant, cette altération n'a pas tardé à se limiter par les seuls efforts de la nature, et le malade est actuellement guéri.

Le troisième fait est relatif à une jeune fille dont le membre ankylosé était courbé sous un angle droit. Le redressement n'était pas complet. Pour remédier à cet inconvénient, M. Louvrier appliqua une planchette à la partie antérieure du genou, au moyen de laquelle il se proposait d'achever le redressement et d'empêcher le raccourcissement du membre. Cependant, dès le lendemain, il s'est formé une escarre à la partie antérieure du genou, et il était facile de constater en même temps une fracture comminutive du fémur; cette malade a succombé six semaines après l'opération.

Une autre malade, chez laquelle le redressement n'a été suivi d'aucun accident, ayant succombé à une maladie accidentelle, il a été possible de constater une luxation de l'extrémité articulaire du tibia sur la partie postérieure du fémur et une fracture du condyle interne de ce dernier.

En résumé, eu égard au petit nombre d'accidens qui sont survenus après une opération en apparence aussi effrayante, le jugement que l'on devrait porter sur la méthode de M. Louvrier ne serait pas si défavorable, si les revers étaient balancés par des avantages réels. Mais, malheureusement, il n'en est pas ainsi; le membre reste dans l'immobilité, et ne joue que le rôle d'une jambe de bois. On peut donc conclure :

1° Que l'application de la machine de M. Louvrier est suivie d'un redressement instantané du membre ankylosé;

2° Que ce redressement ne donne lieu ordinairement à aucun accident grave, soit immédiat, soit consécutif;

3° Que les accidens, lorsqu'ils se produisent, prennent une gravité effrayante et sont ordinairement suivis de mort.

4° Qu'aucun des malades opérés par cette méthode n'a repris entièrement la liberté des mouvemens de l'articulation ankylosée. En conséquence on doit répondre au ministre que la machine de M. Louvrier, quoique ingénieuse, est d'un emploi dangereux, car il sera toujours impossible de déterminer d'avance la nature de l'ankylose et de prévoir les conditions qui pourraient offrir quelques chances de succès pour son application.

M. Larrey appuie les conclusions du rapport.

M. Gerdy condamne la machine de M. Louvrier; c'est, pardonnez-moi l'expression, plutôt une méthode d'*ouvrier* qu'un procédé chirurgical. L'opération se fait grossièrement et sans règles. En général, on ne devrait pratiquer des opérations sur l'espèce humaine, qu'autant que les conséquences qui doivent rationnellement en découler offrent moins de gravité que la maladie elle-même. Aujourd'hui on semble trop oublier ce principe fondamental de la chirurgie, on pourrait même dire ce principe d'humanité; on tente des expériences téméraires dans les hôpitaux, en présence d'élèves qui viennent là pour s'instruire, et qui iront ensuite reporter dans le fond des provinces l'usage de moyens déplorables.

Je le répète, la chirurgie d'aujourd'hui pèche par trop d'audace; elle opère à l'aventure, et sans s'arrêter devant les préceptes les mieux établis; elle opère quand même, partout et toujours; de cette manière, on peut sans doute réussir à faire de l'industrie, des opérations mercantiles; mais, assurément, on ne fera faire aucun progrès à l'art, et si le mouvement dont nous sommes témoins continue, le moment n'est pas éloigné où la spéculation étouffera la science sous son vaste réseau.

M. Velpeau adopte les conclusions du rapport; son opinion sur la méthode de M. Louvrier est faite depuis longtemps. Il regarde l'application de cette machine comme fort dangereuse; mais il ne partage pas l'opinion générale des chirurgiens sur les craintes du redressement subit dans les ankyloses. Le redressement n'est pas si dangereux que le croit la majorité des chirurgiens; il s'agit seulement de trouver un moyen convenable d'exécution. Au lieu de blâmer les chirurgiens qui se sont portés aux expériences de M. Louvrier, on devrait leur adresser des remercîmens. Sans leur concours, la question n'aurait pas été jugée en public; les revers de l'opération auraient pu être facilement dissimulés sous le couvert de ses succès, et on aurait ainsi contribué à propager l'application d'une méthode qui est réellement nuisible. Pour son propre compte, M. Velpeau a cru convenable de suivre cette voie, et quoiqu'il n'ait jamais voulu appliquer par lui-même cette méthode, il s'est rendu au désir de M. Louvrier, qui lui demandait la permission de faire des expériences dans son service.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE OU EXPOSÉ ANALYTIQUE ET RAISONNÉ DES TRAVAUX CONTENUS DANS LES PRINCIPAUX TRAITÉS DE PATHOLOGIE INTERNE; par MM. Monneret et Fleury. 2e et 3e volumes.

Depuis trois ans que nous avons rendu compte du premier volume de cet ouvrage, huit nouvelles livraisons ont été publiées et sont entre nos mains; si elles se sont succédé avec quelque lenteur, c'est à la nature même du travail qu'il faut l'attribuer et aussi à la longue maladie de l'un des collaborateurs qu'une mort prématurée a enlevé au milieu de ses travaux et de ses espérances; aussi les auteurs ont-ils cru devoir, dans une introduction placée en tête du troisième volume, donner quelques explications sur les causes de ce retard et sur les modifications dont leurs propres réflexions ou les avis de la presse leur ont démontré la nécessité dans leur travail. Ils n'ont fait, disent-ils, en adoptant ces modifications, qu'obéir à l'impulsion qui leur est transmise par tout ce qui les environne; ils ont cherché à exposer fidèlement les opinions émises par chaque auteur, à développer les faits sur lesquels elles s'appuient, à en montrer les différentes faces, et au lieu de se contenter d'exposer, comme ils l'avaient fait dans le premier volume, tous les travaux et toutes les opinions sur chaque sujet et de laisser à chacun le soin de se formuler une opinion sur les différentes questions agitées, ils n'ont plus craint d'exposer celle qu'ils préfèrent, ni d'adopter un drapeau, un patronage, après en avoir évité avec le plus grand soin jusqu'à la moindre apparence dans leurs premières livraisons. « Avons-nous besoin, disent-ils, d'une si longue justification? Ne sommes-nous pas dans la voie que suit avec tant d'éclat l'un des plus dignes interprètes de la science? » Bien qu'ils eussent trouvé dans les premières livraisons de sévères mais justes critiques contre les opinions changeantes et mal assurées du professeur avec lequel ils disent (est-ce avec plus de raison?) : « Nous savons prendre la vérité partout où elle se trouve, nous empruntons à toutes les écoles les vérités qu'elles renferment, pour les faire servir à un enseignement rationnel. » Ce changement dans la direction du Compendium a-t-il été à l'avantage de cette publication? En adoptant sur la plupart des questions certaines opinions qui, pour être présentées sous des formes dubitatives, n'en sont pas moins impérieuses, mais laissent à leurs auteurs la facilité de les abandonner au besoin, a-t-on réellement servi les intérêts de la science? C'est ce que nous ne voulons pas examiner encore, un seul volume ayant été publié sous cette nouvelle influence; mais en attendant que de nouveaux matériaux viennent nous éclairer sur ce point, nous allons parcourir la suite de ce travail dont nous avons loué avec empressement, dans un premier article, la vaste érudition et l'indépendance scientifique que nous espérons bien y retrouver dans la suite.

Les deux volumes dont nous allons nous occuper comprennent depuis le commencement de la lettre C jusqu'au tiers de la lettre F, du mot *cachexie* au mot *favus*, et dès la première livraison, nous trouvons plusieurs articles importans sur lesquels nous allons nous arrêter quelques instans. Au mot *calculs* les auteurs ont traité un peu longuement des concrétions calculeuses qui se forment partout ailleurs que dans la vésicule du foie et dans la vessie urinaire, les *calculs intestinaux, gastriques, pulmonaires, salivaires*, les *calculs de l'utérus* et les *concrétions gutturales*. Après quelques recherches sur la *calenture*, cette affection singulière qui ne s'offre que dans des conditions qui ne permettent pas de l'étudier d'une manière convenable et sur laquelle il reste tant à apprendre, les auteurs passent à l'article *cancer* où l'on trouve un peu de l'obscurité et des incertitudes de la science sur ce point, bien que les auteurs, après avoir exposé avec impartialité les différentes opinions qui ont été émises sur la nature et l'origine du cancer et spécialement sur sa dépendance ou son indépendance des causes inflammatoires, n'aient pas fait connaître leur opinion sur un point si longtemps discuté, cependant la manière dont ils ont parlé de la disposition aux affections cancéreuses ou plutôt de la diathèse cancéreuse, nous porte à croire qu'ils n'admettent pas l'opinion de ceux qui ne regardent le cancer que comme un effet de l'irritation. « La diathèse cancéreuse, disent-ils ne nous paraît pas une chimère, et si nous en avons fait la critique, c'est parce qu'elle est présentée par certains auteurs avec des attributs qui sont évi-

demment le fruit de l'imagination; mais ce qu'on ne saurait mettre en doute, et ce qui reste bien établi, c'est qu'il existe une disposition organique, inconnue dans son essence, qui fait que le cancer se produit là où une affection de toute autre nature se serait montrée, et que l'on voit une cause très minime en apparence déterminer l'apparition d'un cancer. Qu'on appelle cette disposition intime et mystérieuse, diathèse, prédisposition, état cancéreux peu importe; il n'en est pas moins vrai que tout cancer dès son origine est le symptôme d'une diathèse particulière dont on ne connaît ni le principe, ni le siége primitif; nous différons de quelques partisans de la diathèse seulement en ce point, savoir : que le cancer n'est pas nécessairement incurable, et que la cause générale peut cesser entièrement par suite des modifications inconnues survenant dans l'économie, ou par l'effet d'un traitement approprié à la nature du mal. » Quant au traitement approprié dont il est question ici, nous l'avons cherché en vain dans le travail de nos auteurs et il se réduit, dans les cas où la nature du cancer n'est pas douteuse, à la médecine symptomatique qui, nous disent-ils, compte un très grand nombre de succès, et qui est généralement suivie par les praticiens. Quelques détails sur les prétendus spécifiques qui ont été vantés à différentes époques dans le traitement du cancer, et sur quelques moyens externes, comme la cautérisation et la compression, terminent cet article dans lequel les différences qui existent entre le tissu squirreux et les tumeurs encéphaloïdes ont été retracées avec assez d'exactitude. Ces deux produits morbides diffèrent l'un de l'autre *ab initio* et sous tous les points de vue comme depuis longtemps les anatomistes anglais l'avaient signalé.

Nous avons parcouru avec intérêt l'article *carreau*, dont l'auteur s'est élevé au-dessus des préjugés médicaux qui ont encore tant d'influence sur la pratique journalière, et a jeté les bases d'une bonne étude à faire de cette affection, la rangeant avec raison dans le cadre des affections tuberculeuses. Il combat surtout l'opinion qu'avaient, il y a quelques années, les médecins de l'hôpital des Enfans sur la nature de cette maladie et sur son incurabilité. Sans doute, tant qu'on a borné le traitement à l'emploi des antiphlogistiques, de la diète et de l'eau de gomme, on eut quelque raison pour croire à sa terminaison nécessairement fatale. « Dans le traitement des maladies chroniques, dit l'auteur, il ne faut pas que les médecins s'abandonnent à des pensées de découragement; on n'obtient des résultats avantageux qu'au prix d'une longue persévérance... Le scepticisme en thérapeutique ne saurait convenir au médecin praticien. » Aussi s'éloignant de l'exemple de ceux dont il vient de parler et qui, bien que reconnaissant l'inutilité de la médication antiphlogistique, ne craignent cependant pas de blâmer les essais thérapeutiques faits dans une autre direction. Il passe en revue la plupart des méthodes qui ont été conseillées par divers médecins et dont plusieurs pourraient sans inconvénient, dans l'état actuel de la science, être soumises à une nouvelle expérimentation. Parmi ces dernières nous signalerons surtout les purgatifs, les amers et l'iode.

Nous ne nous arrêterons pas sur l'article *catalepsie* que l'auteur s'est efforcé de faire aussi complet que possible, mais dans lequel il lui est facile de jeter de nouvelles idées, ni sur les mots *catarrhe* et *cauchemar*, afin de pouvoir faire connaître la division qu'il a établie parmi les différentes *céphalalgies* et qui nous a paru assez complète et éminemment pratique.

1° Dans les accidens de céphalalgie on voit souvent les effets d'une perturbation nerveuse, dont il est impossible de trouver la raison dans la disposition organique des parties. A ce premier genre se rapportent les espèces suivantes : 1° céphalalgie nerveuse accidentelle, fugace; 2° céphalalgie névralgique; 3° céphalalgie rhumatismale; 4° céphalalgie par défaut de sang.

2° Souvent aussi la douleur de tête se développe évidemment par suite d'une congestion sanguine de l'encéphale, et à ce second genre se rattachent les espèces qui suivent : 1° céphalalgie par pléthore simple; 2° céphalalgie fébrile; 3° céphalalgie par inflammation aiguë des organes contenus dans le crâne; 4° céphalalgie symptomatique d'une dégénérescence du cerveau ou de ses enveloppes.

3° Parfois les maux de tête proviennent d'une altération de la boite osseuse et parmi eux on peut citer : 1° la céphalalgie ostéocope; 2° la céphalalgie par la carie des os du crâne.

4° Enfin la céphalalgie peut être symptomatique d'un trouble dans les fonctions de digestion, ce qui constitue une espèce distincte des précédentes.

Les différentes affections du cerveau ont été, dans les cinquième et sixième livraisons, l'objet d'importantes études dont nous voudrions pouvoir signaler les principaux résultats, mais dont, au moins, nous ferons connaître la direction et les bases. Les auteurs, sans se passionner pour les prétendues découvertes qui ont été faites de nos jours dans cette partie de la pathologie, ont cependant tenu un compte fort exact de tous les progrès réels. Aussi, avant d'arriver à la description de ces différentes affections, ont-ils cru devoir jeter un coup-d'œil sur les contradictions qui existent entre les résultats obtenus par les différens observateurs, et concluent avec raison que la physiologie du cerveau est loin d'être aussi avancée qu'on le croirait à la lecture des écrits de certains pathologistes, et qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de préciser, dans la masse encéphalique, quelles parties président au mouvement, quelles parties président à la sensibilité, quelles parties président à l'élaboration intellectuelle; et par conséquent, qu'il est fort difficile de déterminer le rôle que prennent les centres nerveux dans la production des accidens pathologiques que l'on observe chaque jour; aussi croient-ils devoir renoncer à baser une classification des maladies du cerveau sur les données que pourrait leur fournir la physiologie pathologique dans un état aussi peu avancé, et, après avoir dit quelques mots des différentes classifications adoptées par les auteurs pour ces maladies, ils se livrent à leurs études en suivant un ordre simplement alphabétique. Ils commencent par l'*atrophie cérébrale*, qui est acquise ou congéniale, et, à l'occasion de cette dernière, jettent un coup-d'œil sur les monstruosités dont elle est si souvent la cause; ensuite, ils passent à l'étude du *ramollissement cérébral*, qu'ils circonscrivent avec soin au ramollissement pur et simple, sénile et non inflammatoire, évitant de confondre, sous cette même dénomination, le ramollissement qui suit l'hémorragie cérébrale, celui que détermine l'encéphalite aiguë, comme l'ont fait la plupart des pathologistes de notre époque. Parmi les causes de cette altération, et dont les principales sont l'âge avancé, certaines affections aiguës, nous regrettons que les auteurs n'aient pas parlé des rétrécissemens de l'orifice aortique du cœur et des lésions des valvules. Le traitement de cette affection repose nécessairement sur des bases différentes de celles qui sont généralement admises. Ainsi, non seulement les auteurs proscrivent les antiphlogistiques de tout genre, mais ils recommandent l'emploi d'une médication tonique et administrée avec suite; car si, dans ces cas, il y a peu d'espoir d'imprimer à l'organisme une modification assez profonde pour que le ramollissement du cerveau soit arrêté dans son développement, néanmoins on peut espérer de prolonger au moins la vie du malade.

L'*œdème cérébral*, la *gangrène du cerveau*, l'*hypertrophie du cerveau*, pourraient donner lieu à d'intéressantes réflexions sur les différentes opinions émises à l'occasion de ces altérations; nous nous bornerons cependant à rappeler un seul fait dont les auteurs font sentir toute l'importance, c'est l'hypertrophie du cerveau dépendant de l'influence des préparations saturnines, et qu'on ne peut évidemment attribuer à la phlegmasie de cet organe, fait qui est d'une grande valeur, quand on considère l'empressement avec lequel on s'était hâté d'attribuer cette altération (l'hypertrophie du cerveau) à l'inflammation de la substance cérébrale. « C'est donc, disent nos auteurs, à la classe des hypertrophies idiopathiques par simple augmentation dans l'acte nutritif, qu'il faut rattacher la maladie que nous venons de décrire. » L'histoire de l'*induration du cerveau*, du *cancer du cerveau*, des productions graisseuses, des entozoaires et des tubercules du cerveau complète l'article des affections de l'encéphale l'un des plus importans que contiennent ces deux volumes.

La *chlorose* est l'une des maladies les mieux dessinées et les plus faciles à reconnaître; aussi regrettons-nous que les auteurs l'aient divisée en chlorose idiopathique et chlorose symptomatique. Les maladies qu'ils comprennent dans cette seconde division ne sont pas des cas de chlorose. Les quatre variétés qu'ils ont cru devoir établir pour cette affection n'existent pas non plus. C'est compliquer l'étude d'une affection extrêmement simple, que d'admettre 1° une chlorose avec prédominance des accidens cérébraux : 2° une chlorose avec prédominance des troubles du côté des viscères; 3° une chlorose avec trouble marqué des fonctions de la circulation; 4° une chlorose avec trouble fonctionnel des voies génitales. Si nous en exceptons peut-être les phénomènes propres à la quatrième espèce, ceux des trois autres se retrouvent dans tous les cas de chlorose diversement prononcés, suivant l'intensité de la maladie. Nos auteurs admettent, probablement sur la foi des écrivains, la chlorose chez l'homme; mais s'il en existe quelques cas occasionnellement, ils doivent être bien rares; car cette maladie appartient essentiellement à la femme, et joue un rôle immense, à une certaine époque de sa vie, dans beaucoup de maladies, où elle est souvent méconnue, et nous ne croyons pas exagérer ce rôle important, dans les grandes villes surtout, en le comparant à celui qui prend le type intermittent dans la pathologie des pays marécageux. De nombreuses affections se lient à une disposition chlorotique peu prononcée qui les domine pourtant, et qu'il est nécessaire de ne pas méconnaître. Aujourd'hui, cependant, des erreurs de ce genre sont encore commises chaque jour, malgré les nombreux travaux publiés sur ce sujet, et la bonne direction donnée à la pratique.

Les *maladies du cœur* occupent à elles seules une livraison presque entière, et les auteurs y ont suivi la même marche que pour l'étude des

maladies du cerveau; c'est-à-dire qu'après avoir présenté un aperçu général sur ces maladies, sur leurs causes et leurs symptômes, sur leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement, ils passent à l'examen de chacune d'elles; mais ce n'est pas encore sans avoir jeté un coup-d'œil sur les différentes classifications qui leur ont été imposées, et dont l'insuffisance est facile à démontrer. Ainsi, les classifications adoptées par Sénac, par Corvisart, par Laënnec, par le docteur Hope, par le docteur Schina, par M. Bouilland, présentent toutes quelques avantages, mais elles offrent toutes aussi trop d'inconvéniens pour qu'ils aient cru en devoir adopter aucune; et, parmi ces inconvéniens, l'un des plus graves est que ces classifications supposent toujours qu'il ne reste plus de doutes sur la nature et le mode de génération de ces maladies, tandis que la science, disent-ils, est loin d'être faite à cet égard. Dans cette contre pathologie générale des affections du cœur, nous avons remarqué des jugemens fort éclairés sur la valeur des moyens de diagnostic employés par les médecins, et dont on avait certainement exagéré de beaucoup l'importance en leur attribuant une précision *mathématique*. Malgré les travaux de Corvisart et de Laënnec, et de tous ceux qui, depuis, ont suivi les traces de ces deux grands maîtres, les signes locaux des affections du cœur, pris un à un, ne peuvent suffire pour caractériser la maladie; il faut, pour qu'ils aient une signification séméiotique positive, qu'ils soient accompagnés de signes généraux. Les maladies du cœur sont donc étudiées, dans ce travail, comme l'ont été celles du cerveau, suivant leur ordre alphabétique. Ainsi, les auteurs nous entretiennent successivement des *acéphalocistes et hydatides du cœur*, du *déplacement et du prolapsus du cœur*, puis des *concrétions polypiformes du cœur*, auxquelles on a fait jouer, même de nos jours, dans la pathologie, un rôle plus important que celui qu'elles prennent ordinairement. La *dégénerescence graisseuse du cœur* a souvent été confondue avec la surcharge graisseuse de cet organe. La cause et l'origine de cette singulière transformation sont encore couvertes d'un voile épais, ainsi que celles de la transformation osseuse et de différentes indurations. L'étude de la *cardite*, de *l'hypertrophie du cœur*, fournit aux auteurs l'occasion de jeter un coup-d'œil critique sur la plupart des recherches publiées de nos jours sur ces questions importantes, et où nous trouvons à chaque instant les noms de MM. Bouillaud, Legroux, Piorry, Cruveilhier et autres. Après avoir examiné toutes les causes auxquelles on a attribué la dernière de ces deux affections, ils font remarquer qu'il y a un certain nombre de cas où l'anévrisme du cœur tient au simple dérangement de la nutrition normale. « Cette aberration du mouvement nutritif s'est montrée, disent-ils, dans des cas où il n'existait ni état inflammatoire aigu ou chronique, soit du péricarde, soit de l'endocarde, ni rétrécissement ou insuffisance des orifices du cœur, ni étroitesse congénitale de ces vaisseaux, ni obstruction d'aucune espèce, soit dans les vaisseaux, soit dans le poumon; où est bien forcé, dans ces cas, de chercher, ailleurs que dans ces conditions, la cause de l'anévrisme. »

Il est peu de questions plus obscures que celles qui se rattachent au *ramollissement du cœur*, et surtout à ses causes et à son origine, et la répugnance exagérée que, suivant nos auteurs, Laënnec mettait à admettre l'action d'un état inflammatoire dans la production de cette altération, nous paraît bien rationelle, quand on considère les conditions dans lesquelles elle se développe le plus souvent. Quant aux ramollissemens partiels développés au milieu de la substance charnue dont la consistance est normale, et que les auteurs semblent disposés à attribuer à des phlegmasies partielles, il suffit, pour rejeter le doute sur ce point, de citer les ramollissemens partiels qui se développent dans le cœur après l'empoisonnement par l'arsenic et différentes autres substances vénéneuses.

Nous ne nous arrêterons pas sur les autres affections du cœur, qui occupent presque tout le reste de la septième livraison, et où les auteurs ont exposé l'état réel de la science; nous en excepterons peut-être la partie où ils s'occupent du traitement dans les cas des maladies des valvules, et où ils nous paraissent n'avoir pas tenu suffisamment compte de tous les faits que possède la science sur ce point si important.

Nous trouvons, dans la huitième livraison, quelques articles qui méritent de fixer l'attention. Nous avons surtout remarqué l'article *Coqueluche*, qui, pourtant, est un peu confus, et les articles *Croup* et *Cyanose*. Quant à l'article *Délire*, qui termine le deuxième volume, il laisse à désirer sous plus d'un point de vue; c'est ainsi, par exemple, que les auteurs attribuent le délire que l'on observe au début de la fièvre typhoïde, à une altération du sang, qu'ils ne décrivent pas et croient expliquer celui qui se montre si fréquemment à la suite des pertes abondantes du sang, en disant que le cerveau, privé, dans ces cas, de son excitant habituel, ne peut plus fonctionner comme dans l'état physiologique.

Le troisième volume contient plusieurs articles très importans, et dont quelques-uns se rattachent aux questions vitales de la science; la nécessité de ne pas dépasser certaines limites nous obligera de ne nous arrêter que sur quelques points principaux, et de passer rapidement sur l'*Avis aux souscripteurs* placé en tête de ce volume, et dont nous avons déjà parlé. Les auteurs, après avoir rappelé la perte que venait de faire la collaboration du COMPENDIUM, dans la personne de Louis de la Berge, et avoir annoncé que l'adjonction d'un nouveau collaborateur ne changerait rien à la direction ni aux principes suivis jusqu'alors, se proposent de répondre à quelques-unes des objections qui ont été adressées à leur livre, et le font avec un mécontentement, une aigreur mal déguisée, qui contraste fortement avec l'accueil bienveillant et vraiment encourageant que leur travail a reçu jusqu'ici.

Il est quelques articles que nous ne ferons que mentionner; ainsi, aux mots *Croup* et *Diphtérite*, les auteurs n'admettent pas de spécificité des différentes phlegmasies du pharynx et du larynx d'une manière aussi tranchée que l'a fait le célèbre praticien de Tours, auquel la science doit tant de progrès sur les questions pratiques les plus importantes; au mot *Diabètes* ils s'exagèrent peut-être la valeur de l'ingénieuse théorie par laquelle M. Bouchardat a soulevé un coin du mystère qui couvre encore la formation du sucre dans l'urine. Mais, M. Bouchardat, en faisant connaître ce qui se passe dans le diabètes et en signalant l'origine du principe sucré qui s'y forme, n'a révélé ni la cause, ni la nature de la maladie, et le traitement qui résulte de cette théorie peut bien diminuer la quantité de sucre, ou même empêcher, pendant quelque temps, qu'il ne s'en forme, mais il ne guérit pas pour cela la maladie, car cette production n'est qu'un effet de la maladie, et non la maladie elle-même. La *Dysenterie* a été dans ce volume l'objet d'un travail complet et riche d'érudition. Nous n'en dirons pas autant des articles *Dyspepsie* et *Diarrhée*, où les auteurs nous ont paru plus disposés à considérer ces accidens comme de simples symptômes que nous ne nous y serions attendu, d'après les premières livraisons. La dyspepsie et la diarrhée constituent souvent à elles seules un état morbide complet, qui ne dépend d'aucun autre état morbide antérieur, et réclament un traitement tout à fait spécial; car nous ne sommes plus au temps où on ne pouvait pas s'occuper du traitement, du vomissement, de la toux, de la diarrhée, etc., parce que, disait-on alors, ces accidens étaient toujours l'effet d'une maladie à laquelle il fallait d'abord remonter et contre laquelle devaient être dirigés tous les moyens médicamenteux. Nous en dirons autant, bien qu'avec plus de réserve, de l'article sur la *Dyspnée*, à laquelle on peut encore donner quelquefois l'épithète d'essentielle; malgré tous les progrès qu'a faits depuis un demi-siècle la médecine organique, il reste encore quelques cas de dyspnée que l'on n'a pu attribuer à une lésion locale, et qu'on ne pourra probablement jamais lui attribuer. Ce n'est pas cependant que nous voulions reprocher aux auteurs de s'attacher exclusivement à cette recherche des affections locales, qui a fait faire tant de progrès à la science sur un certain nombre de points, mais qui aussi l'a fait reculer sur quelques autres; par exemple, ils repoussent bien loin et avec raison, nous devons le dire, la théorie par laquelle M. Louis a voulu expliquer la formation de l'emphysème pulmonaire, qu'il attribue à une force analogue à celle qui préside au développement des organes creux, et lui préfèrent celle de Laënnec, qui, dans cette occasion, comme dans tant d'autres, s'exagère l'importance des lésions organiques trouvées après la mort.

Nous voudrions pouvoir analyser une partie de l'article *Empoisonnement*, et surtout pouvoir reproduire le passage où sont exposées les idées que professent les partisans du contro-stimulisme sur les propriétés des poisons et même des substances médicamenteuses, bien que nous ne partagions pas tout à fait leur avis sur le reproche qu'ils adressent à Giacomini pour avoir dit qu'en France on appuie presque toute la pharmacologie sur les effets mécanico-chimiques des médicamens. Peut-être Giacomini a-t-il exagéré cette tendance des médecins français; mais nous pensons que ce reproche est souvent mérité.

Au mot *Encéphalite*, nous trouvons un article d'étude et de discussions. Les auteurs ne se sont pas dissimulé toute l'incertitude qui règne encore sur l'histoire de l'encéphalite; « mais, disent-ils, nous avons cru devoir tracer le tableau de cette affection tel qu'il *peut-être fait* aujourd'hui, en attendant, et même afin que des recherches ultérieures nous le montrent tel qu'il *doit être*. » Si la science était plus avancée, on ne pourrait réunir dans la même description l'inflammation de toutes les parties dont se composent l'encéphale, le cerveau, le cervelet, la protubérance cérébrale et la moelle allongée; on ne réunirait pas ces différens organes dans l'histoire d'une phlegmasie commune; mais dans l'état actuel de la science, deux seulement de ces organes fournissent assez d'élémens pour que les auteurs aient cru pouvoir décrire à part la *cérébrite* et la *cérébellite*; mais ce n'est pas sans qu'il reste encore des doutes sur une foule de points, même des plus importans, et que les auteurs de l'ar-

ticle ont fait tous leurs efforts pour dissiper, et quelquefois avec un succès au moins apparent. Quant à la cérébrilite, nous devons dire qu'ils ont plutôt marqué la place qu'elle doit occuper qu'ils ne l'ont décrite réellement. Au reste, ces essais, bornés dans de justes limites, comme le sont ceux des auteurs du COMPENDIUM, loin d'être nuisibles, sont, au contraire, d'une grande utilité pour la science. Ce sont des données autour desquelles viendront se grouper d'autres données, qui les renverseront, ou les confirmeront, ou les complétant.

Tous les doutes relatifs à l'endocardite ne sont pas encore levés, car on n'est pas même d'accord sur les lésions propres à cette maladie, ni sur les phénomènes qui la caractérisent, et malgré les efforts auxquels se livre l'auteur de l'article *Endocardite*, pour signaler les différences qui existent entre les bruits anormaux du cœur dans les maladies anémiques et ceux de l'endocardite, il reste encore beaucoup de doutes sur ce point, et nous regrettons avec lui de n'avoir point encore de description didactique de l'inflammation de l'endocarde, celle qu'a donnée M. Bouillaud étant encombrée d'une foule d'altérations de différentes natures, qui ont singulièrement nui non seulement à la clarté de ses descriptions, comme le dit l'auteur, mais encore à la propagation de ses travaux et de ses idées.

Nous ne ferons qu'indiquer les articles *Épidémie*, *Épilepsie*, *Érysipèle*, où l'on ne peut espérer de trouver de nouvelles recherches, de discussions intéressantes, pour nous arrêter quelques instans, avant de terminer, au mot *Estomac*, auquel les auteurs ont rattaché la plus grande partie de la pathologie de ce viscère, commençant par étudier les conditions anatomiques de l'estomac dans l'état sain, puis la symptomatologie, l'étiologie, le traitement, la nature et la classification des affections gastriques, considérées d'une manière générale, avant de passer à la description particulière de chacune de ces affections. Comme pour le cerveau et le cœur, ils les ont disposées par ordre alphabétique, n'ayant trouvé dans aucune des classifications de ces maladies, proposées par les médecins de notre époque, un ordre réellement utile, et parce que, disent-ils, l'ordre alphabétique en vaut bien un autre, au moins dans l'état actuel de la science. C'est en vain que nous chercherions dans cet article la solution de quelques-unes des questions importantes qui ont été agitées récemment sur les affections de cet organe, et cependant, si nous en croyions les éloges qu'ils donnent à l'anatomie pathologique et tous les heureux résultats qu'ils lui attribuent, la science devrait être complète. « C'est à partir, disent-ils, de l'établissement de l'anatomie pathologique que la lumière éclaira la pathologie et en particulier celle de l'estomac. L'histoire des symptômes ne fut plus séparée de l'histoire des lésions qui les déterminent. On put rattacher à des altérations connues le vomissement, la dyspnée, l'hématémèse, etc. Dès lors non seulement le diagnostic, mais aussi la thérapeutique des maladies de l'estomac furent fondés. » Si de cette exposition pompeuse des conquêtes de l'anatomie pathologique, qui cependant sont jusqu'ici si rarement applicables à la médecine pratique, nous rapprochons le passage suivant, nous reconnaîtrons combien ces conquêtes ont été peu solides : « Mais voici que, par un de ces revirements qui ne sont pas plus rares dans l'histoire scientifique des peuples que dans leur histoire politique, on en est venu jusqu'à contester l'exactitude des faits sur lesquels Broussais a étayé sa doctrine ; et l'on trouve des médecins qui affirment très positivement qu'ils n'ont plus d'occasion d'observer dans leur nombreuse pratique la phlegmasie aiguë de l'estomac et de la muqueuse gastro-intestinale. » Le moyen de convaincre ces médecins rebelles à la lumière serait de leur présenter des cas bien authentiques et bien observés de cette gastrite aiguë spontanée, qu'ils disent n'avoir pas vue; mais, au lieu de cela, nos auteurs nous renvoient au mot *Gastrite*, convenant que les pathologistes ne s'entendent pas encore entièrement sur la nature ni l'existence même du *ramollissement de la muqueuse gastrique*, ce qui ne les empêche pas de dire, dans un instant d'oubli probablement : « Plaignons sincèrement les hommes qui sont assez partisans des paradoxes pour croire se faire un nom en soutenant le contraire de ce qui était généralement considéré comme vrai il y a quelques années. » Nous pourrions citer quelques autres passages semblables à ce dernier, et que nous ne voulons pas caractériser, persuadés qu'ils ont échappé à l'attention des auteurs, qui savent fort bien que des reproches de cette nature sont tout-à-fait déplacés dans une œuvre vraiment scientifique, comme celle à laquelle ils donnent tout leur dévouement et tous leurs efforts.

Malgré ces légères taches, qui ne se reproduiront probablement plus à l'avenir, et en raison de la grandeur de leur entreprise et des nombreuses difficultés qu'ils ont à surmonter, les auteurs du COMPENDIUM ont droit à être encouragés, et nous souhaitons qu'ils mènent promptement à terme ce grand travail, qui semblerait demander toute l'activité d'un grand nombre d'hommes à la fois.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 15 avril, un concours sera ouvert le 16 août prochain, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la place de chef des travaux anatomiques, vacante dans cette Faculté par la nomination de M. Blandin à la chaire d'opérations et appareils.

Ce concours aura lieu dans les formes prescrites par l'arrêté réglementaire du 30 septembre 1836.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Lorsque la VIGIE DU MORBIHAN, dans son numéro du 6 de ce mois, a pris pour texte de ses plaisanteries le titre d'officier de santé dont est revêtu le sieur D......, alors aide-exécuteur à Vannes, en ajoutant qu'il y jouissait d'une clientelle considérable, et que des démarches avaient été faites en vain pour l'empêcher d'user de son diplôme, nous avons dédaigné de répondre, laissant au bon sens public le soin de faire justice.

Maintenant que presque tous les journaux politiques ont retenti du fait signalé par la VIGIE, maintenant surtout qu'un organe grave et honorable de la presse médicale s'en est ému, nous devons rompre le silence et donner à nos confrères une complète explication.

Il paraît malheureusement certain que le sieur D......, avant d'être nommé aide-exécuteur à Vannes, avait reçu à Paris le titre d'officier de santé.

Il est vrai aussi qu'il a tenté de voir des malades dans notre ville et dans les communes environnantes, et qu'il y a quelquefois réussi. Est-il besoin d'ajouter, que ce n'a été que dans la classe la plus inférieure, et que nous, médecins, avons toujours trop respecté la dignité de notre profession pour ne pas fuir avec dégoût tout contact avec cet homme?

A la vérité, les tentatives faites pour établir cet exécrable cumul, comme vous l'appelez avec raison, ont été en quelque sorte clandestines, puisque le sieur D...... n'avait pas rempli les formalités imposées par la loi à tout médecin ou officier de santé qui veut exercer sa profession ; mais le fait n'en était pas moins patent, et un scandale aussi inouï devait appeler de la part de l'autorité une répression prompte et énergique. Malheureusement, et nous le disons avec douleur, il n'en a pas été ainsi. On s'est borné à une simple admonition, et pourtant les moyens légaux ne manquaient pas, puisque le diplôme d'officier de santé délivré dans un département ne peut servir dans un autre.

Ne reconnaît-on pas là l'incurie habituelle de l'autorité dans tout ce qui tient à la profession médicale, et n'avons-nous pas le droit de nous indigner de cette coupable inertie? Et à ce sujet, nous ne vous laisserons pas ignorer que, dans le département du Morbihan, les lois actuelles sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, tout insuffisantes qu'elles sont, ne sont pas exécutées comme elles devraient l'être; que depuis plus de dix ans aucune visite n'a été faite chez les pharmaciens et droguistes; que des médicamens sont prescrits, vendus et administrés par des individus sans études et sans titre; que journellement enfin la vie de nombreux malades est compromise par d'audacieux imposteurs, sans qu'on paraisse même songer à employer à la répression d'aussi graves abus cette police que nous payons si cher.

Il appartient à tous ceux qui ont l'honneur de porter le titre de médecin de s'élever contre un pareil état de choses, et nous avons saisi avec empressement l'occasion qui s'est présentée de remplir ce devoir. Nous espérons que nos plaintes trouveront de l'écho chez tous nos confrères, et particulièrement chez ceux auxquels leur haute position fait un devoir de veiller à l'honneur médical comme à la vie des citoyens.

Nous vous autorisons à faire de notre lettre l'usage que vous jugerez convenable.

Agréez, etc.

LORVOL, D. M., CLARET, D. M., B. LA GILLARDIE D. M. P., DANTU, D. M. P., MARRICET, D. M. P., FORET, D. M. P., FOUQUET, D. M., P. DE QUÉRAL, D. M. P.

Vannes, le 20 avril 1841.

— COURS SUR LES MALADIES DE LA PEAU. — M. Gibert commencera son cours à l'hôpital Saint-Louis, lemardi 11 mai, à neuf heures précises du matin, et le continuera tous les mardis à la même heure.

La visite des salles précédera la leçon qui sera terminée par l'examen clinique des malades présentés comme exemples.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 19. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 8 MAI 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

COURS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES FAIT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, PAR M. ANDRAL; compte-rendu par M. Monneret, agrégé à cette Faculté, médecin du bureau central.

(Troisième article.—Voir les numéros des 19 décembre 1840 et 30 janvier 1841.)

ALTÉRATIONS DU SANG PAR DIFFÉRENS LIQUIDES; FORMATION DE LA COUENNE; CONDITIONS DIVERSES QUI FAVORISENT OU EMPÊCHENT SA PRODUCTION; PROPRIÉTÉS PHYSIQUES DU SANG ALTÉRÉ; COULEUR, ÉPAISSISSEMENT, VISCOSITÉ, CAILLOTS.

Nous n'avons étudié jusqu'ici que les altérations que subissent, dans leurs proportions, les divers élémens du sang : une autre étude, non moins importante que celle-là, consiste dans la connaissance des altérations de qualité de chacun de ces principes. Nous avons montré la fibrine, les globules, les matériaux organiques et inorganiques du sérum, variant dans leurs proportions suivant les maladies. Il s'agirait maintenant de constater les changemens que ces maladies apportent dans la constitution même des élémens. Cette étude est à peine ébauchée : on sait seulement que la fibrine des dernières saignées, la fibrine de nouvelle formation, est molle et résiste moins que la fibrine plus ancienne; elle se rapproche sous certains rapports de la fibrine des jeunes animaux. Les globules peuvent être altérés dans les maladies. Le microscope seul fait connaître les caractères de ces lésions.

Le sang est altéré non seulement lorsqu'il existe des variations dans les quantités ou dans la qualité de ses élémens, mais aussi lorsqu'il vient à s'y ajouter des substances que l'on n'y rencontre pas normalement. Ces substances sont de deux espèces : 1° celles qui ont leur analogue dans l'organisme sain, comme la bile, l'urine, le lait; 2° celles sans analogue, comme le pus, la matière cancéreuse. Les principes étrangers à l'organisme se révèlent tantôt par leurs caractères chimiques, comme l'urée; tantôt leur présence est admise par analogie, tel est le miasme.

ALTÉRATION DU SANG PAR LES MATÉRIAUX DES SÉCRÉTIONS.

Produits avec analogue dans l'organisme sain. — Les cas dans lesquels on constate ces altérations sont bien restreints, surtout lorsqu'on les met en présence des doctrines innombrables que l'on a prétendu établir sur elles. La bile, l'urine, le lait, sont les humeurs dont on a admis la pénétration dans le sang et auxquelles on a fait jouer un grand rôle dans la production de certaines maladies.

Bile. On a beaucoup parlé de l'altération du sang par la bile et des maladies qu'elle détermine; mais on n'a jamais démontré l'existence de cette altération par l'analyse chimique. Il y a plus, les analyses récentes ont prouvé que la bile ne se montre jamais en nature dans le sang; on y a constaté seulement l'un de ses principes, la matière colorante verte;

Feuilleton.

DE LA NÉCESSITÉ DES ÉTUDES HISTORIQUES EN MÉDECINE.

Depuis que la science médicale existe, depuis qu'elle se développe sous l'influence de ce progrès que les uns exagèrent et que tant d'autres méconnaissent, elle s'est nourrie d'un aliment dont la composition a toujours été un mélange de bon et de mauvais. Le bon, ce sont les idées saines, les inductions fécondes; le mauvais, ce sont les préjugés et les erreurs qui prennent racine sur ce terrain. Voilà pourquoi, sans doute, la science a eu quelquefois des périodes de cachexie qui faisaient craindre pour son existence. Evidemment cet état morbide résultait des conditions hygiéniques de l'aliment. Le mauvais, par ses qualités nuisibles, absorbait les propriétés du bon. De là la maladie.

Analyser les élémens du mauvais dans les diverses périodes de l'évolution progressive de notre science serait un beau travail à faire. Mais de quelle perspicacité devrait être doué celui qui entreprendrait une pareille tâche et saurait la conduire à bonne fin! Sous une certaine perspective, à une certaine distance des époques, le mauvais prend si souvent l'enveloppe du bon, et le bon est si souvent déflore par la souillure du mauvais, que l'œil le plus perçant voit difficilement au milieu de ces ténèbres. Il vaut donc mieux se rapprocher de la matière à analyser, pour la mieux connaître. C'est presque une affaire de microscopisme. Les illusions se dissipent devant cette réalité qui ne saurait cacher un seul secret à l'observateur. Il est bien entendu qu'il ne faut pas que les passions du moment étendent leur voile d'illusion sur la vue. Avec les passions, il n'y a de possible que l'erreur. J'admets donc un moment qu'elles n'existent pas, ou du moins qu'elles n'existent pas pour moi, lorsque je cherche à apprécier ce que je touche de la main, c'est-à-dire la partie mauvaise de l'aliment de la science contemporaine. Eh bien! je reconnaîtrai tout d'abord un grand préjugé, un préjugé qui depuis longtemps introduit des élémens morbides au sein de ce progrès dont il s'agissait tout à l'heure, la négligence, l'antipathie, le mépris même qu'on professe hautement contre les études historiques.

Qu'est-ce que l'histoire, disent non seulement les élèves, mais les hommes haut placés, dont il est convenu que les opinions doivent avoir force de loi; qu'est-ce que l'histoire? sinon une collection de faits où il s'agit souvent d'un homme, souvent d'un événement, et rarement d'une idée, et où, par conséquent, on trouve à satisfaire sa curiosité sans nourrir son intelligence et sans développer sa raison. Oui; voilà ce qu'on dit avec l'aplomb de l'ignorance qui se croit tout autre chose, ou plutôt avec la morgue d'un orgueil que rien ne saurait justifier. Ce ne serait rien ou bien peu de chose si cette ivraie tombait sur une terre (qu'on me passe l'expression) saturée de bon grain. Mais ce germe de l'hérésie trouve au contraire, partout où il tombe, toute la liberté d'action que réclame son développement. Que voit-on, en effet, briller en première ligne dans les idées doc-

elle est mêlée à la partie séreuse du sang, auquel elle communique parfois une teinte verdâtre ou jaune prononcée. L'acide nitrique fait naître dans le sérum du sang, qui renferme cette matière, un précipité verdâtre caillebotté, constitué par l'albumine, fortement combiné à la matière colorante verte. C'est à l'aide de ce procédé que l'on peut reconnaître très facilement, au lit du malade, le passage d'un des matériaux de la bile dans le sang.

M. Andral, après avoir cherché le principe colorant de la bile dans un grand nombre de maladies, où l'on est fondé à en admettre l'existence, ne l'a rencontré que chez les sujets atteints d'ictère. M. Martin Solon, dans son remarquable ouvrage sur l'albuminurie, rapporte l'histoire de quatre cas de pleuro-pneumonies, compliquées d'état bilieux, et dans lesquels la teinte jaune de la peau ne fut pas toujours très sensible. L'acide nitrique faisait naître un précipité vert dans la bile et dans l'urine. Deux fois la pneumonie était double; une fois elle était située à gauche et une fois à droite. A mesure que les sujets étaient fortement purgés, la matière colorante verte disparaissait.

Urine. L'urine ne passe, non plus, jamais en nature dans le sang, c'est seulement un de ses principes, l'urée. Tout le monde connaît les intéressantes expériences de MM. Prevost et Dumas, qui, ayant extirpé les reins à des animaux, retrouvèrent l'urée en quantité notable dans le sang. On peut donc conclure *à priori* que des affections internes, qui empêcheraient les reins d'accomplir leurs fonctions, c'est-à-dire d'éliminer l'urée du sang, par voie de sécrétion, feraient découvrir dans le sang une proportion très appréciable d'urée. C'est précisément ce qui arrive dans la maladie de Bright où la fonction des reins étant modifiée d'une manière anormale, l'urée reste dans le sang, où les analyses chimiques, faites par Christison et d'autres, l'y ont fait découvrir en quantité notable. Les anciens ont parlé de fièvres urineuses, c'est-à-dire d'un mouvement fébrile provoqué par la pénétration de l'urine dans le sang et par la dissémination de ce liquide dans toute l'économie. Ce qui leur a fait adopter cette opinion, c'est l'examen superficiel et incomplet de quelques malades qui ont offert, dans le cours d'affections graves, une odeur urineuse prononcée. Ces faits doivent être entièrement effacés de nos livres, parce qu'ils sont entièrement controuvés. Si des accidens ou des maladies peuvent être déterminés par le passage de l'urine dans le sang, ce doit être surtout lorsque le principe qui constitue l'urine (l'urée) existe en proportion anormale dans le sang; or, l'observation prouve que les maladies où cette altération du sang existe n'offrent aucun des symptômes de la fièvre dite urineuse. Il en est de même des maladies bilieuses. Nous avons montré que la matière colorante de la bile était le seul principe qui passât dans le sang; or, dans les cas où on l'a constatée, jamais il ne s'est manifesté des signes de la fièvre bilieuse des anciens. Ces remarques, fondées sur l'analyse chimique, sont des argumens sans réplique, qui prouvent combien sont fausses et dénuées de fondement les théories diverses émises touchant la cause de la fièvre bilieuse et urineuse.

Lait. On a beaucoup parlé, jusqu'au commencement de ce siècle, de la fièvre de lait, et tel est l'empire qu'exercent encore les vieilles doctrines médicales que beaucoup de gens encore admettent son existence. L'analyse chimique détruit de fond en comble ces croyances, déjà repoussées par la médecine éclairée de notre époque. Il n'y a pas plus de lait en nature dans le sang qu'il n'y a d'urine et de bile. On a prétendu, il est vrai, avoir trouvé dans le sang le principe essentiel du lait, le caséum; mais ce fait n'est pas admissible. Il y a trois siècles que l'on a publié déjà quelques observations où il est fait mention de sang laiteux trouvé chez des sujets appartenant à l'un et à l'autre sexe. Chez les femmes, ce sont tantôt des jeunes filles et tantôt des femmes accouchées à une époque plus ou moins reculée. M. Andral a recherché et étudié avec soin la plupart de ces faits, parmi lesquels il ne s'en trouve aucun qui ait pour sujet une femme en couches. Schenkius parle d'une femme qui n'était point grosse, et dont le sang parut laiteux à tous les assistans. Tulpius rapporte un cas de ce genre dans son précieux recueil, et il est fait mention de cas analogues dans les ouvrages modernes, publiés soit en France soit en Angleterre. C'est le sérum du sang, qui présente cet aspect laiteux, qui en a imposé à tant d'observateurs. Trail, Caventon, Christison, l'ont analysé et n'y ont trouvé aucun des principes du lait. Cet aspect laiteux dépend d'une matière grasse, qui est suspendue dans le sérum, et forme avec lui une sorte d'émulsion; telle est du moins l'opinion de Christison. M. Caventou l'attribue à de l'albumine modifiée et mêlée au sérum.

Les matériaux étrangers contenus dans le sang peuvent s'y être introduits, parce que les organes sécréteurs ne les ont pas séparés du sang, ce qui peut tenir : 1° à ce que l'organe sécréteur est malade; 2° à ce que ses conduits excréteurs sont malades, l'organe étant sain; 3° à ce qu'il est survenu une modification nerveuse, comme cela s'observe dans l'ictère appelé essentiel. Il peut encore arriver un autre cas; le principe que l'on trouve dans le sang a été séparé, mais il est rentré dans le torrent circulatoire. Un troisième cas peut enfin se présenter, c'est celui où un des principes, devant être éliminé du sang, ne l'est pas et s'accumule.

PRODUITS SANS ANALOGUE DANS L'ORGANISME SAIN. — Ces principes nouveaux peuvent : 1° s'être formés de toute pièce dans le sang qui s'est altéré; c'est là une altération toute spontanée, une création des produits nouveaux; 2° ils peuvent être engendrés par les parois des vaisseaux, tel est le pus qui peut être sécrété par les vaisseaux; 3° ces produits nouveaux peuvent s'introduire par voie d'absorption. Le sang peut encore être altéré dans sa composition, parce qu'il s'est développé un corps inorganique nouveau. M. Denis dit avoir trouvé dans le sang de l'ammoniaque libre; M. Bonnet de l'hydrosulfate d'ammoniaque dans des cas de fièvre grave. Ces faits ne doivent pas être acceptés sans réserve.

Pus. On a trouvé bien positivement du pus dans les cas suivans : 1° dans l'inflammation des parois du cœur, des veines et des artères; 2° dans les inflammations d'autres organes; dans les cas de variole, par exemple; 3° dans les cas de vastes foyers de suppuration, et alors le pus pénètre par absorption, molécule par molécule; 4° on a encore rencontré le pus au milieu de caillots sanguins, qui s'étaient développés pendant la vie. Nous nous occuperons de ces derniers faits en traitant de la coagulation spontanée du sang. Le pus existe (A) dans le sang des cavités du cœur ou dans les caillots que celles-ci renferment; (B) dans le sang des veines; (C) dans les artères. Il se présente à plusieurs états : à l'état d'infiltration dans le sang; il est alors combiné avec ce liquide molécule par molécule, ce qui amène un changement de couleur dans le sang. Il est quelquefois déposé sous forme de gouttelettes purulentes isolées au milieu du sang des cadavres. M. Piorry, à qui l'on doit d'importantes recherches sur ce point, a trouvé

---

trinales de la grande famille des médecins? On y voit briller ce principe : qu'il faut chercher à voir, ne croire que ce qu'on a vu, et agir en raison de ce qu'on a appris par cette expérience exclusivement oculaire. Ceci ne serait pas ridicule, si on lui donnait le nom qui peut seul lui convenir. Mais on ne le fait pas. On évite de dire qu'un tel principe ne conduit qu'à la pratique de l'art; on préfère établir qu'il mène directement aux considérations élevées de la science. Aussi, qu'arrive-t-il? On se circonscrit dans le cercle étroit de cette doctrine, qui n'en est pas une, comme dans une enceinte sans issue. On s'habitue bientôt à la compression intellectuelle qui doit en être évidemment la suite, et on finit par ne plus croire à l'existence de la lumière, par la raison toute simple qu'on ne peut plus la voir. On est alors dans l'exagération la plus complète de la négation. On ne nie pas tout, il est vrai; mais on nie la plupart des choses. Qui peut dire que je suis en dehors de la vérité? Je pourrais démontrer cette opinion pour plus d'une partie de notre science; mais comme l'histoire a les honneurs de cette négation exagérée, j'ai dû m'arrêter à l'histoire.

Et d'abord, qu'est-ce que l'histoire? et que peut-elle apprendre à ceux qui savent l'étudier?

L'histoire ne fait pas seulement connaître les hommes et les événemens; elle fait surtout connaître les idées qui se sont succédé logiquement, et qui tiennent les unes aux autres comme des prémisses tiennent à une conséquence. Les événemens et les hommes, dans ce qu'ils ont d'original, de bizarre, d'imprévu, ne forment que ce qu'on appelle l'histoire pittoresque. C'est en cela que consiste la matière de la biographie, de la chronique et du roman. Mais, l'histoire des idées, l'histoire sérieuse et féconde, voilà celle qu'on doit entendre, surtout lorsqu'il s'agit d'une science forte et difficile comme la médecine. Il est vrai qu'on n'a pas toujours défini de la même manière, ou compris sous ce point de vue les études historiques. On a cru pendant longtemps que les événemens et les hommes devaient former le premier plan, et que les idées qui sont formulées à la suite d'une longue et laborieuse incubation devaient être laissées dans le vague ténébreux où leur appréciation devient à peu près impossible. Mais cette vicieuse direction a paru vouloir changer, sinon dans la médecine, du moins dans d'autres parties de la science générale. Quelques esprits ont, en effet, mieux compris la portée de l'histoire, en reconnaissant que l'étude de la succession des idées, des théories, des systèmes dans les siècles, constituait la science, la vraie science. Et voici pourquoi.

La médecine, comme toutes les connaissances qui se proposent un but sérieux, n'existe et ne peut exister qu'à la condition suivante. Il lui faut un passé pour motiver son présent. Il faut que tel système contemporain compte des ancêtres dans la famille des systèmes. Il faut enfin pour les idées ce qui existe pour les générations humaines, une filiation. Sans cela, la science ne pourrait pas s'appeler ainsi; car sa définition se trouve tout entière dans les conditions qui précèdent. Ceci n'a pas besoin d'être démontré; mais n'éludons rien pour n'avoir aucun reproche à nous faire. Vous connaissez les mathématiques, vous qui me lisez, puisque nous sommes obligés avant d'entrer dans le sanctuaire d'Hippocrate de passer par la double épreuve de la ligne et du chiffre; eh bien! vous avez sans doute réfléchi à la logique qui règne dans cette science, à l'ordre, à la coordination qui déroule en série régulière les théorèmes et les corollaires. Vous avez reconnu alors que cette dépendance mutuelle de toutes les parties de ce grand

dans l'épaisseur ou à la surface de la couenne chez les sujets atteints de pneumonie des granulations blanches, qu'il a considérées comme des collections de pus. Le pus se rassemble aussi en foyer dans les caillots que contiennent les cavités du cœur.

Lorsque la matière purulente est ainsi mêlée au sang, ce dernier devient un véritable poison; il perd sa consistance; il est mou, friable, se réduit en petits grumeaux. La portion liquide constitue un véritable ichor. Lorsqu'on mêle du pus et du sang, on empêche celui-ci de se coaguler, parce que le pus agit de cette manière sur la fibrine, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer lorsque nous avons combattu les assertions erronées émises par M. Mandl sur la valeur des procédés d'analyse, adoptés par MM. Andral et Gavarret.

Matière encéphaloïde. Les veines des sujets qui succombent à une affection cancéreuse renferment quelquefois des masses d'un gris rougeâtre, constituées par une matière comme cartilagineuse et ichoreuse en certains points. La ressemblance qu'offre le sang ainsi altéré avec la matière encéphaloïde est très grande, et l'on conçoit très bien que l'on ait dit qu'il y avait dans ces cas cancer du sang. Le liquide s'est-il transformé en cancer, ou bien y a-t-il eu absorption pure et simple de la matière cancéreuse? La science ne possède pas un seul cas où l'on ait trouvé de la matière encéphaloïde dans les veines sans qu'il y en ait eu dans d'autres organes. Les veines qui renferment cette matière sont ordinairement situées dans le voisinage des organes atteints de cancer, ou tirent leur origine des tissus altérés. Dans le cancer du foie, c'est la veine cave qui est affectée; dans celui des reins, la veine rénale; dans le cas de dégénérescence des glandes lymphatiques ou des organes contenus dans le petit bassin, les veines cave et iliaque primitives sont le siége de la dégénérescence cancéreuse du sang. Nous devons faire remarquer que les cas dans lesquels on a rencontré de la matière encéphaloïde mêlée au sang, ou remplaçant celui-ci, dans les veines, sont bien moins nombreux que l'on pourrait le supposer, d'après les faits rapportés par les auteurs. Souvent on a pris pour de la matière cancéreuse du sang plus ou moins altéré, et l'on ne saurait lire avec trop de circonspection tout ce que l'on a écrit à cet égard.

Il est bien rare de constater dans le sang l'existence d'animaux doués de vie. Un médecin italien, M. Della Chiaje, a observé dans le sang un véritable entozoaire, qu'il a désigné sous le nom de polystome du sang (*polystoma sanguinis*). Treutler rapporte l'observation d'un homme qui, s'étant baigné dans un fleuve, fut pris d'une hémorragie causée par la rupture des veines variqueuses d'une jambe. On trouva dans une de ces veines un corps organisé, dont Treutler a donné la figure, et qui a été considéré par plusieurs auteurs comme un ver venu du dehors.

VIRUS. — Il y a des cas où le sang s'altère dans ses qualités physiques et chimiques par suite de l'introduction dans le sang de principes délétères tels que des gaz, des poisons; quelques virus provenant des animaux comme celui de la morve, du charbon, de la pustule maligne, peuvent infecter le sang. Lorsque les animaux ont été surmenés, leur sang s'altère et, injecté dans les veines d'autres animaux, y détermine des accidens redoutables; dans ces cas le sang est mou, diffluent, il a une grande tendance à entrer en dissolution.

DE LA COUENNE DU SANG. — On commence ordinairement l'étude des altérations du sang par l'examen des changemens divers qui portent sur les qualités physiques de ce liquide: cet ordre n'est plus en rapport avec les progrès de la science. M. Andral, qui en a adopté un tout différent, fait observer que les altérations de composition peuvent seules expliquer les altérations des propriétés physiques, et que dès lors la connaissance des premières est indispensable pour bien déterminer le mode de production des secondes. Nous avons déjà étudié les altérations de composition telles que la chimie nous les fait connaître; il en est d'autres que le microscope nous révèle: nous passerons celles-ci sous silence parce qu'elles n'offrent rien de bien distinct et de bien tranché.

La couenne est formée de fibrine retenant une certaine quantité de globule et de sérum; elle doit être étudiée sous le rapport de son épaisseur, de sa consistance, de sa transparence, de sa couleur. On doit aussi établir une différence bien tranchée entre la couenne parfaite et la couenne imparfaite; la première est d'un blanc jaunâtre, opaque; la seconde verdâtre et rudimentaire. Cette distinction, sur laquelle nous reviendrons plus loin, est de la plus haute importance.

M. Andral a cherché l'existence de la couenne dans 1800 cas; le sang avait coulé par une large ouverture. Nous ne suivrons pas ce professeur dans l'énumération de toutes les maladies dans lesquelles il a fait cette étude; nous citerons seulement les plus importantes. Les variations très grandes qui vont se présenter s'expliquent par les diverses circonstances qui concourent à la production de la couenne; nous les ferons connaître plus loin.

Dans 12 cas d'*amygdalite aiguë* la couenne parfaite s'est montrée 9 fois; 1 fois imparfaite, 2 fois absence de couenne. — *Bronchite*: 123 saignées; 35 fois couenne parfaite, 25 fois couenne imparfaite, 63 absence de couenne. Les cas dans lesquels la couenne fut parfaite étaient des bronchites capillaires aiguës, fébriles; les autres des bronchites sans fièvre. — *Colique de plomb*: sur 10 saignées, 7 fois absence de couenne, 3 fois couenne. — *Chlorose*: 11 saignées, 7 fois couenne parfaite, blanche, opaque, semblable à la couenne du rhumatisme; 1 fois couenne imparfaite, 3 fois absence de couenne. On peut déjà soupçonner que la couenne n'a pas la même signification, et qu'il faut pour se rendre compte de ces variations, connaître les conditions morbides variées qui entrent comme élémens dans les maladies, et les causes qui favorisent ou empêchent la production de la couenne. — *Choléra* avec cyanose: 6 saignées, pas de couenne; 2 cas de choléra avec cyanose commençante; couenne imparfaite 1 fois; absence de couenne 1 fois. — *Congestion cérébrable*: 103 cas; 77 fois pas de couenne, 12 fois couenne rudimentaire, 14 fois couenne parfaite. — *Emphysème pulmonaire*: 36 cas; absence de couenne, 26 fois; 2 sans couenne, 5 couenne imparfaite, 10 couenne parfaite. — *Epanchemens pleurétiques*: les uns anciens et apyrétiques, les autres encore récens et faiblement fébriles; sur 27 saignées, 7 fois la couenne parfaite, 9 fois imparfaite, 11 fois entièrement absente. — *Fièvre intermittente*: dans 27 saignées absence complète de couenne, 5 avec couenne. — *Fièvre typhoïde*: 187 saignées; 147 sans trace de couenne, 30 avec couenne imparfaite, 10 avec couenne parfaite et dans ces cas il existait des phlegmasies intercurrentes, (pneumonie, bronchite), en sorte que l'on peut dire qu'il ne se forme jamais de couenne dans la fièvre typhoïde simple, dégagée de complication; lorsqu'elle existe on est sûr qu'il y a autre chose que la fièvre typhoïde. — *Hémorragie cérébrale*: 22 cas; 2 fois seulement une couenne. — *Hydropisie enkystée de l'ovaire*: 4 cas; 3 fois absence de couenne; 1 fois avec couenne. Il y avait dans ce dernier cas inflammation des parois. — *Hypertrophie*

---

tout était l'aliment, la condition de la démonstration; et vous avez dit que si les mathématiques méritaient l'épithète d'exactes, elles le devaient aux avantages de cette filiation qui en se développant, ne s'interrompt nulle part. Or, les mathématiques, cette science des sciences, n'ont pas d'histoire; elles n'en ont pas besoin. Leur histoire la voilà. Supposez en effet que ces propositions aient été formulées à des époques différentes; que les théorèmes aient été trouvés chacun dans leur temps comme les propositions; le livre qui les réunit en les plaçant chacun au rang que leur assigne la logique, devient un livre d'histoire. Il n'y a qu'une chose qui manque à ce livre, les dates, la chronologie. Ainsi donc une science ne mérite ce nom qu'à la condition d'avoir su classer ses théorèmes, d'avoir son histoire. Autrement, où serait la filiation, le lien? Comment serait-il possible de comprendre une idée, si on la suppose isolée de celle qui a préparé, pressé et déterminé son développement? Enfin où serait la lumière?

La science d'où émane cette lumière est liée intimement à la coordination dont les mathématiques nous offrent un si parfait modèle. Qu'elle soit positive en effet comme la géométrie, ou abstraite comme la métaphysique, elle consiste toujours dans l'existence d'une série d'idées qui se servent de développement l'une à l'autre. C'est à cette condition que la conclusion finale est possible et qu'un but un peu large peut être atteint. Si la médecine ne présente pas dans l'ensemble de son histoire cette rigueur dans la succession des idées ou des théories qui se fait remarquer ailleurs, on y reconnaît cependant que telle découverte a été engendrée par telle autre, que tel système a servi de prémisse ou de germe à celui qui est venu après. Cela doit être ainsi. Ce n'est pas de toutes pièces que se forment les grandes et même les petites idées. Leur développement est loin de se faire par le mécanisme des créations spontanées; une telle organisation peut à peine se concevoir, même sous le point de vue complaisant de l'hypothèse. Il est impossible, en effet, de concevoir un ensemble d'un certain degré de perfection, sans supposer des préparatifs préliminaires. Comme les pensées de l'homme fait résultent des travaux et de l'expérience de l'adulte, de même les systèmes plus ou moins complets supposent des antécédens qui ont réchauffé, si je puis ainsi dire, le germe de cette création. Les systèmes ou les théories doivent donc être considérés comme les résumés d'une certaine période scientifique. Ils traduisent le passé et font juger le caractère de l'avenir; mais cette traduction du passé n'est fidèle que jusqu'à un certain point. Il faut faire la part, et souvent une part bien grande de l'imagination de l'auteur de la théorie; et ceci conduit directement à cet axiome: que si l'histoire amène, par l'espèce de fatalité de sa logique, des révélations théoriques d'une haute portée, il se mêle toujours à ces révélations quelque chose de personnel qui en dénature plus ou moins la formule. Cela s'est vu et se voit tous les jours. Pour le prouver, il ne s'agit pas même de sortir de notre période contemporaine.

Ainsi Broussais, lorsqu'il est venu développer Pinel qui lui-même avait commencé à traduire les conditions nouvelles du progrès médical, Broussais, dis-je, lorsqu'il a voulu donner à ses idées l'ensemble et la proposition d'une théorie, a fait un livre, beau livre du reste, sur les systèmes en médecine. Mais, ce livre est-il bon par son impartialité? non, cette qualité est la seule peut-être que l'esprit du lecteur n'y rencontre pas. Il ressemble à l'*Esprit des nations* de Voltaire; c'est une œuvre écrite en faveur d'une opinion, d'une doctrine; c'est le plaidoyer chaleureux d'un avocat. Qu'on étudie les œuvres des auteurs systématiques en

du cœur; 72 cas; absence de couenne 61, couenne 11 cas. Il faut se rappeler, pour expliquer cette contradiction, que dans beaucoup d'hypertrophies il y a inflammation. — *Maladie de Bright*: 6 cas; jamais de couenne; ce qui, joint à d'autres raisons, tend à prouver que cette maladie n'est point une néphrite. — *Pleurésie aiguë*: 60 cas; 50 couenne parfaite. — *Pneumonie*: 230 saignées; 215 avec couenne parfaite, 15 avec couenne imparfaite, mioce ou molle. — *Rhumatisme articulaire aigu*: 134 cas; 125 avec couenne parfaite, 5 avec couenne imparfaite, 4 absence de couenne; dans un de ces derniers cas la saignée fut faite à la fin de la convalescence, lorsque la fibrine qui avait été 6 était tombée à 3. — *Rhumatisme chronique*: 50 cas; 11 avec couenne, dans un autre cas absence de couenne. — *Rougeole*: 11 cas; pas de couenne, telle est la règle, à moins de complication. — *Scarlatine*: 9 cas; absence de couenne, si ce n'est dans un cas où il existait une néphrite aiguë. — *Tubercule pulmonaire*: 203 cas; 140 couenne parfaite, 50 sans couenne, 13 avec couenne imparfaite. — *Variole*: 18 cas; 2 avec couenne parfaite; dans 4 cas la couenne était opaque et épaisse on était tenté de croire que c'était là une couenne parfaite, mais par la pression on en faisait sortir toute la sérosité et elle perdait alors de son épaisseur. On doit conclure des faits qui précèdent, et dont il aurait été trop long de présenter l'analyse, ainsi que M. Andral l'a fait dans ses leçons, que la couenne ne se montre pas seulement dans les cas où la fibrine dépasse ses quantités normales. Nous nous expliquerons plus loin sur cette condition du sang.

Phénomènes qui s'observent pendant la formation de la couenne. — On peut les partager en trois périodes pendant lesquelles la coagulation s'effectue.

Première période. — Quelques instans après la sortie du sang, ce liquide se divise en deux couches qui se superposent, l'une est profonde, l'autre superficielle. La première est constituée: 1° par la sérosité; 2° par la presque totalité des globules; 3° par une très faible quantité de fibrine. La couche superficielle est un liquide transparent, d'une teinte verdâtre, elle est formée de beaucoup de sérosité, de quelques globules et de la presque totalité de la fibrine qui est en dissolution dans le sérum.

Deuxième période. — La couche superficielle, d'abord liquide et transparente, s'épaissit et ressemble à une couche d'huile qui commence à se figer, ou à la couche de graisse qui se forme à la surface du bouillon et qui se solidifie; sa consistance augmente de minute en minute; on aperçoit dans son intérieur comme des mailles, enfin sa surface acquiert une certaine consistance.

Troisième période. — Elle se compose des divers changemens qui surviennent dans la grandeur et dans la forme de la couche superficielle. On voit, dans le principe, cette couche occuper toute la largeur du vase, puis se contracter de la périphérie au centre; par suite de ce retrait, les bords se retroussent et on a la couenne parfaite. Si l'on examine le caillot et la couenne comparativement, on trouve que la secoode a une épaisseur variable et que c'est elle qui donne de la consistance au caillot, ce qui dépend de la forte proportion de fibrine, qui la forme en totalité. L'analyse d'un sang qui appartenait à un sujet affecté de rhumatisme et qui offrait 9 en fibrine, fit découvrir qu'il y avait 7 1/2 en fibrine pour la couenne et 2 1/2 seulement pour le caillot. On voit donc que la fibrine tend à se réfugier dans la couenne, et qu'il en reste très peu dans le caillot.

Conditions nécessaires a la formation de la couenne. — Elles dérivent de la composition même du sang. Il en est d'autres qui sont *accessoires*; celles-ci sont impuissantes pour faire la couenne, mais peuvent la favoriser et la rendre plus parfaite. *Les conditions essentielles et qui dérivent de la composition du sang consistent dans l'augmentation du rapport de la fibrine aux globules*, et non dans la simple augmentation de quantité de la fibrine. Lorsque le sang contient un excès de fibrine il se coagule plus lentement; ainsi le sang d'un sujet atteint de rhumatisme se coagule moins vite que le sang d'un malade affecté de fièvre typhoïde. Les globules se précipitent avec un peu de fibrine lorsque celle-ci est encore en dissolution dans la couche supérieure; la fibrine ne se coagule qu'après la précipitation des globules. Quelle peut être la cause du ralentissement de la coagulation du sang? M. Denis pense que la couenne se forme d'autant plus lentement que le sang contient moins de sel et une plus grande quantité de soude. Les sels qui auraient ainsi diminué seraient les chlorures; il y aurait aussi moins d'albumine dans le sérum. Si la fibrine se coagule à la partie supérieure, cela dépend, suivant M. Denis, de la coagulation plus lente de la fibrine et celle-ci tient à l'alcalinité augmentée du sérum. M. Andral se demande si la fibrine qui se coagule ainsi plus lentement ne serait pas une fibrine de nouvelle formation; on sait en effet que celle-ci est plus molle, moins consistante.

L'augmentation de rapport de la fibrine aux globules a lieu de deux manières différentes: 1° les globules sont restés à l'état normal, mais la fibrine a augmenté de 4 à 10, et dans ce cas la couenne se forme constamment, et plus ce rapport sera tranché au profit de la fibrine, plus la couenne sera épaisse. C'est ce qui a lieu dans les phlegmasies où il y a augmentation réelle et absolue de fibrine. Dans les phlegmasies la consistance de la nouvelle fibrine diminue; 2° il y a, dans un autre cas, augmentation relative de fibrine lorsque celle-ci restant normale, les globules diminuent et descendent au-dessous de 72, 80. On voit alors la couenne se former, et elle devient aussi parfaite, aussi belle que dans l'inflammation; ses bords se renversent et donnent au caillot la forme d'un godet; c'est ce qui a lieu dans les chloroses les plus intenses. Chez une fille qui n'avait que 28 en globules au lieu de 127, une très belle couenne se forma. L'explication de ces faits est de la plus haute importance, et met fin aux débats qui se sont élevés entre les médecins qui trouvaient surprenant de rencontrer la couenne dans la chlorose, c'est-à-dire dans une maladie qui est considérée généralement comme un état morbide opposé à l'inflammation. La production de la couenne, dans ce cas, tient à la seule diminution des globules; nous avons dit en effet que la fibrine restait normale.

Si la composition du sang n'est pas telle que nous venons de l'indiquer, dit M. Andral, si la fibrine n'est pas augmentée d'une manière absolue ou relative, la couenne ne peut se former, quelles que soient les conditions que l'on a dit capables de produire à elles seules la couenne. Ces conditions, que nous allons maintenant passer en revue, peuvent en favoriser la production; mais, répétons-le bien, elles ne peuvent en aucune façon la faire naître.

A. *Ecoulement du sang.* — On peut établir en principe que lorsque l'écoulement est lent, la couenne se forme difficilement; au contraire s'il

---

médecine, des chefs de secte qui ont illustré les idées de la Grèce, l'Egypte, l'empire Romain et l'Europe moderne, et on verra ce qui frappe si vivement dans l'œuvre de Broussais. C'est toujours la même chaleur, la même verve acerbe de critique, le même dévouement absolu à la défense d'une théorie. C'est en un mot l'homme qui combat pour ses dieux domestiques et sa famille; seulement les armes sont plus ou moins brillantes et le combat fixe plus ou moins l'avide curiosité des spectateurs.

Or, comment juger le passé, et comment deviner l'avenir, devant cette passion enthousiaste de l'œuvre qui éclipse les enseignemens de l'histoire par l'éclat de l'orgueil humain? Comment parvenir à conjurer ce mirage fascinateur qui lutte contre le rayonnement de la lumière solaire? En ne se faisant pas le complaisant admirateur d'un tel spectacle; en renonçant à un rôle qui coûte si peu, pour en prendre un autre qui consiste seulement à changer de position pour changer de point de vue. Et ce point de vue, comment le trouve-t-on? Voyons s'il est difficile de le trouver et de s'y fixer. Il n'y a qu'à remonter le courant de l'histoire, dans l'étendue de cette période qui a devancé l'avénement de la théorie dont on s'occupe d'étudier les incidens, les événemens, les conditions; et quand on a terminé cette exploration, fût-elle même superficielle, l'idée s'est déjà dégagée des orgueilleuses illusions du théoricien. Si on remonte plus haut dans l'étude de l'histoire, les erreurs de l'homme disparaissent entièrement, et la théorie se présente dans toute sa nudité, dans toute sa lumière. Alors, on conçoit comment et dans quelles limites elle résume le passé, et ce qu'il y a en elle d'utile et de fécond dans l'avenir. Tel est le point de vue qu'il faut choisir pour juger sainement, pour voir clairement, point de vue qui, par sa mobilité même, exerce l'esprit à connaître, à comparer et à induire, c'est-à-dire à pénétrer de science l'homme que son jugement pousse dans cette direction.

Evidemment, c'est par cette voie qu'on arrive à la science, par cette seule voie. Quelle autre nous y ferait aboutir? Certes, ce n'est pas cette naïve contemplation de l'adepte en médecine, qui ayant appris sur les bancs les beautés pittoresques d'une doctrine, ne croit qu'en elle, ne jure que par elle, parce qu'il n'a aucune raison pour douter de ce qu'il peut à peine comprendre, et que rien n'est plus commode que l'aveugle foi pour éviter les ennuis et les fatigues du travail. Ce n'est pas aussi cette manière de procéder de la plupart de nos médecins contemporains, qui consiste à fermer les yeux au passé pour les fixer entièrement sur le présent, afin de chercher dans le pêle-mêle de faits qu'il a mis au jour de quoi se donner une apparence d'opinion, un vernis de savoir, un faux semblant de doctrine, et à l'aide de tout cela une brillante réputation. Agir ainsi, c'est s'enfermer dans un cercle de petit diamètre, qui, au lieu de s'agrandir, se rétrécit le plus souvent autour de soi. L'élève jeune et inexpérimenté peut en effet rester à jamais l'esclave de ses premières impressions, de son naïf enthousiasme. Le médecin qui prend dans le présent ce qu'il y trouve, pour en faire seulement un objet de matérielle exploitation doit s'abaisser intellectuellement à la taille de ses idées étroites et finir toujours par faire d'une question de science une question d'art, ou plutôt une question de métier. Donc, des deux côtés, l'ignorance. Chez l'élève qui reste fidèle à ses opinions, défaut de savoir par exagération de confiance et par défaut d'examen. Chez le médecin qui veut user et abuser du métier, parce que le métier ne conduit pas à des résultats métaphysiques, défaut de savoir par habitude d'idées étroites, par insuffisance d'esprit, et, qui le croirait?

est rapide la couenne plastique se constitue plus rapidement. En effet, la lenteur de l'écoulement doit faire que la première partie du sang tombé dans le vase se coagule avant la dernière; c'est la seule partie qui fournit de la fibrine et dès lors il ne peut y en avoir qu'une faible quantité pour produire la couenne, puisque l'autre partie du sang est encore en voie de coagulation; il se passe là quelque chose de semblable à ce qui aurait lieu dans le sang d'une saignée que l'on diviserait en trois ou quatre parties; il est évident que la fibrine qui résulterait de la première ne pourrait être égale à celle contenue dans les trois autres parties.

B. *Ouverture de la veine.* — Il faut qu'elle soit large et que le sang coule en jet pour qu'il puisse se coaguler; en vain existerait-il une forte proportion de fibrine; si cette condition n'est pas remplie la couenne aura beaucoup de peine à se former; l'obstacle à la production est le même que dans le cas où l'écoulement du sang est difficile. Cependant la couenne se montre encore lorsque le sang coule en nappe et surtout lorsque l'écoulement est rapide. Pour faire sentir toute l'influence que la rapidité et la grosseur du jet ont sur l'apparition de la couenne, on peut dire que, si le sang s'écoule par une large ouverture et en nappe, mais avec rapidité, la couenne sera parfaite quand la fibrine sera augmentée par rapport aux globules, et que malgré cette dernière condition la couenne manquera, si le jet est très fin et coule en larme et goutte à goutte.

C. *Agitation du sang.* — Il est nécessaire que le sang, une fois tiré de la veine, soit abandonné au repos pour qu'il se forme une couenne, ou en d'autres termes, pour que les deux couches dont nous avons parlé puissent se placer librement et vite l'une au-dessus de l'autre et ne se mêlent pas. La première est riche en fibrine, la seconde l'est en globules. Or, si l'on vient à agiter le vase qui renferme le sang, lorsque la couche supérieure n'est pas entièrement coagulée, et lorsqu'elle n'est encore que semblable à de l'huile ou à une gelée transparente, et constituée par des mailles lâches, les globules pourront se mêler à la fibrine et alors la couenne sera imparfaite ou nulle. Elle se formera d'autant plus difficilement que l'on agitera le vase à une époque plus rapprochée de l'instant où le sang est sorti de la veine; dans ce cas la fibrine se mêlera aux globules et se répartira dans toute la masse du caillot.

D. *Hauteur du jet.* — On a dit que l'on pouvait empêcher la formation de la couenne en faisant tomber le sang d'une grande hauteur; cela peut tenir à ce que la séparation des divers élémens du sang a lieu de très bonne heure.

E. *Forme du vase.* — Lorsque le vase est étroit et profond, la couenne se forme très facilement; dans un verre à réactif, elle prend une grande épaisseur, mais il ne s'en suit nullement qu'il y ait plus de couenne dans le vase étroit que dans le vase à ouverture large. Dans celui-ci, en effet, le caillot occupe plus d'espace; dès lors la couenne doit s'étendre davantage et perdre en épaisseur ce qu'elle gagne en étendue; c'est donc une apparence et rien de plus.

F. *La matière du vase* n'exerce aucune espèce d'influence, bien qu'on ait dit le contraire.

G. *Température.* — La chaleur doit ralentir la formation de la couenne, suivant quelques auteurs. M. Andral n'a pu saisir aucune différence dans l'épaisseur de la couenne soit en hiver, soit en été. Cependant on conçoit que le froid puisse opérer rapidement la coagulation du sang et la couenne ne se former qu'incomplètement, parce qu'il faut que la séparation des élémens du sang ait le temps de s'effectuer; or, c'est ce qui ne peut avoir lieu quand la presque totalité du sang est soumise à la fois à l'action de cet agent. En entourant de glace le verre dans lequel on reçoit le sang, la séparation de la couenne est difficile ou impossible; il en est de même dans le cas où le vase a été fortement échauffé.

H. *Agens chimiques.* — MM. Andral et Gavarret, désirant étudier les phénomènes moléculaires qui se passent dans la formation de la couenne, ont cherché pendant quelque temps un agent chimique qui pût retarder la coagulation sans dénaturer les phénomènes eux-mêmes, et qui pût permettre à l'œil de saisir les divers états par lesquels passe la fibrine avant de se constituer définitivement en membrane. Après quelques essais préalables, ils se sont arrêtés à l'emploi du sulfate de soude; voici l'exposé rapide des phénomènes qu'ils ont observés, et que nous avons eu occasion de vérifier souvent avec eux. Si l'on reçoit, au moment où il sort de la veine, 70 grammes de sang, dans un verre contenant déjà 10 grammes d'une solution concentrée de sulfate de soude, la coagulation du liquide est complètement empêchée. Au bout de quelques minutes, le liquide se sépare en deux couches; l'inférieure contient la masse des globules qui n'ont subi aucune espèce d'altération, et sont réunis en un magma à demi fluide; la couche supérieure est d'abord parfaitement transparente et ressemble à la sérosité ordinaire du sang; bientôt elle perd sa transparence et devient opaline. Lorsqu'on l'observe au microscope, à cette époque, on y découvre une multitude de corpuscules globulaires parfaitement blancs; c'est là le *premier degré de la solidification de la fibrine.*

Quarante-huit heures après la saignée, le liquide, toujours opalin, est parsemé d'une foule de flocons semblables à des toiles d'araignée. L'on constate alors, avec le microscope, que les globules indiqués plus haut existent toujours dans le liquide, et que c'est en se rassemblant qu'ils ont donné naissance aux flocons qui se montrent sous forme de plaques d'un granité très fin. Ces flocons peuvent être considérés comme le *second degré d'organisation de la fibrine.*

Au bout de quatre-vingt-seize heures le liquide, d'opalin qu'il était, redevient parfaitement transparent et ne contient plus de traces de corpuscules; mais les flocons sont plus nombreux, plus résistans, et lorsqu'on les regarde au microscope, ils se présentent sous la forme d'un réseau assez irrégulièrement disposé, composé cependant de fibres tantôt rectilignes et comme feutrées, tantôt entrecroisées en différens sens. Lorsqu'on examine toute l'étendue de ces flocons, on constate que, dans les points où ils ont le plus d'épaisseur, ils sont constitués par plusieurs couches réticulées. Au milieu de ces fibres distinctes et qui représentent un degré assez avancé d'organisation, on en aperçoit quelques-unes disposées en chapelet, provenant, sans doute, de la réunion en série des corpuscules primitivement suspendus dans le liquide opalin. On trouve là une organisation encore plus avancée de la fibrine, un état intermédiaire entre les corpuscules et l'état fibreux.

Il importait beaucoup de savoir si le réactif employé n'exerçait pas une certaine influence sur la production des phénomènes; dans ce but, MM. Andral et Gavarret ont examiné, au microcope, une gouttelette de la couenne encore à l'état liquide et ils ont retrouvé les corpuscules, les flocons, l'état réticulé, en un mot les différens degrés, précédemment indiqués, d'organisation de la fibrine. Les phénomènes se passent donc

---

très souvent défaut de savoir par orgueil. Voilà où conduit l'ignorance de l'histoire. Peut-il en être autrement, puisqu'il n'y a pas d'idées générales possibles, de philosophie possible, sans l'histoire; enfin, puisque l'histoire contient la science.

Il ne faut donc pas s'étonner qu'il y ait si peu de savans en médecine. L'impulsion est du côté de l'art. Les médecins veulent être artistes avant tout. C'est, sans doute, méconnaître les vrais intérêts de la science, et ne pas se douter de ce que l'art y gagnerait si on se consacrait sérieusement à pénétrer ses secrets. Mais peut-on le faire? La conduite résulte de l'éducation; et l'éducation rejette l'histoire, et par conséquent la science. Où sont, en effet, les chaires où les dogmes scientifiques sont enseignés avec cette coordination qui, en les rapprochant, donne à chacun d'eux, par une comparaison continue, leur valeur exacte et essentielle? Ces chaires n'existent pas. Les vieilles vérités n'ont pas d'écho dans nos écoles; les anciens n'y sauraient retrouver leurs titres à l'immortalité. Il ne faut pas dire : l'histoire va mourir, mais l'histoire est morte. On a pourtant songé, dans ces derniers temps, à réhabiliter cette portion si importante de l'enseignement; mais on n'a pas voulu persévérer jusqu'au résultat. La déchéance dure encore. Y a-t-il des obstacles insurmontables à l'accomplissement de cette régénération de l'art médical par l'histoire? Il y a seulement cet antagonisme inerte et silencieux qui résulte des opinions erronées de la plus grande partie des médecins. Mais cet antagonisme n'est pas chose sérieuse; c'est un obstacle qui n'en est pas un. Ainsi, que le pouvoir agisse, car l'éducation médicale exige cette révolution; elle ne saurait se passer de cette réforme.

Ed. C.

— La société de médecine d'Anvers met au concours les questions suivantes :

1° Donner une esquisse rapide de l'état de la médecine en Belgique depuis le commencement du dix-neuvième siècle jusqu'à nos jours, afin de montrer les services que nos compatriotes ont rendus à l'avancement des sciences médicales.

Une médaille en or de la valeur de 300 fr. sera décernée à l'auteur de la meilleure réponse à cette question.

2° Donner l'histoire naturelle, les propriétés physiques et chimiques, le mode d'extraction des huiles de foie de morue et de baleine (*ol. jecoris aselli et ol. cetti*); faire connaître comparativement et par des faits leur histoire thérapeutique.

Le prix consistera en une médaille en or de la valeur de 100 fr.

La société désire fixer l'attention des concurrens sur l'espèce d'huile qui mérite la préférence en thérapeutique.

3° Une médaille en or de la valeur de 100 francs sera accordée à l'auteur de la meilleure monographie manuscrite traitant un sujet qui se rattache aux sciences médicales.

Les membres effectifs et résidens sont exclus du concours.

Les mémoires écrits lisiblement en flamand, français, latin ou allemand (pourvu que dans ce dernier cas on se serve des écritures bâtarde ou anglaise), devront être remis (francs de port) avant le 1er septembre 1842, au secrétaire de la société, M. Brockx.

Les auteurs seront tenus d'inscrire leurs noms, qualités et demeure sur un bil-

exactement de la même manière que lorsqu'on mêle le sang à une solution de sulfate de soude; seulement ils sont plus rapides et se produisent en quelques minutes, sous l'œil de l'observateur, tandis qu'avec le réactif ils mettent plusieurs jours à s'effectuer.

Une fois que le réseau fibreux est constitué on ne découvre plus d'autre phénomène d'organisation; mais si l'on cherche à voir ce que devient la fibrine lorsque la putréfaction commence à s'établir, on s'aperçoit que toute l'organisation dont nous venons de parler se défait, en passant par les degrés successifs d'une organisation moins avancée, et en suivant une marche inverse de celle que nous avons signalée, lorsque, partant du simple globule, nous avons vu la fibrine se constituer définitivement en fausse membrane.

La formation de la couenne ne peut tenir qu'à un changement dans la composition du sang et jamais aucune des conditions que nous venons de passer en revue ne peut l'empêcher d'avoir lieu lorsqu'il existe certaine constitution du sang qui a été indiquée. La couenne se montre dans les maladies les plus diverses, pourvu qu'il existe dans le sang cette augmentation de rapport entre la fibrine et les globules dont nous avons parlé; la chlorose, tout aussi bien que l'inflammation produit la couenne. Maintenant que nous savons quelle est la véritable cause de la formation de la couenne, nous pouvons très bien expliquer pourquoi on la rencontre dans tant de maladies différentes.

Sydenham raconte que dans une épidémie de fièvre continue inflammatoire, le sang se couvrait de couenne comme dans la pleurésie. Ces observations incomplètes nous laissent ignorer s'il existait dans ces cas des complications telles que la pneumonie, la pleurésie. On ne peut donc se servir de ce passage de Sydenham : *« sanguis e venis eductus pleuriticorum sanguinem emulatur. »* pour soutenir que la couenne peut se développer dans les fièvres graves. Dehaen dit avoir trouvé « des centaines de fois, » le sang couenneux dans les fièvres malignes et putrides; mais les centaines de fois dont parle Dehaen ne valent pas dix observations complètes et bien recueillies, et d'ailleurs il faut savoir que Dehaen était un ennemi déclaré du traitement des fièvres par les toniques, et qu'il préconisait avec enthousiasme les émissions sanguines contre ces maladies.

A une époque plus rapprochée de nous, nous voyons Borsieri, dans ses institutions de médecine pratique, soutenir que la couenne n'a aucune espèce de valeur; qu'on la rencontre chez des hommes en parfaite santé et chez les animaux bien portans, chez le cheval par exemple. Cette dernière assertion de Borsieri, qui peut être vraie, a besoin toutefois d'être soumise à un nouvel examen; il faudrait instituer quelques expériences directes sur ce point : on a pu saigner des chevaux qui dont la lésion a échappé.

Thomasini, au contraire, attribue une grande importance à la couenne et la considère comme caractéristique de l'inflammation; et comme le médecin italien en observateur exact a constaté plusieurs fois l'existence d'une couenne sur le sang des chlorotiques, il ne recule pas devant le fait et soutient que la chlorose est une angéite chronique. Il n'y a rien à répondre à une assertion de ce genre.

La présence de la couenne n'est d'aucune valeur pour M. Andral, en tant du moins que l'on voudrait la faire servir à caractériser l'inflammation. Ce n'est nullement sur l'existence ou la non existence de la couenne qu'il s'est fondé pour établir que la fibrine diminue d'une manière absolue ou relative. Je suis donc surpris de lire dans le TRAITÉ DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE de M. Forget que le travail où M. F. Hatin établit avec juste raison que l'état couenneux du sang, ne prouve rien, soit considéré par l'auteur comme un argument propre à détruire les résultats obtenus par MM. Andral et Gavarret. M. Forget, qui n'a pas bien compris le passage du mémoire où j'ai parlé de la diminution absolue ou relative de fibrine (GAZETTE MÉDICALE, n° 32, 1840), paraît croire que c'est avec le microscope que l'on a constaté la dimininution de fibrine (ouv. cité, pag. 516), ou que l'on s'en est tenu à l'examen de la couenne (même page). C'est là une erreur qu'il est inutile de relever, parce que le mode d'analyse adopté par MM. Lecanu et Dumas, et suivi par les observateurs cités, est aujourd'hui connu de tout le monde. Je reviendrai du reste sur les autres assertions erronées que renferme l'ouvrage de M. Forget, lorsque je parlerai de la synthèse des altérations du sang dans la fièvre typhoïde.

SÉRUM. — La quantité de sérum dans laquelle nage le caillot représente quelquefois assez bien la quantité réelle du sérum du sang. Tels sont les cas dans lesquels le caillot est petit et dense; le contraire a lieu pour les gros caillots. Ceux-ci retiennent dans leur maille une forte proportion de sérum, parce le retrait de la fibrine n'a pas été assez rapide ni assez énergique pour expulser ce liquide.

La *couleur* du sérum est verdâtre, jaunâtre, rougeâtre, ou présente une teinte laiteuse. Ces diverses colorations dépendent de la présence de quelques globules, qui sont restés mêlés au sérum. La couleur jaune safranée est souvent produite par la matière colorante de la bile. Le sérum blanchâtre ressemble assez bien à du petit lait; cette coloration a été considérée par quelques auteurs comme due à la présence du lait dans le sang. Elle tient uniquement à ce que la quantité de matière grasse qui existe normalement dans le sang a augmenté. Chez un sujet atteint de maladie de Brigt. MM. Andral et Gavarret ont trouvé un sérum analogue à du petit lait; la quantité des matières grasses avait très notablement augmenté.

La densité du sérum dans les différentes maladies est peu connue; M. Rayer, cependant, a porté son attention sur ce point, et obtenu quelques résultats curieux. Dans la maladie de Bright, la densité du sérum est diminuée, ce qui se conçoit très bien par le passage de l'albumine du sang dans l'urine. La diminution de la densité du sérum s'explique encore par la diminution des globules, celle-ci produisant l'augmentation des quantités du sérum. Dans les phlegmasies aiguës, la densité du sérum est diminuée, n'arrive que très tard, lorsque les globules ont diminué. Dans la maladie appelée sclerème ou endurcissement du tissu cellulaire, M. Chevreuil a observé que le sérum qui se sépare du caillot offre un aspect gélatiniforme très remarquable.

COULEUR DU SANG AU MOMENT OU IL SORT DE LA VEINE. — On a parlé de sang blanc qui offrait cette coloration à sa sortie de la veine; mais les faits de cette nature sont très contestables. Le sang peut être plus pâle et décoloré, comme dans l'anémie, soit primitive, soit consécutive; il en est de même du sang des menstrues et de celui que l'on tire de la veine chez les sujets nerveux. Le sang décoloré est un sang pauvre en globules. Il y a des individus, au contraire, chez lesquels le sang est fortement coloré; c'est parce qu'il contient beaucoup de globules. La fibrine et les autres principes n'entrent pour rien dans cette coloration.

Le sang peut prendre une couleur qu'il n'a pas habituellement; ainsi,

---

let cacheté, portant à l'extérieur une devise semblable à celle qu'ils auront placée en tête de leur mémoire.

Les manuscrits envoyés au concours deviennent la propriété de la société; il est toutefois loisible aux concurrens d'en faire prendre copie.

— Par ordonnance du 8 avril, rendue sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, les présidens actuels des jurys de médecine, compris dans les circonscriptions des Facultés de Paris, Strasbourg et Montpellier, ont cessé leurs fonctions à partir du 12 avril.

Les jurys de médecine seront présidés, dans les département qui composent la circonscription de la Faculté de Paris, par MM. Adelon et Bérard; dans les départemens qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Strasbourg, par MM. Forget et Stoltz; dans les départemens qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Montpellier, par MM. Dubreuil et Bouisson.

— Une autre ordonnance, de la même date, dispose qu'au 12 de ce mois les membres des jurys de médecine des départemens de la Seine, du Bas-Rhin et de l'Hérault, nommés par ordonnance royale du 14 avril 1836, ont cessé leurs fonctions.

Sont nommés membres des jurys de médecine des départemens indiqués ci-dessus, pour entrer en exercice à ce titre à partir du 12 avril, savoir : pour le département de la Seine, MM. Velpeau, Bouilland et Gerdy; pour le département du Bas-Rhin, MM. Coze, Fée et Caillot; pour le département de l'Hérault, MM. Golfin, Delmas, et Risueno d'Amador.

— ERRATA. On a commis, dans le numéro du 30 janvier, quelques fautes que nous prions le lecteur de corriger : Pag. 131 : *elle a été observée*, lisez *ils ont été observés*. Pag. 133, première colonne : *matériaux solides*, lisez *matériaux organiques*. *Id.* : *c'est-à-dire pour* 4, lisez 8. *Id.*, deuxième colonne : *matériaux solides*, lisez *matériaux organiques*. Page 134 : *dans le sang qui a fourni* 915 *en sérum*, lisez *en eau*. *Id.* : *les matériaux solides sont représentés par le chiffre*...., ajoutez 275.

le sang veineux peut ressembler au sang artériel. Burdach pense que la tendance du sang à prendre cette coloration vermeille dépend de l'activité exagérée des organes de nutrition et de sécrétion. Il suppose que, dans ce cas, le sang ne cède pas ses matériaux en traversant les organes; c'est là une pure hypothèse. Quand un individu a perdu une grande quantité de sang, celui qui sort en dernier lieu est rose et vermeil; il en est de même dans les hémorragies, et chez les sujets affaiblis et convalescens d'une longue maladie. Quand on examine les globules agglomérés en grand nombre, il semble qu'ils sont plus fortement colorés. On a prétendu que, dans les phlegmasies, le sang rougit plus vite; ce fait n'est pas parfaitement démontré. Quelques expérimentateurs ont cherché quelle peut être l'influence de l'irritation du système nerveux sur la coloration du sang; Krimer ayant coupé les nerfs des membres a trouvé qu'après quatre minutes, au plus tôt, ou dix minutes, au plus tard, après la section du nerf du bras, le sang veineux sortait avec la coloration vermeille du sang artériel. En remplaçant le courant nerveux par l'excitation galvanique, c'est-à-dire en mettant le pôle positif en contact avec la cuisse, et le pôle négatif avec les orteils, Krimer a vu le sang sortir noir ou revenir vermeil, suivant qu'il interceptait ou rétablissait le courant galvanique; Arneman dit, au contraire, qu'en coupant les nerfs, le sang coule plus noir, parce que le défaut de stimulation nerveuse entraîne le ralentissement de la circulation.

Le docteur Rossi, de Turin, ayant examiné le sang chez un sujet que l'on électrisait, le trouva plus vermeil. Anthenrieth croit avoir remarqué que le sang est plus vermeil en été. On a dit que, dans certaines maladies, et particulièrement dans celles qui sont produites par des miasmes, le sang tendait à prendre une couleur de plus en plus foncée, comme dans l'asphyxie. Stevens a écrit, dans un ouvrage où il s'est beaucoup occupé des propriétés physiques du sang, que ce liquide était plus noir qu'à l'état normal, et que la face supérieure du caillot ne rougissait pas dans les fièvres intermittentes d'Amérique et dans la fièvre jaune. Il faut se garder des assertions de Stevens, qui a été jusqu'à dire que, dans tous ces cas, le sang artériel était tout à fait semblable au sang veineux. Les auteurs rapportent avoir constaté cette coloration noire du sang dans le typhus, les fièvres malignes, charbonneuses, dans les épizooties. Il faut soupçonner la véracité de toutes ces assertions, parce qu'elles sont en rapport avec des idées préconçues sur l'empoisonnement miasmatique.

Odeur du sang.—On a parlé d'un sang qui exhalait une odeur tellement fétide que tous les assistans en furent frappés. Morgagni parle de l'odeur acide, aigrelette et comme sauvage que dégageait le sang des sujets qui étaient atteints de fièvre intermittente, de céphalalgie périodique, de gale. Le sang des varioleux et des malades en proie à la fièvre typhoïde offrirait, dit-on, une mauvaise odeur. On n'a constaté en aucune manière cette odeur dans ces derniers temps. L'odeur du sang est caractéristique dans la fièvre jaune, suivant Stevens et Rusch.

Saveur. — M. Lecanu a remarqué que le sang des cholériques était privé de la saveur salée propre à ce liquide. Lower a trouvé une saveur acide au sang des rachitiques, ce qui tient sans doute aux théories qui régnaient à cette époque, et qui rapportaient le mal à un principe acide.

Température.—On sait positivement aujourd'hui que la température du corps n'est point fixe; en est-il de même de la température du sang? On l'ignore : il n'y a aucun travail sur la température du sang, et l'on conçoit que les difficultés inhérentes à un tel sujet sont presque insurmontables. Si l'on voulait juger de la température du sang par celle de la peau, on pourrait admettre qu'elle varie de 36 à 42 centigrammes, et ne descend jamais au-dessous de la température physiologique, puisque, dans le frisson même de la fièvre, il y a encore élévation de la température du corps et de la peau. On a dit que, dans le choléra, le sang était plus froid que dans les autres maladies; nous avons rapporté les opinions émises à ce sujet dans notre article *Choléra* (Compendium de médecine prat., t. ii), Morgagni a cité, dans ses œuvres, le cas d'une hystérique qui, ayant été saignée, trouva son sang très froid. Ce n'est pas le savant médecin que nous venons de nommer qui a constaté ce fait; il lui a été rapporté par le chirurgien d'une ville.

Electricité. — Bellinghieri, par ses expériences sur l'électricité du sang, a été conduit aux conclusions suivantes : 1° la quantité d'électricité manifestée par les instrumens est moindre et diminue dans les phlegmasies aiguës, et d'autant plus que la phlegmasie est plus prononcée; 2° dans les maladies chroniques asthéniques, la quantité d'électricité augmente; la réaction générale coïncide avec une diminution de l'électricité du sang; 3° le sang étant couenneux renferme moins d'électricité que le sang qui offre des quantités différentes; quand on trouve dans le sang tiré de la veine plus d'électricité que dans l'état normal, on est sûr qu'il ne se coagulera pas. Moins le sang est électrique, moins il est coagulable; en d'autres termes, plus il y a de fibrine dans le sang, moins il manifeste d'électricité. Le sang ne conserve son électricité que jusqu'à la coagulation.

Consistance du sang. — Le sang qui est contenu dans les vaisseaux possède des propriétés particulières qui correspondent aux degrés divers de coagulabilité que l'on constate lorsque ce liquide a été extrait des vaisseaux; un sang peu coagulable ou incoagulable lorsqu'il est séparé des vaisseaux représente un sang peu consistant et très fluide lorsqu'il est encore contenu dans ses canaux; les globules du sang peu consistant ont une grande tendance à sortir des vaisseaux. Le sang riche en fibrine jouit de propriétés tout à fait opposées à celles-là. Il existe pendant la vie un sang dont les élémens sont plus ou moins cohérens; la signification exacte de ce sang consistant est l'augmentation de la fibrine. Un sang dissous, diffluent, est au contraire un sang pauvre en fibrine.

On a beaucoup parlé, dans les anciennes écoles, de l'épaississement et de la consistance du sang; il est intéressant de les examiner au point de vue des découvertes chimiques modernes. Toute l'école de Boërhaave, qui a jeté un si vif éclat, a fondé ses doctrines sur la consistance plus ou moins grande du sang; c'est-à-dire sur un fait dont elle ne s'est pas donné la peine de chercher et de fournir la preuve, sur un fait, enfin, qui est plus que contestable. Boerhaave croyait que le sang trop visqueux, trop épais, finissait par s'arrêter dans les vaisseaux, de là une obstruction. Dans quelques cas, cette augmentation de consistance était toute spontanée; dans d'autres, elle était produite par la fièvre, dont un des effets les plus marqués et les plus constans est de priver le sang de ses parties les plus liquides par les voies d'exhalation et de sécrétion. Les inflammations qui se développaient pendant la durée de la fièvre étaient causées par l'épaississement du sang, qui amenait l'obstruction, et par suite l'inflammation. On admettait aussi, dans cette école, qu'il se formait souvent des principes chimiques qui travaillaient à l'épaississement du sang.

Dans ces derniers temps, on est revenu en partie à ces idées. On s'est demandé jusqu'à quel point l'épaississement et la viscosité accrus du sang pouvaient créer la maladie. M. Magendie a cherché à prouver qu'elles étaient la cause de plusieurs affections. Il a mêlé au sang des substances innocentes par elles-mêmes, mais capables d'épaissir le liquide en circulation, la gomme arabique et l'amidon, par exemple. Le sang, ainsi altéré, ne traverse plus les différens réseaux capillaires, et particulièrement le poumon. De là résultent, non pas des pneumonies, mais des congestions qui peuvent aller jusqu'à l'apoplexie; on voit alors la respiration s'accélérer, et les animaux périr d'asphyxie, d'une manière lente ou rapide. Si l'on mêle au sang des substances très ténues, du charbon finement pulvérisé, il en résulte seulement un peu de dyspnée, et les animaux se rétablissent. On peut conclure de toutes ces expériences qu'en rendant le sang plus épais, on crée des désordres qui s'expliquent par la gêne qu'éprouve le sang à traverser les capillaires.

Existe-t-il des conditions morbides semblables qui se développent spontanément dans l'économie? Peut-il y avoir, dans quelques maladies, augmentation spontanée de la consistance du sang? On peut le supposer, mais il est impossible de fournir la démonstration du fait; par conséquent, il ne faut accorder à ces idées que la valeur d'une hypothèse. On a dit que la stagnation du sang dans les vaisseaux des cholériques devait être attribuée à la viscosité plus grande du sang. Ce qui doit empêcher d'admettre cette opinion, c'est qu'on n'observait pas, dans cette maladie, les stases et la congestion pulmonaire que l'on rencontre chez les animaux dans les veines desquels on a injecté une des substances que nous avons indiquées; le poumon des cholériques était exsangue.

On s'est beaucoup occupé anciennement des cas dans lesquels, au sein des vaisseaux et pendant la vie, le sang stagne, s'arrête et se coagule. Stahl rapporte qu'une femme, sujette à des accès d'épilepsie, ayant été saignée, le chirurgien ne put faire couler le sang; il incisa la veine en un autre endroit et en retira, avec des pinces, un caillot allongé qui remplissait l'intérieur du vaisseau. Ce fait extraordinaire était fait pour inspirer le doute; M. Andral a observé, à l'hôpital de la Charité, il y a deux ans, un cas tout à fait semblable; j'en ai rapporté tous les détails dans la Gazette des hôpitaux (Cas rare de coagulation du sang dans les vaisseaux, n. 12, janv. 1839). La veine fut incisée, et il n'en sortit pas une seule goutte de sang; on put alors extraire, avec des pinces, un caillot allongé et très consistant. Le sujet de l'observation mourut, on fit l'autopsie, et on trouva d'autres caillots dans plusieurs parties du système vasculaire.

On a aussi parlé d'acide développé ou introduit dans le sang; ce fait n'a jamais été constaté. On a pensé que, dans quelques cas d'empoisonnement par l'acide sulfurique, il pouvait pénétrer dans le sang une certaine quantité d'acide qui le coagulerait. M. Bouchardat a observé et recueilli un cas de ce genre : un homme ayant pris de ce poison, un membre abdominal se refroidit, et à l'ouverture on trouva un caillot rem-

plissant l'artère crurale. M. Bouchardat dit même avoir constaté la présence de l'acide sulfurique dans le sang.

COAGULATION DU SANG DANS LE CŒUR. — Les anciens ont beaucoup écrit sur les caillots trouvés dans le cœur; ils attribuaient ces caillots, qu'ils appelaient polypes du cœur, un grand nombre de symptômes et de maladies que l'anatomie pathologique nous a appris à mieux localiser. Ils ont évidemment exagéré la valeur séméiologique des caillots fibrineux, et souvent méconnu leur véritable origine. Le point encore obscur aujourd'hui de cette question est de savoir à quelle époque se sont formés les caillots que renferme le cœur.

Les caillots, considérés d'une manière générale, peuvent être composés d'un seul élément, de fibrine par exemple; le caillot, alors, est incolore ou d'un blanc jaunâtre; s'il contient encore des globules, il est coloré, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Quelquefois les globules sont disséminés çà et là dans l'intérieur du caillot, et s'offrent sous l'apparence de stries ou de petits points rouges imitant assez bien des vaisseaux.

Les plus consistans d'entre les caillots sont ceux qui offrent une coloration blanchâtre. Les caillots riches en matière colorante sont les plus mous. Leur mode d'adhérence à la cavité interne du cœur est assez variable; tantôt ils s'entortillent autour des valvules, et ne peuvent en être séparés qu'avec peine; tantôt ils tiennent à l'endocarde, d'une manière médiate, par une fausse membrane qui la recouvre. Ces adhérences ne prouvent pas que les caillots se soient formés avant la mort; elles ressemblent à celles qui unissent le sang aux parois des vases dans lesquels il a été reçu. Quant aux points et aux stries rougeâtres, on ne peut les considérer comme des vaisseaux, car on les rencontre dans presque tous les caillots.

Les maladies dans lesquelles on trouve le plus souvent des concrétions sont les maladies du cœur : 1° parce que les contractions de l'organe sont irrégulières et tumultueuses; 2° parce que les orifices sont déformés, rétrécis, en un mot, altérés de telle manière que le sang stagne peut facilement se coaguler; 3° parce que l'endocarde étant souvent malade, sa surface présente des inégalités et une perte de poli très notables. On pourrait supposer que si la viscosité du sang augmente, c'est dans des cas semblables et sous l'influence des causes que nous venons de citer. Les concrétions, que l'on regarde généralement commes produites avant la mort, seraient constituées par une fibrine résistante, fortement unie à l'endocarde, et contenant ces points rouges ou ces stries qui passent, aux yeux de quelques auteurs, pour être le rudiment d'un système vasculaire de nouvelle formation. M. Andral n'a jamais rencontré de vaisseaux appréciables, et ne considère pas les points rouges comme une preuve convaincante. On a dit que lorsqu'on injectait le cœur par l'artère coronaire, les vaisseaux des caillots s'injectaient également; mais cette raison n'est pas péremptoire, car la matière de l'injection peut très bien, au lieu de pleuvoir dans la cavité du cœur, être retenue par les fausses membranes que l'on croira alors injectées. On a dit encore que la présence du pus au sein des caillots était une preuve qu'ils avaient pris naissance pendant la vie; mais ce pus peut provenir de son mélange avec le sang; lorsque la coagulation s'effectue, au moment de la mort, la fibrine entoure alors le pus. La présence de ce liquide pourrait tenir à la transformation d'un des élémens du sang, et les concrétions qui renferment ce pus se seraient alors formées pendant la vie; il faudrait démontrer cette transformation, qui est un fait très douteux. On a encore prétendu que le pus provenait de la sécrétion effectuée par le caillot lui-même; mais il faudrait, pour cet acte, une organisation si complète, qu'il serait toujours facile de reconnaître la date de la production d'un caillot aussi parfait. On voit donc que l'on ne peut pas toujours dire quelle est la nature d'un caillot trouvé dans le cœur, par cela seul que du pus s'est présenté dans son intérieur. Les symptômes sont des preuves tout aussi infidèles. Les syncopes, les palpitations, la faiblesse des battemens, les bruits anormaux, la matité, peuvent dépendre de l'affection du cœur, tout aussi bien que de la présence des concrétions, et comme on trouve celles-ci principalement dans les cas d'affection du cœur, on éprouve quelque embarras pour rapporter chaque symptôme à sa véritable cause. Il résulte de la discussion à laquelle nous venons de nous livrer que les caillots formés pendant la vie dans le cœur ne sont pas si communs qu'on le croyait anciennement. Toutefois, il ne faut pas croire que les auteurs du dernier siècle qui ont écrit sur ce sujet se soient toujours mépris sur la véritable origine des concrétions. Morgagni a discuté avec une sagacité extrême cette question, et Senac, dans son immortel ouvrage sur les maladies du cœur, a étudié les formes diverses que présentent les caillots, et montré les erreurs auxquelles on s'expose lorsque l'on s'en tient aux seules apparences.

Le sang peut perdre sa fluidité et se coaguler dans les artères des membres inférieurs. Les causes de cette altération sont l'inflammation et l'ossification des artères; parfois l'on ne peut découvrir dans les parois des vaisseaux aucune espèce de lésion; le membre se refroidit insensiblement; il y a des douleurs excessivement vives que l'opium ne peut parvenir à calmer, et le membre finit par tomber en gangrène. La coagulation du sang dans les veines est l'effet de la phlébite ou de la compression exercée sur le vaisseau. M. Andral ne saurait admettre que la coagulation du sang dans une veine et l'oblitération de ce vaisseau soient suffisantes pour produire la gangrène. M. Godin a publié, dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, un fait de ce genre, qui est presque le seul avec celui que M. Victor François rapporte dans son ESSAI SUR LA GANGRÈNE. Ce dernier fait est trop incomplet pour avoir quelque valeur, de l'aveu même de M. François. Quant à celui de M. Godin, il est plus explicite, mais on peut encore rester dans le doute. Il y avait peut-être quelque artérite que l'on n'aura pas suffisamment cherchée. Lorsque les veines renferment des caillots formés pendant la vie, elles se dessinent sous la peau comme des cordes tendues, dures et noueuses, et l'on sent facilement, sous le doigt, qu'il existe dans leur intérieur un corps dur, qui est le caillot; ce symptôme suffit pour asseoir un diagnostic précis.

Ici se termine l'étude analytique du sang; mais une autre étude non moins importante que celle à laquelle nous venons de nous livrer consiste dans l'exposition des altérations complexes qui caractérisent les principaux groupes de maladies. C'est ce que nous ferons dans le prochain article; nous ferons suivre cette étude de remarques générales sur la nature et les différences que présentent ces maladies.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE, publié par BUSCH, D'OUTREPONT, DE RITGEN et DE SIEBOLD.

Les 2e et 3e cahiers du 9e volume contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur la ligature du cordon ombilical dans les cas de procidence et dans les accouchemens par les pieds*; par le professeur Ritgen. 2° *Observation d'un avortement artificiel dans un cas de grossesse tubaire*; par le même. 3° *Sur les hémorragies utérines après l'opération césarienne*; par le même. 4° *Observation d'un accouchement chez une femme qui, quatre ans auparavant, a été délivrée au moyen d'une opération césarienne*; par le docteur Schnackenberg. 5° *Opération césarienne faite avec succès pour la mère et l'enfant*; par le docteur Metz. (Cette opération est intéressante par l'exactitude avec laquelle on a rendu compte de tous les détails.) 6° *Remarques*; par le professeur d'Ontrepont. (L'auteur cite des femmes qui, sans être enceintes, avaient beaucoup de véritable lait.) 7° *Observations*; par M. le docteur Tott. (Rien d'inconnu.) 8° *Sur la délivrance*; par le docteur Metz. 9° *Cas de grossesse tubo-utérine, arrivée à terme*; par le professeur Rossbirt. 10° *Sur la fièvre puerpérale*; par le même.

SUR LA LIGATURE DU CORDON OMBILICAL DANS LE CAS DE PROCIDENCE ET DANS LES ACCOUCHEMENS PAR LES PIEDS; par le professeur DE RITGEN.

S'appuyant sur l'autorité de Wigand, l'auteur pose en principe de ne jamais achever l'extraction du fœtus par les pieds sans faire la ligature du cordon ombilical, aussitôt que le bassin du fœtus a franchi la vulve de la mère, et propose encore de faire la ligature du cordon autant de fois qu'il est prolabé et comprimé entre la matrice et le fœtus. Wigand, en donnant ce précepte en opposition avec toutes les idées reçues sur cette question, prétend que la pression latérale exercée sur le cordon porte plutôt sur la veine que sur les artères ombilicales, tandis que la constriction circulaire intercepte le mouvement du sang dans les deux ordres de vaisseaux. C'est pour cette raison que la compression accidentelle du cordon amène une aménie mortelle pour le fœtus, en ce que le sang peut toujours s'écouler vers le placenta à travers les artères, tandis que par la ligature on enraie momentanément toute la circulation, qui occasionne, il est vrai, une mort apparente par apoplexie, mais à laquelle il est facile de remédier avec des moyens connus. La raison pour laquelle la circulation est plutôt interceptée dans la veine que dans les artères lorsque le cordon est comprimé, c'est que la veine a un gros calibre, est unique et superficielle, tandis que les artères, au nombre de deux, ont des parois résistantes et se trouvent, pour ainsi dire, recouvertes par la matière gélatineuse de Warton et par la veine elle-même. Une autre assertion, qui nous paraît aussi difficile à admettre, c'est que la tête passerait

plus facilement à travers les détroits du bassin lorsque le tronc est une fois sorti que lorsqu'elle vient la première. M. de Ritgen doit donc donner, dans beaucoup de cas d'accouchemens difficiles, la préférence à la version sur les pieds, et à ce sujet il prétend qu'on a été dans l'erreur jusqu'à présent, en attribuant la mort du fœtus au tiraillement de la moelle épinière lors de l'extraction par les pieds, tandis que, selon lui, elle est due à la compression du cordon. Enfin, une dernière idée, qui nous a également surpris, c'est que, dans l'extraction par les pieds, l'auteur, après avoir dégagé la poitrine et les épaules du fœtus, tire sur lui dans une direction telle que le menton se porte obliquement en avant vers le tron ovalaire de la mère; ce n'est que quand la tête est descendue dans l'excavation que l'opérateur cherche à lui communiquer un mouvement de torsion qui porte la face en arrière. Ce mouvement spiroïde lui semble être indiqué par la nature. Vingt observations viennent appuyer ces diverses propositions.

A cette occasion, nous ne pouvons nous empêcher de rapporter ce qu'un de nos amis, qui a toujours exercé la médecine à la campagne, nous a communiqué. Une sage-femme, prenant les idées de Wigand trop à la lettre, a lié des cordons prolabés qui battaient encore; les enfans ont succombé; et, d'un autre côté, le même praticien a vu des cordons prolabés, pendant quatre heures, se refroidir complètement, sans cesser pourtant de battre et les enfans naître pleins de vie.

OBSERVATION D'UN AVORTEMENT ARTIFICIEL DANS UN CAS DE GROSSESSE TUBAIRE; par le même.

OBS. — La femme de Jeremias Kuntz, cloutier, à Giesen, tomba malade au mois de mai 1834; elle se plaignit de vomissemens, de douleurs dans le bas-ventre, surtout au côté droit, dans la région de l'ovaire. A cet endroit, la femme vit bientôt survenir une tumeur, qui, d'abord du volume d'un citron, atteignit, dans l'espace de six semaines, celui de la tête d'un enfant. La douleur s'étendit le long du dos et de la cuisse droite, et s'accrut de jour en jour, au point de priver la malade complètement de sommeil; il y eut souvent constipation, fièvre, soif, et plus tard ictère, avec légère infiltration de la peau. M. de Ritgen, appelé le quarante-deuxième jour après le début des douleurs, apprit que la femme Kuntz était âgée de 32 ans, et qu'elle avait déjà mis au monde trois enfans sans le moindre accident; elle était grande et bien faite. A un retard de la menstruation depuis onze semaines et à d'autres signes qui lui étaient familiers, la femme se crut enceinte. La tumeur était alors si volumineuse qu'on ne pouvait la couvrir qu'avec la main étendue; une légère pression augmenta la douleur et une très forte la fit disparaître. Le côté droit de la figure était plus œdémateux que le gauche; la pupille droite était contractée et tout l'œil droit paraissait plus petit que le gauche; en général, dans tout le côté droit, la malade avait un sentiment de malaise bien prononcé. Le foie paraissait normal. Le pouls était fébrile, la peau chaude et sèche, la soif considérable, la langue couverte d'un enduit jaunâtre, l'appétit nul. Au toucher par le vagin, M. de Ritgen trouva l'orifice de la matrice à gauche, le segment inférieur un peu développé, et dans le cul-de-sac du vagin, il arriva à droite à une tumeur située assez haut, immédiatement au-dessus de l'utérus, et qui se déplaçait manifestement, lorsque, avec la main gauche, on communiquait des mouvemens à la tumeur de l'aîne droite. A l'aide du doigt, introduit dans le rectum, on reconnut également la tumeur à droite et au-dessus de l'utérus un peu augmenté de volume. Depuis trois mois, nul écoulement n'avait eu lieu par le vagin. Dans le principe on n'avait obtenu des selles tous les quatre jours qu'à l'aide de lavemens et de purgatifs salins; depuis douze jours, il y avait constipation complète; le colon transverse se dessinait sous les tégumens. A ces signes, on pouvait présumer une grossesse tubaire; mais le diagnostic devint encore plus positif à l'aide de l'auscultation, qui indiqua un bruit de soufflet, isochrone aux battemens des artères. La tumeur sembla menacer de se rompre; on la fit couvrir de cataplasmes narcotico-émolliens et on plaça un séton dans le voisinage. Dans l'intention de provoquer l'avortement, on prescrivit du sel de Glauber dans une émulsion huileuse et plus tard des pilules composées de seigle ergoté et d'extrait aqueux d'Aloès. Au bout de 24 heures, on vit disparaître les douleurs dans la tumeur, et dès le troisième jour, la malade put dormir. Les pilules avaient provoqué dans le principe le vomissement, mais plus tard commencèrent des contractions dans la tumeur et dans l'utérus, et il s'écoula par le vagin du sang foncé en couleur, et au bout de douze heures, la malade eut une selle. L'écoulement sanguin augmenta peu à peu et on vit paraître enfin de gros caillots de sang, qui furent recueillis avec soin; on les lava dans de l'eau fraîche, et on trouva dans quelques-uns, dès le troisième jour, des morceaux floconneux d'un tissu comme celui de la membrane caduque, et plus tard on découvrit aussi des parties de chorion, mais pas d'autres indices d'un embryon. Au quatrième jour, la tumeur était considérablement diminuée; mais elle ne disparut complètement qu'au bout d'un an et demi, et pendant neuf mois, il s'écoulait toujours du sang. Le bruit de soufflet avait diminué dans les premiers jours, et disparu complètement au bout de trois semaines. La tumeur et l'infiltration n'existaient plus dès la quatrième semaine. Le seigle ergoté et l'aloës ne furent donnés que pendant trois jours et le sel amer pendant huit; mais le séton fut entretenu pendant plusieurs mois. La femme se porte très bien actuellement; elle n'est pas redevenue enceinte.

L'observation que nous venons de rapporter avec quelques détails est très intéressante sous tous les rapports; elle mérite surtout l'attention des praticiens au sujet du moyen employé par M. de Ritgen pour délivrer la mère d'un fruit qui aurait pu devenir pour elle une cause de mort. D'abord l'auteur a bien exposé les signes sur lesquels il a basé son diagnostic, et les produits rendus par la mère ne peuvent pas laisser de doute sur la nature du cas; d'un autre côté le succès a été si heureux qu'on ne peut s'empêcher de recommander les moyens mis en usage dans cette circonstance lorsqu'un avortement est positivement indiqué; pourtant nous devons dire que sous le point de vue de l'anatomie et de la physiologie, il est difficile de comprendre comment le produit de la conception a pu passer de la trompe dans la matrice.

SUR LES HÉMORRAGIES APRÈS L'OPÉRATION CÉSARIENNE; par le même.

Le professeur de Giese a enseigné, il y a plus de sept ans, que lorsque l'utérus ne se contracte pas convenablement après l'opération césarienne il faut, pour remédier à l'hémorragie, attirer l'organe à travers les plaies des tégumens du bas-ventre, le laisser exposé à l'air et y faire des applications froides avec des éponges trempées dans l'eau; récemment encore il vient de mettre en usage ce précepte dans une opération césarienne dont il donne l'observation avec beaucoup de détails: la femme qui en fait le sujet, âgée de 36 ans, était arrivée au terme de sa huitième grossesse (ses sept premières couches avaient été heureuses); elle souffrait depuis plus de deux ans d'ostéomalacie qui avait considérablement rapetissé sa taille, et diminué les dimensions de son bassin; la symphyse pubienne formait en avant un angle aigu, et le diamètre transverse au devant des cavités cotyloïdes était réduit à 61 millimètres. L'opération fut pratiquée dans la ligne blanche. L'incision de l'utérus tomba où le placenta était adhérent; en faisant l'extraction du fœtus on augmenta la plaie de la matrice en la déchirant vers l'angle inférieur. Les parois de cet organe manquaient de ton et fournissaient beaucoup de sang; on tordit quelques artères, on en lia d'autres et on coupa les deux bouts du fil tout près du nœud; l'hémorragie continua néanmoins; c'est pourquoi on retint l'utérus en dehors de la plaie des tégumens du bas ventre et on le couvrit d'éponges trempées dans de l'eau froide. Pendant une heure et 28 minutes l'utérus fut exposé à l'air. On administra aussi du seigle ergoté, l'élixir acide de Mynsicht et la teinture de ratanhia. Après que l'hémorragie eut cessé, on rentra l'utérus et on ferma, à l'aide de suture, la plaie du bas-ventre; à son angle inférieur on plaça une bandelette de linge effilé.

L'enfant fut sauvé et la mère guérit, non sans présenter des accidens très graves pendant le temps des couches, et notamment il se détacha des bords de la plaie des escarres dont quelques-uns venaient des parois de la matrice.

OBSERVATION D'UN ACCOUCHEMENT CHEZ UNE FEMME QUI, QUATRE ANS AUPARAVANT, A ÉTÉ DÉLIVRÉE AU MOYEN D'UNE OPÉRATION CÉSARIENNE; par le docteur SCHNACKENBERG, à Cassel.

OBS. — J. Sietel, âgée de 33 ans, rachitique, n'ayant que 3 pieds 8 pouces de haut, fut accouchée au moyen de l'opération césarienne en août 1836; les aponévroses abdominales ne se cicatrisèrent pas parfaitement et un paquet intestinal faisait saillie dans la cicatrice distendue. De nouveau enceinte, elle était au terme de sa grossesse le 29 février 1840. Les médecins qui furent appelés auprès d'elle la trouvèrent dans un dénument extrême et dans un local où il ne fut pas possible de songer à entreprendre l'hystérotomie; on résolut de la transporter à l'hôpital après s'être assuré que le diamètre antéro-postérieur ne comportait qu'entre 2 pouces et demi à 2 pouces trois-quarts. Le fœtus présentait les pieds et les contractions furent bientôt si énergiques que l'enfant fut expulsé jusqu'aux épaules; on parvint assez facilement à dégager celles-ci, mais on ne réussit pas à avoir la tête. Le cordon cessa bientôt de battre, le méconium sortit l'enfant devint flasque. Convaincu de sa mort on résolut de faire la perforation du crâne, celle-ci réussit parfaitement. L'enfant pesait huit livres. La femme se porte bien aujourd'hui.

SUR LA DÉLIVRANCE; par M. le docteur METZ, d'Achen.

L'auteur, après avoir été partisan d'une expectation prolongée dans les cas de délivrance tardive avec ou sans accident, professe au contraire aujourd'hui que souvent il faut tenir une conduite très active. Il rapporte un grand nombre d'observations à l'appui de cette assertion, au reste très conforme aux règles de l'art.

De 1830-39, l'auteur a observé parmi les causes de délivrance tardive accompagnée d'hémorragie :

1° L'adhérence partielle du placenta avec l'utérus, 56 fois.

2° Des contractions inégales de la matrice, donnant à cet organe la forme d'un clepsydre, 5 fois.

3° Des contractions spasmodiques du segment inférieur de l'utérus, 4 fois.

4° L'atonie et l'absence des contractions de l'utérus, 5 fois.

5° Le ventre en besace, 6 fois.

6° L'hypertrophie énorme du placenta, 4 fois.

Dans deux cas, M. Metz a remédié à des convulsions en retirant le placenta.

Jamais, non jamais, dit-il, je n'ai eu d'insuccès, lorsque je me suis flatté d'opérer la délivrance lorsqu'elle était tardive et accompagnée d'accidens; mais par contre j'ai observé que le placenta, retenu dans l'utérus, a donné lieu à des accidens extrêmement graves et souvent mortels lorsqu'on s'est borné à une simple expectation.

L'auteur fait suivre ce mémoire de huit observations d'hémorragies pour cause d'insertion du placenta sur le col de l'utérus; 5 fois il est parvenu à sauver les mères au moyen de l'accouchement forcé et en faisant la version sur les pieds; 2 fois l'accouchement a été fait trop tard parce qu'on a rejeté dans le principe l'avis de l'opération; et une fois M. Metz croyant avoir fait l'opération encore à temps, la femme a pourtant succombé parce que l'hémorragie a continué, même après la délivrance; peut-être par cause de déchirure de l'utérus. L'autopsie n'a pas été accordée.

CAS DE GROSSESSE TUBO-UTÉRINE ARRIVÉE A TERME; par le professeur ROSSHIRT.

OBS. — B. B.., à N., âgée de 37 ans, femme d'un journalier, avait déjà accouché quatre fois avec facilité et d'enfans bien portans. Elle se crut de nouveau enceinte en mars 1834. Vers le troisième mois de sa grossesse elle fut maltraitée par son mari; quelques jours après elle ressentit des douleurs dans le ventre et fut obligée de garder le lit; dans la suite elle eut encore plusieurs fois des douleurs qui la forcèrent de se coucher. Vers le milieu de sa grossesse elle ressentit les mouvemens de son enfant et à la fin de décembre elle eut quelques contractions. La sage-femme, et plus tard deux accoucheurs qui furent appelés, reconnurent que l'enfant n'était pas contenu dans l'utérus.

Le 6 janvier 1835, M. Rosshirt vit pour la première fois la femme qui depuis quinze jours éprouvait des maux d'enfant; on pouvait palper facilement le fœtus à travers les parois abdominales, la tête était au-dessus de l'ombilic, presque dans l'épigastre, le tronc au milieu du ventre descendait jusqu'à la symphyse du pubis, les mouvemens du fœtus à gauche y faisaient présumer la présence des pieds. Les battemens doubles du fœtus étaient distinctement entendus près de l'ombilic de la mère; ils étaient faibles et irréguliers, les mouvemens de l'enfant avaient aussi déjà diminué de force. En touchant par le vagin on trouva le col amolli et raccourci, les orifices externe et interne dilatés pouvant admettre deux doigts. Pendant une contraction on s'assura de la vacuité de l'utérus, d'où s'échappaient les petites portions de membrane reste de la caduque. Il ne restait donc plus de doute sur l'existence d'une grossesse extra-utérine. Les traits de la femme étaient tirés, son pouls petit et fréquent (100); les forces considérablement diminuées; le bas-ventre n'était pas douloureux au toucher, au reste il n'y avait pas de symptômes d'inflammation. Le professeur d'Erlangen, conformément à des principes qu'il a déjà émis ailleurs répéta l'opération dans ce cas. La femme succomba trois jours après.

Le résultat de l'autopsie, faite dans l'absence de M. Rosshirt, est le suivant :

Après avoir incisé avec précaution les tégumens extérieurs, on trouva le péritoine distendu en forme de sac elliptique, blanc bleuâtre et semblable à une membrane fibreuse dont la face interne est recouverte par une masse de kystes, dont il s'échappait à l'incision une matière gluante, facilement coagulable. Il s'écoula, de la cavité péritonéale, environ 2 à 3 pots de fluide brunâtre, fétide. (Eau d'amnios.) On trouva l'enfant couché à droite avec la face appliquée sur la région lombaire gauche, l'occiput en avant et à droite, l'oreille gauche touchant presque le bord inférieur du foie, les épaules et le bassin près de l'ombilic en avant et à droite; la poitrine et le bas-ventre en arrière et à gauche; les pieds et les jambes passant à travers le péritoine à gauche, dessous et derrière la rate. Après avoir retiré l'enfant, qui était du sexe féminin, à terme et très fort, on trouva le placenta très volumineux, appliqué contre le colon ascendant, et adhérent au bord supérieur de l'utérus. En voulant enlever le délivre, on le trouva si fortement attaché à la matrice qu'on ne put l'extraire seul, et on fit, en voulant l'arracher, une déchirure si forte à la face antérieure et au fond de l'utérus, qu'on pouvait croire à une rupture de cet organe; on sortit ensuite l'utérus, et en même temps la portion de placenta qui y adhérait encore. On reconnut facilement l'ovaire gauche, mais, par contre, le droit était si dégénéré, qu'il fut difficile de le reconnaître. Les intestins étaient refoulés, et le rectum avec son appendice déprimé à gauche. En examinant l'utérus de plus près, on trouva que la membrane qui avait entouré l'enfant n'était autre chose que la portion de péritoine qui tapisse l'utérus, et qui s'était dilatée en forme de sac; on pouvait séparer de ce sac les véritables membranes de l'œuf; le bord supérieur de l'utérus était déprimé et comme déchiré. Au centre de cette dépression, la paroi de l'organe était si mince qu'il ne restait plus qu'une petite lame à travers laquelle on pouvait facilement pénétrer dans la cavité utérine. La dépression était arrondie, et, à ses bords, adhéraient des portions de péritoine; à son fond, ainsi qu'aux membranes péritonéales ambiantes, se trouvèrent des substances de placenta. Il ne resta donc plus de doute que l'œuf s'était développé entre le fond de l'utérus et le péritoine qui le recouvrait, et en examinant la substance de la matrice à cet endroit, on y trouva plusieurs ouvertures admettant des sondes assez grandes, et communiquant avec des veines utérines distendues, dans lesquelles on pouvait faire passer de l'air. Celles des veines qui se rendaient directement au péritoine tapissant l'utérus pouvaient être également insufflées, sans qu'on fût obligé de faire passer l'air par la substance même de l'utérus. En somme, la surface externe du fond de l'utérus présentait le même aspect qu'on remarque ordinairement à l'intérieur de l'organe, à l'endroit où adhère le placenta. A l'ovaire gauche, il y avait une vésicule; au reste, il était normal. Une sonde introduite à travers la trompe gauche pénétrait dans la matrice; mais, à travers la trompe droite, on arrivait tout près de la fossette extérieure située au fond de l'utérus, mais on ne pouvait y pénétrer, ni dans la cavité utérine; l'air insufflé n'y arrivait pas non plus. La face interne de l'utérus, dont la capacité était augmentée, paraissait être dénuée de muqueuse, et on y reconnut distinctement des fibres musculaires. Les parois de la matrice étaient épaissies, leurs tissus raréfiés, mais encore fermes. Tout l'organe avait les mêmes dimensions que dans une grossesse de deux mois.

Le professeur d'Erlangen cherche à prouver que, dans le cas présent, l'œuf fécondé était arrivé jusque tout près de l'embouchure de la trompe droite dans l'utérus; que là, il s'était arrêté et développé, que peu à peu il avait franchi les parois de la trompe et s'était porté dessous le péritoine, à l'endroit où cette membrane recouvre la matrice, et qu'à cet endroit le placenta s'était inséré à la surface externe de la matrice, et qu'ainsi la grossesse de tubo-utérine qu'elle avait été primitivement, était devenue complètement abdominale; mais peut-on appeler interstitielle, ou, avec l'auteur, tubo-utérine, cette espèce de grossesse, dans laquelle l'œuf, arrêté juste à l'angle où la substance de la matrice se continue avec celle de la trompe, distend les parois qui l'entourent?

Ce qui nous surprend, c'est que, dans ce cas, on soit resté dans l'expectation pendant quinze jours, sans avoir eu recours à l'opération césarienne; il est vrai que, lorsque M. Rosshirt a été appelé, la femme était extrêmement affaiblie et pour ainsi dire agonisante; mais l'enfant vivait encore.

II. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEILKUNDE, publié par DE GRAEFE et DE WALTHER.

Le deuxième cahier du trentième volume contient les articles originaux suivans : 1° *Sur le traitement des vers intestinaux*; par le docteur Kruger-Hansen. (L'auteur exagère les effets nuisibles des moyens énergiques qu'on emploie souvent pour chasser les vers qui existent réellement dans les intestins, ou qu'on suppose y exister.) 2° *Trois observations de fistules à l'anus*; par le docteur Brunzlow. (Rien d'inconnu.) 3° *Résection d'une portion de la mâchoire inférieure chez une jeune fille de 15 ans; guérison*; par le docteur Koch. 4° *Sur les inspirations et les soupirs*; par le docteur Hoppe. (Article non achevé.) 5° *Sur les avantages et les inconvéniens des émissions sanguines*; par le docteur Starke. (Bien de nouveau.) 6° *Que savons-nous aujourd'hui de la syphilis?* par le docteur Hoppe. (Article non achevé.) 7° *Amputations de la cuisse et de la jambe*; par le docteur Wolff. (Deux observations peu intéressantes.) 8° *Remarques sur les rhumatismes articulaires de la colonne vertébrale*; par le docteur Arnoldi. (Article non achevé.) 9° *Observation d'un érysipèle gangréneux de la peau du pénis et du scrotum*; par le docteur Ehrenreich. (Une grande partie des tégumens des organes de la génération furent détruits par la gangrène, à la suite d'un érysipèle. La perte de substance fut en partie réparée par du tissu de cicatrice, en partie par le déplacement de la peau voisine; les testicules, qui avaient été mis à nu, furent recouverts d'un nouveau scrotum élastique et extensible.) 10° *Description d'une nouvelle pince pour faire l'opération du bec-de-lièvre*; par le docteur Rigoni-Stern. (Cet appareil consiste dans une pince à ressort, dont l'une des branches est fendue dans une grande étendue, pour pouvoir y glisser la pointe d'un bistouri; l'autre est garnie, à sa face interne, d'une lame de bois, pour empêcher l'instrument tranchant de s'émousser.) 11° *Cas d'hématocèle chez un individu appartenant à une famille d'Hémophile*; par le docteur Thormann. (Le sang paraissait épanché, non seulement dans le tissu cellulaire du scrotum, mais encore dans la tunique vaginale même. La résorption a eu lieu.) 12° *Observation d'une mâchoire inférieure entièrement détruite par la nécrose, et régénérée*; par le même. (Une fistule, qui avait persisté quelque temps après la chute des séquestres, fut fermée au moyen de la transplantation de la peau.) 13° *Blessures de la main*; par le docteur Konrad. (1° Arrachement du pouce par un mouvement de mécanique; 2° coup de feu qui a enlevé les trois doigts moyens de la main droite.) 14° *Observation de fracture compliquée de la jambe*; par le même. (C'est une guérison remarquable en ce que les deux os de la jambe étaient fracturés en plusieurs endroits, que plusieurs portions d'os furent enlevées, que les parties molles avaient été profondément déchirées et contuses, et qu'une artère avait été ouverte. Le membre ne fut raccourci que de 2 centimètres. 15° *Destruction complète de l'hémisphère gauche et d'une portion de l'hémisphère droit du cerveau par la suppuration*; par le docteur

Hancke. (Les symptômes observés pendant la vie n'avaient nullement fait supposer un désordre aussi grave.)

IV. MEDICINISCHE JAHRBUCHER DES OESTERREICHISEN STAATES.

Le trente-deuxième volume contient les articles originaux suivans : 1° *De l'influence de l'air des montagnes et du régime des montagnards sur l'hématose*; par le docteur Flechner. 2° *Trois observations de morsure de vipère*; par le docteur Glückselig. (D'après l'auteur, les effets produits par le venin de la vipère consisteraient dans une inflammation des lymphatiques et des veines. Il a une grande confiance dans le chlore liquide étendu. Les observations ne présentent rien de saillant.) 3° *Sur la cure radicale des hernies non étranglées*; par M. le docteur Schüh. (Sur 11 individus opérés par la méthode de M. Gerdy modifiée, 9 furent guéris, chez un, l'opération a été suivie d'une simple amélioration, chez un autre, il n'y a eu aucun résultat favorable. La modification que M. Schuh a apportée au procédé de M. Gerdy consiste dans une espèce de gaîne protectrice dont il recouvre la pointe de l'aiguille avant de faire la ponction pour ne point blesser le doigt de l'opérateur engagé dans la peau invaginée, ni entamer cette peau avant d'être arrivé au point voulu. 4° *Description d'un compresseur pour détruire la vitalité dans les cas d'odontalgie*; par le docteur Barach. (Instrument dont l'utilité nous paraît très douteuse.) 5° *Compression de la trachée par un goître squirreux; mort de pneumonie*; par le docteur Knaffl. 6° *Des affusions d'eau froide contre le croup*; par le docteur Zauda. (Les observations que l'auteur rapporte ne nous permettent pas de recommander ce moyen contre une maladie qui réclame des secours prompts et bien éclairés.) 7° *Sur la structure des glandes*; par le professeur Berres. (Ce mémoire très intéressant échappe à l'analyse.) 8° *De l'opération de l'ectropion et en particulier de la méthode de Sanson*; par le docteur Hawranck. (Article d'érudition bien fait.) 9° *Quelques mots sur la médecine de notre époque*; par le docteur Toltényi. 10° *Sur les tumeurs sanguines des nouveaux-nés*; par le docteur Helm. (Rien d'inconnu.) 11° *Quelques remarques sur les rétrécissemens de l'urètre*; par le professeur Hanser. (Idées très vulgaires.) 12° *Rapport sur le traitement de Zaïte contre l'hydrophobie*; par le professeur Brosche. (Jusqu'à présent le succès de ce mode de traitement tant vanté est encore bien douteux.) 13° *Compte-rendu de la clinique d'accouchement à Gratz pendant* 1836-37; par le professeur Goetz. 14° *Matériaux pour une police médicale des côtes maritimes concernant la peste*; par le professeur Bernt. 15° *Des eaux minérales de Zippik en Esclavonie*; par le docteur Wagner. 16° *Sur les maladies des pauvres*; par le docteur Haller. 17° *Sur l'anthrax*; par le docteur Wattmann. (Idées connues.) 18° *Sur les maladies du pancréas*; par le docteur Engel. (Dans cet article l'auteur a pour but de démontrer combien peu la science est avancée dans le diagnostic des maladies du pancréas; à cet effet il décrit quelques unes des pièces d'anatomie pathologique qui se trouvent dans le musée de Vienne. 19° *Sur les travaux de M. Orfila pour trouver l'arsenic dans les secondes voies*; par le docteur Wolf. 20° *Quatre cas de croup guéris par le sulfate de cuivre*; par le docteur Herschmann. 21° *Cas de stéatome dans l'orbite*; par le professeur Hauser. (La tumeur, évidemment congéniale, n'a commencé à faire des progrès que lorsque la personne avait atteint l'âge de 17 ans. L'extirpation fut faite 4 ans après.) 22° *Eléphantiasis du pied gauche*; par le docteur Kustler. (La femme, qui fait le sujet de cette observation, âgée de 38 ans, a des ulcères fistuleux avec hypertrophie du pied malade. L'écoulement sanieux se trouve modéré par l'emploi d'un bandage compressif, qui, chose curieuse, fut laissé une fois en place pendant 7 ans et demi sans être renouvelé.) 23° *Nouvelle méthode pour réduire les os luxés*; par le docteur Graf. (L'auteur s'élève contre l'extension et préfère l'action directe sur la tête de l'os luxé.) 24° *Compte-rendu des autopsies juridiques faites à Prague pendant l'année scolaire 1839*; par le professeur Popel. 25° *Sur la conduite à tenir dans les épizooties*; par le docteur Knaffl. (Article de police médicale.)

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT A GRATZ PENDANT 1836-37; par le professeur GOETZ.

Du 1er novembre 1836 au 31 octobre 1837, il y eut 1,091 accouchemens par les seuls efforts de la nature et 34 par les secours de l'art; 1089 simples et 18 avec jumeaux.

On a observé 1,018 premières positions de l'occiput.

34 secondes et point de troisième et quatrième.

3 positions du sommet.
2 — du front.
10 — de la face.
14 — du coccyx.
1 — des genoux.
1 — des pieds.

Il y eut enfin 2 avortemens et 17 accouchemens prématurés, le plus souvent entre le septième et huitième mois.

Des jumeaux, le premier est venu :

11 fois avec la tête.
1 — les pieds.
2 — les genoux.
4 — le coccyx.

Le second enfant, par contre, n'a présenté que :

2 fois la tête.
4 — les pieds.
10 — le coccyx.
1 position transversale. (L'enfant vint mort au monde par la version.)

Et dans un cas, on a trouvé, dans un délivre d'un accouchement d'un enfant à terme et bien portant, un embryon d'environ 6 mois, qui était très flasque, aplati, et en partie macéré. Le placenta était flétri et décoloré à l'endroit où l'embryon mort adhérait. La grossesse, ainsi que les couches, se sont passées d'une manière très heureuse pour la mère. Deux fois on a cherché le second enfant présentant la tête avec le forceps, pour cause d'inertie de l'utérus.

Sur 8 prolapsus du cordon, quatre fois on est parvenu à opérer la reposition avec succès pour la vie de l'enfant.

Dans 12 cas, on a pratiqué le décollement du placenta, à cause de fortes hémorragies.

Sur les 34 accouchemens artificiels, il y eut 9 versions sur les pieds, 7 pour cause de position transversale, 1 pour un prolapsus du cordon, et 1 pour un décollement prématuré du placenta. Cinq de ces enfans vinrent morts au monde; un d'eux en état de putréfaction, et deux autres étaient probablement morts avant qu'on eût commencé la version, parce que les eaux étaient écoulées depuis longtemps, et l'utérus fortement contracté lors de l'entrée des femmes à l'hôpital.

23 enfans furent amenés par le forceps, 15 étaient bien portans et 8 morts.

2 perforations du crâne furent faites; une fois dans un cas d'hydrencéphale, et une autre dans une position de la face.

275 femmes tombèrent malades, dont 5 succombèrent, 260 guérirent, 10 sont sorties non guéries.

Des 1125 enfans nés dans cette année, 554 étaient du sexe masculin, et 571 du féminin.

Sont venus morts au monde 28 garçons et 32 filles.

Dans les premiers jours après l'accouchement moururent 14 filles et 7 garçons.

Suivent quelques observations qui présentent peu d'intérêt.

IV. WOCHENSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE, publié par le docteur CASPER.

LAVEMENT DE BELLADONE CONTRE L'ILÉUS; par le docteur BECKER.

Encouragé par les succès de M. le docteur Stanius, qui, le premier, a eu l'idée de faire usage de la belladone dans les cas d'iléus (GAZ. MÉD., p. 505, 1836), M. le docteur Becker a employé ce remède avec un effet remarquable dans le cas suivant.

OBS. — La femme du gendarme F. à R., âgée de 48 ans, régulièrement menstruée, de constitution faible, fut prise, sans cause connue, de cardialgie, avec constipation, dont elle avait fréquemment souffert autrefois; malgré un traitement rationel, les vomissemens fréquens devinrent de plus en plus fétides, et enfin tout à fait stercoraux; la constipation durait déjà depuis cinq jours, et M. Becker voulait employer, comme dernier moyen de salut, le mercure coulant, lorsqu'il se souvint de l'article de M. Stanius. Il prescrivit un lavement composé de 4 grammes de racine de belladone. Les douleurs et les vomissemens cessèrent bientôt, et, au bout d'une demi-heure, la malade eut une selle contenant beaucoup de sang. La femme, qui fut soumise à un traitement consécutif convenable, se rétablit peu à peu. On n'a pas observé d'effets narcotiques après l'emploi de la belladone.

DE LA COMBUSTION SPONTANÉE DU CORPS HUMAIN; par le docteur JACOBS, d'Eupen.

Sur 28 observations que M. Jacobs a recueillies dans les auteurs, il résulte :

1° Que la combustinn spontanée n'a en lieu que sur des hommes vivans, jamais sur des morts, ni sur des animaux.

2° Que le plus grand nombre des personnes étaient très âgées; les deux plus jeunes avaient 50 ans, et une autre 29 ans.

3° Que les femmes sont le plus sujettes à cet accident; on ne l'a encore rencontré que sur 2 hommes.

4° Que la combustinn spontanée était nne fois précédée de jaunisse, une autre fois d'un ulcère de manvaise nature à la tête.

5° Que toutes les personnes étaient seules an moment de l'accident.

6° Qu'elles menaient une vie oisive.

7° Que tontes étaient très grasses, sauf 3 femmes très maigres et très sèches.

8° Que le plus grand nombre de personnes mortes de combustion spontanée étaient adonuées à la boisson; pourtant pas toutes.

9° Que le plus souvent il existait, dans le voisinage où l'accident a en lieu, une lumière, des charbons ardens, un corps quelconque en ignition. Il est vrai de dire que, dans plusieurs observations, cette circonstance n'est pas indiquée.

10° Que la combustinn spontanée marche le plus souvent avec beaucoup de rapidité; ordinairement elle a lieu dans sept, trois, deux, et même une heure.

11° Que la flamme, difficile à éteindre par l'eau, était très mobile et ne détruisait que les nbjets placés tont près ou en contact immédiat avec le corps en combustinu.

12° Que la chambre où la combustion spontanée a eu lieu était ordinairement remplie d'une épaisse fumée, et les murailles couvertes d'une substance noire charbonneuse; le plancher, les cendres et les os, enduits de graisse et d'une humidité fétide.

13° Que le tronc était le plus souvent détruit complètement; il restait ordinairement quelques parties de la tête et des extrémités.

14° Que la combustion spontanée a eu lieu, sauf deux cas, pendant une température froide, en hiver, et dans des régions du nord.

V. ARCHIV FUR DIE GESAMMTE MEDICIN, publié par le docteur HAESER.

Le troisième cahier du premier volume contient les articles originaux suivans : 1° *Sur la première colonie qui a été fondée en Europe pour la guérison du crétinisme*; par le docteur Guggenbuhl. 2° *Notice sur les sourds-muets dans le duché de Meiningen*; par le docteur Jahn. 3° *Compte-rendu de l'hôpital de Brême*; par le docteur Barkhausen. (Rien de saillant.) 4° *Sur la doctrine des stases et des fièvres*; par le docteur Eisenmann. (Article non achevé.) 5° *Sur le rapport des méthodes curatives physiatriques avec les spécifiques*; par le dncteur Haeser. 6° *Sur l'usage de l'arsenic pour médicament*; par le docteur Steinbeim. (L'auteur rapporte quelques cas de fièvre intermittente et d'affections dartreuses guéris par ce moyeu.)

SUR LA PREMIÈRE COLONIE QUI A ÉTÉ FONDÉE EN EUROPE POUR LA GUÉRISON DU CRÉTINISME; par le docteur GUGGENBUHL.

Pour diminuer le nombre très considérable de crétins qui se trouvent dans les vallées étroites des Alpes, on a commencé à former un établissement pour l'éducation des enfans qui donuent des signes de crétinisme dès leur enfance. On s'est assuré depuis longtemps que tous les jennes crétins ponvaient être guéris, lorsqu'nu les transporte du fond de leurs vallées sur de hantes montagnes, et qu'à une hauteur de 1000 mètres au-dessus du niveau de la mer, on ne rencontre plus de ces malheureuses créatures.

Toutes les sages-femmes de ces vallées étroites reconnaissent facilement le crétinisme an mnment de la naissance; elles savent que tout nonveau-né avec physionmie stupide, poussant des cris particuliers et faisant des mnuvemens désordnnnés, ne manquera pas de devenir crétin. Dans ce cas, il en sera fait un rapport à l'état civil, pour que l'enfant soit porté à l'Institut national qui se trouve actuellement fondé sur une montagne du *Berner Oberland*. Toutes les dispositions y sont prises pour arriver à un développement physique, mnral et intellectuel de ces jeunes sujets. Cette institution portera à l'avenir le nom de *Neu Sierra Leona*.

NOTICE SUR LES SOURDS ET MUETS DANS LE DUCHÉ DE MEININGEN; par le docteur JAHN.

A l'occasion des recherches sur la statistique des sourds et mnets de son pays; M. Jahn uons fait connaître le rapport qui existe entre la population de quelques pays et le nombre des sourds et muets qu'ou y rencontre. Ce tableau intéressant est le suivant :

ÉTATS.	Année de recensement.	Sourds et muets.	Population.	Rapport des sourds et muets à la population.	Nombre des sourds et muets sur 1,000,000 d'individ.
Snisse	—	8005	2,200,000	1 : 275	3639
Weimar	1834	334	238,672	1 : 715	1399
Terres-Fermes des états sardes.	1834	4862	3,675,327	1 : 756	1323
Altenbourg	1836	103	120,514	1 : 1170	855
Canada inférieur	1831	408	511,917	1 : 1255	797
Prusse	1834	10239	13,509,927	1 : 1319	758
Hanôvre	1833	1111	1,642,807	1 : 1479	676
Saxe	1836	1094	1,626,000	1 : 1486	673
Danemarck	1834	630	1,223,807	1 : 1943	515
Braunschweig	1835	125	253,232	1 : 2026	494
Etats-Unis de l'Amérique exceptés.					
New-York	1830	5223	10,952,094	1 : 2097	477
Belgique	1835	1900	4,154,922	1 : 2187	457
Hollande	—	1098	2,400,000	1 : 2204	454

Il résulte de ce tableau que les pays à hantes montagnes et à vallées profondes renferment plus de sourds et muets que les contrées basses et plates. Cette règle se tronve encore confirmée lorsqu'on examine les provinces en particulier. D'après Zschocke, l'humidité contribnerait beaucoup an développement de cette maladie; cette assertinn peut être vraie lorsque l'humidité est jointe à d'autres circonstances, telles que l'élévation des mnntagnes, etc, Mais elle n'est pas applicable aux pays des plaines; la Belgique et la Hollande comptent peu de sourds-muets. Selon Schubler, les pays dont les eaux sont salines et séléniteuses renferment beaucoup de sourds et muets, de goîtres et de cretins. Ces différentes circonstances, comme favorisant cette infirmité, se trnuvent confirmées par la topographie du duché de Meiningen, au dire de M. Jahn.

Quant au rapport des hommes sourds-et-muets à celui des femmes, on a constaté qu'il est de 100 à 9 à Meiningen; mais d'après le tablean suivant de M. Schmalz, fait sur une grande échelle, il serait de 4 à 3.

ÉTATS.	Habitans.	Rapport des sourds et muets, hommes et femmes en général.	Même rapport eu égard à la population plus grande des femmes.
Saxe	1 2/3 mill.	100 : 74	100 : 70
Altenbourg	1/8 —	100 : 87	100 : 84
Prusse	13 1/2 —	100 : 76	100 : 75
Hanovre	1 2/3 —	100 : 76	100 : 72
Hollande	2 2/5 —	100 : 75	
Belgique	4 1/8 —	100 : 80	
Canton de Zurich	1/5 —	100 : 91	
Danemarck	1 1/4 —	100 : 87	
Terres fermes des états Sardes.	3 2/3 —	100 : 69	
Rome	3/20 —	100 : 75	

Sur les 192 snuds-et-muets de Meiningen il y en avait 174 de naissance et 18 ayant contracté la maladie à un âge plus avancé. M. Schmalz dnnne le tableau suivant.

Pays.	Sourds et muets.	—dès la naiss.	—devenus plus tard.
Saxe	151	77	74
Altenbourg	103	82	21
Bavière	135	79	56
Bade	533	240	293
Bohême	165	77	88
Hambourg	11	5	6
Prusse Rhénale	29	16	13
Belgique	1891	1484	407
France	238	171	67
Danemarck	88	54	34
Sardaigne	48	27	21
Angleterre	590	498	92
Etats Unis de l'Amérique.	1443	855	588
	5425	3665	1760

M. Jahn a confirmé aussi pour son pays l'assertion de Schmalz, que les familles pauvres comptent le plus de sourds-et-muets, et cette autre assertion du même auteur que ce n'est que très rarement qu'on voit des enfans au-dessus de sept ans devenir sourds-et-muets; jamais après dix.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR LA LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS EN ARRIÈRE; communiquées par M. ALP. RENDU, ancien interne des hôpitaux.

OBS. I. — En 1836, étant de garde à l'Hôtel-Dieu de Paris, où je remplissais les fonctions d'élève interne, je fus mandé pour examiner le bras de la fille d'un employé de la maison. J'appris que cette enfant, âgée de 2 ans environ, étant sur le point de tomber à terre, fut retenue vivement par la personne qui lui donnait la main, et qu'au même instant elle jeta des cris qui duraient encore au moment où je la vis. L'avant-bras du côté gauche était à demi fléchi sur le bras, et la main, fléchie sur l'avant-bras, avait son bord externe légèrement incliné sur le radius; la face dorsale du poignet était œdémateuse et très douloureuse, la petite fille y portait fréquemment la main droite et jetait les hauts cris dès que je voulais y toucher.

Je fus frappé tout d'abord de l'analogie de ces signes avec ceux d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius. J'interrogeai la bonne de l'enfant, qui était présente au moment de l'accident, pour savoir si aucune chute n'avait été faite, et bien qu'on m'affirmât que non, et que je n'en visse aucune trace sur la main de l'enfant, je cherchais cependant à constater l'existence d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, ou d'un décollement de l'épiphyse. Dès que je saisis le poignet, l'enfant jeta de grands cris, qui redoublèrent dans les légers mouvemens que je fis exécuter pour reconnaître la crépitation; dans un mouvement un peu forcé de supination, je sentis tout à coup un choc analogue à celui d'une tête osseuse qui rentre dans une cavité; ce choc s'était passé dans la région du coude, et je reconnus alors que j'avais eu affaire à ce que l'on nomme une luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière. Je plaçai un petit bandage en 8 de chiffre autour du coude; l'avant-bras fut maintenu en écharpe, et la petite malade recouvra sa gaîté en cessant de souffrir. L'accident ne s'est pas reproduit depuis.

En réfléchissant aux signes fournis par l'accident dont je n'avais pas soupçonné la nature, je fus frappé du contraste que présentait, sous le rapport de la douleur, le coude, siége de la maladie et le poignet si distant du point malade; mais mon attention n'ayant point du tout été fixée sur le coude, je ne pus rien dire de l'état physique dans lequel se trouvait cette partie pendant l'accident. Je me promis alors de bien constater l'état du coude, si un cas semblable se présentait à mon observation.

Deux années s'écoulèrent sans qu'il me fût donné de voir un accident de ce genre; mais à la fin de 1839, étant de garde à l'hôpital de la Charité, où j'étais élève interne, je fus mandé pour examiner le bras de la fille d'un des premiers magistrats de Paris.

OBS. II. — La petite malade, âgée de 18 mois, jouait avec une grande personne qui la faisait sauter en la tenant par les deux mains, lorsque tout à coup elle poussa de grands cris et ne cessa de se plaindre en montrant sa main gauche.

Lors de mon arrivée, la désolation était générale dans la famille; j'examinai l'enfant et je fus frappé de l'analogie qui existait entre les signes que j'avais observés deux ans auparavant sur l'enfant de l'Hôtel-Dieu et ceux que je voyais en ce moment; mais cette fois, moins novice que la première, je rassurai la famille sur le peu de gravité de l'accident et promis d'y porter promptement un remède efficace. Mais avant de faire la réduction, je voulus profiter de cette occasion pour bien constater l'état des saillies osseuses.

J'examinai le coude avec attention; je sentis parfaitement, malgré la rondeur des formes de la petite malade, les saillies osseuses qui s'observent de chaque côté de l'extrémité inférieure de l'humérus; je marquai la place de l'olécrâne, mais je cherchai en vain la saillie que devait former la tête du radius que je supposais luxée en arrière.

Pendant la durée de ces recherches, la petite malade ne poussa pas un cri, elle était tout occupée d'images que lui montrait une de ses sœurs. L'examen du coude fait, je pris le poignet, et de suite les cris recommencèrent, bien que l'instant d'avant la petite malade fût toute occupée de ses images. Tenant le poignet de la main droite, je saisis le coude de la gauche, et faisant exécuter à la main de la petite malade un mouvement de supination, je sentis manifestement à l'extrémité supérieure de l'avant-bras le choc qui m'indiqua le retour des parties à leur état normal. Pendant la courte durée de cette manœuvre, la petite malade ne cessa de jeter les hauts cris, mais une fois les parties replacées toute douleur cessa et avec elle les plaintes; j'eus même un véritable succès auprès de la petite malade qui, toute contente de ne plus souffrir, agitait la main en signe de joie et cherchait, par ses caresses, à me témoigner sa satisfaction. J'appris quelques jours plus tard que l'accident ne s'était pas reproduit et n'avait point eu de suites.

Ici, comme dans le premier cas, je fus frappé de deux circonstances, absence de douleur dans la région du coude, œdème et douleur à la face dorsale du poignet. De plus, bien que j'aie apporté beaucoup de soin à l'examen du coude, il m'avait été impossible de constater la présence de l'extrémité supérieure du radius, saillie qu'il eût été facile de reconnaître si, comme on le dit, il y a dans les cas de ce genre luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière.

Désirant étudier cette question, j'entrepris quelques recherches sur le cadavre; ce sont ces recherches et les résultats auxquels j'ai été conduit que je donne en ce moment. Quoi qu'il advienne, j'ai la conscience de n'avoir rien négligé pour connaître le vrai et je puis dire avec Montaigne : « Ceci est une œuvre de bonne foi. »

DISPOSITIONS ANATOMIQUES.

L'articulation radio-cubitale supérieure qui n'est qu'une dépendance de la grande articulation du coude, est due à la réception d'une partie du rebord de la tête du radius dans la petite cavité sigmoïde du cubitus; cette cavité est proportionnellement tout aussi étendue et tout aussi creuse chez l'enfant que chez l'adulte. La tête du radius qui présente une sorte de cupule destinée à recevoir la petite tête de l'humérus offre certaines dispositions qu'il est important de remarquer; ainsi d'une part, son plus grand diamètre est dans le sens antéro-postérieur; le plus étroit est le transverse. Le bord postérieur du pourtour de cette cavité est le plus saillant de tous; il est de beaucoup plus mince et plus tranchant que l'antérieur qui est mousse, épais et arrondi. Cette tête du radius est supportée par un col qui ne représente pas exactement l'axe de rotation de l'extrémité supérieure du radius. Ce col forme avec le corps de l'os un angle obtus ouvert en dehors.

Quant à l'articulation radio-cubitale inférieure, on sait que c'est sur la tête du cubitus que glisse une petite facette que présente le côté externe de l'extrémité inférieure du radius. Une capsule articulaire assez lâche s'observe pour cette articulation; mais nous signalerons le fibro-cartilage triangulaire comme principal moyen d'assujétissement des surfaces osseuses, et comme obstacle à l'étendue des mouvemens.

PHÉNOMÈNES QUI SE PASSENT DANS L'ARTICULATION RADIO-CUBITALE SUPÉRIEURE DANS LES MOUVEMENS DE PRONATION ET DE SUPINATION.

MOUVEMENS DE PRONATION. — Dans le mouvement de pronation : 1° la cavité articulaire de la tête du radius est constamment en rapport avec la petite tête de l'humérus, quelque étendu que soit le mouvement; 2° à mesure que la pronation s'exécute, le contact du rebord de la tête du radius devient plus intime avec la cavité sigmoïde du cubitus, ce qui tient au genre d'inclinaison du col du radius sur le corps de l'os; 3° la portion postérieure du ligament annulaire n'est nullement distendue par la tête du radius; la disposition de cette extrémité osseuse explique ce fait, qu'il est facile de constater. Dans l'état de parallélisme des deux os de l'avant-bras, le plus grand diamètre de l'extrémité supérieure du radius est antéro-postérieur; lorsque la pronation a lieu, le petit diamètre de cette extrémité qui, primitivement, était transversal, devient antéro-postérieur; il ne peut donc exercer de pression sur la partie postérieure du ligament annulaire, et cette même pression ne peut non plus s'exercer sur la portion externe de ce ligament, puisque, bien que dans la pronation le grand diamètre de l'extrémité supérieure du radius soit devenu transversal, le contact entre le bord de la cavité articulaire du radius et la cavité sigmoïde du cubitus étant plus intime, il y a compensation, partant nulle distension du ligament annulaire dans aucune de ses parties.

Le mouvement de pronation de l'avant-bras est, comme l'on sait, d'une assez grande étendue; il est tel, que le bras placé de manière que le pli du coude regarde directement en avant, la main peut se retourner sur elle-même, de telle sorte que la face palmaire devienne postérieure. Le bras restant maintenu fixe dans sa position, si l'on veut exagérer cette pronation, c'est alors le bras qui y contribue, en exécutant dans l'articulation scapulo-humérale un mouvement de rotation par lequel la main peut décrire une circonférence entière.

Le mouvement de pronation dû seulement au mouvement du radius est borné par la face postérieure de la capsule radio-cubitale inférieure, et, pour parler plus exactement, par le ligament triangulaire qui unit inférieurement le radius au cubitus. Si ce ligament vient à être rompu, le contact des os de l'avant-bras bornera ce mouvement. La portion postérieure du ligament annulaire ne borne nullement ce mouvement, puisque nous avons vu qu'aucune de ses parties n'était distendue dans la pronation.

MOUVEMENT DE SUPINATION. — A mesure que la supination s'opère : 1° le contact de la petite tête de l'humérus avec la cavité articulaire du

radius devient moins intime ; 2° le contact du rebord de l'extrémité supérieure du radius avec la petite cavité sigmoïde du cubitus tend à disparaître, circonstances qui tiennent, d'une part, à ce que, dans le mouvement de supination, le rebord postérieur de la cavité articulaire du radius vient se placer dans la rainure qui sépare la petite tête de l'humérus, de la crête reçue entre les cavités articulaires des extrémités supérieures des deux os de l'avant-bras, et comme ce bord postérieur est plus saillant que le bord interne dont il vient occuper la place, il en résulte qu'une partie de la cavité articulaire de l'extrémité supérieure du radius n'est plus en rapport avec la petite tête de l'humérus, et que le contact n'a plus lieu entre le rebord de cette même extrémité et la petite cavité sigmoïde du cubitus. L'autre cause du défaut de contact est due à l'obliquité du col du radius sur le corps de l'os ; 3° la portion antérieure du ligament annulaire est tiraillée, ce qui tient d'une part à l'écartement qui existe par le fait même du mouvement de supination, entre la tête du radius et la petite cavité sigmoïde du cubitus, et d'une autre part à ce que le bord antérieur se trouve porté en avant par le fait même du changement de position qu'a éprouvé le bord postérieur de la cavité articulaire du radius. La portion postérieure du ligament annulaire n'est pas tendue, puisque la tête du radius tend, dans ce mouvement, à se porter en avant.

Le mouvement de supination est borné 1° par la portion antérieure du ligament annulaire ; 2° par la moitié antérieure de la capsule radio-cubitale, ou mieux par le ligament triangulaire ; celui-ci rompu, le contact des os serait le troisième obstacle qui limiterait ce mouvement.

Dans les mouvemens de pronation, nous avons vu que l'extrémité supérieure du radius n'abandonnait jamais la petite tête de l'humérus, non plus que la petite cavité sigmoïde du cubitus, et que même le contact des surfaces articulaires était d'autant plus intime que la pronation était plus marquée. Dans un mouvement de pronation exagérée, si quelque désordre doit survenir, c'est dans l'articulation radio-cubitale inférieure qu'on l'observera, et non dans la supérieure, puisque le ligament annulaire du radius ne borne en rien la pronation, tandis que le ligament triangulaire de l'articulation radio-cubitale inférieure est le premier obstacle que rencontre ce mouvement. Ce ligament rompu, la pronation n'est plus limitée que par le contact des os de l'avant-bras, et si la force qui détermine la pronation continuait encore à agir, le cubitus fournirait au radius un point d'appui dont le résultat tendrait à détruire les rapports articulaires de la tête du radius, et à produire une luxation en avant. Mais si, dans un mouvement de pronation forcée, une force appliquée au poignet vient à exercer son action de la partie inférieure vers la partie supérieure du radius, alors il pourra en résulter luxation de l'extrémité supérieure de cet os en arrière. Dans ce cas, la luxation aura été favorisée par le mouvement de pronation, et produite par la force appliquée à l'extrémité inférieure du radius. Dans ce genre de luxation, il devra y avoir, ce nous semble, un désordre plus ou moins grand dans l'articulation de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras, et déchirure plus ou moins complète de l'aponévrose tendue entre le bord interne du radius et le bord externe du cubitus (ligament inter-osseux). Cette luxation sera facilitée encore dans sa production par l'action des muscles dont la contraction brusque et instantanée viendra s'ajouter à la force qui tend à déplacer le radius ; mais nous le répétons, ce n'est pas le mouvement de pronation qui a déterminé la luxation, il n'a fait qu'en faciliter la production, et nous croyons fermement que le seul mouvement de pronation, quelque étendu qu'on le suppose, ne saurait produire la luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière.

Dans la supination, au contraire, nous avons vu qu'à mesure que le mouvement s'effectuait, le contact des surfaces articulaires devenait moins intime, et que la tête du radius, portée en avant, venait presser la portion antérieure du ligament annulaire du radius. Ici nous concevons très bien que chez des enfans de constitution scrofuleuse, des mouvemens de supination exagérés et fréquemment répétés doivent amener un relâchement du ligament annulaire du radius, et une laxité plus grande dans les moyens d'union des surfaces osseuses. Ici encore nous concevons que le seul mouvement de supination puisse amener la luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant, mais nous croyons que cette luxation pour s'effectuer doit être précédée de la rupture du ligament triangulaire de l'articulation radio-cubitale inférieure et accompagnée de la déchirure plus ou moins complète du ligament inter-osseux des deux os de l'avant-bras. Cette luxation sera surtout produite, lorsque dans un mouvement de supination, une force appliquée au poignet se transmet au radius de sa partie inférieure vers son extrémité supérieure. Ici encore la contraction musculaire pourra s'ajouter comme puissant auxiliaire, et faciliter la production de la luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant.

DE CE QUI SE PASSE DANS L'AFFECTION CONNUE SOUS LE NOM DE LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS EN ARRIÈRE.

Cependant chez les enfans, par l'effet d'un mouvement de pronation forcée, mouvement dans lequel la puissance des muscles pronateurs est de beaucoup surpassée par la force qui s'ajoute à leur action, des phénomènes morbides se passent dans toute l'étendue de l'avant-bras.

Ces phénomènes sont : 1° fixité de l'avant-bras et de la main dans la pronation ; 2° flexion légère de l'avant-bras sur le bras, et de la main sur l'avant-bras ; 3° douleur et œdème au poignet ; 4° inclinaison du bord externe de la main sur le côté radial de l'avant-bras.

Nous ne pouvons rattacher ces phénomènes à la luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière, puisque nous n'admettons pas que cette luxation soit possible par le fait seul d'un mouvement de pronation, et cependant ces phénomènes sont consécutifs à une pronation forcée.

D'après les recherches que nous avons faites sur le cadavre, nous nous sommes demandé si les phénomènes que l'on rattache à une luxation en arrière de l'extrémité supérieure du radius en arrière, n'étaient pas dus à ce que dans un mouvement de pronation forcée, la tubérosité bicipitale du radius portée en arrière aurait franchi le bord externe de l'extrémité supérieure du cubitus. L'intervalle qui existe entre les deux os de l'avant-bras à la partie supérieure offre peu de largeur ; si la tubérosité bicipitale offre plus de volume qu'elle n'en a habituellement, il pourra arriver que dans un mouvement de pronation forcée elle soit portée derrière le cubitus et maintenue dans cette position par le bord externe de cet os ; les muscles biceps supinateurs, etc., n'étant pas assez puissans chez les enfans pour surmonter la résistance qu'oppose dans ce cas le bord externe du cubitus au retour de la tubérosité bicipitale en avant. Si nous n'observons pas plus fréquemment ce genre d'accident, c'est que peut-être il faut le concours de certaines dispositions anatomiques que ne présentent pas également tous les enfans ; développement prononcé de la tubérosité bicipitale d'une part, et saillie assez forte du bord externe du cubitus de l'autre.

En admettant que la position anormale de la tubérosité bicipitale soit la cause des accidens, il nous est facile d'expliquer les divers phénomènes qui suivent une pronation forcée, et pourquoi ce genre d'accident ne se rencontre que chez les enfans. Chez eux, en effet, les muscles chargés d'effectuer la supination n'ont pas assez d'énergie pour résister aux mouvemens de pronation qu'exécute la force extérieure appliquée au poignet, tandis que chez l'adulte, ces mêmes muscles ont une énergie assez grande pour contrebalancer cette action.

Quant aux signes, la persistance de la pronation s'explique par l'impossibilité où sont les muscles de ramener en avant la tubérosité bicipitale retenue par le bord externe du cubitus ; la flexion de l'avant-bras sur le bras est due à l'enroulement d'une portion du biceps autour de la tubérosité bicipitale. L'inclinaison de la main sur l'avant-bras et la légère flexion de celle-ci reconnaissent pour cause la contraction musculaire excitée par l'irritation communiquée aux muscles de cette extrémité ; quant à l'œdème et à la douleur du poignet, ils seraient le résultat de la tension de la portion postérieure de la capsule radio-carpienne et des ligamens qui, du cubitus, vont se rendre au carpe.

Un simple mouvement de supination un peu forcé suffit pour rétablir les parties dans leur état normal, et le choc que l'on sent serait dû au passage brusque de la tubérosité bicipitale, qui, de la partie postérieure, passe à la partie antérieure.

Si la position anormale de la tubérosité bicipitale est la cause première des accidens, on voit que l'on chercherait en vain la saillie formée par la tête du radius supposée luxée, et l'on comprend facilement comment alors le coude est presque entièrement indolent à la pression.

CONCLUSIONS.

De ces remarques, nous concluons :

1° Que les mouvemens de pronation, quelque forcés qu'ils soient, et quelque fréquemment qu'on les répète, sont sans influence sur le ligament annulaire du radius.

2° Que l'effet que ces mouvemens pourraient produire à la longue, et en admettant une prédisposition individuelle, s'exercerait sur l'articulation radio-cubitale inférieure, dont ils pourraient relâcher le ligament triangulaire.

3° Que les mouvemens de supination forcés, fréquemment répétés, peuvent exercer une influence fâcheuse sur le ligament annulaire du radius et sur le ligament triangulaire de l'articulation radio-cubitale inférieure, mais particulièrement sur le premier, qui est l'obstacle qui s'oppose tout d'abord à la supination. Si ces effets ne s'observent pas plus souvent, c'est sans doute parce que les mouvemens de supination un peu étendus sont d'un usage beaucoup moins fréquent que les mouvemens de pronation.

4° Que les seuls mouvemens de pronation, quelque étendus et forcés qu'ils soient, ne peuvent produire de luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière, et que l'exagération de ces mouvemens amènera seulement la déchirure du ligament triangulaire inférieur et la luxation de l'extrémité inférieure du radius sur le cubitus.

5° Qu'un mouvement de supination forcé peut, dans quelques cas, produire la luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant.

6° Enfin que les phénomènes attribués jusqu'à ce jour à la luxation en arrière de l'extrémité supérieure du radius, produite chez les enfans par une pronation forcée, ne sont peut-être dus qu'au passage à travers l'espace interosseux de la tubérosité bicipitale; retenue en arrière par le bord externe du cubitus.

LETTRE SUR LES ÉTRANGLEMENS HERNIAIRES; par M. DIDAY.

Dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, M. Malgaigne revient sur la question de l'étranglement herniaire, et me fait l'honneur d'une réfutation détaillée. Ses conclusions m'ont presque découragé. Je croyais avoir réuni assez de preuves pour le faire changer d'avis, et cependant il persiste plus que jamais à nier l'étranglement par les anneaux. Il importe donc de chercher qui, de lui ou de moi, se fait illusion. Y a-t-il présomption de ma part ou exigence injuste de la sienne? Me serais-je abusé sur la force de mes argumens, ou n'accorderait-il point trop de valeur aux objections qu'il leur oppose? Pour juger la question il n'est qu'un moyen : rappeler, à côté les uns des autres, et ces argumens et ces objections. C'est ce que je vais faire en deux mots.

1° Je cite neuf cas de hernies étranglées dès leur apparition. A cela on me répond que rien ne prouve qu'elles n'existassent pas depuis longtemps. Avec cette manière, dirai-je, de raisonner, qu'y aura-t-il de prouvé, qu'y aura-t-il de vraisemblable en étiologie? Donnez-moi la vérité la plus grosse de preuves matérielles, en un instant j'en ferai la plus contestable des hypothèses. Sans doute les malades peuvent se tromper; mais affirmer qu'ils se trompent toujours, mais nier leur témoignage formel, dès qu'il vous contrarie, c'est là un parti malheureusement plus commode qu'il n'est justifiable.

M. Malgaigne me répond encore : « Parmi vos cas, il en est trois de hernies inguinales, savoir : deux citées par Pelletan, une par Leblanc. Or, vous ne donnez pas la preuve qu'elles ne s'étaient point faites dans la tunique vaginale; je les récuse donc. » Pardon, Monsieur Malgaigne, quant aux observations de Pelletan, ceci est de bonne guerre (quoique je pusses à mon tour vous demander vos preuves), mais celle de Leblanc a trait à une femme... Il y a évidemment ici de votre part inadvertance : passons.

3° Quant aux hernies crurales étranglées dès leur apparition, continue mon antagoniste, elles étaient probablement étranglées à travers une éraillure du fascia cribriforme. Sans m'arrêter à discuter la fréquence de cette sorte de hernie, sans exiger de M. Malgaigne qu'il motive son assertion, je le prierai seulement de vouloir bien relire mes observations avec tous leurs détails dans les ouvrages d'où je les ai extraites. Peut-être sera-t-il alors édifié sur le lieu où siégeait l'étranglement. Un fait analogue à ceux-ci, et qui me semble de tout point incontestable, est aussi rapporté dans la thèse de M. Perrochaud (Thèse de Paris du 19 février 1840, p. 47.)

4° J'ai rapporté, tirées de divers auteurs, 22 observations d'étranglement détruit par la seule incision des anneaux, sans ouverture du sac. M. Malgaigne n'en reste pas moins ferme dans sa croyance. D'après lui il n'y aurait eu dans ces 22 cas qu'une simple *inflammation de la hernie, et non étranglement réel.* D'après lui, le collet du sac qu'on voulait respecter aura été incisé par mégarde. A cela je n'ai vraiment rien à répondre. Où peut conduire le besoin de défendre une théorie! Voilà d'un trait de plume convaincus d'ignorance en diagnostic, de maladresse en manuel opératoire, A. Cooper, Ledran, A. Key, etc. N'y a-t-il pas là de quoi faire trembler tout chirurgien consciencieux? Et vous-même, Monsieur Malgaigne, après un pareil jugement, oseriez-vous désormais toucher un bistouri?

5° Enfin, j'ai présenté comme complément de démonstration, un cas de hernie crurale opérée sans incision du sac, chez une femme de 37 ans. L'autopsie montra que le collet offrait sur sa face externe deux sillons circulaires correspondant aux orifices du canal crural (fait à peu près aussi significatif que celui de gangrène du sac au niveau de l'anneau crural, rapporté par M. Perrochaud; thèse citée p. 26). Si le sac a subi une impression, c'est qu'il était serré par l'anneau; la conclusion paraît inattaquable. On va voir cependant comment s'y prend M. Malgaigne pour l'ébranler. Suivant vous, me dit-il, le fond du sac, avait dans ce cas, le volume de l'extrémité du pouce. *Donc* le collet devait être moins volumineux. *Donc* il ne pouvait pas être serré par l'anneau crural, puisque cet anneau, sur une femme de 37 ans, admettrait à lui seul plus que l'extrémité du pouce.

Ainsi, tout collet moins gros que l'extrémité du pouce échappe de droit à l'action de l'anneau : voilà qui est précis; on n'admet pas même la variété individuelle. Pour ne considérer de cette objection que le côté pratique, je prierai seulement M. Malgaigne de demander à ceux de ses collègues qui ont opéré des hernies crurales si, même après le débridement, même alors que le sac est divisé, et l'ouverture dilatée de plusieurs lignes, on pourrait aussi aisément qu'il le dit faire pénétrer dans l'anneau crural l'extrémité du pouce.

Telle est l'argumentation de M. Malgaigne; le lecteur jugera. Je ne puis cependant terminer sans faire observer que tous mes argumens n'ont point été attaqués par mon adversaire. Qu'il me soit aussi permis de remercier M. Malgaigne de la bienveillance qu'il a mise dans sa critique; j'espère qu'il ne verra dans cette réponse que le motif qui l'a dictée, le desir de contribuer, pour ma part, à la solution d'un problème intéressant de pratique.

Agréez, etc.

DIDAY.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle comprend deux lettres ministérielles accompagnant des travaux relatifs aux vaccinations et à des maladies épidémiques. (Renvoyées aux commissions de vaccine et des épidémies.

M. le président donne lecture du discours adressé, par la députation de l'Académie, au roi à l'occasion de sa fête, ainsi que de la réponse de S. M.

L'ordre du jour est la nomination de la commission chargée de déterminer la section dans laquelle doit avoir lieu la prochaine élection. On procède au scrutin qui donne les noms suivans :

MM.	Guéneau de Mussy.	MM.	Blandin.
	Bouley jeune.		Boudet.
	Gauthier de Claubry.		Baudelocque.
	Renauldin.		Louis.
	Roche		Dulens.
	Poirson.		

M. GAUTHIER DE CLAUBRY commence la lecture du rapport de la commission de vaccine, sur les travaux qui lui ont été envoyés pendant l'année 1839. Cette lecture sera continuée dans la prochaine séance.

M. HONORÉ : A propos du rapport, dont vous venez d'entendre le commencement, je donnerai connaissance à l'Académie d'un fait qui a de l'intérêt sous le rapport de l'influence préservatrice qu'on attribue à la variole, contre une seconde atteinte de la même maladie. Un homme fut reçu à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jadioux où il passa un mois pour une pneumonie; on put donc bien l'observer et s'assurer qu'il portait des traces non équivoques d'une ancienne variole. Peu de temps après il entra dans mes rangs, c'est-à-dire dans la même salle, sous la surveillance des mêmes gens de service, qui purent facilement constater son identité. Cette fois il avait une variole confluente dont il mourut au bout de quelques jours.

DE LA PROPHYLAXIE GÉNÉRALE DE LA PESTE; par M. AUBERT.

Qui a chassé la peste de l'Europe? la civilisation et l'hygiène, ou bien les mesures sanitaires et les lazarets? tel est le problême qu'il se pose; et comme le développement de la civilisation a précédé l'établissement des lazarets, on pourrait se méprendre sur la part d'influence qu'ont eue chacune de ces deux causes sur la disparition du fléau. Le problême est donc entouré de difficultés.

Après avoir défini la civilisation, au point de vue de la question, un élan donné à l'agriculture, à la science et à l'industrie, M. Aubert examine les circonstances au milieu desquelles se développe la peste dans l'Orient. En Egypte, par exemple, ce qui frappe d'abord l'observateur, c'est, outre l'insalubrité du pays, l'absence de toute précaution hygiénique, à la campagne comme dans les villes, sur les individus comme dans leurs habitations. Aussi la peste y sévit-elle avec fureur; mais dans ses ravages elle suit en quelque sorte une marche réglée sur les circonstances de salubrité ou d'insalubrité qui ne sont les mêmes, ni suivant les temps, ni suivant les lieux. Elle a donc ses époques habituelles d'invasion, puis de déclin, et de cessation, ses localités de préférence; car, pour le dire en passant, la peste, sous ce rapport, a tout le caractère d'une maladie endémique. Enfin un fait important, c'est que le chiffre de la mortalité s'élève toujours en raison de la misère. On l'a vu à Alexandrie en 1834, on l'a vu à Smyrne en 1837; et même ces deux épidémies donnèrent occasion de faire une contre-épreuve fort curieuse. Car les individus des mêmes nations ne se trouvant pas également favorisés de la fortune à Smyrne et à Alexandrie, on put voir combien les condi-

tions de race avaient peu d'influence sur le développement de la peste, en comparaison des circonstances hygiéniques. Et cela est si vrai, que lorsqu'on pouvait réunir ces circonstances dans une localité, le fléau s'y éteignait comme de lui-même. C'est ainsi que plusieurs fois on a vu, dans l'hôpital d'Alexandrie, la peste qui s'était introduite malgré les quarantaines, disparaître sans avoir enlevé d'autre sujet que celui qu'elle avait primitivement frappé.

L'auteur passe ensuite à l'examen spécial des lazarets et des mesures sanitaires. Leur origine date de la fin du quinzième siècle, époque d'ignorance, où étaient accréditées les opinions les plus absurdes, où l'on croyait à la contagion du simple catarrhe.

Si les lazarets étaient un bon moyen, ce serait à leurs effets à le prouver; or, les faits déposent plutôt contre eux. Pour Venise, par exemple, dont le lazaret fut créé en 1403, on compte 11 épidémies de peste pendant les 365 années qui précédèrent son établissement, tandis qu'il y en eut jusqu'à 16 depuis 1403 jusqu'à 1630, c'est-à-dire pendant les 227 années qui suivirent.

Il en est de même pour Marseille. A la vérité, les chiffres ne donnent pas un résultat aussi concluant quant aux épidémies observées à Gênes; il y a presque égalité, pour l'état de la santé publique, entre l'époque qui précéda et celle qui suivit l'institution de son lazaret. Aussi, on ne pourrait conclure de cet exemple qu'à l'inutilité de la mesure.

Jetant maintenant un coup-d'œil sur chacune des contrées en proie à la peste, M. Aubert établit que l'Égypte, exempte de peste pendant 1700 ans de civilisation, ne l'a vue apparaître qu'en l'an 263 de l'ère chrétienne.

La Grèce offre à peu près les mêmes phases.

L'Italie, d'abord décimée par ce fléau, le força à rétrograder par la civilisation. Redevenue barbare, à la chute de la domination romaine, elle voit les épidémies reparaître jusqu'au siècle des Médicis, où la fortune et la santé publique s'améliorent de concert.

En France, les lazarets, fondés en 1467, n'arrêtent point la peste; ce n'est qu'à partir du règne d'Henri IV qu'on la voit d'abord diminuer, pour s'éteindre enfin sous le ministère si éminemment civilisateur des Richelieu et des Mazarin.

En Angleterre, nous voyons, qu'en 1625, tout le pays était exempt de peste, hors la capitale, où elle s'était réfugiée avec l'insalubrité et la misère; plus tard, Londres dévoré par un incendie est reconstruit, et le fléau disparaît.

L'Allemagne a conservé les épidémies de peste jusqu'au dix-huitième siècle, à cause des guerres intérieures continuelles qui retardaient la civilisation.

L'Espagne ne compte pas une seule épidémie sous les Romains. De 1501 à 1680, la barbarie y règne et la peste y sévit, malgré la création des lazarets en 1494.

En résumé, M. Aubert appelle l'attention sur ces deux faits : que, dans l'antiquité, la civilisation seule, et sans le secours des mesures sanitaires, a suffi pour éteindre la peste; que, malgré les lazarets, elle a continué ses ravages pendant un siècle encore, et n'a définitivement disparu qu'au fur et à mesure des progrès de la civilisation. (Commissaires : MM. Renoult, Pariset et Bouillaud.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE VÉTÉRINAIRE; par M. LEBLANC.

Il présente à l'Académie deux pièces destinées à prouver que les maladies du cœur, chez les animaux, ne sont pas aussi rares qu'on l'a prétendu.

La première est le cœur d'un cheval, dont les cavités offrent des marques manifestes d'endocardite; les valvules sont très épaisses, quoique une macération prolongée ait sans doute un peu diminué leur volume.

La seconde pièce est le cœur d'un chien lévrier de taille moyenne. La maladie fut reconnue, sur le sujet vivant, à des palpitations très fortes toutes les fois qu'on le forçait à marcher. Les deux ventricules sont remplis de caillots d'une grande consistance et fort adhérens. La valvule tricuspide est boursoufflée et couverte de végétations.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE FRANÇAIS ET ÉTRANGERS, par une société de médecins, sous la direction du docteur FABRE. — Livraisons 2 à 15. (AM-ŒD.)

Il y a à peine un an que nous rendions compte dans ce journal de la première livraison de ce dictionnaire, et que nous lui adressions cette prédiction facile d'un succès aujourd'hui largement vérifié. Diverses causes devaient contribuer à ce résultat; avant toutes choses sans doute le soin apporté à la rédaction, et le commencement était d'un favorable augure; puis l'exécution matérielle, qui est quelque chose; la modicité du prix, appât plus puissant encore; et enfin une dernière promesse du prospectus sur laquelle nous n'osions pas trop compter, la régularité des livraisons. A cet égard, toutes les habitudes des longtemps prises par notre librairie ont été répudiées; chaque mois, à son heure, a fait apparition une livraison nouvelle; la première porte la date de janvier 1840; la quinzième, celle de mars 1841. Or chacune de ces livraisons a 220 pages au moins sur deux colonnes, tout simplement la valeur d'un gros volume; si bien qu'une autre appréhension vient saisir le lecteur; c'est que cette rapidité de production n'ait été obtenue aux dépens de la correction de l'œuvre.

Il suffit d'ouvrir au hasard l'une des livraisons parues, et d'y chercher quelque article un peu important, soit par le sujet même, soit par les nouvelles recherches qu'il a récemment suscitées, pour se convaincre qu'un même esprit a présidé à toute la rédaction, et qu'on trouve partout la même richesse dans les faits, la même persévérance à les recueillir, et le même soin à les coordonner. Et telle est du reste l'heureuse influence d'un plan sagement raisonné et scrupuleusement suivi, qu'il ne pouvait en être autrement. Aucun de ces articles n'est signé; aucun n'avait besoin de l'être; et les auteurs savaient à l'avance qu'ils avaient à chercher l'utilité du lecteur plus que leur propre gloire. Ils n'ont eu qu'à compiler tout ce qui avait été écrit sur chaque question spéciale; puis à choisir, et à ajuster tous ces morceaux choisis. Travail facile, dira-t-on; moins en réalité qu'on ne le pense. Et puis la question n'est pas là; il s'agit de savoir si le lecteur n'est pas mieux renseigné quand il a sous les yeux, non pas seulement la pensée, mais le texte même des meilleurs auteurs, en regard, par ordre; de telle sorte que tous les points de la question sont traités et résolus par ceux qui s'en sont le plus fructueusement occupés. Pour nous, sans prendre parti d'une manière absolue pour les dictionnaires, nous confessons seulement qu'ils sont devenus à notre époque un besoin pour la grande majorité des médecins; et cette forme une fois admise, nous ne connaissons pas de meilleure manière de remplir le cadre que celle que nous venons d'exposer.

Il y a eu, en effet, jusqu'ici deux autres manières de faire; tantôt un auteur tout à fait spécial s'est chargé de certains articles, et tantôt des écrivains connus seulement par des études générales ont pris à tâche d'offrir, sous une rédaction entièrement nouvelle, les données acquises à la science. Dans l'un et l'autre cas, les inconvéniens ont peut-être dépassé les avantages. Ainsi, tantôt l'on a eu des monographies empreintes d'un remarquable sceau d'originalité; c'était plus que l'état courant de la science; mais l'auteur, emporté par ses idées, faisait une très maigre part aux idées des autres, heureux encore s'il ne les passait absolument sous silence. De l'autre côté, il est souvent arrivé que le rédacteur, confiant dans ses souvenirs, ne se donnait pas la peine de remonter aux sources, et marchait de confiance en altérant bien à son insu les doctrines et les faits.

Mais d'ailleurs la question a été déjà jugée par l'expérience; nous avons eu en France des dictionnaires fort bien faits, élaborés par les plumes les plus savantes; sans parler du dictionnaire en 60 volumes, il y en avait en 15, en 21 volumes, dans lesquels la chirurgie avait une large part. Un libraire s'avisa de faire traduire un dictionnaire de chirurgie anglais; qui aurait pensé que cela pût être utile le moins du monde? Or il y eut un nouveau sujet d'étonnement; ce dictionnaire étranger était l'œuvre d'un seul homme; cet homme, chirurgien plutôt laborieux que haut élevé, n'y prenait presque jamais la parole en son propre nom; il laissait parler les autres; les guillemets couraient tout le long du livre; les beaux esprits disaient qu'il n'avait fallu, au lieu de plume et d'encre, qu'une paire de ciseaux pour le faire, et cela était presque vrai. Cependant ce dictionnaire a puissamment contribué à l'avancement des études chirurgicales; la plupart de ses articles sont encore aujourd'hui supérieurs, même à ceux qui ont pu les copier; c'est qu'avec la plume et les ciseaux il y avait une grande intelligence des questions de l'art, un esprit sage et modéré, un choix éclairé; et ce choix, qu'est-ce autre chose que la critique? Tous les chirurgiens ont dans leur bibliothèque le dictionnaire de Samuel Cooper; et aujourd'hui qu'il manque dans le commerce, le prix des exemplaires est presque doublé.

Eh bien! le plan du dictionnaire nouveau n'est pas autre que celui de Samuel Cooper, appliqué seulement à la fois à la médecine et à la chirurgie. Nous avions annoncé à l'avance le succès qu'il devait obtenir; ce succès a dépassé les espérances des auteurs mêmes. Nous ne faisons que le constater aujourd'hui; seulement nous avons tenu à exposer les motifs qui avaient au début déterminé et qui devaient justifier notre pronostic; et nous croyons pouvoir dire que toute entreprise du même genre qui se produira par la suite, ne le remplacera qu'à la condition de suivre la même trace et de marcher sur le même plan.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

DIAGNOSTIC MÉDICAL.

MÉMOIRE SUR LES PROCÉDÉS ACOUSTIQUES DE L'AUSCULTATION, ET SUR UN NOUVEAU MODE DE STÉTHOSCOPIE APPLICABLE AUX ÉTUDES CLINIQUES; par M. H. Landouzy, professeur-adjoint à l'école secondaire de Reims.

Les résultats actuels de l'auscultation sont si beaux comme invention scientifique, si positifs comme base du diagnostic, si féconds comme source des indications curatives, qu'on s'est borné depuis Laënnec à les constater fidèlement et à en étendre les applications, sans chercher à les perfectionner. Sans doute, depuis son immortel auteur, la science de l'auscultation a conquis de nombreuses richesses, et MM. Louis, Bouillaud, Andral, Piorry, etc., et la plupart des cliniciens de l'école de Paris, en ont étendu le domaine et reculé de beaucoup les limites; mais le mode d'exploration par lui-même, les procédés acoustiques proprement dits, n'ont subi aucune amélioration. Comme science pathologique, en un mot, l'auscultation a fait d'immenses progrès; comme science physique, elle est restée ce qu'elle était à sa naissance.

Et cependant, il n'est pas douteux que plus la perception des bruits normaux ou anormaux qui se passent au sein de l'organisme sera exacte et précise, plus la pathologie et la physiologie acquerront d'exactitude et de précision; mieux nous pourrons saisir les nuances qui distinguent des sons semblables en apparence, plus nous approcherons de la certitude dans la détermination de leurs caractères physiologiques ou pathologiques. Cette idée a dû venir à tous ceux qui pratiquent ou qui enseignent l'auscultation, comme elle s'est présentée à moi-même. Mais soit qu'il y ait d'insurmontables difficultés, soit que les recherches aient été trop restreintes, toujours est-il, qu'à part de légers changemens sans importance, les procédés d'exploration n'ont rien gagné depuis Laënnec.

Loin de moi la prétention d'avoir trouvé la solution d'un problème aussi difficile; mais je crois avoir prouvé dans ce mémoire qu'il est possible de perfectionner le mode d'auscultation en usage, et je suis convaincu que si d'habiles physiciens s'occupaient de ce point si important d'acoustique animale, on arriverait, sinon à amplifier les rayons sonores, comme on amplifie avec la lentille les rayons lumineux, au moins à rendre plus sensibles des différences qui nous paraissent imperceptibles, et à donner une exactitude presque mathématique à la détermination de la normalité ou de l'anomalie des bruits organiques.

Pour beaucoup d'élèves, en effet, et même pour beaucoup de médecins, la perception de ces bruits est tellement vague, qu'ils les considèrent comme tout à fait problématiques, et plutôt comme une source d'erreurs que comme une base précise du diagnostic. Les uns nient complè-

---

Feuilleton.

LA NÉMÉSIS MÉDICALE ILLUSTRÉE (1).

Obligés que nous sommes de décliner notre compétence en matière de poésie, notre satirique confrère, auteur de ces deux magnifiques volumes de vers, n'aura pas à se féliciter beaucoup des quelques lignes qui suivent. Il n'obtiendra guère de nous que le témoignage d'une admiration inintelligente, s'exerçant au hasard sans choix et sans règle; mais nous espérons qu'à défaut des lumières qui nous manquent, il nous tiendra compte de notre bonne volonté. Tout journal de médecine doit, sous peine de forfaiture, payer son tribut à une œuvre dont la littérature médicale n'offrait pas d'exemple, et qui n'aura pas d'imitateurs. La satire, d'ailleurs, est une trop grande puissance pour qu'on se commette légèrement avec elle. Nous ne poussons point la manie de l'indépendance au point de nous exposer gratuitement et uniquement pour nous donner des airs d'Aristarque, à des représailles qui pourraient bien ne pas se faire longtemps attendre. La Némésis a déposé son fouet et éteint sa torche incendiaire; mais il ne faut pas s'y fier. Nous ne sommes pas dupes de ses Adieux, et parmi les vers de sa péroraison, nous avons surtout gardé en mémoire ce charitable avertissement :

> Craignez, pourtant, craignez, si vous allez trop vite
> Que le Phocéen mort bientôt ne ressuscite;
> Je suis loin, voyez-vous, de toucher aux vieux ans,
> Et pourrais bien encore de distiques cuisans
> Arrêter les éclats d'une joie imprudente.

Ainsi donc, les nombreuses victimes de la *tardive déesse* ne doivent pas s'attendre à trouver ici quelque remède à leurs meurtrissures; tant pis pour les blessés, *vœ victis*.

C'est donc avec un sentiment de satisfaction, tempéré toutefois par un peu de crainte, que nous voyons reparaître, réunis en une masse compacte et serrée, ces vers qui, jusqu'ici, n'avaient fait qu'une guerre de tirailleurs; ils forment maintenant un puissant corps d'armée qui ébranle la terre sous ses pas, et répand partout la terreur et la désolation. Ce n'est qu'en tremblant et de loin qu'on peut se hasarder à suivre sa marche et à observer ses formidables évolutions.

Voici d'abord, à l'avant-garde, Némésis en personne, animée par le crayon

(1) La Némésis médicale illustrée, recueil de satires, par F. Fabre, Phocéen et docteur; avec trente vignettes dessinées par Daumier, etc.; 2 vol. in-8. Au bureau de la Gazette des hôpitaux, rue Dauphine, 22-24.

tement la faculté de les percevoir d'une manière assez distincte pour qu'il soit possible de leur assigner jamais une valeur pathognomonique incontestable; les autres, moins sceptiques, ne songent pas à douter de la parole de tant de maîtres, mais soit que leurs premières tentatives n'aient pas été faites avec une attention suffisante, soit que l'occasion leur ait manqué, ils admettent le point de science sans pouvoir ni sans vouloir l'appliquer.

Ce défaut d'application et d'extension suffisante de l'admirable découverte de Laënnec me paraît tenir surtout aux obstacles qu'éprouvent nécessairement les études pratiques d'auscultation. Dans les grandes écoles, en effet, il est impossible à tous les élèves d'une clinique d'ausculter assez souvent pour en acquérir l'habitude, et sur soixante élèves et plus qui entourent les lits, il en est à peine quatre ou cinq qui peuvent vérifier par eux-mêmes les phénomènes annoncés par le professeur. Cette difficulté de vulgariser une source aussi précieuse de diagnostic m'a fait songer au moyen de faire percevoir en même temps, par plusieurs élèves, les signes stéthoscopiques, et je crois avoir trouvé la solution d'une question qui peut avoir, pour le perfectionnement des études pratiques, la plus haute importance.

L'absence de notions suffisantes d'acoustique m'a semblé être aussi un véritable obstacle à l'intelligence complète des phénomènes d'auscultation. Tous les traités, même celui de Laënnec, commencent presque immédiatement par les développemens pathologiques, sans considérations physiques préliminaires, sans discussion approfondie des différens modes de propagation des bruits organiques. De là, de véritables erreurs sur la transmission du son; de là, de prétendus perfectionnemens plus nuisibles qu'utiles.

L'exposé raisonné des principes acoustiques qui peuvent être appliqués à l'auscultation médiate ou immédiate, m'a donc paru devoir combler une lacune scientifique, et d'après l'expérience que j'en ai faite dans mes leçons, je suis persuadé que les progrès seront beaucoup plus rapides, et que la découverte de Laënnec sera beaucoup mieux appréciée et comprise, quand l'étude des phénomènes stéthoscopiques aura été précédée par l'étude des principes sur lesquels ils sont fondés.

A mesure que les ondes sonores s'éloignent du centre de l'ébranlement, l'amplitude des vibrations des molécules aériennes diminue, et comme les vitesses de ces molécules situées sur un même rayon sonore sont en raison inverse des distances au centre de production, l'intensité du son décroît proportionnellement au carré de la distance. Il suit de là qu'à l'air libre, plus l'organe qui perçoit le son est loin de l'origine du mouvement, plus la perception s'affaiblit.

Cependant, lorsque les ondes se propagent dans une masse d'air limitée par un tube cylindrique, et suivant la direction de son axe, l'amplitude des vibrations reste constante, et par conséquent l'intensité du son n'éprouve aucune diminution, malgré l'étendue de l'espace parcouru.

On comprend dès-lors que, quelle que soit la longueur du tube acoustique destiné à transmettre les sons, ils n'éprouveront, sous le rapport de l'intensité, aucune diminution.

On comprend aussi comment, un son étant produit dans un organe, la perception n'en sera pas différente, quant à l'intensité, soit qu'elle se fasse tout simplement à l'aide du conduit auditif naturel, soit qu'elle ait lieu à l'aide d'un conduit auditif allongé, par exemple, du stéthoscope.

La distance que le stéthoscope amène nécessairement entre le lieu de production et le lieu de perception n'est donc pas, comme on l'a dit souvent et comme on l'a même imprimé, un inconvénient qui puisse compenser les avantages de l'auscultation médiate, et je n'ai pas vu sans étonnement cet argument reproduit dans l'excellent traité que viennent de publier mes anciens collègues et amis les docteurs Barth et Roger (1).

Les mouvemens étant toujours uniformes dans la marche des ondes sonores, les espaces parcourus sont proportionnels au temps; les sons graves ou aigus, faibles ou forts, sont propagés de la même manière et avec la même vitesse, de sorte que le cylindre acoustique propagera également tous les sons, quelle que soit leur qualité; et ces sons, quelque minimes qu'ils soient au lieu d'origine, arriveront à l'oreille avec le même caractère, et sans aucune déperdition, quelle que soit la longueur de l'espace parcouru.

Les sons organiques les plus faibles arriveront donc à notre oreille aussi bien que les plus forts, par l'intermédiaire du stéthoscope, et nous verrons plus loin que c'est même là un moyen d'augmenter leur intensité.

Lorsqu'une colonne d'air limitée par un tube à parois solides est ébranlée à un de ses orifices, l'amplitude d'excursion des ondes situées à l'autre orifice peut, en raison de la forme du tube, devenir beaucoup plus vive qu'elle ne l'eût été si l'ébranlement avait eu lieu directement. Les oscillations agissent alors plus énergiquement sur les particules aériennes environnantes, dans le sens suivant lequel l'accroissement extraordinaire de vitesse leur a été imprimé. Ainsi, par exemple, quand les sons, au lieu de traverser un tube cylindrique, sont projetés contre la parabole d'un tube évasé à une extrémité et rétréci à l'autre, leur intensité augmente (2).

Sans doute il se passe là un phénomène dont l'esprit se rend difficilement compte, même en expliquant les effets acoustiques suivant les lois de catoptrique, comme les réfractions de la lumière; mais ce fait constaté depuis longtemps par la pratique, longtemps inexpliqué par la théorie, a reçu dans les recherches mathématiques de M. Poisson une interprétation satisfaisante, et nous verrons plus loin d'ailleurs une expérience de M. Savart qui l'établit de la manière la plus incontestable.

La forme du stéthoscope doit donc avoir une influence sur l'intensité de la propagation des sons organiques.

Quelle que soit la substance du conduit qui renferme la colonne d'air, le son aura toujours le même *ton*, et il ne variera que par son *timbre*, c'est-à-dire que restant le même sous tous les autres rapports, il empruntera aux parois du tube une sonorité particulière qu'on appelle *timbre*

(1) «Si le cylindre de Laënnec a quelques-unes des propriétés du cornet acoustique, s'il renforce, comme on l'a dit, les sons recueillis par son extrémité évasée, et concentrés dans un tube rétréci supérieurement; la quantité peu considérable de sons rassemblés sous l'aire si petite du stéthoscope, et *l'éloignement plus grand*, sont des inconvéniens qui compensent et au-delà cet avantage.» (TRAITÉ PRATIQUE D'AUSCULTATION, page 13.)

(2) On ne peut objecter que le renforcement du son est seulement apparent, et qu'il y a seulement un changement de timbre produit par les sons secondaires de la surface elliptique; car, des expériences d'Hassenfratz, il résulte que l'effet d'un porte-voix n'est pas changé relativement à la propagation des ondes sonores, quand il est doublé d'un tissu qui diminue ses vibrations.

---

hardi de Daumier. Elle tient d'une main une torche qui éclaire et qui brûle; de l'autre, un fouet dont la longueur et la souplesse en font un instrument modèle pour donner les étrivières; échevelée, les vêtemens en désordre, elle vient d'atteindre et tient sous son pied victorieux un homme noir renversé par terre, tandis que, dans le lointain, le camp ennemi tout entier fuit à toutes jambes. Ainsi, dit le poète à son tour et dans sa langue:

> Ainsi de mois en mois de quinzaine en quinzaine
> Némésis fatiguant les abus de sa haine,
> Tour-à-tour fouettera de ses vers déchirans
> La ruse des petits, l'injustice des grands.

NÉMÉSIS, procédant alors aux exécutions annoncées par son programme, se jette tout d'abord sur *l'école*. La vignette qui sert d'enseigne à cette première satire nous montre un petit perroquet à rabat et tout guilleret, monté sur son perchoir, agitant ses ailes et babillant, pendant que devant lui la toque professorale et les urnes du scrutin se remplissent de bons et beaux écus qui semblent tomber du ciel comme une pluie. L'école est la *delenda Carthago* de notre NÉMÉSIS. Il y aurait bien quelque chose à dire sur le fond de la question; mais Dieu nous préserve de vouloir discuter avec un adversaire de cette trempe qui frappe à tort et à travers sans écouter personne. Il ne s'agit pas ici de raisonner, mais seulement d'admirer de bons vers; les bons vers ne sauraient avoir tort.

Après l'école, l'*Académie* représentée par un symbole parlant, une perruque posée sur son pivot et accompagnée de l'innocente épée et du *tricorne emplumé*. Ici NÉMÉSIS procède en détail; elle fustige individuellement tous et chacun des doctes membres de l'aréopage, et ceux en petit nombre qu'elle veut caresser ne sortent pas de ses mains sans quelques égratignures. Parcourant ce terrible inventaire, dont chaque mot est un coup de massue, nous nous réjouissions tout bas de n'être pas académicien, et d'avoir échappé à ce grand massacre. Mais nous comptions sans l'hôte; car dans sa péroraison le poète nous fait savoir qu'il n'a pas fini sa tournée et que les académiciens futurs ne perdront rien pour attendre.

> Est-ce assez, NÉMÉSIS? Oui, si je ne m'abuse;
> Mais si de quelque oubli pourtant on nous accuse,
> Toujours prête à tracer de caustiques portraits,
> Dans ton prudent carquois garde encor quelques traits.

Nous nous tenons donc pour avertis.

Parmi ces portraits il en est plus d'un que nous voudrions citer pour le plaisir de nos lecteurs; mais on ne manquerait de dire que nous choisissons non les vers, mais les noms; et nous ne voulons pas assumer sur nous une telle responsabilité.

De l'Académie de médecine au *choléra morbus* la transition peut paraître brusque. D'autres la trouveraient peut-être naturelle; NÉMÉSIS a pensé comme ces derniers; mais ici le poète, témoin et acteur dans ce grand désastre public, a voulu raconter les scènes horribles ou touchantes de l'épidémie. Quelques-uns

et qui paraît résulter d'un mélange des sons primitifs avec les sons secondaires produits par les vibrations propres dn corps coudncteur.

La matière qui forme le stéthoscope ne peut donc influer en rien sur la nature dn ton, elle ne peut changer que le timbre des sons organiques.

Ces modifications apportées aux sons primitif par les sons secondaires se retronvent à chaque instant dans l'économie animale ; ainsi c'est cette influence du timbre qui explique :

Comment l'hypertrophie ou l'amincissement des parois du cœur, comment l'état de distension on de vacuité de l'estomac, comment l'existence de tubercules on la présence d'une cavité anormale dans les poumons, etc., etc.. peuvent changer le caractère des bruits systoliques et diastoliques ?

Comment l'expiration, aphone à l'état normal, peut se montrer rude et sonore à l'état pathologique, et dès le début même de la phthisie pulmonaire ?

Comment la résonnance des bruits de diable carotidiens se trouve changée suivant les changemens de position du larynx et de la trachée ?

Comment penvent se produire, dans l'acte de la respiration, tantôt le souffle tubaire, tantôt le râle caverneux, tantôt le souffle amphorique, tantôt le tintement métallique, etc., etc., suivant l'état anormal des parois qui entrent en vibration ?

L'intensité des sons propagés par l'air ou par les autres gaz à travers un conducteur cylindrique est, en raison directe de la grandeur du corps sonore, de sa forme, de l'intensité ou de l'amplitude de ses vibrations. Elle peut être modifiée en plus par la matière, la forme, les dimensions dn tube conducteur (1), et enfin par la densité du gaz.

Les circoustances qui accompagnent la prodnction des bruits organiques ne ponvant varier à notre gré, c'est donc sur le mode de propagation que doivent se porter toutes nos recherches.

L'intensité de la propagation du son par les liquides, quand il est prodnit au sein des liquides eux-mêmes, surpasse beaucoup celle de la propagation du son par les gaz (2).

On peut inférer de là que les bruits du système circulatoire sont renforcés par leur mode même de développement et de propagation.

Les matières solides propagent le son beaucoup mieux que l'air libre; ainsi, des expériences de Pérolle, il résulte que l'intensité de la propagation par des cylindres de différentes espèces de bois décroit dans l'ordre suivant : 1° sapin, 2° campêche, 3° buis, 4° chêne, 5° cerisier, marronnier. Les cylindres métalliques propagèrent le son un peu moins que les cylindres de bois, et l'intensité parut suivre cet ordre : 1° fer, 2° cuivre, 3° argent, 4° or, 5° étain, 6° plomb.

Descartes avait déjà remarqué que l'intensité de la propagation du son par les solides l'emporte sur celle qui a lieu par l'air, et Chladni a confirmé les idées de Descartes et les expériences de Pérolle, en montrant que la plus grande intensité de propagation était obtenue par des cylindres on des lames de verre de cristal ou de bois de sapin.

Laënnec connaissait parfaitement cette propriété acoustique des solides, puisqu'il regarde « *un corps tout-à-fait plein comme le meilleur instrument dont on puisse se servir pour l'exploration du cœur.* »

Cette différence dans la faculté conductrice des différens milieux explique parfaitement des phénomènes pathologiques ou physiologiques dont on rendait compte par l'éloignement où le centre de prodnction se tronvait dans certains cas du lieu de perception.

Ou comprend ainsi :

Comment les épanchemens péricardiques ou même pleurétiques diminuent l'intensité des bruits du cœur.

Comment les doubles battemens s'entendent moins bien quand les eaux de l'amnios sont très abondantes ?

Comment la circulation fœtale ne devient (habituellement) perceptible qu'après le cinquième mois, c'est-à-dire à l'époque où l'utérus cessant d'être séparé des parois abdominales par les circonvolutions de l'intestin, se trouve en contact plus parfait avec les plans musculaires.

Comment, dans les présentations occipito-cotyloïdiennes, les bruits du cœur fœtal ayant leur maximum d'intensité à la région pubienne diminueront de bas en haut, tandis que dans les présentations du pelvis, le maximum d'intensité se trouvant dans un lieu plus élevé, la diminution se fera de haut en bas.

Comment, par ces différences dans la situation des doubles battemens, on pourra non seulement diagnostiquer les présentations, mais même les positions du fœtus.

Comment enfin l'intensité ou l'étendue des bruits respiratoires ou circulatoires (1) pourra varier à l'infini sans qu'il soit survenu aucune

(1) D'autres circonstances influent encore sur l'intensité du son transmis par l'air libre; mais je me borne à mentionner celles qui peuvent influer sur le son transmis par l'air emprisonné dans des cylindres.

(2) M. Pérolle a fait, sur l'intensité du son dans différentes matières liquides, un grand nombre d'expériences qu'il a publiées dans les mémoires de l'Académie de Turin, 1790-1791. Il s'est servi d'une montre suspendue à un fil dans un vase rempli de la matière liquide, pour observer la distance a laquelle on pouvait entendre les battemens. Cette distance était dans l'air *huit pieds*, dans l'eau *vingt*, dans l'huile d'olives *seize*, dans l'huile de térebenthine *quatorze*, et dans l'esprit-de-vin *douze pieds*. En répetant ces essais, il n'a pas toujours obtenu les mêmes résultats. On ne peut exiger dans ces expériences la même exactitude que s'il y avait une continuation de la même matière entre le corps sonnant et l'oreille ; on voit cependant que ces fluides sont ébranlés plus fortement que l'air ; même le vase et la table sur laquelle il était placé, étaient sensiblement ébranlés ; la surface de l'eau restait tranquille. Chaque fluide se distinguait par un timbre différent.

M. D'Arnim (ANNALES DE GILBERT, tome IV, cahier 1, page 113) remarque que l'intensité des sons doit être en raison des pesanteurs spécifiques des fluides, si les autres circonstances restent les mêmes, et que les résultats de M. Pérolle ne different pas beaucoup de ces pesanteurs spécifiques. (CHLADNI, page 314.)

(1) J'ai été forcé, pour me conformer au langage médical habituel, d'employer presque indifféremment les mots *bruit* et *son*, tout en n'ignorant pas l'immense distinction à établir entre ces deux termes. Ces dénominations appliquées aux sensations auditives fournies par le système circulatoire sont même tout à fait inexactes; car d'après les reflexions qu'ont suggerées à M. L. Savart les experiences dont je l'ai rendu témoin, le cours du sang dans les tubes vasculaires serait complètement aphone.

Ce savant acousticien pense que les sensations sonores perçues à la surface des tubes artériels sont dues à des vibrations produites, soit dans le stéthoscope, soit dans le conduit auditif, par l'ébranlement des vaisseaux. Il serait facile de prouver que cette théorie, en opposition avec les idées généralement reçues, s'accorde parfaitement avec les véritables principes d'acoustique; mais voulant

de ses tableaux rivalisent de vigueur, d'éclat et de vérité avec ceux des grands écrivains, historiens et poètes, qui ont traité des sujets analogues. La satire fait souvent place à l'épopée, et comme nous pouvons, sans nous compromettre le moins du monde, faire ici usage des ciseaux, nous presenterons aux lecteurs du feuilleton la description suivante, qui, indépendamment de la force du coloris, eût fait honneur a Aretee lui-même comme tableau séméiotique.

Voyez ce malheureux courbé sur son baquet,
Les yeux caves, vitrés, s'epuiser en hoquets;
Cet autre, sans repos, pousser des cris terribles ;
Sur lui-même tordu par des crampes horribles,
Ses muscles contractés d'un affreux tétanos
Sur son lit ébranlé font craquer tous ses os;
De cette masse d'eau qu'il vient de boire toute
Son rein ne reçoit pas, ne rend pas une goutte,
Et vous n'entendez plus, au pied du lit placé,
Un mot de cette voix dont le timbre est cassé.
Approchez, approchez; de cette bouche humaine
Recevez sur vos mains la haletante haleine.
Ah ! que de ses poumons l'air qui s'échappe est froid,
Que sa langue est visqueuse et glace votre doigt !
Froissez donc une peau de violet fardée
Et qui garde les plis dont vous l'avez ridée,
Et cherchez vainement dans un poignet perclus
Une artère qui fuit, un pouls qui ne bat plus.
Tout en lui, tout est froid ; chez ce mort qui respire
La chaleur bienfaisante a perdu son empire ;
Et quand il fait revivre un corps ainsi formé
Dieu d'un souffle nouveau doit l'avoir animé.
....
Mais à peine a fini la période algide
Revêtant quelquefois un aspect typhoïde,
La fièvre vient user ces membres affaissés,
Brûler les intestins que le froid a glacés.
Le cerveau qui s'engorge, en sa triste impuissance,
D'un sang noir et sans vie a trahi la présence.
Le cœur embarrasse de ce sang épaissi;
Qu'un poumon fatigué lui reporte noirci,
S'épuise à le chasser dans une aorte inerte
Et du sérum qui fuit répare mal la perte.
De la double paupière aux voiles chassieux,
Les bords agglutinés obscurcissent les yeux ;
Une poussière sèche encombre les narines,
Le vase se remplit de bourbeuses urines,
Le délire bientôt, présage de la mort
Egare les esprits d'un funeste transport ;
Et le malade enfin, couvert de petechies,
Meurt les yeux convulsés et les jambes raidies.

modification dans les organes de la respiration ou de la circulation, mais par le seul fait d'un changement dans la densité des tissus environnans.

Tels sont les principes qu'il m'importait d'exposer d'abord, et parce que nulle part ils n'ont été développés avec les applications que le médecin peut en faire, et parce qu'ils étaient indispensables à l'étude des phénomènes d'auscultation en général, et à l'intelligence des remarques et des expériences particulières auxquelles j'ai été conduit. Examinons d'abord la question du stéthoscope en lui-même, abstraction faite de sa forme et de la matière qui le compose.

En appliquant l'oreille à deux ou trois centimètres de distance d'un anévrisme variqueux médio-brachial (1), j'ai constaté et fait constater par les élèves de l'école, qu'il était impossible d'entendre le plus léger bruit, tandis que le stéthoscope étant placé sur la tumeur, et l'oreille étant éloignée de plus d'un mètre de l'orifice libre du stéthoscope, on entendait parfaitement le bruit de soufflet,

Les sons ont donc été amplifiés, jusqu'à un point tel qu'on les entendait à une distance cent fois plus grande. On n'objectera pas que cette augmentation d'intensité dépendait d'une pression du cylindre sur la tumeur, car le tube étant simplement posé et maintenu sur le bras sans le moindre effort, les résultats étaient les mêmes.

Par l'auscultation immédiate, on percevait un bruit de soufflet très fort, mais dépourvu de résonnance; transmis par le sthétoscope, ce bruit revêtait aussitôt un caractère particulier, et devenait sonore et retentissant.

Cette sonorité changeait de caractère si, pour la percevoir, on appliquait le pavillon de l'oreille sur l'opercule du cylindre; elle était alors moins retentissante, moins musicale, si je puis m'exprimer ainsi.

J'ai appliqué successivement des cylindres creux de fer-blanc, de cuivre, d'étain, de verre, de cristal, de différens bois, et les résultats étaient les mêmes pour les données que je viens d'établir relativement à la position de l'oreille contre le stéthoscope ou à distance du stéthoscope.

Le timbre du son était différent pour chaque espèce de cylindre, et différent pour des cylindres de même substance, suivant les différences d'épaisseur des parois. Ainsi, le timbre le plus aigu m'a paru être fourni par le fer-blanc le plus mince; le timbre le plus retentissant par le cristal. Venaient ensuite les cylindres de cuivre, d'étain, de bois, qui différaient peu et qui se rapprochaient beaucoup de la sonorité produite par le fer-blanc (1).

La résonnance était beaucoup plus grande dans un stéthoscope de bois homogène que dans les différens stéthoscopes avec opercules d'ivoire, beaucoup plus grande lorsque les parois étaient minces que lorsqu'elles étaient épaisses, plus grande lorsque le tissu du bois était lâche et élastique que lorsqu'il était dense et serré.

Quoique Laënnec ait passé sous silence les raisons qui l'ont engagé à terminer son stéthoscope par un évasement conique, il se fondait sans doute sur la forme des cornets acoustiques, et il pensait que les sons recueillis dans la base du cône se concentraient chemin faisant, et acquéraient ainsi plus de force au sommet.

J'ai fait, pour éclairer la question pratiquement, un assez grand nombre d'épreuves avec des stéthoscopes de formes différentes, et j'avoue ne pas avoir trouvé de différences appréciables. Loin de moi cependant l'idée qu'on doive renoncer à la disposition primitive de l'instrument; car lorsque certains faits physiques semblent ne pas concorder avec les principes consacrés par la science, il ne faut en accuser que l'insuffisance de nos investigations ou l'imperfection de nos instrumens et chercher, par des dispositions meilleures, à détruire les exceptions particulières; ainsi malgré les résultats négatifs de mes essais, je pense, d'après la proposition énoncée plus haut, qu'on doit conserver au cylindre acoustique une forme parabolique; à moins qu'on ne veuille établir exactement la délimitation d'un bruit occupant une très petite surface.

M. Savart me semble d'ailleurs avoir prouvé de la manière la plus concluante l'influence des cônes sur le renforcement du son.

En effet, si entre une membrane sonore et une lame qui l'excite à distance par ses mouvemens vibratoires, on interpose un tube conique, les vibrations de la membrane deviendront plus énergiques lorsque la base

---

restreindre ce travail dans les limites de la pratique, je n'aborderai aucune des questions relatives au mode de production.

* Quant à la vitesse du son, elle est plus grande dans les milieux solides que dans les milieux aériformes ou liquides.

Würsch et Hook ont même poussé l'exagération jusqu'à prétendre que le son se propageait par les corps solides aussi rapidement que la lumière.

On trouve, d'après des calculs indiqués par Chladni, que dans un conduit d'étain, la vitesse du son serait 7 fois 1/2 plus grande que dans l'air, dans l'argent 9 fois, dans le cuivre 12, dans le fer et le verre 17, dans les différentes espèces de bois 11 à 17 fois.

D'après le peu d'étendue que les sons organiques ont à parcourir, il n'est pas probable que les différens degrés de vitesse puissent avoir une influence appréciable; aussi nous n'insisterons pas sur ce point.

(1) Il est difficile de percevoir d'une manière distincte les nuances, souvent si minimes, qui font différer l'auscultation médiate de l'auscultation immédiate; aussi pour juger cette question si controversée de l'influence d'un tube conducteur, j'ai pensé qu'il fallait expérimenter sur des sons entendus à distance. On verra plus loin que cette auscultation à distance a, d'ailleurs pour la précision des résultats, de très grands avantages.

(1) Laënnec me paraît avoir été induit en erreur relativement à la propagation des sons par le verre et les métaux. Voici, du reste, le résumé que l'illustre professeur nous a donné de ses expériences sur la conductibilité des sons organiques par les différentes matières.

« Les corps les plus denses ne sont pas, comme l'analogie pourrait le faire penser, les plus propres à former ces instrumens. Le verre et les métaux, outre leur poids et la sensation du froid qu'ils occasionnent en hiver, communiquent moins bien que des corps moins denses les battemens du cœur et les sensations que produisent la respiration et le râle. D'après cette observation, qui me parut singulière, j'ai voulu essayer les corps les moins denses, et j'ai fait faire en conséquence un cylindre de baudruche tubulé, que l'on remplit d'air au moyen d'un robinet, et dont le conduit central est maintenu par un tube de carton. Ce cylindre est inférieur à tous les autres; il donne une moindre intensité de son, et il a, d'ailleurs, l'inconvénient de s'affaisser au bout de quelques minutes, surtout quand l'air est froid; il donne, en outre, plus facilement qu'aucun autre, un bruit étranger à celui que l'on explore, par la crépitation de ses parois et le frottement des vêtemens du malade ou de la main de l'observateur.

» Les corps d'une densité moyenne, tels que le papier, les bois légers, le jonc à cannes, sont ceux qui m'ont constamment paru préférables à tous les autres. Ce résultat est peut-être en contradiction avec un axiôme de physique; mais il me paraît tout à fait constant. »

D'autres, éteints d'abord, ne se réchauffent plus,
Victimes sans repos d'un effroyable flux,
Leur sang jadis coulant est devenu solide
Et de tout son sérum leur corps est resté vide.
Cet autre par l'espoir est tout à coup bercé,
Dans ses muscles oisifs les crampes ont cessé,
Son intestin tranquille un instant se repose,
Le calme qu'il éprouve à dormir le dispose;
Sur son triste oreiller souriant il s'endort;
Triste et fatal repos! ce calme, c'est la mort.

Une toque, et vis-à-vis de cette toque, un arc tendu sur lequel s'allonge une flèche prête à partir annoncent une satire dont nous ne pouvons approuver ni l'objet, ni l'esprit, ce qui nous dispense fort heureusement d'en faire usage. Nous serions plus à l'aise dans la suivante, où la question du *concours* est traitée sous toutes ses faces avec une grande vigueur de logique, et beaucoup de verve poétique. Le comique de détail y est parfois excellent; elle abonde en traits ingénieux et piquans. Rien de mieux peint, par exemple, que ce tableau de l'ancien concours de l'agrégation :

Tout fut dans cet essai digne du moyen-âge.
Hélas! il fallait voir les concurrens en nage,
Harrassés, haletans, sous leur poudreux butin,
Echanger en argot un tudesque latin;
L'un qui, la bouche en feu, la langue embarrassée,
Décline un argument, conjugue une pensée;
L'autre qui se consume en transport impuissant
Et tord sous la syntaxe un adverbe innocent;
Tous le front hérissé de fougueux barbarismes,
Frottés de contresens, bardés de solécismes,
La phrase, abandonnée aux cahots du procès,
Commencée en latin, se finit en français;
A la langue d'Horace, et de Celse, et de Pline
Se mêle élégamment un jargon de cuisine.
L'écho frappé des sons d'un latin francisé
Nous renvoie un français qu'on a latinisé..., etc.

Nous vous recommandons spécialement une vignette de ladite satire, où l'on voit un médecin numériste, de structure squelettique, tâtant d'une main le pouls à un moribond et traçant de l'autre sur le mur l'addition suivante :

Matière.........	30
Toux..........	20
Fièvre..........	32
Dévoiement......	21
Vomissement....	12
Douleur.........	15
TOTAL.....	130
	MORT.

du cône sera dirigée vers la lame d'où proviennent les sons, et le sommet vers la membrane qui les reçoit.

C'est même de cette expérience qu'est parti M. Savart pour expliquer les fonctions du pavillon de l'oreille, en montrant que la cavité conoïdale de ce pavillon a pour effet de concentrer les ondulations aériennes vers la membrane du tympan (1).

Comme l'intensité de la propagation du son varie suivant les densités des fluides aériformes qui le transmettent, j'ai pensé qu'en remplissant le cylindre acoustique de gaz plus denses par leur nature, ou rendus plus denses par la compression, les bruits pourraient devenir plus sensibles; ainsi j'ai fait un très grand nombre d'essais comparatifs avec l'hydrogène, l'oxygène, l'acide carbonique, l'air à la pression ordinaire, et les résultats pratiques ont toujours répondu aux données théoriques.

L'hydrogène a fourni un son plus faible et plus aigu, l'oxygène un son plus fort que l'air, et l'acide carbonique un son manifestement plus ample, mais aussi beaucoup plus sourd. L'air comprimé à cinq ou six atmosphères n'a pas paru donner une intensité plus grande sans doute à cause de l'épaisseur que j'étais forcé de donner aux parois du cylindre métallique.

La vitesse de propagation du son dans l'hydrogène étant beaucoup plus grande que dans tous les autres gaz, j'avais pensé à la mettre à contribution pour obtenir un timbre plus retentissant; or, la vitesse dans un même gaz étant constante, quelque compression et quelque dilatation qu'on lui fasse subir, pourvu que sa température ne change pas, en comprimant l'hydrogène, j'avais toujours la même vitesse des oscillations, et je pensais pouvoir augmenter l'intensité du son; mais la pratique n'a pas répondu à cette vue théorique, peut-être aussi en raison de l'épaisseur des parois du tube.

J'ai recouvert tantôt une seule, tantôt les deux ouvertures d'un stéthoscope métallique avec du parchemin bien tendu, et les bruits devenaient plus sonores et plus vibrans. Cet effet était plus marqué si l'on pratiquait un orifice près de l'extrémité auriculaire. Enfin, dans l'intérieur des cylindres, j'ai tendu des membranes minces et vibrantes, des fils métalliques, etc., et tous ces essais ne m'ont pas paru imprimer aux sons organiques une modification assez grande pour qu'il y ait avantage à les employer dans la pratique. Je les ai cités seulement, parce que je demeure convaincu que s'ils étaient répétés par des expérimentateurs plus habiles et placés dans de meilleures conditions que je ne puis l'être ici, on arriverait à des résultats importans (1).

Dans une troisième série d'expériences, j'ai étudié la propagation des sons organiques à travers les corps solides. Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit plus haut sur les différences d'intensité de la propagation suivant les différentes matières, et je veux seulement examiner la qualité des sons conduits par un cylindre plein.

Déjà, il y a plusieurs années, dans les cours d'auscultation que je faisais à l'Hôtel-Dieu de Paris, je montrais à mes élèves qu'on entend aussi bien avec un stéthoscope plein qu'avec un tube creux, et je leur faisais part d'une remarque qui n'a été consignée nulle part, c'est que si l'on veut entendre un bruit organique tel qu'il se passe dans l'organe, c'est-à-dire sans modification notable de son timbre, il faut le percevoir à l'aide d'un cylindre plein; si au contraire, on veut l'amplifier et lui donnant un timbre plus sonore, il faut employer un cylindre dont les parois puissent mieux entrer en vibration, c'est-à-dire un cylindre creux.

J'ai varié ces essais de mille manières, et j'ai vu que quelle que fût la forme du corps conducteur, et quelle que fût sa nature (à part un très petit nombre d'exceptions), on entendait toujours très distinctement les bruits organiques. Ainsi, voulant donner dernièrement à mes élèves de l'Hôtel-Dieu, une idée de la facilité avec laquelle on peut entendre les bruits anormaux du système circulatoire, je pris dans un coin de la salle un manche à balai uniforme de 5 pieds de longueur, et appliquant un des bouts sur la région précordiale, les élèves entendirent très distinctement le bruit anormal à l'extrémité opposée (2).

Cette expérience, quelque vulgaire qu'elle paraisse, me semble de nature à être répétée à tous les élèves au début des cours de clinique interne. En effet la première fois qu'on applique sur la poitrine l'oreille nue ou armée du stéthoscope, il existe un bourdonnement si confus, qu'à moins d'avoir pour sou début des bruits bien distincts et assez intenses, il est difficile de se rendre un compte précis de ses sensations. Ces premières difficultés que s'exagèrent les élèves, les font souvent renoncer à l'étude de l'auscultation; tous ceux qui ont vécu dans les hôpitaux de Paris ont pu faire cette remarque, et de là vient que ces admirables procédés de Laënnec sont encore si peu répandus, et qu'ils ne rendent pas à la science du diagnostic tous les services qu'ils pourraient lui rendre.

Eh bien! faites pratiquer l'auscultation à distance, sans que l'oreille s'applique ni sur le stéthoscope, ni sur le malade, il n'y aura plus de bourdonnement ni de confusion possibles. Ce qu'on entendra alors ne pourra être attribué ni à la résonnance de l'air dans le cylindre, ni à une

(1) Ce savant expérimentateur a fait voir de plus que les sinuosités du pavillon, dont pendant si longtemps on a ignoré l'usage, sont combinées de manière à changer les modes de vibrations qui y seraient produites par des ondulations directes.

De la disposition de ces sinuosités, il doit résulter que la dernière direction des ondes sonores soit toujours constante, quand elles viennent à exciter la membrane du tympan.

Sans cette circonstance qui rend les sons indépendans de la position qu'occupe, par rapport à l'oreille, le lieu d'où ils proviennent, chaque corps aurait déterminé dans la membrane du tympan des vibrations différentes suivant sa position, et quelle confusion n'en fût pas résultée pour les perceptions, puisque la sensation produite par un même corps aurait continuellement varié suivant les moindres variations de lieu?

(1) Εἰ δὲ δοκέοι τις ταῦτα μετεωρολόγα εἶναι, εἰ μεταστάιη τῆς γνώμης, μάθοι ἂν ὅτι οὐκ ἐλάχιστον μέρος ξυμβάλλεται ἀστρονομίη ἐς ἰητρικήν, ἀλλὰ πάνυ πλεῖστον.

(περὶ ἀέρων, ὑδάτων τε καὶ τόπων.)

(2) Voulant montrer aux élèves avec quelle facilité on peut entendre ces bruits organiques dont la perception paraît au premier abord si difficile, je variai ces expériences de plusieurs manières, et je prouvai qu'en fixant à une tige informe de bois ou de fer un stylet très délié ou une épingle ordinaire, ou enfin tel autre corps offrant une surface tellement petite, qu'il ne puisse toucher une tumeur anévrismatique, même sur un millimètre d'étendue, on percevait encore les sons de la manière la plus distincte.

Dans les *examens* à l'école, c'est la plaisanterie qui domine; dans la *patente* et le *droit*, c'est l'indignation, *facit indignatio versum*. Némésis laisse ici son fouet pour prendre une fronde. Dans les *funérailles de Dupuytren*, elle embouche la trompette et dépose une palme sur un tombeau; et dans l'*homéopathie*, elle se transforme en un paquet d'inoffensif sucre de lait. Le dessinateur et le poète lui imposent tour à tour chacun de ces rôles, et tous deux avec le même bonheur.

Nous regrettons sincèrement que la pièce intitulée LES PROFESSEURS, les AGRÉGÉS, les PRATICIENS, ait pour emblème une toque placée entre deux majestueuses oreilles d'âne, et pour accessoires le registre de la liste de présence et la sonnette officielle. Nous sommes aussi un peu choqués de l'épigraphe, tirée d'un livre de M. de Balzac, où l'on prétend que les *professeurs sont chargés de faire des sots*. Les beaux éloges qu'on prodigue aux *modestes* praticiens, dont nous faisons partie, ne nous consolent qu'à demi, car enfin il y a tout à parier que, si nos maîtres furent et sont des ânes chargés de fabriquer des sots, nous devons être de ces sots-là. Or, il est déplorable de s'entendre dire ces choses en face.

Si vous voulez vous mettre en gaieté, lisez L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE, tableau de mœurs plein de vie et d'entrain, où vous verrez se dérouler, comme dans un miroir enchanté les joyeuses scènes, les doux souvenirs de votre jeune âge. Les armoiries sont d'une invention charmante; elles offrent le résumé complet de la vie universitaire; d'abord et sur le premier plan des livres, puis un pot à bière, une queue de billard, une reconnaissance du mont-de-piété, et au centre de ces importans objets, un chapeau de femme, digne d'abriter les fraîches joues de la plus attrayante danseuse de la *Chaumière*. Le poète a satisfait, de son côté, à ce programme muet, mais il a eu soin de donner aux livres plus de place encore qu'ils n'en ont dans la vignette et souvent dans la réalité, et de glisser légèrement sur le reste.

Nous voilà arrivé à la fin du premier volume, et tout essoufflé que nous sommes de cette longue course, c'est à peine si nous pourrons suivre encore quelques pas la marche triomphante de Némésis, qui, atteinte de rhumatisme pendant six mois, sort tout-à-coup de son lit, où quelques bonnes ames espéraient la voir rester toujours, pour recommencer la guerre. Son premier mot est un cri de menace et de triomphe sarcastique :

> Oh! plus de rêves d'or, de riante pensée,
> De la trêve de Dieu l'échéance est passée;
> Le Phocéen renaît; six mois inoccupé,
> Dans un repos contraint, son vers s'est retrempé,
> Ses nerfs endoloris, que Paris rhumatise,
> Sentent plus vivement l'injure et la sottise;
> Ses forces ont doublé par le contact du lit;
> De son arc, dont jamais la corde ne mollit,
> Complet et menaçant, s'échappe un second tome.
> Hâtez-vous, croyez-moi, de dormir votre somme,
> Vous tous, depuis un an, sur la sellette assis;
> C'est demain, sans retard, qu'expire le sursis.

illusion des sens; mais comme les bruits normaux ou anormaux dont le médecin veut déterminer la nature, ne sont pas toujours assez forts pour être perçus à distance, on pourra suppléer à l'auscultation à distance par l'auscultation médiate avec un tube plein; les sons secondaires qui proviennent des vibrations propres du corps conducteur, et qui constituent le timbre, sont tellement faibles alors, qu'en recevra le son sans aucune modification appréciable; et en outre, l'attention n'aura pas à lutter contre ce bourdonnement inséparable de l'exploration pratiquée avec des cylindres creux.

On voit que je parle surtout ici en vue des élèves qui commencent l'étude de l'auscultation: voilà pourquoi j'indique l'auscultation avec des stéthoscopes pleins, de préférence à l'auscultation immédiate qui, tout en paraut à plusieurs inconvéniens des cylindres creux, offre encore au début certaines difficultés. Ainsi, le frémissement musculaire, le frôlement des vêtemens, les bruits respiratoires si l'on veut ausculter le système vasculaire, les bruits vasculaires si l'on veut ausculter l'appareil respiratoire, nuisent toujours à une perception claire et distincte pour ceux qui n'ont pas encore une grande habitude de ce genre d'exploration.

La difficulté de vulgariser l'admirable découverte de Laënnec, m'a fait songer au moyen de faire percevoir les signes stéthoscopiques, en même temps, par plusieurs élèves, et je crois l'avoir trouvé dans le mode même de propagation du son.

En effet, si en un point quelconque de la paroi externe d'un cylindre creux ou plein, on applique l'oreille nue ou armée du stéthoscope, ou perçoit presque aussi distinctement les bruits communiqués, que si l'oreille était appliquée à l'extrémité du cylindre.

Je tirai aussitôt parti de cette donnée que me fournit l'expérimentation directe, et je pensai que plusieurs élèves pourraient, aussi rapidement qu'un seul, entendre simultanément les bruits organiques. Je construisis grossièrement un stéthoscope en fer-blanc, long de 120 centimètres, présentant plusieurs articulations mobiles, afin de se fléchir à volonté en différens sens, suivant la position du malade ou des médecins, et offrant dix appendices flexibles, de manière à ce que la base conique du cylindre étant appliquée contre l'organe, chacun pût, au moyen de ces appendices conducteurs, percevoir facilement les sons.

Le résultat fut entièrement conforme à mes prévisions, et dix personnes auscultant en même temps, et sans se gêner ni les unes ni les autres, entendirent simultanément, de la manière la plus distincte, le bruit du soufflet systolique que j'avais annoncé.

On voit de suite tous les avantages qu'on pourra tirer de ce nouveau mode d'auscultation, pour l'enseignement pratique dans les écoles de médecine, et surtout dans les grandes facultés.

Certes, je ne serai pas taxé d'exagération en disant que sur *soixante* élèves (et souvent plus) qui, dans les salles de clinique, se pressent autour d'un malade, il n'en est pas *six* qui puissent vérifier par eux-mêmes les phénomènes perçus et signalés par le professeur. Soit que les malades fatigués par les explorations du médecin ou des internes, se refusent à se laisser ausculter de nouveau, soit que pour ne rien perdre des faits de la visite, les élèves quittent les lits en même temps que le professeur; soit que par discrétion, ils ne veuillent pas abuser de la patience du malade, toujours est-il qu'un très petit nombre peut se livrer à un examen complet, et que beaucoup d'élèves, ne pouvant pas suivre les cours particuliers des chefs de clinique ou des internes, terminent leurs études médicales sans connaître l'auscultation, et sont privés pour toujours d'une des sources les plus sûres du diagnostic.

Le mode nouveau que j'indique me paraît propre à obvier à ce grave inconvénient, puisqu'au moyen d'un long tube sur lequel chaque élève viendra placer l'oreille ou le stéthoscope, ou d'un cylindre creux, présentant plusieurs appendices conducteurs qui seront appliqués contre l'orifice auriculaire, il ne faudra pas plus de temps pour faire ausculter un malade par une soixantaine d'auditeurs, qu'il n'en eût fallu pour six, auscultant chacun séparément.

Ce moyen sera précieux, surtout pour faire explorer certaines régions d'un difficile accès. On sait combien l'auscultation de la paroi postérieure du thorax est fatigante pour les malades, et combien on se hâte de les replacer aussitôt que l'état des organes a été constaté. Dans les affections thoraciques graves, la position étant plus fatigante encore, l'exploration est encore forcément moins longue; aussi, à l'exception des élèves attachés à la salle, la plupart ne peuvent se faire une idée exacte de ces lésions de la partie postérieure, si intéressantes cependant à bien connaître, puisque c'est par elles que débute ordinairement la maladie. Eh bien! là encore l'auscultation simultanée aura un grand avantage, puisqu'il ne sera pas besoin de changer la position du stéthoscope, et qu'il ne faudra pas plus de temps pour une vingtaine d'élèves que pour deux.

Inutile de faire remarquer que les résultats négatifs, c'est-à-dire l'absence des bruits normaux ou anormaux pourront être constatés de la même manière.

On comprend sans peine que je ne recommande pas ce moyen pour l'examen des malades qui pourraient être auscultés, sans inconvénient, par un grand nombre d'élèves; ou comprend aussi que, quand les bruits seront très faibles, la polyscopie ne pourra donner de résultats avantageux, mais la meilleure preuve que les sons organiques, sans être très intenses, peuvent être perçus par plusieurs auditeurs, c'est que j'ai fait entendre simultanément aux élèves de l'Hôtel-Dieu; le souffle utérin et les battemens du cœur fœtal.

D'après les expériences auxquelles je me suis livré, j'ai reconnu que dans l'auscultation simultanée, les bruits perdaient beaucoup de leur intensité lorsqu'on se sert d'un stéthoscope creux armé d'un grand nombre d'appendices, et que cette déperdition est en raison directe du nombre de ces appendices. On ne devra donc recourir à ce stéthoscope que pour constater des bruits organiques intenses.

Comme je l'ai dit plus haut, en appliquant l'oreille ou le cylindre contre la paroi d'un tube creux qui transmet le son communiqué à l'une de ses extrémités, la perception se fait presque aussi bien que si elle avait lieu à l'autre orifice; mais la résonnance des parois produit une certaine confusion qui pourrait nuire à la précision des résultats.

Si le tube conducteur est ouvert sur toute sa longueur, dans 3 centimètres environ de sa circonférence, et recouvert dans cette étendue d'une membrane mince, sur laquelle on applique l'oreille ou le stéthoscope, les résultats deviendront plus précis; un cylindre plein, de bois léger, n'augmentera en rien l'intensité des sons; mais il n'y aura aucune cause de confusion, et ce sera, dans la plupart des cas, le meilleur moyen à employer pour l'auscultation simultanée.

On rendra, du reste, ces longs stéthoscopes très portatifs et très faciles

---

Ce *réveil* est encore pour l'*école*, qui avait eu l'honneur de ses premiers coups. Puis viennent les *charlatans*, symbolisés par Daumier, au moyen de deux cymbales qui se choquent, et stigmatisés par le poëte en quelques centaines de ces *vers sanglans* dont Gilbert n'a pas emporté tout le secret. Les SPÉCIALITÉS, les SAGES-FEMMES, les HOPITAUX et les CLINIQUES; arrivent ensuite à la file, riches de tableaux variés, ou l'auteur, suivant le précepte du législateur du Parnasse (pour employer la langue de la littérature classique, la seule que nous connaissions),

Passe du grave au doux, du plaisant au sévère

avec une abondance d'imagination, une profusion d'invention et une verve de style qui nous confondent, nous, pauvres feuilletonistes, qui avons tant de peine à aligner ces colonnes de triste et misérable prose. Le dessinateur, de son côté, exalté par la *furia* croissante du poëte, se monte à son niveau et donne à son crayon une pointe de plus en plus fine et acérée. La *responsabilité médicale* a pour enseigne une épée nue posée verticalement, l'épée de Damoclès; le *magnétisme animal*. un télescope astrologique; et la *phrénologie*, un sphynx égyptien accroupi devant une tête. C'est une véritable privation pour nous de ne pouvoir plus rien emprunter à ce vaste magasin d'épigrammes. Il eût été particulièrement agréable au feuilleton de la GAZETTE de dire à la phrénologie, en vers bien ronflans, ce qu'elle lui a dit si souvent en vile prose. Bientôt après, une seringue obliquement placée, et dont l'attitude hostile indique à souhait la tendance, annonce les *pharmaciens*. Cet emblème est suranné cependant; il est tombé en désuétude depuis qu'il n'y a plus d'apothicaires. Trois hommes habillés de noir, assis autour d'une table, et ayant à la place de la tête, l'un une calebasse, l'autre un melon, et le troisième un potiron, représenteraient (dans l'idée de M. Daumier et de son complice) le *conseil royal de l'instruction publique* et l'*Institut*. Les *lazarets* et les *quarantaines* s'offrent à nous sous l'aspect d'une porte fermée à triples barreaux et triples cadenas.

Les ADIEUX terminent ce recueil, dont nous venons d'esquisser si timidement et si brièvement les traits principaux. Nous n'avons rien à dire sur le fond de ces poésies, si ce n'est que ce sont des satires. Ce mot explique et justifie même le ton et l'esprit général de l'ouvrage. Nous sommes en effet ici dans un certain convenu poétique qui permet l'exagération. Les noms propres y sont peut-être un peu trop prodigués, et les mêmes y reviennent trop souvent. L'expression va parfois plus loin que la pensée, et nous aimerions y voir effacer quelques traits et même quelques morceaux. Mais, toutes ces restrictions faites pour l'acquit de notre conscience, nous devons, en définitive, signaler le talent déployé par un confrère dans un genre de littérature peu cultivé parmi nous, et dans lequel il a surpassé ses prédécesseurs. Ce n'est pas que nous manquions de médecins-poëtes (et on en trouverait au besoin une bonne liste dans les paperasses de notre puits de science le docteur Mathanasius); mais il est probable que le plus grand nombre n'ont été que des poëteraux auprès de notre fécond et ingénieux satirique.

Si ces éloges ne paraissaient pas suffisans aux admirateurs enthousiastes de la NÉMÉSIS MÉDICALE, nous les renvoyons avec confiance à la préface que M. Th. Poupin a mise en tête du premier volume. Ils y trouveront ce qu'ils cherchent.

à manier, en les divisant en plusieurs parties qui pourront se joindre à volonté, suivant le nombre d'élèves qui devront ausculter.

Comme il faut, à tout instrument nouveau on à toute méthode nouvelle, donner un nom particulier, sous peine d'en voir plusieurs surgir en même temps de différentes sources, j'ai appelé ce nouveau conducteur *stéthopolyscope*, ou d'une manière plus abrégée *polyscope*; du reste, je ne tiens pas plus à la composition du nom qu'à la forme de l'instrument, je tenais seulement à proclamer un principe qui, dans les grands centres d'instruction médicale, me paraît devoir être fertile en résultats avantageux. Quant à la méthode à l'aide de laquelle on obtiendra ces résultats, je suis convaincu qu'on peut la perfectionner, et je laisse ce soin aux médecins d'hôpitaux qui, chargés d'une division médicale, peuvent ainsi servir en même temps les malades et la science.

CONCLUSIONS.

1° L'auscultation médiate devra être préférée à l'auscultation immédiate, toutes les fois qu'on voudra augmenter l'intensité des bruits organiques.

2° Les stéthoscopes qu'on regardait dans ces derniers temps comme les meilleurs, c'est-à-dire les stéthoscopes garnis à leur base d'une virole et surmontés à leur sommet d'une plaque d'ivoire, sont les moins bons; ils transmettent moins bien les sons que le simple tube de Laënnec.

3° Le meilleur conducteur sera un cylindre de bois léger, et surtout de bois de sapin, d'un seul morceau, à parois minces, terminé inférieurement par un évasement conique, et supérieurement soit par un opercule, soit par un tube qui puisse être introduit dans le pavillon auriculaire (1).

4° Le cône devra être tronqué, afin que le son ne soit pas réfléchi avant d'arriver à l'oreille.

5° On diminuera le bourdonnement inséparable des cylindres creux, en se servant d'un stéthoscope qui ne soit pas terminé par un opercule, et en appliquant le sommet du cône contre l'orifice auriculaire, sans le boucher entièrement.

6° Un long stéthoscope sera plus favorable qu'un court, puisque l'oreille sera plus éloignée des bruits produits par les organes voisins, par le frémissement des muscles, par le frottement des vêtemens, etc., toutes circonstances très indifférentes sans doute pour ceux qui ont l'habitude de l'auscultation, mais très embarrassantes pour ceux qui en commencent l'étude ou qui ont rarement occasion de la pratiquer.

7° Si l'on veut accroître par les sons secondaires l'intensité des sons primitifs, on fera usage de stéthoscopes de cristal ou de fer blanc très mince, qui seront garnis inférieurement à leur circonférence d'un tissu très mince, afin d'éviter au malade une sensation de froid.

8° On peut, en augmentant l'étendue du tube, changer en un son musical un bruit organique qui ne peut être noté, et on aura ainsi des notes différentes, suivant la longueur du stéthoscope, et un timbre différent, suivant la matière qui le compose.

(1) Afin d'avoir un terme précis de comparaison entre les différens bruits, on devra toujours se servir du même stéthoscope.

9° Pour pratiquer l'auscultation *immédiate* (1) *à distance*, on saisira d'abord le caractère du son en appliquant l'oreille contre le lieu de production, et si l'on s'éloigne ensuite lentement, la perception continuera à se faire distinctement.

10° Pour l'auscultation *médiate à distance*, on appliquera le cylindre au niveau du bruit, et sans qu'il soit besoin d'approcher l'oreille on parviendra à entendre le son amplifié à une assez grande distance.

11° Pour l'auscultation *médiate simultanée*, si les bruits sont intenses, on pourra faire usage d'un stéthoscope à plusieurs appendices, ou d'un cylindre creux à parois minces, sur lequel les élèves appliqueront l'oreille, ou d'un tube de cuivre ou de fer blanc ouvert sur toute sa longueur, dans 3 centimètres environ de sa circonférence, et recouvert d'un tissu mince, à la surface duquel on posera légèrement l'oreille ou le stéthoscope.

12° Si l'on veut diminuer la déperdition du son ou la résonnance du tube, on emploiera un cylindre plein, de bois léger, dont on maintiendra l'extrémité sur le lieu de production, et sur toute la longueur duquel on percevra facilement les bruits, en appliquant l'oreille sans l'appuyer fortement.

13° Il ne se présente jamais de circonstances dans lesquelles on ait besoin de faire entendre promptement un bruit anormal à un très grand nombre d'auditeurs; mais enfin on comprend, d'après un fait d'acoustique bien vulgaire, que cent personnes pourraient ainsi acquérir, en même temps et en quelques minutes, une idée parfaite d'un même bruit organique.

(1) On voit que je ne prends pas ici le mot *immédiat* dans son acception la plus rigoureuse, puisque les couches d'air formeront le milieu conducteur.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de janvier, février et mars contiennent les mémoires originaux suivans: 1° *Mémoire sur la structure intime du foie*; par M. Lambron. 2° *Des lésions de l'appendice vermiculaire du cæcum, et des accidens auxquels elles donnent lieu*; par MM. Malespine et Briquet. 3° *Observation sur un cas de dystocie produite par un cloisonnement transversal du vagin compliqué de prolapsus*; par M. Danyau. 4° *Nouvelles recherches sur les bruits anormaux du cœur*; par le docteur Hope. 5° *Considérations sur les lésions anatomiques et sur la curabilité de la phthisie pulmonaire*; par M. Valleix. 6° *Observation de diathèse hémorragique avec douleurs articulaires*; par M. Tardieu. 7° *Réflexions sur les analyses chimiques du sang à l'état pathologique*; par M. Mandl. 8° *De l'agglutination de l'orifice externe du col utérin considérée comme obstacle à l'accouchement*; par le docteur Nœgèle. 9° *De la bronchite capillaire suffocante chez l'adulte (catarrhe suffocant de Laënnec)*; par M. Fauvel. 10° *Recherches cli-*

Quant à nous, nous en avons déjà peut-être trop dit pour notre repos, et nous ferons sagement d'en rester là pour ne pas aggraver le mal.

Nous supplions, en finissant, la Némésis de nous vouloir bien prendre en pitié, s'il lui prend fantaisie un de ces jours de ressaisir ses instrumens de torture.

niques et expérimentales sur les fonctions des faisceaux de la moelle épinière et des racines des nerfs rachidiens, précédées d'un examen historique et critique des expériences faites sur ces organes depuis Ch. Bell; par M. Longet. (Premier article.)

MÉMOIRE SUR LA STRUCTURE INTERNE DU FOIE; par M. ERNEST LAMBRON.

Le foie a plus qu'aucun autre organe fixé l'attention des anatomistes depuis quelque temps, ce qui n'est pas étonnant, puisque jusqu'alors nous ne connaissions l'anatomie de cet organe que sous le point de vue chirurgical, ou de ses propriétés physiques les plus grossières, mais nous ne savions rien de sa composition intime, de son anatomie physiologique, nous n'en connaissions que les derniers résultats. Aux travaux de Kiernan, de Muller, de M. Verger sur l'anatomie microscopique du foie, on doit joindre maintenant ceux de M. Lambron qui paraissent avoir réellement ajouté à nos connaissances sur ce point particulier de la science. Son mémoire est partagé en trois parties; la première, consacrée à passer en revue toutes les opinions qui ont été successivement émises sur la structure intime du foie, ne peut nous occuper, mais nous allons analyser la deuxième où il rapporte les recherches qui lui sont propres. Avant de se mettre à l'œuvre, il comprit facilement que débuter dans ses recherches d'anatomie de structure par l'examen du foie des mammifères était commencer par une organisation trop composée; il eut donc recours à l'étude des animaux plus simples et examina d'abord le foie du limaçon avant d'arriver à celui des mammifères. Voici les principaux résultats qu'il a obtenus de l'examen du foie du limaçon. Des morceaux de ce foie examinés au microscope par la face de leur section lui ayant offert une infinité de petites alvéoles remplies d'un liquide brun, jaunâtre, il pensa que ces dernières étaient des cellules dans lesquelles il serait facile de faire pénétrer un liquide qui, en les distendant, les rendrait bien plus visibles; en effet, il réussit surtout pour celles de l'extérieur du foie, qui n'étant point comprimées comme celles de l'intérieur par les cellules environnantes peuvent s'étendre plus facilement; aussi sont-elles presque toujours les seules que l'injection parvient à bien développer, et il conclut de ces premiers résultats que la partie élémentaire du foie du limaçon était une cellule ou utricule.

Mais il restait à savoir comment les vaisseaux sanguins se comportent par rapport à ces cellules et comment ils contribuent à fournir la sécrétion bilieuse. Différentes injections lui ont prouvé que le liquide parcourt les vaisseaux sanguins du foie jusque dans les ramifications les plus ténues, puis vient se répandre en dernier lieu autour des cellules hépatiques, dans les espaces qu'elles laissent entre elles, et de cette manière, baignent entièrement leurs parois. Dans toutes ces injections, quels qu'aient été les efforts employés, jamais il n'a pu faire passer le liquide des vaisseaux sanguins dans les vaisseaux biliaires et réciproquement l'injection poussée dans ces derniers n'a jamais pénétré dans les espaces inter-cellulaires, ni dans les vaisseaux sanguins.

Partant de ces données sur l'organisation intime du foie du limaçon, M. Lambron s'est livré à l'étude de celle du même organe chez les mammifères, employant de préférence le foie de chat au lieu du foie du cochon ou du mouton, car il est extrêmement rare d'avoir un foie d'homme qui soit dans les conditions indispensables pour le succès des injections. L'auteur entre ici dans de longs et précieux détails sur les préparations que doit subir le foie pour être privé du sang et de la bile qu'il contient, avant d'être injecté, sur la manière de l'injecter et sur la matière qu'il emploie pour ces injections.

Les résultats de ces injections varient suivant les vaisseaux qui sont injectés, 1° la *veine porte*. Lorsque l'injection arrive dans les plus petites divisions, on la voit, dans certains points couler entre les granulations et quelquefois les entourer complètement. Si on la pousse davantage, elle arrive autour de tous les lobules hépatiques, où elle dessine à la surface du foie, une infinité de petites figures polygonales plus ou moins irrégulières. Si l'on continue à pousser l'injection, elle pénètre les granulations du foie et le colore de la circonférence vers le centre, puis elle revient par les veines sus-hépatiques; 2° quand l'injection faite par les *veines sus-hépatiques* arrive à la surface du foie, c'est sous la forme de petits points au centre de toutes les granulations; puis, on voit se former de petits vaisseaux stellés, à deux, trois ou quatre branches, suivant que ce lobule a deux, trois ou quatre angles. Poussée davantage, l'injection pénètre la granulation et la colore, mais en sens inverse de l'injection poussée par la veine porte, c'est-à-dire du centre vers la circonférence; enfin elle circonscrit les lobules et revient aussi par les distributions de la veine porte. Quel que soit le temps pendant lequel l'auteur ait poussé l'injection elle est revenue par la veine porte et jamais par les autres vaisseaux. Lorsqu'on injecte simultanément en bleu la veine porte et en rouge les veines sus-hépatiques, on peut faire arriver dans la granulation ces deux injections, de manière à colorer en rouge la partie centrale et en bleu la circonférence; 3° l'injection par *l'artère hépatique* colore très peu le foie, et le liquide finit par passer dans les branches de la veine-porte, dont il suit toutes les divisions, circonscrivant les lobules, puis les pénétrant peu à peu, de la circonférence vers le centre, pour passer enfin dans les veines sus-hépatiques. L'auteur conclut de ces faits que le sang de l'artère hépatique passe dans la veine-porte, et que, si le sang artériel fournit à la sécrétion biliaire, il ne remplit cet usage qu'après s'être mélangé au sang veineux. 4° L'injection poussée par les *conduits* biliaires circule entre toutes les granulations du foie et les circonscrit comme quand on injecte par la veine-porte, avec cette différence pourtant que ces canaux excréteurs ne forment point, comme ces veines, des plexus autour des lobules. Si les canaux biliaires n'ont aucune communication avec les vaisseaux sanguins, ils en ont une très facile avec les vaisseaux lymphatiques, et l'injection poussée par les vaisseaux biliaires passe toujours dans les lymphatiques bien avant qu'elle soit arrivée à l'extrémité des canaux excréteurs. « Cette facile communication, fait judicieusement remarquer l'auteur, permet de comprendre comment il suffit d'un arrêt, même momentané, du cours de la bile, pour que ce liquide soit aussitôt absorbé par les lymphatiques, passe dans le torrent circulatoire et produise ainsi les ictères rapides et subits, comme ceux qui suivent un accès de colère, une grande joie, ou une vive frayeur, et qu'on ne savait par quel mécanisme expliquer. Elle permet également de comprendre pourquoi, dans les cas d'oblitération complète du canal cholédoque, les cellules du foie, ou les extrémités terminales des conduits biliaires ne sont presque jamais dilatées, c'est que la bile trouve une issue facile par les vaisseaux lymphatiques. »

Les injections de M. Lambron l'ont amené aux mêmes conclusions que M. Kiernan sur la disposition grossière des élémens du foie; mais cet accord cesse entre eux à l'occasion de la structure des granulations. La limite qui sépare dans les granulations l'injection faite par les vaisseaux sanguins de celle qui a été opérée par les canaux biliaires ne permet pas de méconnaître que ces espaces ont des parois qui arrêtent les injections et empêchent qu'elles ne se mélangent : il est évident que ce sont des petites poches, des cellules ou des utricules. Eh bien! c'est dans les intervalles inter-utriculaires que l'injection se répand, pour passer des dernières divisions de la veine-porte dans la veine sus-hépatique, située au centre de la granulation. L'injection pénètre dans les espaces sus-hépatiques à peu près aussi bien, soit qu'on la pousse par les veines-portes ou par les veines hépatiques. Quant au mode de terminaison du conduit biliaire dans la granulation, l'auteur assure qu'il n'a jamais vu qu'un seul conduit biliaire, allant se rendre à chaque lobule; que ce conduit pénètre la granulation par une des surfaces, puis, après un court trajet, semble se terminer dans une cellule, et il pense que toutes ces cellules s'ouvrent les unes dans les autres. « En résumé, dit M. Lambron, la granulation hépatique est revêtue de tous côtés par une espèce de coiffe ou prolongement de la capsule de Glisson. Par le centre de la base pénètre une veine intra-lobulaire, qui se répand dans l'intérieur de la granulation, et envoie de petites branches dans la direction des angles de ce grain glanduleux. La granulation est constituée par un amas de petites cellules polyédriques, rangées plus ou moins régulièrement autour de la veine intra-lobulaire. La granulation hépatique est donc à elle seule un petit foie, comme un lobule pulmonaire est à lui seul un petit poumon. »

Après avoir exposé ses propres recherches et les avoir comparées avec celles de ceux qui l'ont précédé dans cette étude, M. Lambron passe à la troisième partie, dans laquelle il s'efforce de présenter les déductions physiologiques qui ressortent de ce travail; mais cette partie n'est pas susceptible d'être analysée. Nous terminerons en disant que l'auteur croit avoir le premier décrit quelle disposition particulière prend le fluide nourricier pour fournir à la secrétion, en montrant que, sorti des vaisseaux proprement dits et épanché dans les espaces inter-utriculaires, il baigne immédiatement les parois des cellules, c'est-à-dire de la membrane sécrétante.

DES LÉSIONS DE L'APPENDICE VERMICULAIRE DU COECUM, ET DES ACCIDENS AUXQUELS ELLES DONNENT LIEU; par MM. MALESPINE et BRIQUET.

Cet article se compose de trois observations : deux par M. Malespine, et la troisième par M. Briquet. Voici un résumé de la première :

OBS. — Un enfant de 8 ans, bien portant auparavant, entra à l'hôpital des Enfans malades, accusant de violentes coliques et se plaignant depuis quelques jours d'une vive douleur vers la région du pubis et du périnée, et de fréquentes envies d'uriner qui le portaient à exercer des tractions sur la verge. Le volume de cet organe était en effet un peu plus considérable qu'à l'état normal. On soup-

connu une affection calculeuse, et le cathétérisme fut appliqué à trois reprises. Le soir même du jour où cette opération fut faite la dernière fois, il y a malaise et frissons; dans la nuit, vomissemens, puis sensibilité et météorisme du ventre; langue sèche; pouls petit et serré.

Mort trois jours après.

AUTOPSIE. — Le péritoine contient une grande quantité de pus phlegmoneux, mais partout verdâtre et sans odeur stercorale. On découvre dans la région cœcale une tumeur fixée par des adhérences celluleuses à la partie latérale droite du rectum, et formée par l'appendice vermiculaire, singulièrement modifié dans son volume, ses rapports et sa structure. Communiquant avec le cœcum par une large ouverture, cet appendice, après un trajet de 5 centimètres, se dilate insensiblement, et constitue une poche purulente, de 7 centimètres environ de longueur. Après l'avoir divisée, on reconnait que la muqueuse de l'appendice n'est adhérente aux autres couches qui constituent ses parois, que jusqu'au point où la dilatation commence. A ce niveau, elle se détache des tissus sous-jacens, et forme à elle seule et isolée de toutes parts un cylindre libre et flottant dans l'intérieur du kyste. La cavité de ce cylindre capable d'admettre un petit stylet est interrompue par plusieurs perforations qui établissent communication entre elle et l'intérieur du kyste qui l'entoure, perforations qui ont versé dans ce kyste des matières stercorales. La séreuse de l'appendice et la séreuse du gros intestin sont intimement unies par des adhérences anciennes; les matières contenues dans la poche sont infiltrées dans le tissu cellulaire post-péritonéal, et retenues seulement par le feuillet opposé du mérorectum, qui est dépouillé de ses lamelles celluleuses, et considérablement aminci, vessie parfaitement saniée, ne contenant pas de calcul.

Arrêtons-nous un instant sur les réflexions dont M. Malespine a fait suivre cette intéressante communication. Il lui paraît probable que c'est au cathétérisme qu'il faut attribuer le passage de l'état inflammatoire latent à l'état sur-aigu. Mais si l'on songe à l'ancienneté du mal, au volume qu'avait atteint la tumeur, à sa proximité du péritoine, on sera porté, nous n'en doutons pas, à décharger le chirurgien de toute espèce de responsabilité dans l'issue funeste de ce cas. La science possède trop d'exemples d'une pareille terminaison arrivant spontanément, pour qu'on n'incline pas à considérer la péritonite aiguë qui survint ici comme déterminée par l'évolution naturelle de la phlegmasie juxta-séreuse. Dans un fait à peu près semblable, communiqué par M. Judas (GAZ. MÉD., 1838, n. 46), les signes de perforation intestinale existaient avant qu'on fît usage de la sonde. En résumé, il ne nous semble pas nécessaire d'attribuer au cathétérisme la terminaison fatale, pour s'expliquer la manière dont elle a eu lieu.

Un autre point sur lequel nous pencherions encore à nous trouver d'un avis différent de celui de M. Malespine, si l'on pouvait opposer le raisonnement à des détails anatomiques aussi précis que ceux de l'autopsie qu'il rapporte, c'est l'isolement du cylindre muqueux de l'appendice au milieu du kyste formé par la dilatation des couches extérieures de sa paroi. La nouveauté d'une pareille disposition a aussi frappé les rédacteurs du journal auquel nous empruntons ce fait, et ils se demandent si ce petit canal que M. Malespine regarde comme formé par la muqueuse ne serait pas plutôt l'appendice tout entier altéré dans sa texture, et flottant au milieu d'une poche creusée dans le pourtour du cœcum, ou circonscrite par de fortes adhérences dans la cavité péritonéale elle-même. Nous nous rangerions volontiers de cette dernière opinion, et pour la corroborer encore, nous rappellerons que, d'après M. Malespine, la surface interne de la poche purulente (qu'il regarde comme formée par les couches charnue et péritonéale de l'appendice) était *tapissée par des pseudo-membranes en partie adhérentes, en partie flottantes, et formant des aréoles manifestes*. Ces adhérences se concevraient bien mieux en supposant que le kyste dont elles cloisonnaient la cavité fût le péritoine lui-même, converti dans ce point en foyer distinct par un travail d'inflammation lente. Mais, répétons-le, nous ne prétendons pas, sans avoir vu, nous prononcer dans un sens contraire à l'opinion de celui qui a pu juger de l'état des parties; c'est un simple doute sur la possibilité d'une disposition aussi étrange.

L'auteur appelle encore l'attention sur les phénomènes relatifs à l'excrétion urinaire, et qui rendirent un instant le diagnostic douteux. Cette observation n'est pas nouvelle; nous la trouvons faite dans des cas à peu près semblables, par Stokes (ENCYCL. DE MÉD. PRAT.), par MM. Judas et Cazeneuve (GAZ. MÉD., 1838, n. 46 et 51); ces trois médecins proposent même chacun une explication différente de cette particularité.

M. Malespine établit ensuite, par les détails de l'autopsie, et par le rapprochement de plusieurs cas semblables, que la guérison pouvait avoir lieu, soit par l'ouverture de l'abcès sur un point de la paroi abdominale, à la marge de l'anus, par exemple, comme on en peut juger par la tendance marquée que le foyer avait à se porter vers ce point, soit par la perforation du rectum, ainsi que cela fut observé dans une autopsie faite par F. Merling.

La seconde observation est relative à un homme de 42 ans, qui, à la suite d'un lavement de tabac, donné pour vaincre une constipation opiniâtre, fut en proie à des symptômes de péritonite, qui, après plusieurs améliorations, revinrent avec une nouvelle force le sixième jour, et amenèrent la mort au bout de quelques heures. On trouva à la partie supérieure de l'appendice iléo-cœcal une perforation faisant communiquer la cavité intestinale avec le péritoine.

Enfin, dans l'observation de M. Briquet il s'agit d'une perforation de l'appendice, causée par un pépin de melon. Les symptômes de péritonite débutèrent d'une manière lente, suivirent une marche graduelle, et cependant l'autopsie fit découvrir une perforation. Il est vrai que le corps étranger était fixé et serré dans la position de l'appendice où il se trouvait, de manière à ce qu'on ne pût faire refluer dans l'abdomen ni le gaz ni les matières liquides contenues dans le cœcum. Aussi l'épanchement de la cavité péritonéale avait-il une couleur laiteuse et une odeur plutôt gangréneuse que stercorale. Tout montre, en un mot, que, malgré l'existence d'une perforation intestinale, la péritonite était ici due à l'extension du travail inflammatoire causé par la présence du corps étranger, plutôt qu'au contact des matières provenant du tube digestif.

A la suite de ces trois observations, le rédacteur ajoute quelques réflexions sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'appendice iléo-cœcal. Du rapprochement d'un certain nombre de faits déjà acquis à la science, il conclut qu'il n'y a réellement aucune différence pour les symptômes et la marche entre les cas où il y a eu ulcération ou gangrène spontanée de l'appendice et ceux dans lesquels ces lésions ont été produites par la présence d'un corps étranger. Il n'y en a pas non plus d'appréciable entre les perforations de cet appendice et celles du cœcum ou de la fin de l'iléon. Bien plus, un abcès de la fosse iliaque étant donné, on n'a jusqu'ici aucun signe qui puisse permettre de décider s'il est dû à une perforation intestinale ou à une inflammation pure et simple du tissu cellulaire de cette région.

Ces réflexions ne sont que trop vraies; mais elles ne sont pas faites pour décourager les observateurs. Peut-être l'étude attentive des symptômes conduira-t-elle à la découverte d'un signe caractéristique. Déjà M. John Burne (MEDIC. CHIRURG. TRANSACT., vol. 2, et GAZ. MÉD. DE PARIS, 1838, n° 46.) a indiqué la marche lente du mal, et l'invasion des symptômes locaux avant la réaction constitutionnelle et la fièvre, comme un caractère propre aux lésions par cause mécanique, qui, du reste, suivant lui, sont de beaucoup les plus fréquentes, puisque de tous les cas qui se sont offerts à son observation, aucun n'était le produit d'une inflammation idiopathique ou spontanée. On conçoit du reste que, si la perforation s'opère aux dépens des parois de l'appendice, l'épanchement stercoral éprouve beaucoup de difficultés à se faire, à cause de l'étroitesse du canal qu'auraient à traverser les matières avant de tomber dans le péritoine, étroitesse qui peut encore être augmentée par la présence du corps étranger, qui, comme dans le cas de M. Briquet, était à la fois la cause des accidens et un obstacle à leur développement. La lenteur de l'épanchement explique alors le peu d'acuité des premiers symptômes, leur marche insidieuse, et conséquemment leur ressemblance avec ceux de la péritonite, que provoque la simple inflammation du tissu cellulaire sous-séreux.

Le pronostic, continue le rédacteur, est on ne peut plus grave. Cependant des succès ont été obtenus par MM. Stokes et Pétrequin. Nous partageons à ce sujet l'opinion de M. Burne, qui, sans détourner tout-à-fait des saignées, ne veut pas qu'on insiste trop longtemps sur leur emploi, et conseille l'évacuation de la matière irritante au moyen du bistouri. La guérison qu'il obtint, dans un cas fort grave, à l'aide de trois ponctions successives, prouve, ainsi qu'un fait rapporté par M. Mélier (JOUR. GÉN., t. G) que ce serait le meilleur parti à prendre dès que la fluctuation est devenue perceptible.

DYSTOCIE PRODUITE PAR UN CLOISONNEMENT TRANSVERSAL DU VAGIN COMPLIQUÉ DE PROLAPSUS; par M. DANYAU.

OBS. — Une femme de 24 ans, primipare, entrée à la Maternité à 8 mois et demi de grossesse, présenta la disposition suivante: hors de la vulve se voit une tumeur conique saillante de 60 à 70 millimètres, dont le sommet offre un orifice à bords un peu plissés et mous. C'étaient là les apparences d'un prolapsus utérin; mais le toucher leva les doutes. Le doigt porté à travers cet orifice, le franchit, et traversant un second canal, rencontra le véritable museau de tanche, puis au-delà la tête du fœtus. On fit la réduction sans difficulté, mais aussi sans résultat durable, car le moindre effort suffisait pour reproduire l'état primitif.

Après 22 heures de travail, la tête poussée sur l'ouverture du vagin par des efforts puissans et bien dirigés n'avait amené qu'une dilatation insuffisante, et qui restait définitivement stationnaire. Le chirurgien glissant alors un bistouri boutonné entre la tête et la face supérieure de la cloison, fit deux incisions à gauche et à droite; puis n'obtenant pas d'effet prononcé, il en fit successivement quatre autres, toutes dans une direction oblique pour éviter les cloisons rectale et vésicale. La fermeté et l'épaisseur de la cloison s'opposèrent cependant encore au passage de la tête, et nécessitèrent l'application du forceps qui amena sans peine l'enfant

au dehors. La femme, promptement rétablie, voulut quitter de suite l'hôpital. Aussi put-on constater quelques mois plus tard que la cloison ainsi que le prolapsus utérin s'étaient reproduits. Un pessaire la débarrassa de cette dernière infirmité.

La disposition que je viens de faire connaître, dit M. Danyau, est très certainement congénitale. Nous serions peut-être porté à être plus réservé que lui sur ce point; car la régularité de la cloison et de son ouverture, seule preuve de quelque valeur qu'il invoque ne suffirait pas pour entraîner notre conviction. Une ulcération avec perte de substance située à l'intérieur du vagin, peut en se cicatrisant amener la rétraction de toute la circonférence de ce conduit, qui correspond au point où siége la lésion, de manière à déterminer, quand le travail est achevé, un véritable rebord circulaire, tout à fait semblable à la cloison dont il est ici parlé. Nous eûmes occasion, en 1834, de vérifier ce fait sous les yeux de M. Cruveilhier à l'autopsie d'une femme, morte dans son service, à la Salpêtrière, et nous avons longtemps conservé la pièce anatomique exemple d'une pareille disposition. Plusieurs ulcérations produiraient plus sûrement encore le même résultat. Nous n'émettons cependant qu'un doute sur la véritable cause de cet obstacle. Le parti que prit ici le chirurgien est du reste le seul proposable: attendre d'abord, sur la foi des auteurs qui, comme M. Guillemot, assurent avoir vu le cercle se ramollir et se dilater au fur et à mesure des progrès du travail; puis pratiquer le débridement simple en premier lieu, multiple ensuite; appliquer enfin le forceps, du moment où les incisions n'atteignent pas le but désiré, voilà la régle à suivre en pareille circonstance.

OBSERVATION DE DIATHÈSE HÉMORRAGIQUE AVEC DOULEUR ARTICULAIRE; recueillie par M. ANT. TARDIEU.

Cette observation ne diffère pas notablement de quelques autres cas analogues, recueillis par les médecins de l'Allemagne et de l'Amérique du Nord, où la diathèse hémorragique paraît être plus fréquente qu'en France, ni d'un fait analogue, publié dans ce journal en 1838 (GAZETTE MÉDICALE, n° 3); cependant la rareté de ces cas parmi nous et les inductions que l'on peut en tirer sur l'effet des pertes sanguines nous engagent à en donner une analyse rapide.

OBS. — Léonard, 33 ans, journalier, dont la famille n'a jamais présenté rien de semblable à ce qu'il éprouva, a eu la petite vérole à 20 ans, n'est sujet à aucune maladie, n'a point eu de maladie vénérienne, et a toujours eu une bonne alimentation. Voici ce qu'il raconte lui-même de son état, qu'il regarde comme inhérent à sa constitution. A des époques plus ou moins rapprochées, quelquefois brusquement et sans prodromes, d'autres fois après un jour ou une demi-journée de douleurs vagues dans les articulations, de céphalalgie, d'inappétence, des taches, très noires d'abord, puis violacées, puis jaunâtres, de véritables ecchymoses paraissent successivement dans des points du corps très divers. Son dos fut une fois entièrement noir et tuméfié à la suite d'une très faible contusion; l'œil le fut également. Il en a eu aux parties génitales, qui ne changent pas de couleur pendant l'érection ni le coït; elles sont très rares à la figure et très communes sur les membres; leur forme est irrégulière; elles constituent quelquefois de véritables tumeurs sanguines, qui se sont toujours résorbées.

En même temps, les mouvemens des grandes articulations deviennent de plus en plus douloureux, et bientôt tout-à-fait impossibles, d'où résultent pour lui une faiblesse et une douleur habituelles. Une flexion un peu forcée du genou y détermine constamment du gonflement sans ecchymose. Les muqueuses sont le siége d'hémorragies faciles; les gencives, la gorge, les poumons, les fosses nasales, la vessie, ont assez fréquemment fourni du sang. On a été obligé de cautériser avec le fer rouge les piqûres de sangsues, et, après la saignée, l'ouverture de la veine s'est rouverte avec une grande facilité et après un assez long temps. Il remarque que son sang est plus rouge que celui d'un phthisique saigné près de lui.

Ces accidens viennent sans cause occasionnelle bien prononcée, souvent à son insu. Il a été traité par les saignées, les sangsues, les cataplasmes, un régime ferrugineux longtemps soutenu et bien d'autres moyens encore, sans qu'il ait remarqué que les accidens aient disparu plus vite que par le simple repos.

Ce malade est reçu chaque année plusieurs fois à l'hôpital Cochin, où pendant les dix dernières années, depuis 1831, il n'a point passé moins de deux ans huit mois en trente-trois fois, et cependant il n'y entrait pas pour de légères hémorragies, et ne réclamait son admission que pour des accidens graves.

L'extérieur de Léonard est celui d'un homme d'une taille moyenne; sa peau est fine et très blanche, et est facilement humectée par la sueur; ses cheveux sont châtain foncé, ses yeux bleus; ses gencives sont assez fermes, un peu rouges par la base; ses dents bonnes et solides. Il paraît vigoureux, bien que supportant difficilement les fatigues, et s'essoufflant très vite quand il parle un peu longtemps de suite. Quelques mouvemens violens suffisent pour précipiter les mouvemens du cœur et leur donner une grande force. Un faible souffle s'entend dans les deux bruits; il n'y a pas de bruit dans les oreilles. (Cet examen avait lieu après trois semaines de repos à l'hôpital.) Une saignée qui lui est pratiquée permet de reconnaître que l'aspect de son sang est séreux; sa densité est de 4, 5, au lieu de 7 que donne le sang d'un malade voisin atteint de bronchite chronique; il y a aussi une diminution de la matière colorante, le point de comparaison étant le même. Les globules sont irréguliers, mais le noyau central est pâle, transparent et mal formé. Six heures après la saignée, il n'y a pas de coagulation. Il résulte du rapport de ce malade et des observations faites sur lui en 1840, durant les cinq séjours qu'il a faits cette année à l'hôpital Cochin, que les accidens qu'il éprouve du côté des articulations, bien que n'offrant rien d'immédiatement grave, deviennent cependant de plus en plus fréquens, et que, dans les intervalles mêmes des stations qu'il fait à l'hôpital, il éprouve toujours une gêne plus ou moins marquée dans les mouvemens, ou un retour de quelque autre symptôme.

L'histoire de ce malade peut donner lieu à d'utiles réflexions, surtout si on la réunit à celles d'autres sujets affectés d'hémorragies constitutionnelles. Comment expliquer cette vigueur apparente, cet embonpoint prononcé, avec des pertes de sang aussi fréquentes et une altération aussi grave du fluide sanguin? De quelle nature sont ces douleurs articulaires qui sont fréquemment accompagnées de gonflement avec tension, et contre lesquelles les émissions sanguines restent sans effet, mais aussi sans les aggraver? En eût-il été de même si les hémorragies, au lieu d'être constitutionnelles, avaient été accidentelles? Non, sans doute, et de nouvelles pertes de sang auraient été suivies de symptômes plus graves encore.

Un renseignement de quelque valeur que nous fournit encore cette observation, est relatif au peu de confiance que méritent les registres de nos hôpitaux pour le diagnostic des maladies qui y sont traitées. Ainsi, sur les 33 fois que Léonard est entré à l'hospice Cochin pour une affection si bien caractérisée et qu'il décrivait lui-même avec une rare exactitude chez les malades, combien de fois penserons-nous que le diagnostic vrai a été inscrit sur ces registres? Trois fois seulement l'auteur de l'observation l'y a trouvé porté comme atteint d'hémorragie constitutionnelle; mais en revanche, il a trouvé rhumatisme sept fois; arthrite, hydarthrose, inflammation, phlegmasie, engorgement du genou, cinq fois; maladies du cœur, trois fois; maladies des vaisseaux, artérites, deux fois; hémorragies, deux fois; contusions, ecchymoses, trois fois; purpura, affection scorbutique, trois fois; hématilinose, trois fois. Nous le demandons sérieusement, peut-on, avec des diagnostics portés si légèrement, donner quelque confiance aux résultats statistiques fournis par les registres des hôpitaux de Paris? M. Tardieu trouve que « cela est presque plaisant. » Pour nous, cela est déplorable.

RÉFLEXIONS SUR LES ANALYSES CHIMIQUES DU SANG DANS L'ÉTAT PATHOLOGIQUE; par le docteur L. MANDL.

Le travail de M. Mandl, qui a reçu de grands développemens, est plutôt une critique de l'état actuel de nos connaissances sur l'analyse du sang et sur les théories que l'on a voulu en déduire, qu'un travail original contenant des travaux neufs sur la question. Cependant, comme aujourd'hui les altérations du sang sont devenues à la mode, comme l'étaient il y a quelques années celles de la muqueuse gastrique, et que tout le monde prétend aujourd'hui s'occuper de l'étude des altérations du fluide sanguin, un travail destiné à montrer exactement à quel point la science en est arrivée, à indiquer les méthodes vicieuses qui sont employées et les écueils que l'on peut déjà éviter, ne peut être que d'une grande utilité, dût-il en résulter, comme paraît le craindre l'auteur, quelque défaveur sur des résultats déjà obtenus et présentés comme d'importans progrès. « Nous ne voulons pas, dit M. Mandl, chasser la chimie du domaine des sciences physiologiques et médicales; nous désirons seulement qu'elle fournisse des résultats plus exacts et moins sujets à de graves erreurs. »

Nous ne pouvons pas reproduire ici toutes les objections, toutes les remarques que fait l'auteur sur les différentes opérations auxquelles on se livre pour arriver à l'analyse du sang par l'étude des altérations que présentent ses divers élémens; nous allons nous borner à indiquer très sommairement quelques-unes des difficultés qui sont relatives à l'étude de l'un de ces élémens seulement, de la fibrine. M. Mandl, passant en revue les différentes méthodes employées pour obtenir la fibrine du sang, démontre facilement combien ces méthodes sont infidèles, et combien sont erronés les résultats que l'on en a obtenus jusqu'à ce moment. Les sources des pertes de la fibrine dans les trois méthodes employées sont nombreuses; ainsi, les lotions qu'on lui fait subir lorsqu'elle est solidifiée, la pression à laquelle on la soumet, dans des nouets ou entre des feuilles de papier pour la sécher et en séparer les globules, entraînent une diminution considérable de la fibrine, surtout quand elle est molle. D'autres causes peuvent dissimuler la présence de la fibrine dans le sang; ainsi, le pus mêlé dans une faible proportion ne permet plus au sang de se coaguler, ni à la fibrine de se séparer par l'agitation; la quantité des sels contenus dans le sang exerce encore une grande influence sur la solubilité de la fibrine. Or, aucun moyen n'étant connu pour déterminer la quantité de fibrine qui reste dissoute dans le sang, le chimiste dira : il n'existe point de fibrine, ou il y en a fort peu, et il est pourtant possible

que le sang en soit chargé. On peut se convaincre facilement qu'il y a beaucoup de maladies dans lesquelles toute la fibrine ne se prend point en un seul caillot ferme et solide, mais où, à côté d'un caillot plus ou moins considérable, nagent une foule de fragmens de fibrine coagulée dans le sérum. Ce qui est déjà visible à l'œil un devient encore beaucoup plus évident par l'emploi de verres grossissans.

Une autre cause d'erreur sur les quantités de fibrine que l'analyse du sang y constate, c'est la nécessité où l'on est de rejeter les globules et de n'en pas tenir compte. Or, les globules renferment une quantité notable d'albumine coagulée pour les uns, de fibrine pour les autres, quantité qui est de 98 à peu près sur 100 parties de globules. Pourquoi donc toute cette masse de fibrine est-elle négligée dans les chiffres qui indiquent le poids de la fibrine? Et pourtant aucune analyse ne tient compte de cette fibrine.

Si ces remarques de M. Mandl, et quelques autres sur le même point, que nous ne pouvons reproduire, sont fondées, on devra, à l'avenir, non seulement avoir soin de compter la fibrine obtenue par les méthodes ordinaires, mais en même temps constater la quantité de fibrine enfermée dans les globules. Ces corrections amèneront un résultat nouveau dans toutes les analyses, résultat, au reste, qui s'accorde avec ce que signale la physiologie. Comment, en effet, comprendre avec trois millièmes de fibrine dans le sang, la formation de ces fausses membranes, composées entièrement de fibrine? Comment comprendre que trois millièmes suffisent à l'assimilation du corps entier, tandis qu'on fournit, par exemple, journellement une demi-livre de viande à la digestion? Comment comprendre que des plaies étendues se forment par l'exsudation de la lymphe plastique? On voit donc qu'il est nécessaire qu'une plus grande quantité de fibrine existe dans le corps que celle qui, jusqu'à ce moment, est indiquée par les analyses.

M. Mandl se livre à une critique analogue sur les analyses relatives aux globules du sang, au sérum, à la coagulation du sang, à la formation de la couenne, au sang pauvre en fibrine, au sang riche en globules, et termine par des considérations générales sur l'application des recherches chimiques sur le sang à la pathologie, considérations desquelles il résulte que, non seulement tout est encore à faire dans cette application de la chimie à la science de la vie et des maladies, mais encore que les méthodes sont à créer. Nous finissons en citant le passage suivant, qui peut donner quelque idée des embarras que créent ceux qui veulent appliquer immédiatement une science qui n'existe encore pour ainsi dire que de nom. « En faisant l'application de ces réflexions, il nous sera permis de douter de l'exactitude de toutes ces analyses, dont nous n'avons cité qu'un très petit nombre; nous comprendrons dès-lors dans quelles erreurs nous entraînerait la pathologie chimique, qui doit classer sous la même rubrique les maladies caractérisées par l'absence de certaines substances, et les maladies dans lesquelles ces substances, quoique existant, échappent à l'analyse chimique. Nous comprendrons l'embarras de la pathologie quand elle doit se prononcer sur la valeur de la couenne, si nous réfléchissons que cette science ne possède pas encore d'explication généralement admise sur sa formation; nous comprendrons les discussions des écoles sur l'application de la saignée, quand nous nous rappellerons qu'on est bien loin d'être d'accord sur l'état du sang avant la saignée, sur l'effet immédiat d'une saignée, sur l'effet combiné de plusieurs saignées répétées. Nous comprendrons enfin l'embarras croissant de la pathologie, si elle doit chercher ses explications dans les analyses chimiques qui fournissent quelquefois les résultats les plus contradictoires dans une même maladie, l'augmentation et la diminution de la fibrine, par exemple, dans la fièvre typhoïde. »

DE L'AGGLUTINATION DE L'ORIFICE EXTERNE DU COL UTÉRIN, CONSIDÉRÉE COMME OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT; par F. H. NOEGÈLE.

Dans ce mémoire, suite de celui qu'il a déjà publié sur l'agglutination superficielle filamenteuse des bords du col, M. Nægèle rapporte sept observations, dont cinq appartiennent à M. Martin jeune, de Lyon, une au docteur Œsterlen, et une à Félix Hatin. Dans tous ces cas, la tête ne pouvant s'engager malgré le travail le plus régulier, et le doigt ne trouvant pas trace d'ouverture, on songeait à pratiquer l'hystérotomie vaginale, lorsqu'une exploration plus attentive fit reconnaître au sommet du vagin une dépression dont les bords arrondis se durcissaient à chaque douleur. On put alors ouvrir le col avec le doigt, et terminer l'accouchement sans autre opération. Il est vrai que dans un cas publié par le docteur Ashwell, on fut obligé d'en venir à l'incision; mais M. Nægèle ne pense pas que la nécessité en fût suffisamment justifiée; il trouve dans les détails de l'observation des raisons pour croire qu'il ne s'agissait ici que d'une agglutination facile à détruire avec le doigt. Mais en supposant même qu'il en fût ainsi, cela prouverait du moins que le diagnostic de cette altération est difficile, puisqu'elle a pu être méconnue par des chirurgiens instruits et expérimentés.

DE LA BRONCHITE CAPILLAIRE SUFFOCANTE CHEZ L'ADULTE (CATARRHE SUFFOCANT DE LAENNEC); par le docteur FAUVET.

Cette communication est destinée à faire suite à un travail que l'auteur a publié dans sa dissertation inaugurale sur la bronchite capillaire suffocante chez les enfans, et montre, qu'à peu de chose près, la maladie peut se traduire par des phénomènes identiques chez eux et chez l'adulte. Une seule observation est citée dans ce second travail; mais elle est si bien caractérisée, et la bronchite capillaire suffocante, dégagée de toute complication, est une affection si peu connue sous tous les rapports, que nous allons la rapporter brièvement, et signaler ensuite les principaux rapprochemens entre cette maladie et celle des enfans, décrite par M. Fauvet dans son premier travail, qui n'est probablement pas connu de tous nos lecteurs.

Obs. — Fève, cocher, âgé de 52 ans, d'un embonpoint ordinaire, d'une constitution athlétique, n'a été malade qu'une fois dans sa vie et de la même maladie qui l'amène cette fois à l'hôpital. Il y a trois semaines qu'il commença à tousser sans fièvre, oppression, un point de côté d'abord; peu à peu la toux devint plus intense, douloureuse vers le sternum, et l'expectoration difficile. Cependant le malade continue de travailler et de prendre des alimens jusqu'à la veille de son entrée, le 7 janvier, où il offre l'état suivant : facies anxieux, visage coloré avec teinte violacée des lèvres; respiration haute, courte, accélérée; de temps en temps, toux sourde, grasse, déterminant une douleur déchirante sous le sternum; expectoration difficile de crachats homogènes, non aérés, opaques, jaunâtres, adhérens. La sonorité est normale dans toute la poitrine. Dans le tiers inférieur de la poitrine, des deux côtés, le murmure respiratoire est remplacé par un râle sous-crépitant, fin et très nombreux. Dans les deux tiers supérieurs, mélange de râle sous-crépitant et muqueux assez fort pour masquer, même au sommet, le bruit vésiculaire; les bruits du cœur sont réguliers et normaux; le pouls (132) assez résistant; la langue humide; la peau modérément chaude. (Saignée du bras de 500 grammes; potion gommeuse; sinapismes.)

Le 8, le sang de la saignée offre un caillot sans couenne, adhérent aux parois du vase et de consistance moyenne. Il y a un peu moins d'oppression. (Large vésicatoire sur le sternum; 10 grammes d'huile de ricin.)

Le soir, l'oppression augmente considérablement, l'asphyxie devient imminente, le son paraît augmenté des deux côtés de la poitrine. (2 grammes d'ipécacuanha dont les deux tiers ne provoquent aucun vomissement.) Les accidens s'aggravent et le malade meurt asphyxié dans la journée du 9, l'expectoration ayant cessé depuis plusieurs heures.

Autopsie. — Thorax. Ancienne adhérence celluleuse à la partie inférieure et postérieure. Les deux poumons offrent une dilatation uniforme de toutes les vésicules, dont aucune n'atteint pourtant le volume d'une tête d'épingle. Partout, les poumons, dont la couleur extérieure, d'un rouge violacé, devient de plus en plus foncée, à mesure qu'on les examine plus près de leurs bases, sont souples, moelleux, crépitans, sans trace d'induration ou de ramollissement. Par la pression, on fait suinter à la surface de la coupe que des petites gouttelettes purulentes qui s'écoulent des orifices bronchiques et de l'air, auxquels se joint, dans la moitié postérieure, une petite quantité de sang noirâtre qui provient de vaisseaux appréciables, et non pas du tissu pulmonaire proprement dit. Les ramifications de l'artère pulmonaire sont remplies d'une grande quantité de sang noir liquide ou en caillots. En examinant le canal aérien depuis le larynx, on y trouve une matière mucoso-purulente, homogène, adhérente, non aérée, semblable à celle expectorée pendant la vie, et qui, d'abord en petite quantité dans le larynx, plus abondante dans la trachée, remplissant à demi les grosses bronches, oblitère complètement celles de moyen calibre et leurs divisions subséquentes, et principalement dans les lobes inférieurs. Le calibre des tuyaux bronchiques paraît normal, sauf qu'on rencontre des points cartilagineux dans leur épaisseur; mais au-delà, le calibre d'un grand nombre d'entre eux est augmenté et reste tel jusqu'à leur terminaison, où il n'offre quelquefois pas moins de 4 à 5 millimètres en surface. Au-dessous de la muqueuse des bronches, qui n'est ni épaissie, ni ramollie, on distingue une injection noirâtre très fine.

Les autres organes n'offrent rien d'anormal.

Nous dirons d'abord quelques mots sur le traitement opposé à cette grave maladie, et regretterons que, dès le premier jour, la crainte d'une inflammation du tissu pulmonaire ait fait borner le traitement à l'emploi d'une saignée de 500 grammes et des émolliens. Pense-t-on que le résultat aurait été le même si, au lieu de cette médication purement antiphlogistique, on eût eu recours immédiatement à l'emploi d'un ou de plusieurs vomitifs? La réponse ne sera pas douteuse pour ceux qui ont apprécié l'insuffisance ou les mauvais effets des émissions sanguines dans le traitement des affections catarrhales et les succès de la méthode évacuante, et surtout par les vomitifs. L'auteur parle de trois autres cas observés aussi tout récemment, mais sans indiquer le traitement suivi. Deux s'étaient terminés par la mort, et le sujet du troisième était encore en traitement. Ce que nous venons de dire de l'effet du traitement antiphlogistique dans ces cas suffit déjà pour indiquer que nous ne partageons pas son opinion sur la nature de cette maladie, qui, pour lui, est une phleg-

masie simple de la muqueuse bronchique. Sans nier que l'inflammation prenne une part plus ou moins active dans les phénomènes morbides de cette affection, comme dans presque toutes les autres, nous ne pouvons cependant y reconnaître les signes d'une phlegmasie simple, ainsi, au reste, que l'inutilité des moyens antiphlogistiques nous l'a déjà suffisamment démontré.

Il serait difficile de méconnaître l'analogie ou même l'identité qui existe entre cette affection et celle que l'auteur a décrite chez les enfans. Comme chez ces derniers, en effet, elle succéda à un rhume qui ne s'annonçait pas primitivement par des symptômes sérieux; l'habitude extérieure indiquait le plus haut degré de dyspnée que l'on pût imaginer; le *facies* exprimait, chez cet homme, la même anxiété, le même besoin de respirer que chez les enfans, et l'on remarquait sur son visage cette pâleur livide avec teinte violacée aux lèvres qui existe chez eux. La respiration présente pour maximum de fréquence le chiffre 44; chez les enfans, chez lesquels la respiration est beaucoup plus fréquente à l'état normal, le maximum atteignit 84 par minute. La toux, de même que chez les enfans, était sourde, humide, et déterminait une douleur déchirante sous le sternum; l'expectoration était difficile comme chez eux, et cessa de s'effectuer quelques jours avant la mort. Elle consistait en une matière jaunâtre non aérée, disposée en plaques épaisses, ayant, le dernier jour, une teinte rosée, comme celle observée chez plusieurs enfans. Nous ne parlerons pas des signes fournis par l'auscultation et la percussion, et qui furent également les mêmes que chez les enfans.

II. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Dans les cahiers de janvier, février et mars se trouvent les articles suivans: 1° *Examen chimique et médical du monésia;* par MM. Bernard-Derosne, Henry et Payen. 2° *Nouvelle préparation du sirop de baume de Tolu;* par M. Lonradour. 3° *De la compression comme méthode exclusive du traitement des abcès du sein;* par MM. Trousseau et Contour. 4° *Sur l'emploi du nitrate de potasse à haute dose, dans le rhumatisme articulaire aigu;* par M. Aran. 5° *Mémoire sur l'amaurose asthénique et compliquée d'irritation locale, de congestion, d'inflammation ou de sub-inflammation des membranes oculaires internes;* par le docteur Sichel. 6° *Du tamponnement comme méthode de traitement des écoulemens atéro-vaginaux;* par M. Hourmann. 7° *Traité des maladies de plomb ou saturnines;* par M. Nouat. 8° *Asphyxie causée par la présence de corps étrangers; trachéotomie; guérison;* par M. Leclerc. (La maladie était tout à fait accidentelle, et cependant la respiration ne put se rétablir par les voies naturelles que 5 jours après l'extraction du corps étranger.)

DE LA COMPRESSION COMME MÉTHODE EXCLUSIVE DE TRAITEMENT DES ABCÈS DU SEIN; par MM. TROUSSEAU et CONTOUR.

Il y a dans ce mémoire deux parties distinctes, l'une, consacrée à la description des abcès du sein, n'offre qu'une importance secondaire. C'est la division adoptée pour leur classification par M. Velpeau qui domine, et les auteurs n'y ont ajouté que peu de chose. Nous avons seulement trouvé l'indication de bourbillons épais et fort étendus, signalés comme une circonstance assez fréquente dans les dépôts voisins de la glande mammaire. A ce propos, les auteurs se demandent si ces bourbillons sont une escarre du tissu cellulaire ou un produit de sécrétion analogue aux fausses membranes, comme on l'a prétendu dans ces derniers temps. Ils opposent à cette seconde manière de voir les vestiges d'une organisation fort avancée que la macération permet souvent de découvrir dans ces corps blanchâtres, organisation qui ne pourrait se comprendre dans l'hypothèse défendue par M. Bérard jeune, puisqu'on rencontre ces corps dans des foyers qui ne datent que de 6 à 8 jours. D'autre part l'exemple des pseudo-membranes naissant d'une séreuse enflammée, prouverait plutôt contre que pour l'hypothèse qu'on met sous sa garantie; car il est d'observation que la production de pus exclut précisément l'épanchement de lymphe plastique, de telle sorte que, dans la pleurésie, par exemple, les fausses membranes n'existent qu'à l'état de flocons mous et tomenteux, si l'épanchement est purulent; tandis que lorsqu'on trouve des adhérences denses et organisées, on peut être sûr *à priori* qu'il n'y a pas de pus dans la cavité pleurale.

La seconde partie du travail de MM. Trousseau et Contour est destinée à rappeler l'attention sur un moyen curatif trop négligé dans les maladies aiguës du sein, la compression. Voici comment ils proposent de l'appliquer: Des bandelettes de diachylon larges et suffisamment longues pour faire plusieurs fois le tour du corps, sont la base de l'appareil, « Placé du côté malade, et aidé par une personne intelligente qui se tiendra de l'autre côté, le médecin fixera d'abord vers la partie médiane du dos, l'une des extrémités de la bandelette, puis ramenant celle-ci vers la partie latérale de la poitrine, il passera ensuite sur le sein en commençant par la partie inférieure, montera obliquement de bas en haut pour gagner le tiers externe de la clavicule du côté non malade, descendra ensuite obliquement dans le dos de manière à venir recouvrir l'extrémité de la bandelette qui se trouvera alors bien fixée, et suivant ainsi le même trajet que la première fois, il aura soin que la bandelette qu'il applique recouvre toujours la précédente dans les deux tiers supérieurs. Il est facile de voir que, si l'on se bornait à conduire les bandelettes toujours dans le même sens, d'une part le sein ne pourrait être recouvert dans toute son étendue; de l'autre comme les bandelettes passent en travers sur la clavicule du côté sain, les mouvemens de l'épaule tendraient à faire remonter le bandage, et le sein pourrait s'échapper par la partie inférieure. Alors nous conduisons d'autres bandelettes qui, partant de la région antérieure et supérieure de l'abdomen, au-dessous du sein non malade, montent croiser obliquement les premières, passent sous l'aisselle, reviennent après avoir traversé la partie postérieure de la poitrine, à l'endroit d'où elles étaient parties pour recommencer le même trajet, en recouvrant les deux tiers supérieurs de la bandelette qui est au-dessous. Ainsi le sein est alors recouvert dans sa totalité par le bandage dont la tendance ascensionnelle est neutralisée par la direction de ces nouvelles bandelettes; ces dernières ne doivent recouvrir que la moitié supérieure du sein au-dessous de laquelle il ne faut jamais les faire descendre. »

A cette compression ainsi exécutée, MM. Trousseau et Contour reconnaissent plusieurs avantages. D'abord elle calme immédiatement la douleur; elle combat et diminue l'engorgement inflammatoire, à quelque période qu'elle ait été appliquée. Faite après que le foyer est ouvert, elle favorise incontestablement son évacuation. Est-elle capable, employée de bonne heure, de donner lieu à la résolution sans suppuration, de l'inflammation phlegmoneuse? Les auteurs n'ont pas observé de cas qui pût les autoriser à manifester cette espérance. Ils avouent même que, trop prolongée à l'époque où le travail de suppuration est en activité, la compression aurait l'inconvénient de forcer le pus à s'étendre sur une plus large surface. C'est pourquoi ils recommandent avec raison d'enlever l'appareil lorsque l'on peut calculer que le temps nécessaire pour la formation de la matière purulente s'est écoulé. On fait alors une incision s'il y a lieu, puis après un ou deux jours de l'usage des cataplasmes émolliens, on revient au bandage compressif.

Ce procédé est surtout recommandé par les auteurs, dans le but d'abréger la durée de la maladie qui, de l'aveu de tous les praticiens, est le plus souvent presque interminable. Mais peut-être ne se sont-ils passassez bien rendu compte du mécanisme suivant lequel la compression amène ce résultat. Calmer la douleur, fondre l'engorgement, exprimer le pus au-dehors, ce sont là sans doute de précieux avantages; mais n'est-ce donc rien ou plus que de pouvoir influencer l'activité de la sécrétion laiteuse? M. Bonnet, de Lyon, a prouvé que les ouvertures persistantes à la suite d'abcès mammaires ne sont, dans beaucoup de cas, que des fistules des conduits galactophores. Dans ces cas, la compression du sein suspend ou diminue tout au moins le travail sécréteur, et en interrompant le cours du fluide contribue puissamment à l'occlusion de l'ouverture qu'il entretenait par son écoulement incessant. Les choses se passent ici comme dans la compression de la glande parotide, faite pour obtenir la guérison des fistules du conduit de Sténon. Et notons bien que les autres indications se trouvent simultanément remplies. Le même procédé fournit en effet deux moyens différens dans leur mode d'action et concourant néanmoins au même but. Par cela seul que la vitalité est momentanément diminuée dans le sein soumis à l'appareil compressif, tous les phénomènes organiques y languissent, la nutrition aussi bien que la sécrétion. Le raptus sanguin qui entretient l'inflammation se trouve donc attaqué dans sa source par le même moyen qui enraie aussi la formation du lait. On peut voir dans l'observation 4 une preuve de l'influence que la compression exerce sur cette fonction, et de l'importance de sa cessation au moins passagère, dans les abcès du sein. C'est ce qui a conduit MM. Trousseau et Contour à dire que dans les abcès glandulaires il est convenable de suspendre l'allaitement. Si ce conseil est un peu trop général, ainsi que l'a fait observer M. Guillemot, il n'en est pas moins vrai que dans la grande majorité des cas, il est le meilleur à suivre et pour la mère et pour l'enfant.

La question de l'ouverture tardive ou prématurée des foyers purulens se rattachait nécessairement à un travail conçu dans un but pratique. Après avoir rapporté les motifs que Boyer, Samuel et Astley Cooper et Dugès invoquent en faveur de l'élimination du pus abandonné à la nature, les auteurs établissent que l'ouverture spontanée est en effet ce qu'il y a de mieux. Mais par ces mots, ouverture spontanée, ils n'entendent pas l'expectation prolongée, jusqu'à ce que toutes les couches cellulaires et la peau

soient détruites par l'érosion naturelle. Ils veulent seulement qu'on attende jusqu'à une époque assez avancée pour que l'on puisse reconnaître à coup sûr, d'après les signes extérieurs, le point où la collection tend à se faire jour. En agissant ainsi, on ne s'expose ni à faire une ouverture inutile, ni à laisser supporter en pure perte par le malade les douleurs résultant de l'ulcération de la peau, inconvéniens attachés à trop de précipitation ou à une temporisation excessive. Cette conduite nous paraît en effet la plus prudente.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU NITRATE DE POTASSE A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; par M. ARRAN.

Le but de ce mémoire, dit l'auteur, est d'appeler l'attention sur une méthode depuis longtemps oubliée, et qui vient d'être essayée de nouveau dans deux services des hôpitaux de Paris. Après avoir rappelé les passages de Brocklesby, de Macbride, et de William White, qui pendant la seconde moitié du dix-huitième siècle signalaient en Angleterre les avantages que l'on peut retirer de l'emploi du nitrate de potasse à haute dose dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, il expose les observations qu'il a recueillies et qu'il distribue en deux sections : la première comprenant les rhumatismes guéris sans récidive, et la seconde ceux dans lesquels il y a eu une récidive dont le même traitement a triomphé. Quant à la médication elle-même, voici comment elle a été dirigée. Chaque malade, à partir du commencement du traitement, a pris le nitrate de potasse à haute dose, dissous dans une tisane appropriée à son goût et fortement édulcorée. La quantité de nitre dissoute dans chaque litre de tisane n'a jamais dépassé 20 grammes, et le plus souvent on a commencé par une quantité moins considérable (de 10 à 15 grammes par litre.)

Le nombre des observations consignées dans ce mémoire est de douze, et dont deux ont offert une récidive. Comme l'auteur ne fait allusion à aucun autre cas où la même méthode ait été employée, il semble qu'on devrait croire qu'elle ne l'ait été que dans ceux qu'il rapporte. Nous regrettons d'autant plus qu'il ait gardé le silence sur ce point si important, quand il s'agit de se prononcer sur la valeur d'une médication, que, si réellement ce traitement n'a pas eu un seul insuccès, si les douze cas rapportés sont les seuls où il ait été employé, nous ne craignons pas de dire avec l'auteur que son efficacité surpasse celle de toutes les méthodes les plus avantageusement employées contre cette maladie. Le regret que nous exprimons ici, nous l'avons déjà exprimé bien des fois dans des occasions semblables; car nous pensons qu'on doit, lorsqu'on veut faire connaître une méthode nouvelle ou renouvelée, exposer avec autant de soin les cas d'insuccès que ceux de succès réel.

Au lieu de rapporter des observations, ce qui serait à la fois fort long et incomplet, nous allons présenter une analyse du résumé que l'auteur en a tiré lui-même.

COROLLAIRE. — 1° Douze cas de rhumatisme aigu (dont trois avec endocardite ou péricardite rhumatismale) se sont terminés par la guérison, dans un terme moyen de huit jours, à partir du traitement, et de quatorze jours, à partir de l'invasion; 2° la quantité moyenne du nitrate de potasse administrée dans les vingt-quatre heures a été de 33 grammes divisés dans trois litres de tisane; 3° la quantité moyenne de nitrate de potasse administré pendant la maladie a été de 374 grammes.

EFFETS PRIMITIFS. — Ce sel, employé contre le rhumatisme articulaire aigu, n'a aucun effet tonique. En général, son admission provoque de nombreuses et d'abondantes transpirations, quelquefois des évacuations alvines copieuses, moins souvent des évacuations urinaires abondantes. Sous son influence, le pouls a rapidement perdu de sa fréquence, l'impulsion du cœur est devenue moins vive, et les mouvemens artériels ont perdu de leur dureté. Le plus souvent cette amélioration s'est fait sentir du jour au lendemain. Cette modification des fonctions circulatoires a été, comme l'augmentation considérable de la transpiration cutanée, observée chez le plus grand nombre des rhumatisans soumis à ce traitement. Sous le rapport chimique, les urines ont été trouvées très souvent alcalines, comme il arrive, au reste, avec tous les sels à base de potasse ou de soude.

MODE D'ACTION. — Il est de toute évidence que le nitrate de potasse n'agit pas dans le traitement du rhumatisme par révulsion. Est-ce comme contro-stimulant? L'auteur n'ose point se prononcer à cet égard.

On peut employer ce médicament à toutes les époques de la maladie; en général pourtant, il réussit d'autant mieux que son administration est plus rapprochée du début; il prévient alors le développement ultérieur de la maladie et en abrège la durée.

Quelquefois, ce sel peut donner lieu à tous les symptômes de l'embarras gastrique; dans ce cas, il faut en interrompre l'administration, employer les évacuans, et revenir au traitement lorsque tous les symptômes de l'embarras gastrique seront dissipés.

La seule contre-indication que signale M. Arran à l'emploi de ce traitement, c'est lorsqu'un rhumatisme se complique d'une affection véritablement inflammatoire de l'estomac ou des intestins.

DU TAMPONNEMENT, COMME MÉTHODE DE TRAITEMENT DES ÉCOULEMENS UTÉRO-VAGINAUX; par M. HOURMANN.

On s'est servi jusqu'à présent du tamponnement pour remplir des indications variées. Pour les uns, c'est un moyen de maintenir plus longtemps en contact avec les tissus malades un liquide médicamenteux. D'autres ont surtout pour but d'isoler les parties affectées, et de prévenir l'influence irritante que le muco-pus leucorréique ou blennhorragique exerce sur les surfaces qu'il touche. M. Hourmann partage cette dernière opinion; aussi recommande-t-il le tamponnement à sec avec du coton cardé, qui n'a pas, comme la charpie, le désavantage de s'imbiber des fluides de sécrétion, et semble, par conséquent, plus propre que celle-ci à conserver le vagin dans un état de siccité complète. Pour porter ce tampon le plus haut possible, sans employer le spéculum, dont l'usage ainsi répété est trop fatigant, M. Hourmann se sert d'un porte-mèche à tige allongée, et dont les pointes terminales sont arrondies de manière à former une extrémité mousse. Ce porte-tampon ne fait courir aucun risque de déchirure ni de douleur, et les femmes peuvent elles-mêmes l'introduire. La manœuvre doit être répétée au moins deux fois dans les 24 heures.

Sur 38 malades ainsi traitées depuis le mois d'octobre 1840, 20 sont encore en traitement, 18 sont guéries: dans la généralité des cas le tamponnement seul a suffi. Suivent les 18 observations de succès, dans lesquelles nous avons pu voir que la plupart des femmes portaient leur maladie depuis longtemps (depuis 11 mois, terme moyen pour celles affectées de blennhorragie vaginale); qu'elles avaient toutes été préalablement soumises en vain à des traitemens divers, et notamment aux injections alumineuses; que le tamponnement a fait cesser l'écoulement en peu de temps (28 jours, terme moyen). Nous voudrions pouvoir ajouter que la guérison s'est maintenue d'une manière définitive; mais à cause de la nature du service où il a dû prendre ses observations, M. Hourmann n'a que dans peu de cas été à même de constater le fait d'une manière rigoureuse.

Lorsque la cavité du col est le siége de l'altération, il faut y porter le tamponnement. M. Hourmann y parvient avec une canule d'argent, dans laquelle est creusée une coulisse où se meut un porte-mèche à extrémité mousse. La canule et le porte-mèche présentent à l'autre extrémité chacun un manche qui permet de les faire mouvoir isolément en sens contraire. Un long fil est attaché au tampon; ce fil est conduit dans le tube à l'aide d'un stylet aiguillé, et sert à attirer le coton jusqu'au niveau de l'échancrure du porte-mèche sur laquelle le fil se réfléchit ensuite comme sur une poulie de renvoi. Une fois que la canule a pénétré dans le col de la matrice, il n'y a plus qu'à saisir le manche du porte-mèche sur lequel est assujéti le fil conducteur; on retient ce manche pendant que la canule est tirée doucement jusqu'à ce qu'elle ait abandonné le tampon dans la place qu'il doit occuper. On retire ensuite le porte-mèche, et l'opération se trouve terminée.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 MAI.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de physique, en remplacement de M. Savart, décédé.

PREMIER TOUR DE SCRUTIN. — Votans, 53; majorité absolue, 27. M. Despretz obtient 24 suffrages; M. Peclet, 22; M. Cagniard-Latour, 3; M. Pelletier, 2; 1 billet blanc.

DEUXIÈME TOUR. — M. Despretz, 28; M. Peclet, 23; 2 billets blancs.

M. Despretz ayant réuni plus de la moitié des suffrages est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

APPAREIL RESPIRATEUR ARTIFICIEL.

M. Hippolyte Amblard, pharmacien à Largentière (Ardèche), adresse un tra-

vail intitulé : MÉMOIRE SUR L'EMPLOI MÉDICAL DE L'AIR, ET SUR UN APPAREIL OU INSTRUMENT INDISPENSABLE A SON APPLICATION ET A CELLE DE TOUS LES FLUIDES AÉRIFORMES CONSIDÉRÉS SOUS LE RAPPORT THÉRAPEUTIQUE. Le but de cet appareil est d'introduire dans le poumon de l'air ou différens gaz, comme remèdes de plusieurs maladies.

ÉTIOLOGIE DU BÉGAIEMENT.

M. Colombat lit un mémoire sur l'étiologie du bégaiement. Nous en rendrons compte lors du rapport de l'Académie.

SÉANCE DU 10 MAI.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE INTERNE DE L'URÈTRE.

M. Civiale adresse un mémoire intitulé: DES BRIDES OU BARRIÈRES A L'ORIFICE INTERNE DE L'URÈTRE.

L'auteur décrit une déformation particulière de l'orifice interne de l'urètre, qu'on rencontre particulièrement chez les vieillards et qui résulte tantôt de plusieurs états morbides de la prostate, tantôt d'une saillie semi-lunaire s'élevant de la face inférieure du collet vésical et constituant, dit-il, une sorte d'écluse ou de barrière qui gêne la sortie de l'urine et met obstacle à l'introduction des instrumens.

Cette soupape ou valvule présente différens degrés d'épaisseur et d'élévation; elle est quelquefois haute de 9 à 12 lignes. Elle paraît résulter du soulèvement de la membrane muqueuse par différens modes de gonflemens prostatiques.

Le traitement consiste à diviser la barrière tantôt en procédant du bord libre vers sa base, tantôt en pratiquant une ponction au niveau du point où la bride prend naissance et prolongeant la section jusqu'au bord libre.

L'auteur met sous les yeux de l'Académie les instrumens à l'aide desquels il pratique cette opération, qu'il dit avoir déjà réussi sur deux malades.

OPÉRATION DU STRABISME.

Le docteur Colson, de Noyon, écrit qu'il a cherché à simplifier l'opération du strabisme. Dans ce but, il a imaginé un kystitôme dont une extrémité porte une lame étroite concave sur le tranchant, et l'autre extrémité un *couteau-crochet*, c'est-à-dire une lame tranchante terminée par un crochet-mousse. La première lame sert à diviser la conjonctive, et la seconde sert à la fois à soulever le muscle et à en faire la section. (Renvoyé à la commission du stabisme.)

BÉGAIEMENT.

M. Pétrequin, dans une lettre qu'il adresse sur ce sujet, insiste sur la nécessité de se rendre compte des variétés principales du bégaiement, afin de mieux préciser qu'on ne l'a fait jusqu'ici, les diverses opérations qui leur conviennent. Il décrit ensuite le procédé qu'il emploie pour la section des muscles génio-glosses. «Je commence, dit-il, avec le pouce de la main gauche placé sous la base de la mâchoire, à reconnaître les apophises géni-inférieures, tandis qu'avec l'indicateur de la même main introduit dans la bouche, je distingue les supérieures, et mesure ainsi entre mes doigts la distance et la forme des organes. Cela fait, j'enfonce à gauche, à 4 millimètres également du frein et de l'os maxillaire, un bistouri à deux tranchans qui pénètre à la profondeur de 11 millimètres dans la gaîne propre des génio-glosses. J'engage aussitôt dans l'ouverture un crochet mousse particulier, qui, par un mouvement de bascule, me sert à embrasser et à tendre l'un et l'autre muscle dont je coupe le tendon avec des ciseaux courbes sur le plat, en rasant la face postérieure de la mâchoire. La section est instantanée, et le crochet dégagé témoigne que l'opération est complète. (Renvoyé à la commission du bégaiement.)

PHYSIOLOGIE DE LA VOIX.

M. Diday écrit pour réclamer en son nom et au nom de son collaborateur, M. Pétrequin, la priorité de l'idée récemment émise par M. Manuel Garcia, que le larynx reste immobile dans les changemens de ton de la voix sombrée.

NERF DU LARYNX.

M. Longet adresse un mémoire contenant des recherches anatomiques et des expériences physiologiques sur le nerf accessoire de Willis et sur les nerfs laryngés. (Commissaires : MM. de Blainville, Flourens et Breschet.)

FISTULE AÉRIENNE.

M. Laurent adresse au nom de M. Reynaud, chirurgien de la marine à Toulon, ses observations sur une fistule aérienne avec occlusion complète de la partie inférieure du larynx. (Commission.)

Nous reviendrons sur ces deux dernières communications à l'époque du rapport des commissions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle renferme : 1° plusieurs travaux relatifs à la vaccine. (Renvoyés à la commission de vaccine.)

2° Un rapport par M. l'inspecteur des eaux minérales de Plombières.

3° Une lettre sur un remède prophylactique de la syphilis.

REMÈDES SECRETS.

M. HAMEL fait un rapport sur plusieurs remèdes secrets contre les fièvres intermittentes, la rage, la diarrhée et le choléra.

Les conclusions du rapporteur sur ces diverses préparations sont défavorables.

VACCINE.

M. GAULTIER DE CLAUBRY termine la lecture du rapport annuel de la commission de vaccine sur les travaux envoyés à l'Académie pendant l'année 1839.

Voici les conclusions de ce rapport :

1° Dans les épidémies de variole survenues dans les départemens, la vaccine a incontestablement joui de la propriété d'arrêter les progrès du mal, en réduisant, même chez les sujets le plus récemment vaccinés, la variole à une varioloïde.

2° Dans toute la France, l'immense majorité des anciens vaccinés est demeurée à l'abri de la variole sporadique et même épidémique, malgré les rapports les plus directs avec les individus infectés.

3° Que l'affection variolique datât de peu de jours, ou qu'elle fût déjà arrivée à une période avancée de son évolution, elle a constamment subi de la vaccine une modification favorable.

4° Quelques cas de varioloïde, très semblables à la variole, de variole même, se sont présentés chez des sujets autrefois vaccinés; mais d'abord, plusieurs de ces observations sont évidemment inexactes; car, d'un côté, on a, par exemple, donné comme variole une éruption qui n'a duré que trois jours; et, de l'autre, on ne peut ajouter foi aux certificats qui établissent le succès de la vaccination, puisqu'il est notoire qu'on les délivre souvent par complaisance aux parens, le jour même de l'opération. Quoi qu'il en soit, on peut affirmer qu'en examinant de près les varioles ou varioloïdes survenues chez des personnes vaccinées, on les a toujours trouvées moins graves que les éruptions de même nature qui apparaissent après une première variole.

5° L'altération du vaccin par suite de nombreuses transmissions est niée par la plupart des observateurs; 170 médecins et 11 comités de vaccine se sont prononcés contre cette hypothèse. Quelques praticiens ont vacciné, sur le même sujet, un bras avec l'ancien vaccin, et l'autre avec le vaccin renouvelé. Les caractères de l'éruption et l'apparence de la cicatrice ont été les mêmes des deux côtés. Il n'y a donc pas lieu jusqu'à présent à regarder cette altération comme chose démontrée.

6° Le même nombre de vaccinateurs désapprouve la revaccination, du moins comme mesure générale, parce qu'en montrant le peu de foi que la médecine ajoute à la vaccine, elle ébranlerait la confiance du peuple et le détournerait de ce moyen, auquel on a déjà tant de peine à le forcer de se soumettre. Du reste, les partisans des revaccinations ne sont pas d'accord sur l'époque à laquelle il conviendrait de la pratiquer. Les uns voudraient que ce fût 20 ou 25 ans après la première vaccine; d'autres fixent un terme moins long; quelques-uns disent qu'il faut revacciner un individu jusqu'à ce qu'il ait offert une pustule semblable à celle de l'éruption vaccinale primitive; on a été jusqu'à proposer de revacciner la population entière tous les cinq ans. Aussi, un médecin, choqué de ces exagérations, se borne-t-il à demander la revaccination dans le cas d'épidémie de variole, et comme moyen de ranimer la confiance publique.

7° En 1839, sur 6,652 revaccinations dont les suites ont été régulièrement observées, on a constaté 718 cas où il y a eu une pustule semblable à la pustule normale; 1,283 fois, l'éruption locale a présenté des caractères douteux, dont on ne peut rien conclure; enfin 4,651 fois, il y a eu insuccès complet. Ainsi le nombre si minime des cas où la revaccination a produit des résultats prouve que la plupart des sujets ne sont pas capables de contracter deux fois la vaccine, que par conséquent une seconde vaccination serait le plus souvent inutile.

8° Alors même que la revaccination a eu un résultat positif, elle n'a pas toujours mis à l'abri d'une seconde variole.

9° En supposant même que les sujets revaccinés fussent complètement préservés, on ne pourrait jamais éteindre de cette manière la variole, puisqu'il serait impossible de faire adopter la revaccination comme mesure générale.

M. PIORRY : Il semble d'après le rapport qu'on ne doit pas faire de la revaccination une règle générale. C'est avec peine que je verrais admettre cette conclusion. J'ai souvent pratiqué la vaccine une seconde fois, et, sans avoir tenu un compte exact des cas où elle a eu un résultat positif, je crois pouvoir affirmer que, dans le quart ou le cinquième des cas, l'opération a été suivie d'une éruption locale dont les caractères étaient à ceux de la véritable vaccine ce que la varioloïde est à la variole elle-même. Ne serait-il donc pas possible que la revaccination eût pour effet de préserver de la varioloïde, affection souvent très grave, de même que la première vaccine préserve de la variole? C'est là mon opinion; mais il y a plus, dans maintes circonstances, j'ai vu à la suite de la revaccination une pustule aussi belle, aussi caractéristique que celle de la vaccine. Je voudrais donc que les conclusions du rapport fussent adoucies, et qu'on leur ôtât ce qu'elles ont de trop formel.

M. BOUSQUET : Dans les essais de revaccination dont j'ai pu vérifier les résultats, sur 138 opérations, 30 ont donné lieu à une pustule normale. J'ai revacciné à Versailles 90 sujets, et sur ce nombre j'ai obtenu 37 bonnes vaccines. Ces chiffres sont concluans en faveur de la revaccination; on ne peut les nier, car les faits se sont passés devant des témoins dignes de foi, MM. Vitry et Boucher, médecins distingués de Versailles.

M. HONORÉ : Je partage l'opinion du rapporteur; comme lui je suis d'avis que la revaccination est une chose bonne en elle-même, mais mauvaise, si on la considère comme mesure générale. Anciennement déjà on avait observé des récidives survenant un mois, 6 semaines, 2 ou 3 mois après la petite vérole, et l'his-

toire de la science prouve que déjà à cette époque, il y avait controverse sur la nature de ces affections secondaires. Van-Swieten nie que la véritable petite vérole puisse se reproduire; il distingue dans cette maladie trois formes dont une seule est vraie, et les deux autres, fausses petites véroles, sont les seules qui puissent récidiver. Si les revaccinations réussissent plus souvent à certaines époques, c'est à cause de l'influence épidémique qui en favorise le développement.

M. Dubois (d'Amiens) : Je demande que la commission chargée d'examiner la question des revaccinations fasse le plus tôt possible son rapport. Jusque là, il n'y a pas de discussion possible, et en attendant, le rapport annuel de la commission de vaccine exprime au ministre une opinion qui peut-être ne serait pas adoptée par l'Académie, si on approfondissait convenablement la question.

M. Bouillaud : Pour mon compte je n'approuve pas l'esprit qui a présidé à la rédaction du rapport. J'aurais voulu qu'on se prononçât d'une manière moins absolue sur la vertu préservatrice du virus vaccin. On nous dit que la vaccination n'a été suivie que de varicelles et de varioloïdes; mais les observations sont incomplètes, sentent le défaut d'expérience, ou manquent d'authenticité. Ce n'est pas là une garantie suffisante; car pour éclairer des questions en litige, il faut des faits détaillés; et à Paris où l'observation est sans contredit généralement plus parfaite, plus attentive, il est constant qu'on a vu de véritables varioles, et des varioles mortelles, chez des sujets déjà vaccinés. Puis donc que des médecins distingués, ébranlés par ces faits, ont changé d'opinion sur l'opportunité de la revaccination, est-il convenable d'adresser au ministre des conclusions aussi formellement défavorables à cette mesure?

M. Gérardin : La commission de vaccine n'a pas été instituée pour ne s'occuper que de quelques points de son histoire; elle comprend dans ses attributions tout ce qui s'y rapporte. Il n'y a donc pas lieu de laisser créer une sous-commission destinée à examiner la question des revaccinations. Un fait bien saillant et qu'il ne faut pas perdre de vue dans cette discussion, c'est que, tous les ans, le rapport de la commission de vaccine s'exprime de la même manière, et dans un sens opposé à la revaccination.

M. Dubois (d'Amiens) : La commission de vaccine établit son jugement principalement sur des faits venus des départemens, faits que M. Bouillaud a justement qualifiés d'inexacts, et qui, pour la plupart, ne peuvent être pris en considération. Il me semble donc nécessaire de créer une commission qui puisse s'occuper spécialement de ce point intéressant, et qui se prononce sur des documens recueillis à Paris, sous ses yeux, et minutieusement observés.

M. Desportes : La commission de vaccine me semble être sortie de son rôle; elle n'a à donner au ministre que le résultat des rapports qui lui sont parvenus durant l'année, sans émettre d'opinion sur les questions générales.

M. Gauthier de Claubry : La commission n'a en effet rendu compte que des travaux qui lui ont été adressés pendant l'année 1839; mais elle ne pouvait s'empêcher de manifester l'impression résultant de la lecture de ces documens. Ses conclusions ne sont point aussi formelles qu'on l'a prétendu. Nous avons positivement dit, dans le rapport, que l'opinion émise aujourd'hui n'engageait point l'avenir; il n'y a de notre part aucune idée systématiquement arrêtée, et les conclusions varieront en 1840, si les documens ont alors un autre caractère. M. Bouillaud dit que la variole survient quelquefois après la vaccine; c'est un fait bien acquis à la science, et nous l'avons nous-même reconnu.

La proposition de voter successivement et à part chacune des conclusions du rapport, est appuyée. La discussion est renvoyée à la séance prochaine.

ABLATION DE LA TOTALITÉ DU CUIR CHEVELU.

M. Leroy d'Etiolles met sous les yeux de l'Académie le cuir chevelu détaché en totalité du crâne d'une femme. L'arrachement fut opéré par une machine à peigner de la laine. On peut constater sur la pièce anatomique, que la séparation est complète et comprend toute la région où s'implantent les cheveux. La mort n'eut lieu qu'au bout de 14 mois, à la suite de symptômes de fièvre hectique. L'exfoliation du crâne dénudé se faisait régulièrement.

La seance est levee à 5 heures.

CONCOURS

OUVERT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, POUR UNE CHAIRE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE ET UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE STRASBOURG.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — COMPOSITION ÉCRITE.

L'approche de ce concours avait singulièrement excité l'attention publique. Outre les commentaires de la presse et les révélations particulières sur les motifs de sa translation à Paris, une autre circonstance contribuait puissamment à en faire une anomalie sans exemple dans les luttes de ce genre. C'est chose rare en effet que de voir deux places, bien différentes par leur objet, et disputées par les mêmes hommes au prix des mêmes efforts. Jusqu'à présent on s'était préoccupé, dans les concours, de proportionner le nombre et la nature des épreuves à la destination spéciale de la chaire à remplir. Ici, rien de semblable: en vertu même de l'arrêté qui en fixe les conditions, les questions imposées doivent rentrer dans le domaine commun à la pathologie externe et à la chirurgie clinique. Cette mesure a ses inconvéniens sans doute; outre qu'elle multiplie à l'infini les obstacles pour les candidats, elle rend aussi pour le jury leur classement plus difficile. Mais, d'autre part, ne méconnaissons point les heureux résultats qu'elle renferme. Trop souvent des concours spéciaux nous ont donné des professeurs spécialistes. Peut-être d'un mode de nomination plus large sortira un nom exempt de ce caractère si ennemi du progrès. Et lorsqu'on songe qu'il s'agit de deux branches de la même science tellement voisines, lorsqu'on songe surtout que l'un des élus aura à traiter des malades en même temps qu'à enseigner des élèves, pourrait-on nier les avantages que promet à l'enseignement théorique et pratique l'association des deux chaires dans un même concours? Les conditions du combat seront donc plus difficiles à poser, plus pénibles à remplir, mais par cela même la lutte deviendra plus animée, plus variée, et surtout plus décisive.

En choisissant le sujet de la première épreuve, le jury paraît avoir compris la nécessité de fournir aux candidats un moyen de satisfaire aux doubles exigences de leur position. « Les articulations diarthrodiales en général, les tumeurs blanches, et leur traitement. » Telle est la question tirée au sort. On n'en pouvait trouver une plus propre aux développemens de tout genre que comportait la nature de cette épreuve. Le mot tumeur blanche, reste d'une classification vieillie, embrasse des affections si nombreuses et si diverses, que depuis l'impulsion récemment donnée à l'histoire des maladies articulaires, on ne peut plus l'employer qu'en expliquant son acception. Ainsi, le sujet prêtait à la discussion générale, aussi bien qu'aux discussions pratiques. Pour le professeur de clinique, comme pour le professeur de pathologie, c'était un texte favorable.

Nous allons donner un résumé des lectures faites dans cette séance, en nous attachant autant que possible à reproduire, non seulement les idées originales de chaque candidat, mais aussi sa manière d'apprécier et d'enchaîner les faits déjà acquis à la science, qualité moins commune et plus utile dans un professeur.

M. DESPREZ.

Après quelques considérations générales sur la classification des diarthroses, dont la division lui paraît devoir être subordonnée à l'espèce de mouvemens qu'elles sont destinées à exécuter, il examine toutes les parties qui entrent dans la composition d'une articulation de ce genre: ligamens, bourrelets fibreux, ménisques, cartilages, synoviales. Une remarque qui présente de l'intérêt pour l'histoire des tumeurs blanches, c'est que les diarthroses offrent, dans leur structure, la réunion de tous ces élémens anatomiques. A propos de la conformation des cartilages, il se prononce contre leur vitalité, en établissant que lorsque les vaisseaux de l'os sont arrivés jusqu'au bord du cartilage, ils se recourbent sans pénétrer son tissu.

Comme on n'a aucun moyen infaillible de reconnaître symptomatologiquement le tissu par lequel a commencé la tumeur blanche, la division qui porte sur cette considération n'a pas une très grande valeur clinique, bien qu'elle soit fort accréditée. Il énumère succinctement toutes les causes internes et externes qui peuvent donner lieu à la tumeur blanche, et le tubercule des os est rangé parmi ces causes.

Le bruit de craquement qu'on entend dans les articulations malades a beaucoup fixé l'attention des observateurs. M. Desprez pense qu'il est dû à un état granuleux, rugueux, des cartilages, plutôt qu'au dessèchement des surfaces articulaires; car il n'est perceptible, lors des mouvemens de la jointure, que si les deux surfaces sont maintenues en contact et serrées jusqu'à un certain point l'une contre l'autre.

Dès le début du mal, il importe de donner au membre une situation convenable, sous peine d'avoir plus tard à faire, pour le redresser, une opération dangereuse. Le traitement doit être varié suivant que l'affection a la forme aiguë ou chronique, et suivant l'espèce de tissu malade, s'il est possible de le déterminer. Il se compose de vésicatoires pansés avec l'onguent mercuriel, de la cautérisation, etc., des moxas, dont il rapporte des exemples de succès, même dans des cas de tuberculisation générale.

M. SANSON (ALPHONSE).

DIVISION ET DESCRIPTION CLASSIQUE DES ARTICULATIONS DIARTHRODIALES.

La tumeur blanche est une forme d'arthrite débutant par les os, ou par les parties molles, ou par tous les deux à la fois. Bien que des causes extérieures puissent lui donner lieu, il faut bien le plus souvent admettre dans son étiologie des influences générales. Lorsqu'il y a fongus de la synoviale, c'est une forme incurable de la maladie. Les altérations anatomiques qu'on trouve à l'autopsie servent à expliquer les symptômes offerts pendant la vie; aussi la crépitation vient du manque de synovie, la difformité est l'effet des végétations osseuses, les luxations consécutives suivent la destruction des rebords articulaires, etc.

Après le repos, les meilleurs moyens sont les émolliens d'abord, puis les vésicatoires, frictions, etc. A l'intérieur, iodures, muriate de baryte. Les abcès seront ouverts par de petites ponctions. L'amputation, quand elle devient nécessaire, offre peu de chances chez les enfans, et encore moins chez les sujets scrofuleux.

M. RIGAUD.

On entend par diarthrose toutes les connexions des os, disposées de manière à ce que deux surfaces qui s'engrènent réciproquement puissent exécuter des mouvemens l'une sur l'autre. Il n'y a donc pas lieu, suivant cette définition, à admettre des diarthroses de contiguïté et de continuité. Après avoir dit ce qu'on appelle énarthrose, gynglime parfait et imparfait, gynglime latéral simple ou double, etc., il décrit séparément les parties élémentaires des articulations savoir

les os qui s'épanouissent à leurs extrémités (ceci est vrai surtout des os longs). Le tissu des têtes articulaires n'est pas une masse confuse de molécules osseuses, ainsi qu'on serait tenté de le croire au premier coup d'œil, c'est un tissu canaliculaire qui, seulement, est fréquemment entrecoupé. Ces cartilages d'encroûtement sont formés de filamens perpendiculaires à la surface osseuse; ils ne paraissent pas organisés, car jamais on n'y a pu trouver la moindre trace de travail inflammatoire; et les altérations qui semblent s'y développer existent plutôt dans le tissu qui unit le cartilage à l'os. La membrane synoviale s'étend jusque sur la surface cartilagineuse; on parvient surtout à démontrer son existence en ce point chez les jeunes sujets, et sur une articulation d'un fœtus à terme, il est possible d'arracher du cartilage des lambeaux de cette membrane; il faut cependant admettre que sa texture subit ici une certaine modification.

On a longtemps confondu sous la dénomination de tumeur blanche beaucoup de maladies différentes dans le principe, quoique, une fois arrivées à un certain degré, elles réclament toutes le même traitement, l'amputation. Espérons que la direction plus rationnelle imprimée depuis quelque temps aux études apprendra à les mieux connaître, et à leur appliquer un traitement plus approprié et par conséquent plus efficace. Les gynglimes ont le triste privilége d'y être plus exposées que les autres diarthroses.

Le premier symptôme qui frappe est une légère augmentation de volume qui, due à l'hydarthrose, forme dans chaque articulation une tumeur diversement située. Ce caractère est précieux en raison de son apparition précoce. Une autre douleur sympathique, et une source de beaucoup de méprises dans le diagnostic, a son siége dans l'articulation inférieure. Le gonflement de l'os qu'on a nié manque en effet quelquefois; mais dans d'autres cas il existe bien manifestement, comme on peut le constater sur les extrémités articulaires après l'amputation.

Dans une seconde période qu'on pourrait appeler *de destruction*, la tuméfaction se propage aux parties molles et devient par conséquent plus uniforme; les veines voisines se dilatent, mais sans changement dans leur structure. A cette époque, la douleur se fixe dans l'articulation malade; alors aussi la santé générale s'altère; l'appétit seul augmente parfois; la phthisie, du reste, offre aussi ce phénomène, et l'on sait quel rapport existe souvent entre ces deux maladies. Troisième période: abcès, puis fistules; le stylet traverse des sinus dont les parois sont formées de tissu lardacé; dans cet état, l'amputation est le seul remède; un certain degré d'épuisement ne la contre indique point, et on a sauvé par ce moyen des sujets qui avaient déjà la diarrhée, les sueurs et l'expectoration puriforme. On a souvent occasion de constater à l'autopsie que, dans une articulation, les os ne sont pas tous lésés au même degré, et que les altérations de l'un d'eux semblent consécutives à celles de l'autre.

Au début, M. Rigaud conseille l'application répétée de 3 ou 4 sangsues comme moyen d'excitation, sauf à recourir aux émolliens quand l'excitation ainsi obtenue dépasse les limites. Outre les agens généralement connus et appréciés, il conseille les bains de mer, et la compression qu'il faut longtemps continuer.

M. SÉDILLOT.

Les systèmes en médecine sont loin de mériter la réprobation qu'on leur prodigue si généralement. Considérés seulement comme moyens d'études, ils constituent une des meilleures conditions de progrès, une des manières les plus sûres de comprendre certains phénomènes. Prenons pour exemple les articulations. Si nous supposons que le squelette ait primitivement été un tout continu, de structure flexible, s'incrustant plus tard de points osseux qui tous ne se réunissent pas de même, c'est là une idée générale qui conduit à mieux saisir les bases de la division des articulations en celles où le contact est continu, celles où les surfaces ne sont séparées que par un cartilage, et celles enfin où des ligamens sont le seul agent d'union. Les élémens qui entrent dans la structure des diarthroses sont communs à toutes. Ainsi on trouve dans toutes des cartilages dont la vitalité est une question non encore résolue. On ne saurait nier que dans la grande majorité des cas ils se conduisent en corps inorganiques. On les voit intacts au milieu du pus, corrodés, séparés en plusieurs pièces, creusés de sillons profonds, mais sains néanmoins dans les luxations anciennes. M. Sédillot a observé des fragmens de cartilages éliminés avec tous leurs caractères normaux par la plaie d'une amputation dan la contiguité. D'un autre côté, divers observateurs, entre autres M. Pétrequin, ont publié des faits détaillés où les cartilages ont été vus ramollis et vascularisés; il faut donc attendre de nouvelles recherches avant de se prononcer sur ce point.

Les diarthroses présentent des conditions communes à toutes, et importantes sous le rapport pathologique: 1° Elles jouissent de mouvemens étendus et répétés, ce qui explique le nombre des lésions traumatiques qu'elles subissent; 2° leur structure anatomique les dispose à des inflammations de nature complexe, vu le nombre de tissus qui concourent à leur formation; il n'y a pas possibilité de les soumettre à un repos absolu, condition très grave dans l'état morbide.

La tumeur blanche est une inflammation articulaire chronique, affectant une marche lente et n'entraînant pas de grandes douleurs. Depuis qu'on a appliqué l'anatomie pathologique au diagnostic des maladies chirurgicales, une description générale des tumeurs blanches ne peut plus suffire; un coup d'œil sur leur étiologie va nous convaincre. Comment une ostéite, des tubercules, une distension des ligamens, des abcès intrà-articulaires, une phlogose de la synoviale pourraient-ils partager la même dénomination, réclamer une méthode semblable de traitement? Car, notons-le bien, ce n'est qu'à une période fort avancée du mal qu'il s'établit une certaine similitude entre les effets de ces causes si diverses.

Il existe une grande classe de tumeurs blanches qu'on peut nommer scrofuleuses; il y a dans l'esprit de l'époque beaucoup de tendance à les considérer comme d'origine tuberculeuse; mais les tubercules ne sont-ils pas plutôt une complication qu'une cause de la maladie? Il y a aussi une tumeur blanche rhumatismale où les os restent sains, comme M. Sédillot l'a vu dans une maladie de l'articulation alloïdo-axoïdienne où le périoste était profondément altéré sans lésion de la couche osseuse sous-jacente. La forme fongueuse, bien étudiée par Brodie, affecte les sujets les mieux constitués. Enfin il y a une espèce de tumeur blanche critique qui se déclare à l'issue des fièvres graves, et une autre espèce nommée traumatique, qui est déterminée par les violences extérieures de tout genre. On comprend maintenant le vague des descriptions que les auteurs nous donnent des tumeurs blanches. Ce sont en effet plusieurs maladies distinctes et non pas un type unique. Il ne faut pas cependant tomber dans un autre extrême et comprendre sous le mot tumeur blanche toutes les maladies articulaires.

Trois indications se présentent: 1° arrêter les progrès de la maladie, et en obtenir la résolution; on n'y peut le plus souvent parvenir qu'avec les moyens empruntés à l'hygiène; les préparations d'iode, et l'hydrochlorate de baryte sont peu sûrs; le traitement local composé de vésicatoires, douches, moxas, etc., et surtout du repos, mérite plus de confiance.

2° Obtenir une ankylose régulière; les moyens propres à atteindre ce but assurant l'immobilité du membre sont en même temps un bon moyen curatif.

3° Enlever les parties malades, quand il ne reste que ce moyen de sauver la vie, et se décider, autant que possible, pour la résection des parties malades.

M. LACAUCHIE.

Les diarthroses se rencontrent presque exclusivement aux membres. Cartilages d'encroûtement, synoviales et capsules articulaires, voilà les conditions auxquelles existe une diarthrose; si l'une d'elles manque, ce n'est plus qu'une synarthrose ou une amphiarthose. Mais, outre ces caractères généraux et constans, il y a parmi les articulations mobiles de nombreuses variétés résultant de la présence de ménisques fibreux, de ligamens inter-articulaires, de la disposition des ligamens périphériques, etc.

La vitalité des cartilages et l'existence de la synoviale sont deux points très controversés. Relativement à la seconde question, M. Lacauchie admet la continuation de la séreuse articulaire sur les cartilages. Si avec le bistouri on détache presque complétement un segment de cartilage, au moment où on achève sa séparation par traction, on arrache une petite lame de la synoviale. On constate encore mieux cette disposition en disséquant un lambeau de synoviale que l'on isole jusqu'à son point de contact avec le cartilage; une traction suffit alors pour amener une lamelle fort visible de la synoviale. Quant à la vitalité des cartilages, elle est plutôt différente par son intensité que par sa nature de celle des os qu'ils recouvrent.

La tumeur blanche est une affection propre aux articulations diarthrodiales; elle se développe le plus souvent chez les jeunes sujets. La jointure malade se tuméfie, s'empâte; il y a dans le principe hydarthrose: le membre s'émacie ensuite au-dessus et au-dessous du siége du mal. Plus tard, les os sont envahis, des abcès se forment, s'ouvrent et restent fistuleux. La santé générale s'altère à son tour. On peut dire d'une manière absolue que la maladie débute soit par les os, soit par les parties molles.

Les scrofules et le rhumatisme sont le plus souvent les premières causes de l'affection locale; c'est donc à les détruire qu'il faut d'abord s'attacher, et les ressources de l'hygiène sont le meilleur moyen de remplir cette indication. On emploie simultanément les agens locaux, généraux et connus. Dans les cas extrêmes, il ne reste que l'amputation ou la résection qui, cernant les parties altérées, enlève le foyer du mal, mais n'en tarit malheureusement pas toujours la source.

VARIÉTÉS.

— M. Baillarger, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, le samedi 22 mai, à 7 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les mardis et samedis de chaque semaine, à la même heure.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 21. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 22 MAI 1841.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

DE LA COAGULATION DU SANG APRÈS LA MORT, DANS LES VAISSEAUX SANGUINS; par le docteur Paget.

Lorsque les faits que je me propose de rapporter ici vinrent à ma connaissance, je crus les avoir observés le premier, car ils étaient entièrement inconnus de toutes les personnes auxquelles je les communiquai; cependant, en parcourant plusieurs des traités qui ont été écrits dans les dix-septième et dix-huitième siècles sur les *polypes du cœur*, je trouvai, dans un travail de Joseph Pasta, la plus grande partie des mêmes conclusions que celles auxquelles j'étais arrivé moi-même. Peut-être des observations analogues furent-elles faites à la même époque par d'autres, mais le seul auteur qui en ait parlé, à ma connaissance, est André Pasta, le cousin et le précepteur du précédent, qui les rapporta presque toutes dans deux lettres (De motu sanguinis post mortem, et De cordis polypo in nuimum revocato) publiées en 1737. Depuis cette publication de Pasta jeune, qui n'avait d'autre but, nous dit-il, que de faire connaître les observations de son cousin, jusqu'alors négligées, les faits ont été oubliés de nouveau, on n'ont été cités que comme des erreurs, probablement parce que ces deux auteurs les ont entremêlés d'autres faits erroués, et en ont tiré d'autres conclusions que celles qui en ressortaient naturellement. A l'exception de l'article *sang* (*Conditions anormales du*), de l'Encyclopédie d'anatomie, par le docteur Babington, où ces faits ont été brièvement mentionnés, je ne connais aucun ouvrage moderne où il en ait été question, bien que ce soient les seuls que l'on puisse suivre pour arriver à la connaissance de l'époque à laquelle la coagulation du sang s'opère dans le cœur et les gros vaisseaux.

L'opinion la plus généralement admise aujourd'hui sur ce point, et qu'on retrouve dans les meilleurs ouvrages sur les maladies du cœur qui ont paru depuis celui de Corvisart, c'est que les grosses masses de fibrine qui contiennent peu ou point de la matière colorante du sang se forment quelque temps avant la mort. Cette opinion a été, tout récemment encore, vivement soutenue par M. Bouillaud, qui non seulement a indiqué les signes fournis par l'auscultation et les autres symptômes qui déterminent ces prétendus polypes du cœur, mais encore a dressé une longue liste des causes auxquelles il les attribue, et a décrit le traitement qu'il dit lui avoir réussi dans le plus grand nombre des cas, et fait connaître les signes stéthoscopiques et autres à l'aide desquels on pourrait constater leur disparition graduelle dans l'intérieur du cœur. C'est cette opinion que je viens combattre, appuyé sur de nombreux faits qui démontrent que la coagulation du sang pendant la vie dans le cœur et les gros vaisseaux est une altération extrêmement rare, et à laquelle on ne peut rapporter le plus grand nombre des cas que l'on en a cités.

Feuilleton.

LE DOCTEUR MATHANASIUS.

(Suite. — Voir les numéros 10, 14 et 18.)

Bien que ma manière de voir et de penser différât sous beaucoup de rapports de celle de mon vénérable confrère, ses entretiens avaient pour moi un charme d'originalité dont je ne pouvais me défendre. Je m'arrangeais donc pour en jouir le plus souvent possible. Un jour étant allé le voir plus tôt qu'à l'ordinaire, on me dit qu'il était dans le voisinage, pour visiter un malade, sans doute quelque malheureux. Ce grand médecin obscur n'avait pas, en effet, depuis longtemps d'autre clientèle. C'est ce qu'il appelait participer aux délices des dieux, faire le bien. Au lieu de recevoir, il donnait; c'est encore par là, disait-il, en riant, que je diffère des hommes de votre époque. Comme j'étais connu, on me fit entrer pour attendre le docteur Mathanasius, dans son *étude*, expression des anciens médecins et qu'il préférait par conséquent à celle de cabinet, mot impropre et mesquin selon lui. Ce cabinet, ou plutôt cette *étude*, représentait parfaitement le caractère de l'homme qui y passait les trois quarts de sa vie. On n'y remarquait, et à beaucoup près, ni faste, ni recherche; point de glaces, de bronzes, de meubles élégans, en un mot rien qui annonçât cette coquetterie de luxe qu'on aime tant aujourd'hui. Tout y avait au contraire un caractère de sévérité et d'une austère simplicité. Dans l'intérieur et au-dessus de la porte, on lisait deux inscriptions; l'une grecque: « ἡ δὲ τέχνη μακρή. » « Oh! que l'art est long. » L'autre latine, tirée de Cardan: *tempus mea possessio, tempus ager meus.* « Le temps est ma richesse, c'est le champ que je cultive. » Un vaste bureau noir couvert de papiers, quelques fauteuils de cuir, formaient le fond de l'ameublement. Je remarquai aussi une pendule à l'ancienne mode, dont les poids étaient contenus dans une longue caisse. Au-dessus de cette pendule était écrit ce beau vers, jadis placé sur le cadran d'une église de jésuites.

Ut cuspis, sic vita fluit, dum stare videtur.

Or, cette aiguille fatidique, j'en suis certain, attirait souvent les regards de mon vieil ami.

Sa bibliothèque était fort modeste; au haut, et sur la corniche, se lisaient, écrites en grands caractères, ces paroles de Casaubon sur les livres: tumen mentis, et laborum solatium. On voyait d'un côté, dans cette bibliothèque, quelques livres modernes, composés ou rassemblés de la manière dont j'ai parlé; de l'autre un grand nombre de vieux livres, la plupart couverts de parchemin, d'après le goût particulier des érudits, *editio princeps, in membranis*. Tous ces livres avaient cette bienfaisante devise, à l'imitation de celle du savant Grolier; *ex libris Mathanasii, et* amicorum. Dans les rayons inférieurs, se remarquaient quelques grands cartons remplis de manuscrits et d'imprimés de

Ayant, sans aucune idée préconçue, pris des notes exactes sur l'état du sang trouvé après la mort dans les principaux points de l'appareil circulatoire, sur environ 150 cadavres que j'avais ouverts depuis peu, j'examinai si l'analyse de ces faits nombreux, ainsi réunis, pourrait mener à quelque induction générale. Parmi plusieurs résultats plus ou moins importans auxquels j'arrivai, je citerai surtout le suivant : c'est que toutes les fois que, dans les caillots trouvés après la mort dans le cœur et les gros vaisseaux, la matière colorante du sang s'est séparée de sa fibrine, en sorte qu'une partie du caillot ou de chaque caillot est presque incolore, et ressemble plus ou moins à la couenne qui recouvre le sang tiré à une personne atteinte d'une affection inflammatoire, la portion la moins colorée du caillot est toujours disposée de manière à ce qu'elle occupât la partie supérieure dans la position où le corps avait été placé après la mort.

En effet, si dans un cas où il y a des caillots dans le cœur, on examine ce dernier dans la position qu'il occupe lorsque le corps est placé horizontalement, on trouvera constamment que la portion décolorée de chaque caillot est placée à la partie supérieure, c'est-à-dire dans le point le plus rapproché du sternum et que, à mesure qu'on l'examine plus profondément, c'est-à-dire à une plus grande distance du sternum, le caillot devient de plus en plus coloré et moins ferme, ou au moins présente dans la partie inférieure des portions colorées, tandis que celles qui sont décolorées se trouvent constamment au-dessus. On peut faire la même observation dans les longs caillots branchus qui contiennent les artères pulmonaires. Ces caillots sont rarement tout à fait noirs, le plus souvent ou ils sont complètement décolorés, ou ils ne contiennent que quelques globules sanguins qui sont toujours dans la partie la plus déclive. Au reste quelque décoloré que soit le caillot qui se trouve dans le tronc même de l'artère pulmonaire, les extrémités de ses nombreuses ramifications qui sont contenues dans les rameaux postérieurs de ce vaisseau sont toujours plus ou moins complètement noires. On a observé la même gradation dans les caillots des branches des veines pulmonaires et dans ceux qui occupent la veine cave supérieure et ses principales branches. Dans tous ces cas, la portion de caillot la plus dépourvue de globules rouges en occupe toujours la partie supérieure. On observe encore la même disposition dans le caillot qui contient ordinairement le sinus longitudinal; si ce canal contient en avant un caillot décoloré, on remarquera en le tirant doucement que la portion qui était dans la partie postérieure ou occipitale est noire, et quelle que soit la couleur du caillot du sinus longitudinal, le sang que contiennent les sinus latéraux est toujours sous la forme d'une masse noire et à peine coagulée. En un mot, partout où l'on examine le sang on trouve des exemples de la même règle; ainsi, dans la coloration et l'état de mollesse invariable des caillots que contiennent les veines azygos, demi-azygos et rénales comparés avec ceux de la veine cave inférieure; dans la comparaison du sang des branches descendantes de l'iliaque interne avec les caillots fermes et souvent presque incolores qu'on trouve dans les veines iliaque externe et fémorales, et dans celle du caillot à peine consistant et noir de l'aorte thoracique qui plonge dans la courbure postérieure de l'épine avec celui qu'on trouve souvent chez le même sujet, entièrement privé de matière colorante, dans l'aorte abdominale au niveau de la courbure lombaire antérieure.

Il résulte de ces faits, dont je me suis assuré par l'examen d'un nombre considérable de cadavres, que le sang contenu dans les cavités du cœur et les gros vaisseaux au moment de la mort, s'y coagule comme il le ferait dans un bassin ou tout autre vase où il aurait été reçu, et que quand la coagulation s'opère avec assez de lenteur ou que la quantité de fibrine est assez considérable, les particules colorantes tombent dans la partie inférieure, laissant au-dessus une certaine quantité de fibrine décolorée. L'aspect général de cette fibrine et du reste du caillot varie considérablement dans les différens cas ainsi que le degré d'adhérence aux parois du cœur; et, suivant les conditions dans lesquelles se trouvait le sang dont il a été formé, il présente presque toutes les variétés que l'on a décrites, comme des polypes ou des concrétions du cœur ayant reçu une organisation plus ou moins avancée.

On observe toujours la même disposition à quelque degré que le sang soit coagulé; mais les cas où cette disposition est le plus facile à saisir sont ceux où les cavités du cœur sont toutes remplies de caillots fermes, dans lesquels les globules colorés sont presque complètement séparés de la fibrine, et où l'on voit de grosses masses blanches, jaunes ou rosées remplissant exactement une ou plusieurs des cavités et fortement adhérentes à leurs parois et dans les espaces qui séparent tous les faisceaux musculaires; dans ces cas qui sont précisément ceux sur lesquels s'appuient les partisans de l'opinion que la coagulation du sang s'opère fréquemment dans les vaisseaux pendant la vie, la veine cave inférieure est remplie par un caillot noir, mou et sans trace de couenne, tandis que plus bas, au niveau des vertèbres lombaires, ce même caillot devient blanc ou blanc et noir et que plus haut, dans l'oreillette droite, une partie de son épaisseur est composée de fibrine blanche et ferme pendant que le reste est noir et plus ou moins mou. Enfin, partout où le caillot est disposé de manière à permettre que les particules colorées puissent se précipiter par leur poids sur un point plus déclive, il est plus ou moins blanc et ferme, tandis qu'il reste plus ou moins noir et mou dans les conditions opposées et surtout dans les points qui se trouvent dans une position tellement déclive qu'ils peuvent recevoir la matière colorante d'un caillot d'une plus grande longueur.

Les cas peu nombreux qui semblent faire exception à cette loi ne s'en écartent pas lorsqu'on les examine avec soin. Par exemple, lorsque l'oreillette droite est très distendue ou dilatée, la séparation de la matière colorante du sang pourra être plus complète dans son appendice et sa partie antérieure que dans le ventricule droit; et lorsque le corps a été placé immédiatement après la mort dans une position différente de celle dans laquelle on le pose ordinairement, on observera une différence analogue dans le niveau de la séparation de la partie fibrineuse et de la matière colorante. Ainsi, sur le cadavre d'un homme qui, après plusieurs jours d'une dyspnée excessive était mort, la tête appuyée sur les genoux et était resté dans cette position trois ou quatre heures après sa mort, la disposition des deux couches était si complètement inverse de ce qu'elle est habituellement que j'annonçai aussitôt, avant d'avoir appris la position dans laquelle le cadavre était resté après la mort, qu'il n'avait pas dû être placé comme on le fait ordinairement. Le sang était plus noir et plus mou dans les ventricules que dans les oreillettes et la séparation de la fibrine était moins tranchée dans ces dernières que dans la veine cave supérieure ou dans les branches supérieures des vaisseaux pulmonaires. Le sang était aussi moins coagulé dans la veine cave inférieure, au niveau des vertèbres lombaires que dans la même veine à la hauteur du diaphragme, et la séparation de la fibrine était plus complète

---

toute espèce. L'un de ces cartons renfermait les notes, les remarques faites par le docteur Mathanasius, dans le cours de ses immenses lectures. Sur ce carton, on lisait : *studium sine calamo, somnium*. Le carton suivant était destiné au résultat de plusieurs expériences faites sur les animaux, l'inscription portait : *pro thesauro carbones*. Dans un autre carton, étaient jetées les dissertations insignifiantes, les niaiseries, les platitudes, les non sens, les redites; au-dessus on lisait ; *inania*. Enfin deux autres cartons étaient destinés à la critique, mais sous une forme bien différente. Le premier renfermait quelques écrits marqués au coin d'une haute critique, tout à la fois impartiale et raisonnée, juste et décente, sévère sans cesser d'être bienveillante; sur ce carton était écrit : *ignavum fucos pecus a præsepibus arcent.* (Virg.) Le second, beaucoup plus grand, renfermait les diatribes, les libelles, la critique basse et jalouse, passionnée, insultante, les assertions menteuses, les personnalités, les injures forgées au feu maudit de la calomnie; ce carton avait pour inscription les paroles que prononçait Scaliger après avoir lu un mauvais livre : *Charta ad spurcos usus asservanda.*

Au milieu de la table, je remarquai un manuscrit inachevé; c'était le commencement d'un mémoire sur cette grave question : « Quelles sont les causes de la différence des progrès de la médecine ancienne et de la médecine actuelle? » Au moment où j'en parcourais quelques pages, le docteur Mathanasius entra : Ah! ah! me dit-il, vous tenez dans vos mains un travail important et que probablement je ne pourrai achever. En effet, cette question est des plus ardues, car elle se rattache non seulement à la médecine, mais encore aux phases diverses de la société. En effet, la science, à toutes les époques, marche parallèlement à la civilisation elle-même; chacune de ces époques a pour ainsi dire sa pensée, son idée archétype, et cette pensée jette son reflet sur la science. Voilà ce que n'ont pas compris la plupart de ceux qui ont étudié le passé de la médecine. L'érudition est non seulement négligée dans notre pays, qui surtout vit au jour le jour, mais parmi les savans qui s'y livrent, où sont les hommes qui en ont l'intelligence? Alors comment prononcer sur un passé mal étudié, mal compris et par conséquent mal jugé? Il y a des gens qui ne font que feuilleter, *qui n'étudient que des mains*, comme dit Fontenelle et qui croient comprendre les anciens : ignorent-ils donc qu'il y a l'érudition des *mots* et l'érudition des *choses*? La première est l'échelon pour parvenir à la seconde; mais les pédans s'en tiennent à celle-ci et s'y arrêtent. Un seul homme peut-être, dans le siècle dernier, a bien connu les anciens, c'est Haller. On peut appliquer aux œuvres de cet homme illustre ces paroles de Cicéron à Atticus sur les livres de Varron, *is est mundus doctrinæ, et thesaurus eruditionis locupletissimus.* Mais aujourd'hui, en France surtout, on connaît à peine l'art d'extraire l'or des entrailles de l'antiquité; aussi reste-t-il aussi improductif que l'or renfermé dans le flanc des Cordilières. Il faut, pour le mettre en œuvre, deux conditions; la première, connaître à fond les langues anciennes; or, cherchez, je vous prie, cette qualité parmi des hommes, *nequidem musas è limine salutaverunt*; la seconde condition, est de bien se pénétrer de l'état de la science et de la civilisation à l'époque de tel ou tel auteur. Cela est indispensable si l'on ne veut pas être la dupe des réputations et surtout pour se garder de confondre les scories avec le pur métal. C'est ce que j'ai essayé de faire dans mes TABLEAUX SYNCHRONIQUES *de l'esprit médical*, que vous voyez dans ce portefeuille. A ces deux conditions,

dans la veine cave supérieure que dans aucun autre point de l'appareil circulatoire.

L'exacte ressemblance que ces faits mettent en évidence entre les caillots sanguins qu'on trouve dans le cœur et les gros vaisseaux après la mort, et ceux que forme le sang tiré du corps pendant la vie, et qui a été laissé en repos, ne permet pas de méconnaître que le mécanisme par lequel ils sont produits est exactement le même dans les deux cas. Les caillots trouvés après la mort sont donc le résultat de la séparation qui s'est opérée dans le sang, *pendant le repos*, entre ses parties constituantes; le sérum ayant descendu dans les parties inférieures du corps, entraînait avec lui la matière colorante, tandis que les globules, abandonnaient lentement la fibrine, qui se prenait en masse, et formait cette partie plus ou moins considérable et incolore du caillot qui en occupe toujours le point le plus élevé. Il n'y a aucune différence (excepté pour la forme extérieure) entre les caillots qui se forment après la mort dans les vaisseaux sanguins et ceux qui se font dans les bassins où on reçoit le sang tiré pendant la vie; chacun d'eux a la forme de la cavité dans laquelle la coagulation s'est opérée; l'un est simple, l'autre est divisé en rameaux; mais ils sont identiques dans la disposition de leurs parties constituantes.

Si la coagulation à laquelle est due la production de ces polypes se faisait pendant la vie, lorsque les battemens du cœur existent encore, et qu'une partie au moins du sang est encore en mouvement, il est extrêmement probable que la fibrine se déposerait en couches concentriques à l'intérieur du cœur et des vaisseaux, comme on le voit dans le sac des anévrismes, et que c'est dans les oreillettes dont les mouvemens sont bien moins actifs que ceux des ventricules que la coagulation et la séparation des élémens du sang devraient être les plus prononcées; mais, c'est précisément le contraire qui a lieu, ce qui ne peut s'expliquer que par l'hypothèse que toute la masse du sang était fluide, lorsque, au moment de la mort, elle cessa tout à coup de circuler, et commença à se coaguler.

Les caillots qui se forment pendant la vie dans le cœur et dans les gros vaisseaux présentent ordinairement des caractères qui permettent de les distinguer facilement des précédens. Ceux de cette classe qui offrent la conformation la plus simple se déposent sous forme de couches concentriques sur les parois du cœur et des gros vaisseaux, comme les caillots d'un sac anévrismal. On rencontre fréquemment des exemples de ce genre dans les cas de gangrène sénile, de phlébite, dans ceux où les veines voisines de tumeurs de mauvais caractères se remplissent de caillots, dans certains cas d'affection granuleuse du rein, qui probablement sont compliqués d'inflammation des veines rénales, dans la cyrrhose, dans l'apoplexie pulmonaire et dans quelques autres maladies. Les caillots de ce genre sont plus rares dans le cœur. Je les ai observés chez deux sujets chez lesquels l'oreillette gauche était excessivement dilatée et où la membrane interne était altérée et rugueuse, cas qu'on aurait pu désigner sous le nom d'anévrismes de l'oreillette, puis dans deux cas de forte dilatation du ventricule gauche et dans des anévrismes vrais de cette cavité. Mais dans toutes ces observations, il est facile de reconnaître que la fibrine a été déposée pendant la vie. Elle est arrangée par couches concentriques évidentes, qu'il est très facile de détacher, qui sont souvent séparées les unes des autres par un fluide épais, et dont la portion la plus rapprochée de l'axe de la cavité ou des vaisseaux est la moins ferme et la plus foncée en couleur. Aucune de ces couches n'offre le brillant ni le transparent qu'on observe dans les caillots formés après la mort, ou sur la couenne du sang tiré du corps pendant la vie. Elles ont toutes un aspect mat et opaque, sont d'un gris rougeâtre et brunâtre et paraissent grumeleuses et granuleuses. La fibrine déposée dans le cœur pendant la vie n'occupe jamais une partie considérable de la cavité, mais adhère sur un point seulement, qui est ordinairement le siége de quelque altération ou de quelque dilatation, et elle est entièrement distincte des caillots qui se sont formés après la mort et qui offrent leurs caractères ordinaires.

Les autres productions qui se rencontrent dans le cœur, et avec lesquelles on a confondu les caillots blancs formés après la mort, en diffèrent encore plus que celles dont nous venons de parler. Ainsi ces corps ronds et creux qu'on trouve quelquefois adhérens au milieu des colonnes charnues, remplis de fibrine ramollie, et que Laënnec a désignés sous le nom de végétations globuleuses, sont bien faciles à distinguer des caillots. L'existence même de la fibrine ramollie, qui forme le fluide puriforme contenu au milieu de la masse, suffit pour montrer que le caillot est resté au moins pendant plusieurs heures à la température naturelle du corps vivant.

Il ne peut pas y avoir plus de doute également sur la nature des productions vasculaires, qu'on trouve quelquefois adhérentes aux parois du cœur et beaucoup plus rarement à celles des artères. Elles n'ont jamais le brillant ni la transparence, ni aucun des autres caractères de la fibrine du sang.

Il n'y a qu'une seule espèce de caillot sur la période de développement duquel il me reste quelque doute, ce sont les petites bandes de fibrine qu'on trouve quelquefois adhérentes aux tendons des faisceaux, et qui ressemblent exactement à celles qu'on obtient en agitant le sang. Il n'est pas improbable que, dans les derniers instans de la vie, au moment où le sang passe à travers ces tendons grêles, il ne se sépare un peu de sa fibrine, qui s'attache à eux, sous l'influence de la même force, qui produit le même effet lorsqu'on agite le sang avec des verges ou d'autres petits corps. Au reste, je n'avance cette explication que comme une simple hypothèse et non comme une vérité démontrée.

S'il est vrai que les cas dans lesquels le sang se coagule dans le cœur et les gros vaisseaux pendant la vie soient fort rares, et que la fibrine qui se dépose dans cette condition soit facile à distinguer des caillots qui se forment dans le corps de presque tous les individus après la mort, et que ces derniers se forment par le même procédé que ceux que présente le sang tiré du corps pendant la vie, et laissé en repos, il en résulte que l'examen de ces caillots, que contiennent le cœur et les gros vaisseaux après la mort, peut éclairer sur l'état dans lequel était le sang pendant la vie et fournir la même certitude que l'examen de celui qu'on a tiré par la saignée, ce qui n'est pas sans importance, s'il est vrai, comme le croient ceux qui s'occupent en ce moment de recherches sur les altérations du sang, que la connaissance des proportions relatives et des caractères respectifs des principaux élémens du sang constitue une partie importante de l'histoire de chaque maladie. J'en conclurai que l'on doit s'assurer de l'état général du sang après la mort avec autant de soin que de celui de chacun des organes du corps, et que sa description doit à l'avance occuper une place importante dans le récit de toutes les autopsies.

Dans tous les cas, on doit se rappeler que le sang se coagule bien plus

---

j'ajouterai en passant, de se mettre au-dessus des préjugés vulgaires contre les médecins érudits, de braver les petitesses de l'ignorance et de la sottise, contre ceux qui lisent, qui savent lire, écrire et méditer. C'est dans les bons livres que se trouvent les bonnes idées, et celles-ci mènent le monde. Soyez bien convaincu que le médecin qui s'en pénètre se met infiniment au-dessus de celui qui ne voit que le fait, le matériel; et qu'après tout, les médecins *spéculatifs* puisqu'on les appelle ainsi, valent bien les médecins *spéculateurs*.

Ne vous étonnez donc plus, mon cher confrère, de trouver des différences entre votre époque et les anciens. Je vous l'ai dit, chez ces derniers, on observait les faits, mais constamment aussi on cherchait à les rallier, à en tirer des principes, une doctrine enfin. Aujourd'hui on ne s'attache qu'aux faits, on les discute plus ou moins, puis on s'arrête, on se complait dans cette sphère étroite, telle est l'*ultima linea rerum*. De là, ces grands tableaux de maladies, si largement dessinés chez les anciens, et ces cadres raccourcis que nous voyons maintenant pulluler de toutes parts. Pensez-vous franchement qu'une maladie, la première venue dans votre esprit, puisse se rattacher aujourd'hui à une doctrine reconnue, avouée, influente? Pour moi, je n'en crois rien. Sans doute qu'il faut vérifier la théorie par la pratique, mais aussi élargir la pratique par la théorie; sans cela elle change de nom et se nomme routine, quoiqu'en disent ceux *a quibus decipiuntur inepti, tam togati, quam tunicati*, selon les expressions de Sennert. Je le soutiens, la philosophie qui amasse des faits, intéresse bien autrement que les faits eux-mêmes. Le véritable mouvement d'une science ne doit-il pas être dans les idées? Le dernier terme d'une série logique et scientifique, n'est-il pas l'abstraction? Je n'ignore pas que dans un sujet aussi compliqué que la médecine, il faut se méfier des formules aphoristiques et tranchantes qui ne sont vraies que d'un côté. Mais je sais aussi que par la méthode purement analytique, c'est-à-dire courir d'un fait à un autre, rester ainsi dans le matériel, c'est se remuer sur place, s'agiter sans avancer, en un mot revenir au même point; alors prenons pour symbole de l'art, le cercle de Vico, plutôt que la ligne droite de Condorcet. Maintenant on se vante d'avoir renfermé l'imagination dans la cage de fer de la réalité et du positif; passe pour la cage de fer, mais je nie le reste de l'assertion. Je demande en quoi consiste maintenant la foi médicale et s'il y en a une? quelle est la croyance, la doctrine acceptée? s'il existe un *critérium* pratique? Cherchez bien et vous ne trouverez qu'en revenant aux idées anciennes; hors de là il n'y a de conviction nulle part, le doute et l'incertitude sont au bout de tout. On a des *en-cas* de vérité pour des combinaisons sophistiques habillées à la moderne, mais peu de gens y ajoutent foi; à chaque essai de théorie, chacun semble prêt à dire : *Solve obolum, fabulam habuisti.*

Cependant, que prétend-on chercher dans l'étude de l'homme sain ou malade, autre chose que des lois ou des forces? Or, les faits n'en sont que l'introduction; l'analyse et l'abstraction, *januæ scientiarum*, constituent à jamais le génie médical. C'est ce que les anciens ont parfaitement compris; aussi les principes qu'ils ont posés sont-ils encore les bases de la science. C'est le propre des grandes idées d'aller ainsi prendre tout à coup possession de l'avenir; en effet, par elles, il est donné d'embrasser, des hauteurs de l'intelligence, le large horizon de la science. Imitez donc les anciens, si vous pouvez; creusez les faits, tirez-en la substance et l'esprit; si la capacité synthétique vous manque, ayez au moins la faculté de l'induction. Mais ne mettez pas la médecine *hors la loi* phi-

lentement dans le corps que hors du corps, qu'il ait été tiré pendant la vie ou même après la mort; d'où il résulte qu'on trouve fréquemment une certaine quantité de fibrine décolorée dans le cœur ou dans les gros vaisseaux, dans des cas où il est probable que, si on avait tiré du sang pendant la vie, il n'aurait pas présenté de couenne. Dans le plus grand nombre des cas, le sang ne commence à se coaguler que quatre heures après que les mouvemens de la circulation ont entièrement cessé. Bien souvent il reste fluide pendant six, huit heures, et même plus, et cependant se coagule en quelques instans si on le fait sortir des vaisseaux. Mais comme cette lenteur se retrouve dans tous les cas, il est peu important d'en tenir compte pour la comparaison du sang d'un grand nombre de cadavres, bien qu'on doive le faire avec soin lorsqu'il s'agit de comparer le sang du cadavre avec celui de l'homme vivant.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RAPPORT SUR LA MÉTHODE DE M. LE DOCTEUR LOUVRIER, RELATIVEMENT AU TRAITEMENT DE L'ANKYLOSE ANGULAIRE DU GENOU; lu à l'Académie royale de médecine par M. A. BÉRARD, chirurgien de l'hôpital Necker, etc.

Messieurs, M. le ministre a renvoyé à l'examen de l'Académie une machine inventée par M. le docteur Louvrier, de Pontarlier, pour opérer le redressement des ankyloses angulaires de l'articulation du genou; en même temps M. Louvrier a transmis à l'Académie la relation de cinq opérations faites en province et qui ont été suivies de guérison. Depuis cette époque, il a pratiqué seize fois cette opération à Paris, en présence de plusieurs membres de l'Académie, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, et d'un grand nombre d'autres praticiens. Enfin l'essai de sa méthode a été fait sur une malade de Troyes, en tout vingt-deux opérations.

Avant de passer ces opérations en revue, jetons un coup-d'œil rapide sur les différens états anatomiques d'où résulte l'impossibilité d'étendre l'articulation fémoro-tibiale. Tantôt les cartilages articulaires ayant disparu, les surfaces osseuses se collent ensemble de telle sorte que le tibia, le fémur et la rotule se trouvent fondus en un seul os: c'est l'ankylose vraie ou complète. Tantôt les surfaces articulaires dépouillées de cartilage, comme dans le cas qui précède, sont unies par une substance fibreuse plus ou moins serrée; sorte d'affection qui établit la transition entre la vraie et la fausse ankylose. Dans ces deux cas, la cavité de la membrane synoviale a disparu par suite des adhérences établies entre les divers points de sa face interne. Dans un troisième cas, les parties fibreuses situées du côté du jarret ont peu à peu perdu de leur longueur, parce que le membre est demeuré longtemps fléchi. Dans un quatrième, ce sont les muscles fléchisseurs de la jambe, biceps, demi-tendineux, demi-membraneux, qui se sont rétractés. Dans ces deux dernières espèces d'ankyloses, appelées fausses ou incomplètes, l'articulation reste pourvue de ses cartilages et de sa membrane synoviale; elle peut souvent accomplir des mouvemens assez étendus dans le sens de la flexion. Enfin les auteurs ont admis une cinquième cause d'ankylose qui serait due au gonflement des extrémités articulaires des os; les ligamens allongés autant que possible dans tous les sens autour de l'articulation en borneraient tous les mouvemens.

On rencontre des ankyloses dues à plusieurs des lésions que nous venons d'examiner. Ainsi l'adhérence fibreuse des surfaces articulaires peut co-exister avec le raccourcissement des ligamens et la rétraction des muscles fléchisseurs.

Nous appellerons encore l'attention de l'Académie sur quelques points importans de l'histoire anatomique de l'ankylose du genou: 1° alors même que le tibia et le fémur jouissent d'une certaine mobilité, la rotule est parfois intimement soudée avec les condyles du fémur.

2° L'ankylose est presque toujours compliquée d'un commencement de luxation en haut et en arrière de la jambe sur la cuisse, en même temps que les condyles du fémur subissent, à leur partie postérieure, une atrophie plus ou moins considérable. Nous ferons ressortir les conséquences de ces dispositions quand nous parlerons des luxations qui surviennent, soit au moment de l'opération, soit dans les jours qui la suivent.

3° Il y a souvent un déplacement de la jambe selon sa circonférence, de telle sorte que le condyle interne du tibia se porte sous celui du fémur en avant, tandis que l'externe s'enfonce profondément derrière le condyle externe du fémur; de là, la rotation du pied en dehors; en outre, l'axe vertical de la jambe s'incline de haut en bas et de dedans en dehors, ce qui fait paraître le genou cagneux.

4° Enfin le membre entier éprouve une atrophie en tous sens; ce qui augmente encore la difformité.

Quelle que soit l'espèce d'ankylose, la méthode de M. Louvrier reste la même; voici comment il procède: il commence par garnir le membre à redresser, principalement au niveau du genou et des malléoles, avec du coton ou des pièces de vieux linge que maintiennent des tours d'une bande roulée depuis le pied jusqu'au milieu de la cuisse; il place ensuite autour de la cuisse et de la jambe de fortes attelles de cuir bouilli, concaves selon leur longueur pour mieux s'adapter à la convexité du membre, et il les fixe solidement à l'aide des courroies. Le pied est reçu dans un chausson de laine, puis dans un brodequin lacé sur le coude-pied, la semelle du brodequin est très solide, elle présente, vers son tiers postérieur, une pièce d'acier munie d'une mortaise.

L'ankylosé placé sur la machine, la contre-extension est faite par un cuissart attaché sur le haut de la cuisse; une forte courroie fixée à la partie inférieure du cuissart sert à le retenir solidement à la sellette sur laquelle est assis le malade. La cuisse et la jambe sont alors reçus dans une sorte de gouttière en cuir dont les bords se lacent sur la partie antérieure du membre; deux longues attelles métalliques extrêmement fortes sont fixées, à l'aide de la gouttière, sur les parties latérales du membre; chacune d'elles est composée de deux branches articulées à charnière au niveau de l'articulation du genou.

L'extension est faite à l'aide d'une forte corde à boyau roulée autour d'un treuil, lui-même fixé à l'extrémité de la planchette sur laquelle est posé le malade; cette corde agit en tirant sur le pied; mais, en même temps, et par un mécanisme extrêmement ingénieux, elle détermine une pression constante et énergique sur la partie antérieure du genou pendant toute la durée de l'opération. En sorte que le redressement du membre est effectué par une double puissance; d'une part, la traction sur les

---

losophique, en la surchargeant de détails, en la condamnant au fractionnement sans fin, en faisant d'elle une science terre à terre.

Mais, lui dis-je, vous avez raison, mon docte ami, sous certains rapports; toutefois, remarquez que le domaine de l'art est bien autrement étendu que dans l'origine de la science. Je le sais parfaitement, reprit le vieux docteur, mais c'est là, selon moi, une des causes de sa décadence. L'homme et les lois qui régissent son organisation, les moyens de remédier aux désordres de l'économie, moyens tirés de l'observation clinique, les anciens sortaient peu de ce cercle. Aujourd'hui, le contingent des sciences accessoires est énorme, et nous n'en sommes guère plus avancés pour la guérison. On a guéri la chlorose par le fer bien avant que les chimistes médecins aient disserté sur ce métal, sur sa puissance de *refibrination*, etc. On parle sans cesse d'inductions rigoureuses, et pour cela on invoque le chiffre. A cet égard, je ne suis ni crédule, ni sceptique. Mais je dirai que, comme l'expérimentation mécanique, rien ne produit plus d'illusions. En pathologie, le chiffre est la matière la plus vague, la plus trompeuse, la plus élastique, la plus complaisante à former des groupes serviles pour ou contre la vérité. Je ne nie pas les avantages de cette méthode, je nie seulement qu'elle ait introduit jusqu'à présent dans la science une seule vérité, un seul principe incontestable. Les anciens ignoraient ce moyen, et pourtant la médecine actuelle vit encore de leurs doctrines. Comment faisaient-ils? Bien voir, rapprocher et inférer.

Remarquez encore, très cher confrère, qu'à côté de l'impuissance actuelle de fonder une théorie générale, se trouve la prétention de chaque médecin-auteur d'avoir levé le voile sur des points importans, d'avoir comblé une lacune, etc. Ils ont toujours le secret d'une doctrine sans appel et sans exception sur le sujet traité. Mais qu'en pense la vérité, qu'en dit le bon sens? A part des exceptions que le public reconnaît d'abord, il est évident que l'écrivain a répété ce qu'on avait dit avant lui, ou qu'il s'est fourvoyé dans une superfétation de détails, dans une multitude de petites remarques, de petites observations qui obscurcissent le sujet principal. Qu'il y ait quelque peu de bon grain dans ces gerbes ramassées à la hâte, cela peut être; mais d'œuvre capitale, n'en cherchez pas. Ajoutez le désir de publier des faits *remarquables*, des faits merveilles, et d'en tirer aussitôt des conséquences absolues. La science, au contraire, ne se vivifie le plus souvent que par les faits les plus ordinaires. Il y a près de vingt siècles que Galien a dit: *Rara excluduntur ab arte, frequentia pro perpetuis habetur.* (Lib. VI, in aph. 56.) Vous voyez, mon ami, qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil et dans la science, pas même la remarque que je fais ici; Salomon et Galien m'avaient prévenu.

Ainsi, le but de nos devanciers était en tout opposé à celui qu'on veut atteindre de nos jours. Ils voulaient contraindre le plus possible la science dans l'unité; à votre époque, c'est le contraire. Les premiers, il est vrai, se sont trompés sur beaucoup de points; mais ont-ils donc prétendu donner l'équation finale de l'homme et de la médecine? Toutefois, ils ont fondé, établi, posé d'éternels fondemens; et vous, avec beaucoup plus de ressources, vous avez divisé, analysé, classé, énuméré, pesé, étiqueté, rarement fécondé et jamais inventé. J'en excepte toujours quelques intelligences hors de rang; encore la *racine* de leurs idées se trouve-t-elle chez les anciens. Soyez franc, mon ami, mes assertions vous semblent outrées, elles ne sont à vos yeux que l'ergotisme d'un vieillard

deux extrémités de l'angle, d'antre part, la pression exercée sur le sommet de celui-ci.

Dès que tontes les pièces de l'appareil sont convenablement disposées, M. Louvrier met le treuil en monvement à l'aide d'une manivelle qu'il tourne jusqu'à ce que le redressement dn membre soit complet. D'ordinaire, l'extension se fait dans le court espace de 25 à 30 secondes. Dans les cas où les muscles étaient rétractés avant l'opération, M. Lonvrier a plusieurs fois laissé la jambe ainsi allongée pendant une demi-minute avant de le mettre en liberté.

Lorsque tontes les pièces sont enlevées on voit de suite la flexion se reproduire, mais à un moindre degré, en général, qu'avant l'opération : on pent imprimer des mouvemens assez étendus de flexion et d'extension. M. Lonvrier avait l'habitude de mettre ses premiers opérés dans le bain ; depuis il a renoncé à cet usage; il reconvre de suite le genon de compresses imbibées de solutions narcotiqnes et adapte an membre une planchette qui, agissant à la manière dn levier dn premier genre dont le point d'appni repose sur le devant dn genou, a pour effet de le ramener pen à pen à nne rectitnde parfaite. Au bout d'une dixaine de jours, quelqnefois plus tôt, d'autres fois plns tard, selon la sensibilité des malades, M. Lonvrier substitue à la planchette un antre appareil qui tend an même bnt et de plus sert à sontenir l'articulation pendant la marche. Ce second appareil, d'nn usage fréqoeot en orthopédie, se compose d'un brodequin à semelle solide ; sur les bords de la semelle, au niveau des malléoles sont fixées deux attelles d'acier qui remontent parallèlement, l'nne en dedans, l'antre en dehors du membre, jnsqn'an milien de la cuisse, où elles sont fixées par une large conrroie circulaire : une antre pièce de cuir fixe ces attelles sur la jambe, tandis qu'une troisième, passant an devant dn genon, le presse d'avant en arrière et s'oppose à sa flexion. Dans les cas beureux, le malade se lève vers le quinzième jour; il se sert d'abord de béquilles, pnis d'un béquillon, puis enfin il peut marcher sans le secoors d'ancun moyen accessoire.

Telle est la méthode de M. Lonvrier ; lorsque son anleur vint à Paris nous proposer de la mettre à exécntion, il n'y ent ancnn praticien qui ne reculât devant la crainte des dangers qu'elle semblait devoir entraîner. Comment supposer, en effet, que l'application d'une force aussi considérable que celle déployée par la machine de M. Lonvrier, à l'articnlation la plus compliqnée dn corps, ne produirait pas les résultats les plus funestes ? Des tractions qui rappelaient le snpplice de l'écartellement ne devaient-elles pas déterminer de suite les accidens nerveux les plus graves ? L'inflammation, la snppuration des surfaces articulaires, des parties voisines ne devaient-elles pas être la conséquence inévitable de la distension forcée on de la déchirure des parties fibreuses situées dn côté de la flexion ? dans ce redressement brusque qu'allaient devenir l'artère poplitée, les nerfs sciatiqnes ? les os eux-mêmes ne ponvaient-ils pas être fracturés ? L'anteur de la méthode avait expérimenté sa machine sur le cadavre en redressant des genoux ankylosés, et la dissection des parties avait pronvé qu'aucune déchirure n'avait été produite. En ontre, cinq individus avaient subi le redressement d'ankyloses. Dans ce nombre il y en avait de très anciennes, de complètes, et cependant loin qn'il en résnltât des accidens, le succès avait couronné une tenlative aussi audacieuse. Des certificats délivrés par des personnes dignes de foi, nn entre autres de MM. les professeurs de l'école de médecine de Besançon, donnent à ces faits toute l'anthenticité désirable. Néanmoins, un de vos commissaires n'osa pas engager une persoune affectée d'ankylose, placée dans son service à l'hôpital Necker, à se soumettre à l'essai de la machine de M. Louvrier. Il fit venir la malade à l'Académie, et MM. Roux, Velpeau, Gerdy, Cloquet, Blandin, etc., qui l'examinèrent, partagèrent sa réserve. Malgré cette réprobation unanime, la malade, bien avertie des dangers que nous redoutions, manifesta la ferme volonté d'être opérée, soit à l'hôpital, soit chez elle ; dès-lors, nous cédâmes à son désir, et le redressement fut effectué. Dans les jours suivans, il n'y ent ancun accideot ni local ni général. Une dame de Pontarlier, enhardie par ce résultat, se soumit bientôt à la machine : même innocuité que chez la première. Une troisième, une quatrième, une cinquième, sont sncessivement redressées ; chez ancune on ne vit apparaître ces formidables accidens que la théorie suggérait comme inévitables. Ce fut alors qne ces faits commençant à se répandre dans le pnblic, plusieurs praticiens, même de ceux qui avaient le moins favorablement accneilli la méthode, s'en montrèrent de zélés partisans et fournirent à M. Louvrier l'occasion d'en répéter l'emploi. Presque chaque semaine, la machine fonctionnait, soit à Beanjon, soit à la Charité, soit à l'Hôtel-Dien, soit en ville. Mais enfin, vinrent les revers. Dès-lors, la faveur commença à s'arrêter, et anjourd'hui le discrédit dans leqnel est tombée cette invention témoigne de la réaction qui s'est faite dans les esprits.

Chargée de la mission délicate de se prononcer dans une question aussi grave, votre commission croit devoir porter à la connaissance de l'Acedémie tontes les circonstaoces qui serviront de base à ses conclusions. Pour cela nons avons à étndier les effets de l'appareil an moment de son application, les phénomènes primitifs, les phénomènes secondaires, et enfin le résultat définitif auquel on arrive.

Premier point. — Bien qne l'application des pièces d'appareil soit en général exempte de douleur, cependant elle est longne à faire ; elle dure à pen près une heure pendant laquelle le patient éprouve le supplice moral qui résulte des apprêts d'une opération doolourease : ajontons que sur quelqnes individus nous avons vn ces préparatifs occasionner une donleur réelle par suite de la pression violente que subissent certaines parties dn membre ankylosé.

L'opération elle-même est courte, mais elle est excessivement pénible ; l'altération profonde des traits de la face ; la pâleur, les sueurs et enfin les cris aigus arrachés à quelqnes opérés prouvent assez l'acuité de leurs souffances. L'état qui succède à celui-là n'est pas le même chez tons. En général une douleur assez aiguë se prolonge pendant vingt-quatre à qnarante-buit heures ; qnelques-nns ne l'éprouvent qne pendant nne benre on deux ; enfin nous avons vn un jeune bomme chez qui elle a cessé de suite après que le membre ent été délié et qui pnt retourner de la table d'opération à son lit, en s'aidant déjà de la jambe opérée.

Deuxième point. — Trois malades sur vingt-deux ont éprouvé, par le fait même dn redressement brusque, une lésion grave dn genon qne nons décrirons bientôt : rien, d'apparent an moins, chez les antres ; ces derniers, examinés vingt-quatre beures après, avaient tous le genon et le reste du membre dans un état satisfaisant ; peu de rougeur, le gonflement à peine sensible ; une malade opérée à l'Hôtel-Dieu a pourtant vn se développer une réaction inflammatoire assez vive, avec gonflement phlegmoneux de tout le membre, qui a persisté peodaot plusieurs jours, mais qui s'est enfin terminé par résolution. Chez tous les autres, les suites de l'opération ont été aussi simples qne possible ; chez qnelques-nns,

---

louangeur du temps passé, nn paradoxe, une manie d'érudit. Eh bieo ! faites comme moi, lisez, examinez, comparez, et je suis sûr que noo seulemeot vous pronoocerez un verdict d'acquittement pour les anciens, que de folles têtes accuseot d'ignorance, mais que vous admirerez la profondeur, la bardiesse de leurs cooceptions. Non, la faculté prolifique des intelligences cootemporaines oe me paraît pas comparable à celle de oos ancêtres. Les idées, les mœnrs, le temps, les circonstances, je ne sais quoi enfin, tont s'y oppose. On ne cherche plus qu'à monnayer, avec plus ou moins d'adresse, les lingots de la science antique. Je dis avec plus ou moins d'adresse, car c'est encore une des grandes différences des époques passées d'avec la vôtre. L'histoire de la science nous apprend que nus ancêtres se distinguaient par une ardente ponrsuite du vrai, dn complet, dn permanent. Aujourd'bui, oo vent du facile, de l'éclat, et surtont dn *retentissant*. Aussi, que de fois peut-on appliquer la fameuse devise de la cloche, *tinnit, ergo vacuum!* Ecrire, c'est parler avec reflexion et un peu plus baut, voilà tout ; mais qui s'en contente aujourd'bui ? Uo homme trouve, dans je ne sais quelle crypte de soo cerveau, une petite idée qo'il croit nonvelle ; aussitôt il la gonfle, il la pare, il la façonne, puis il la lance avec fracas dans la vaste et béante oreille de la plèbe de tout rang, et voilà sa réputation faite. Quant à savoir ce que deviendront pour la science ses étroites conceptions, ses *lucubratiunculæ*, il ne s'en inquiète guère, et il a raison. La plupart des ouvrages scientifiques en sont là, et leur renommée est des plus éphemères. Enfantés sans travail, lus sans intérêt, oubliés sans retour, ils confirment ce qu'a dit la Bible, que ce qui doit périr aille à *l'abîme*. Pour la médecine, comme pour le reste, le présent est tont, l'avenir ne compte pas. L'immodération de l'esprit, l'impatience de la fortune à acquérir, le débordement inquiet des jouissances bâtives, l'emporleot de beancoup sur la raison austère, sur le travail patient, sur la persistance dans l'œuvre. Avoir de la réputation le plus tôt et au meilleur marché possible, effleurer la mine sans la creuser, mais faire du bruit et emboucher bardiment le clairon, obtenir nn succès qui coûte peu et rapporte beaucoup, voilà le problème à résoudre.

Publiez-les vos vers, et qu'on n'en parle plus.

Ce conseil d'un poële est applicable à bien des ouvrages moderoes. La gloire est chose difficile à obtenir, et comme dit Isocrate, elle oe s'achète pas à prix d'argeot : δόξα χρημάτων οὐκ ὠνητή. Eh bien ! on s'eo passe, on se cootente d'une célébrité épbémère et lucrative. Beaucoup parleot de l'art pour l'art ; mais, dites-moi, où est le savant qui s'occupe aujourd'bui de la scieoce pour la scieoce, dont l'unique but soit la recherche de la vérité ? Il en est eocore, je le dis avec plaisir, mais ils sont rares, Peut-être d'obscurs amateurs comme moi, ou bien quelques jeunes gens infortunés qui, épris des charmes de l'étude, tomberont bientôt dans la pauvreté, et mourront dans un hôpital de clinique. A qooi bon, disent les habiles, s'occuper d'aussi creuses niaiseries ? il faut s'avancer dans la fortune, *velis et remis* ; la science est le moyen et oon le but. Mon boo ami, tout ouvrage de quelque valeur demande à être *couvé*, passez-moi l'expression, la fécondité est à ce prix ; il exige du temps, des soins, du recueillement, une loogue et pénétrante attention. Or, qui pense maintenant à se servir de ces puissans moyens ? qui en a le temps, le loisir ? De là des prodoctions frappées de mort dès leur naissance, des célébrités qui ne font que passer, des

il s'est manifesté une ecchymose, soit au creux du jarret, soit au mollet, soit à la cuisse, quelquefois légère, quelquefois prononcée ; mais d'accidens nerveux, mais d'arthrite, mais de phlegmons, mais d'abcès, mais de gangrène, mais de réaction générale, point.

TROISIÈME POINT. — Voilà pour les phénomènes primitifs et secondaires : venons-en au résultat définitif, c'est-à-dire la configuration du membre et le rétablissement de ses fonctions.

Premièrement, aucun des opérés soumis à notre examen n'a recouvré un genou parfaitement bien conformé. Cela tient, il est vrai, à plusieurs causes indépendantes de la méthode.

Ainsi, en parlant des caractères anatomiques des ankyloses, nous avons signalé cette rotation de la jambe, son inclinaison en dehors, circonstances que le redressement ne fait pas disparaître et qui entretiennent la difformité. Outre cela, chez le plus grand nombre, il s'est manifesté une déformation résultant de la saillie du fémur et de la rotule en avant, de la projection des tubérosités du tibia du côté du creux du jarret, et parfois d'un chevauchement du tibia en arrière du fémur, circonstances qui décèlent la luxation en arrière du premier de ces os sur le second. La cause de cette luxation est facile à saisir et ne doit pas faire préjuger la déchirure des ligamens croisés. Nous avons dit que la rotule pouvait être soudée sous les condyles du fémur ; dans ce cas, lorsque le redressement a lieu, le tibia vient bientôt s'archouter contre l'angle inférieur de la rotule qui est dirigé en arrière, et, de deux choses l'une, ou la pression du tibia fera décoller la rotule, et le genou sera bien conformé après l'opération, ou, ce qui est plus fréquent, la rotule résistera et le tibia décrira un arc de cercle dont le centre sera au point de contact de sa partie antérieure avec l'angle de la rotule, et la circonférence au bord postérieur de ses tubérosités, mouvement qui laissera l'axe du tibia en arrière de l'axe du fémur. Le premier de ces résultats a été obtenu sur une malade de l'Hôtel-Dieu ; le second a pu être observé à Beaujon, à la Charité, et chez quelques personnes opérées en ville. Voilà donc une cause primitive de luxation ; une seconde se rencontre dans l'état d'atrophie de la partie postérieure des condyles du fémur. Cette conformation vicieuse nous rend compte des déplacemens secondaires survenus chez quelques opérés, et en particulier sur la malade de l'Hôtel-Dieu, sur une de la rue l'Evêque, et il ne suppose ni la déchirure des ligamens, ni l'action prédominante des fléchisseurs. Nous en donnerons en preuve les résultats obtenus par M. Duval, à la suite de la section des tendons de ces muscles ; on peut voir sur plusieurs des figures qui représentent les opérés de M. Duval après la guérison, la conformation particulière que nous venons d'indiquer, et qui est parfaitement semblable à celle des opérés de M. Louvrier.

Outre ces causes de difformité, il en est encore qui résultent d'un retour plus ou moins marqué du membre dans le sens de la flexion : ce retour existe, chez presque tous, de 5 à 10 degrés dans la plupart, de 15, 20 et même 25 degrés, chez deux ou trois de ceux que nous avons observés.

Secondement, quel parti les malades peuvent-ils retirer de leur membre après le traitement ? Nous devons le dire, les fonctions du membre opéré ne se rétablissent qu'avec une extrême lenteur, et jusqu'ici que d'une manière fort imparfaite. Ainsi, les malades dont nous avons suivi la cure ne jouissent en aucune façon de la mobilité volontaire de l'articulation fémoro-tibiale, et rien ne fait présumer que cette mobilité doive un jour être plus parfaite qu'elle ne l'est maintenant. L'une d'elles est encore dans l'impossibilité de s'appuyer sur la jambe, à cause des douleurs dont le membre est le siége, bien qu'elle soit opérée depuis plusieurs mois ; d'autres peuvent à peine quitter la chambre : il leur faut pendant la marche un moyen prothétique (canne ou béquille), auquel ils confient la plus grande partie du poids du corps. Ceux qui sont dans l'état le plus satisfaisant sont encore obligés de porter l'appareil dont nous avons parlé plus haut, et de soulager le membre redressé en prenant un certain appui, soit sur une canne, soit sur le bras d'une autre personne. Une seule marche sans bâton ni appareil ; chez elle le membre est loin d'être en ligne droite, en sorte que l'allongement n'a pas été très considérable. Elle pose à chaque pas la plante du pied par terre, aussi la claudication est-elle très marquée. Nous ne parlons ici que des personnes restées à Paris soumises à notre examen, et qui sont au nombre de six ; quant aux autres, les renseignemens qui nous sont parvenus sur quelques-uns d'entre eux sont un peu plus satisfaisans.

Nous venons de passer en revue les dix-neuf individus sur lesquels l'opération n'a pas eu de suites fâcheuses ; voyons maintenant les trois sur lesquels on a observé des accidens.

Ce fut seulement à la douzième opération faite à Paris que l'on remarqua de graves désordres produits par l'emploi de l'appareil de M. Louvrier. La femme soumise au redressement était âgée d'une quarantaine d'années, maigre, chétive, et atteinte d'ulcères vénériens des membres inférieurs. L'articulation du genou n'avait été le siége d'aucune altération préalable ; la jambe, entraînée peu à peu dans la flexion par suite de la rétraction musculaire, formait un angle aigu avec la cuisse. Le genou, d'ailleurs sain, conserve assez de mobilité pour qu'on puisse produire la flexion la plus complète, et que le talon touche à la fesse.

L'opération fut pratiquée comme à l'ordinaire, si ce n'est que la corde étant au bout de sa course avant que le membre fût droit, on fut obligé de la resserrer, et de reproduire ainsi l'extension en deux temps.

La malade se plaignit de douleurs tellement excessives dans la fesse, qu'il lui semblait qu'on arrachait cette partie.

Lorsque toutes les pièces d'appareil furent enlevées, on trouva le genou bien conformé ; mais il existait une plaie par déchirure, occupant transversalement le creux du jarret. La peau et l'aponévrose d'enveloppe sont divisées ; le nerf sciatique poplité externe et le tendon du biceps sont à nu dans le fond de la plaie.

Malgré les soins les plus attentifs, il se déclara une inflammation violente dans toute la région du genou ; les surfaces articulaires s'abandonnèrent bientôt, et la jambe se luxa en arrière et en haut. Toutes les parties, tant intra qu'extra-articulaires, entrèrent en suppuration, et la malade succomba à peu près trois semaines après l'opération.

Voici le résultat de l'autopsie. Chevauchement de trois pouces du tibia sur la partie postérieure du fémur ; cuisse et jambe mobiles l'une sur l'autre ; axe de la jambe facilement ramené au parallélisme avec celui de la cuisse.

Large plaie avec escarre au-devant de la rotule ; perforation de la peau au niveau du condyle interne du fémur qui fait saillie à travers.

La plaie faite pendant l'opération est encore en pleine suppuration. Les surfaces articulaires baignent dans le pus ; leurs cartilages sont détruits, ainsi qu'une partie des sémilunaires ; le foyer de l'abcès est borné en arrière par les parties molles du creux poplité.

---

immortalités qui peuvent lire leur épitaphe, *evanescit, quasi non erit*. La recherche du vrai, du solide, est comparable à la patiente industrie de l'araignée, qui, tirant sa toile de sa propre substance, l'ourdit ensuite peu à peu, brin à brin. Aujourd'hui, la marche est toute opposée. Chacun veut escompter au plus vite son mérite et sa réputation ; on n'attend pas même au lendemain. Le grain est à peine levé qu'on veut recueillir la moisson ; le labeur de la journée n'est pas encore fini qu'on attend le salaire.

Dites ce que vous voudrez de nos ancêtres, mais leur manière d'agir différait totalement. Jadis un livre résumait toute la vie et les pensées d'un auteur ; parfois même il ne le publiait pas de son vivant, le croyant imparfait ; c'est ce qui arriva à Baillou. Ses œuvres ne furent publiées qu'après lui, par ses deux neveux, Simon te Lethier et Jacques Thevart. D'autant plus que la vie, chez nos devanciers, était laborieuse, réglée, modeste, qu'ils nourrissaient l'esprit d'études fortes. Ces rudes et ardens piocheurs du terrain médical ne se faisaient pas illusion sur les difficultés d'arracher quelque vérité des profondeurs de la nature, ils travaillaient, ils veillaient, ils attendaient ! Ce n'est pas dans le tourbillon d'une pratique *galoppée et tumultueuse*, comme disait le confrère Missa, compagnon de ma licence, et qui voulut épouser mademoiselle Manon Phlipon, si connue depuis sous le nom de madame Roland, qu'on peut faire et méditer un bon ouvrage. J'en conviens, tous les hommes d'un profond savoir ne parviennent point à la gloire, bien moins à la fortune, *sortes in urnam mittuntur, sed temperantur a Domino* ; mais n'est-ce donc rien que la conscience de nobles efforts pour activer le progrès ? N'eût-on qu'un coin bien petit, bien ignoré, sur la grande pyramide scientifique, n'est-ce pas là une magnifique récompense pour une âme élevée ? De pareils hommes sont rares, bien rares, et leur nombre va chaque jour en décroissant.

Impatienté, je l'avoue, de cette violente sortie du docteur Mathanasius contre la science moderne et ses contemporains, je lui dis : Prenez garde, mon vénérable confrère, votre sévérité excessive approche de l'injustice ; d'ailleurs vous abondez trop dans votre sens. Nos devanciers nous ont transmis de bonnes choses, mais avec elles aussi bien des erreurs, bien des contes, bien du fatras.

— Cela est possible, dit-il, mais ce qu'ont dit et pensé les premiers d'entre eux a formé la science ; ils en ont posé les plus solides assises.

— Sans doute, mais pour quelques idées justes, quel mélange de vérités et d'hypothèses, en un mot, que de rêveries !

— Oui, vous avez raison, s'écria le vieux docteur, plein d'une ironique colère, des rêveries ! Mais beaucoup de ces rêveries sont devenues des réalités, des principes, des vérités imprescriptibles. Avec ses quaternités humorales, Galien a régné seize siècles sur la médecine. Van Helmont a beaucoup rêvé. Dans un de ses rêves, il a même vu son âme, *vidi enim* ANIMAM, *satis exiguam, specie humanâ, sexus tantum discrimine liberam*, dernière remarque tout-à-fait convenable ; mais Van Helmont n'en est pas moins le père de la médecine actuelle. Stalh a beaucoup médité, beaucoup *rêvé* sur l'autocratie de la nature ; mais, pour Dieu, tâchez de nous trouver des rêveurs de cette force de génie, et la science ne s'en trouvera pas plus mal. On peut, dans certains cas,

« Rougir à soixante ans de ce qu'on crut à quinze. »

Quant à moi, je n'aurai jamais honte d'avoir foi aux rêveries de pareils hommes.

L'artère poplitée n'offre aucune lésion; la veine est pleine de pus dans l'étendue de trois à quatre pouces; ses tuniques sont épaissies; sa face antérieure fait partie des parois de l'abcès.

Quelques filets cutanés du nerf sciatique ont été déchirés avec la peau, les deux divisions principales sont intactes; il en est de même de tous les tendons qui passent autour de l'articulation, si ce n'est ceux du biceps et du poplité qui se trouvent ramollis et en partie détruits dans la partie de leur trajet qui répond à l'abcès.

Le demi-tendineux est un peu déchiré et ecchymosé vers le tiers inférieur de la cuisse; près de la moitié des fibres charnues sont rompues; les autres muscles n'ont rien.

Les ligamens sont en partie ramollis et détruits dans les points où la suppuration les a atteints; cet état s'observe sur les ligamens latéraux et le ligament tibio-rotulien. Quant aux ligamens croisés, l'antérieur est entièrement ramolli, mais le postérieur tient au tibia par une de ses extrémités; l'autre, qui est libre, est surmonté par un fragment osseux d'un petit volume, et qui provient sans doute du condyle externe du fémur; car on trouve une dépression inégale dans le lieu d'implantation du ligament croisé à la face interne du condyle externe de l'os; une dépression de même nature et plus considérable existe à la face externe du condyle interne.

Quelques ecchymoses se remarquent vers le mollet dans le jumeau interne, et à la cuisse le long des muscles fléchisseurs de la jambe.

Enfin, il y a des traces d'une cystite intense; pus dans les parois de la vessie, dans les uretères et les reins.

Il est aisé de voir, dans cette observation, ce qui appartient à l'opération elle-même. Telles sont les déchirures de la peau du creux du jarret; l'arrachement des surfaces d'implantation des ligamens croisés sur le fémur; la déchirure partielle du muscle droit interne, etc. Quant à la gangrène de la partie antérieure du genou, elle est survenue par suite de la pression de l'appareil employé secondairement pour maintenir le membre dans sa rectitude parfaite.

Le second malade était affecté d'une ankylose complète. L'articulation du genou avait été le siége d'une tumeur blanche suppurée il y a quatorze ans; la flexion est d'environ 100 degrés. Il est évident que les os sont fondus en un seul, au niveau du genou. L'opération offrit cela de remarquable, que, pendant un moment, l'extension fut suspendue: puis un bruit semblable à un fort coup de fouet se fit entendre, et alors l'allongement s'opéra comme à l'ordinaire. Le malade avait éprouvé une douleur excessive, il semblait être dans un état d'égarement qui se prolongea pendant assez longtemps après l'opération.

Dès le lendemain, le pied était froid, insensible, ainsi que la moitié antérieure de la jambe; les battemens des artères pédieuse et tibiale postérieure ne pouvaient être perçus; dans les jours suivans, des phlyctènes apparurent, et bientôt tous les symptômes de la gangrène furent évidens. Le sphacèle envahit le pied et la moitié inférieure de la jambe, il se borna spontanément; la nature a opéré sans accidens l'élimination des parties sphacélées, et aujourd'hui le malade est hors de danger.

On ne peut guère douter que l'artère poplitée n'ait été rompue au moment où les os ankylosés ont été séparés brusquement, et que la gangrène ne doive être rapportée à cet accident. Tout le monde comprend du reste que cette rupture n'ait pas été suivie d'hémorragie, les choses ayant dû se passer là comme dans les plaies par arrachement.

La troisième observation a trait à une jeune fille qui a subi l'opération à l'hôpital de la Charité, le 27 décembre dernier. Le genou avait été le siége d'une tumeur blanche suppurée; la flexion était à angle droit; il y avait encore une mobilité assez grande dans l'articulation.

L'allongement ne fut pas porté aussi loin qu'à l'ordinaire, parce que le brodequin n'était pas bien fixé. Le genou, examiné avec soin après l'opération, ne présenta aucune lésion appréciable, tant du côté des parties molles que du côté des os.

Pour suppléer autant que possible au défaut complet d'allongement, M. Louvrier appliqua de suite la planchette dont nous avons parlé, et la serra avec assez de force. La malade éprouva pendant la journée et la nuit des douleurs extrêmement vives dans la partie du genou sur laquelle la planchette était appuyée; le lendemain l'appareil fut retiré, et l'on observa alors une large escarre, occupant le côté antérieur de l'articulation du genou; par suite du travail d'élimination, les surfaces osseuses sous-jacentes à l'escarre ont en partie été mises à nu; on s'est alors aperçu que le fémur était fracturé comminutivement. Plusieurs fragmens ont été retirés par les ouvertures fistuleuses; la suppuration devint plus abondante et de mauvaise nature; elle se propagea le long du fémur, vers le milieu de la cuisse. Les accidens généraux, qui existaient depuis plusieurs jours prirent, plus d'intensité, et la malade succomba environ six semaines après l'opération. L'autopsie n'a pas été faite. La fracture du fémur ne peut être attribuée à une autre cause qu'à l'action de la machine; quant à la production de l'escarre, on peut se demander si l'action de la planchette n'a pas contribué à son développement. Sans doute, la peau devait être profondément altérée, puisque la pression de la machine avait déterminé au-dessous d'elle les graves désordres dont le fémur était le siége. Mais peut-être la gangrène n'eût-elle pas été le résultat immédiat de cette pression si l'on eût appliqué la planchette avec plus de précaution et si on l'eût moins serrée immédiatement après l'opération.

Nous n'avons pas mentionné parmi ces cas malheureux l'observation d'une femme, qui a succombé, quelques mois après, à une maladie accidentelle. Nous rappellerons seulement les résultats fournis par la dissection du genou.

Les surfaces articulaires du tibia ont abandonné les condyles du fémur et proéminent du côté du jarret. La rotule est soudée sur le condyle externe du fémur. Aucun des muscles des nerfs, des vaisseaux, des tendons qui entourent l'articulation ne présente de rupture. Les ligamens latéraux sont intacts, seulement leur direction est changée par suite du déplacement de la jambe en haut et en arrière des condyles du fémur. Quant aux ligamens croisés, l'antérieur a presque entièrement disparu, sans qu'il y ait de traces d'ecchymose dans la région qu'il occupe; le postérieur est intact.

Les seules lésions dignes d'être notées existent du côté des os et consistent en une fracture du condyle interne du fémur. Un fragment, du volume d'une noix, appartenant au fémur, est resté adhérent à la surface du tibia, avec lequel il était intimement soudé. C'est sur ce fragment que l'extrémité supérieure du ligament latéral interne était restée implantée.

En jetant un coup-d'œil sur les observations qui précèdent, on ne peut se défendre d'un sentiment d'étonnement en voyant que trois malades seulement sur vingt-et-un ont subi une lésion traumatique grave, par suite de l'action immédiate de la machine de M. Louvrier, et qu'aucun des autres n'a éprouvé d'accidens consécutifs qui puissent être rapportés à l'ac-

— Vous avez raison, mon respectable ami; mais vous me citez toujours les principaux, les hommes hors de ligne.

— Je les cite et je les compare; or, je demande si les plus remarquables des temps modernes laisseront dans la science une trace aussi profonde, aussi lumineuse que ceux auxquels j'ai voue mon admiration. Je laisse de côté la foule de ces grands hommes immortels ayant la barbe, et simples mortels sous la perruque.

— Vous conviendrez pourtant qu'on a perfectionné beaucoup de choses qui émerveilleraient nos ancêtres.

— Cet aveu ne m'est nullement pénible. Certainement on a cultivé avec fruit certaines branches de l'art; on a modifié, corrigé, vérifié une infinité de choses; mais les doctrines fondamentales, mais les principes primordiaux de la médecine, mais les ressources capitales de la thérapeutique, sont dus aux anciens, voilà ce qui est incontestable. On commence à le comprendre et à le dire: c'est un *fait* qui frappe à la porte et s'établira bientôt dans toutes les convictions.

— Je pourrais vous dire que c'est déjà quelque chose d'améliorer, mais les modernes ont été plus loin, ils ont inventé beaucoup de choses importantes, la *vaccine*, par exemple.

— La vaccine! trouvée, oui; inventée, non. C'est un beau diamant *trouvé* dans une fondrière du Brésil, puis examiné, mis en œuvre par un homme habile. Il n'en faut pas moins rendre un hommage immortel à Jenner; il sera toujours regardé comme un des bienfaiteurs de l'humanité. A mon idée, tout autre homme de génie aurait pu faire cette découverte. Remarquez que la boussole n'a point été trouvée par un marin, ni le télescope par un astronome, ni le microscope par un physicien, ni l'imprimerie par un homme de lettres, ni la poudre à canon par un militaire.

— Bien souvent, mon docte confrère, d'après vos éloges, j'ai voulu lire les vieux livres, et, je l'avoue, j'ai été rebuté par le style et la forme. Si c'est un riche diamant, pourquoi pas le polir?

— Nous y voilà. Mais, mon ami, avant de s'emparer d'un fruit, ne faut-il pas souvent briser une très dure écorce. Otez celle du temps, et vous aurez sous la main des trésors de savoir. Chez les anciens, on trouve constamment la clarté logique, mais non pas toujours la clarté *esthétique*. Leur style a la beauté si vantée de Platon, la *splendeur du vrai*. Des vues élevées, une pensée ferme, un sens médical exquis et profond, dédommagent de quelques difficultés. Il y a dans leurs livres quelque chose de sain et de fort, de général et de généreux, de plein et de substantiel, dont l'effet est excellent sur l'esprit du lecteur. Affecter la nullité gourmée d'un pédant, semer un écrit de fleurs de rhétorique, des paillettes du bel esprit, ou de ces grandes phrases gonflées du faux amour de la science, est une industrie qui leur était absolument inconnue. Mais comme presque toujours les anciens tendaient à de hautes généralisations, il règne dans leurs écrits une apparente obscurité, même dans les écrivains des seizième et dix-septième siècles. Au reste, cela dépend du génie de l'auteur. Sans parler de Celse et d'Arétée, etc., est-il rien de plus clair que les écrits de Baillou, de Rivière, de Fernel, de Sydenham, de Boërhaave, etc., puis de Baglivi, Haller, Franck, de Haën, Van Swieten, etc. Tous sont de remarquables écrivains, comme ils furent de grands médecins. Tous avaient ce magnifique don du style, complément

tion de cette machine : cet étonnement diminuera pourtant un peu si l'on considère que les articulations et les os peuvent être le siége de violences considérables, telles que luxation, fractures avec écrasement, etc., sans qu'il en advienne de suites fâcheuses, soit primitives, soit consécutives, lorsque la peau est demeurée intacte. Le hasard a, d'ailleurs, produit certains résultats qui ont une grande analogie avec ceux obtenus par M. Louvrier. Ainsi, l'on a vu des personnes, affectées d'ankylose complète déjà depuis plusieurs années, faire une chute dans laquelle les adhérences qui maintenaient l'articulation immobile ont été déchirées et recouvrer de la sorte la liberté des mouvemens. Néanmoins trois malades sur vingt-deux, c'est-à-dire un sur sept, ont éprouvé des accidens qui, dans deux cas, ont entraîné la mort, et dans un troisième la perte du membre. On pourrait, à la rigueur, trouver dans l'état particulier de deux de ces individus, et dans la faute du traitement consécutif chez le troisième, une cause de l'insuccès, et le jugement à porter sur la méthode de M. Louvrier ne serait pas trop défavorable si le résultat définitif était satisfaisant; si, par exemple, tous les autres opérés recouvraient le libre exercice du membre ankylosé; si même, la jambe étant redressée sur la cuisse, il se formait une nouvelle ankylose en ligne droite et que, dans cet état, les malades pussent se livrer à l'exercice de la marche à peu près comme le font les personnes qui ont une jambe de bois; mais malheureusement il n'en est pas ainsi : aucune des personnes dont le membre a été redressé ne se trouve dans d'aussi bonnes conditions, et quoiqu'à la vérité la plupart aient gagné quelque chose par le fait de l'opération, cependant les avantages obtenus ne balancent pas les inconvéniens et les dangers de ce mode de traitement.

Avant de formuler nos conclusions définitives sur la méthode de M. Louvrier, jetons un coup-d'œil rapide sur les autres moyens à l'aide desquels on combat l'ankylose angulaire du genou, et voyons quel est le traitement auquel on doit accorder la préférence. C'est ici le lieu de rappeler les diverses espèces d'ankyloses.

1° A l'ankylose complète on ne peut opposer que la méthode de Rea-Barton. Cette méthode consiste à faire une plaie un peu au-dessus du genou, à découvrir le fémur, à scier cet os, en lui faisant subir une perte de substance de forme triangulaire, dont la base est en avant, de telle sorte qu'en réduisant ensuite la jambe, les surfaces sciées du fémur sont mises en contact et peuvent se consolider. Tout le monde aperçoit les inconvéniens nombreux et les dangers qui résultent d'une semblable opération. La méthode de M. Louvrier pourrait paraître moins dangereuse si l'on avait la certitude de ne produire que la rupture des os. Les faits publiés dans ces derniers temps par Œsterlen sur les avantages que l'on retire de la rupture du cal viennent à l'appui de cette opinion. Malheureusement les graves accidens qui sont survenus dans le cas où la soudure des os était complète prouvent le danger de la méthode. Nous croyons donc que l'ankylose complète du genou doit être respectée.

2° L'ankylose incomplète, due au raccourcissement des ligamens, est ordinairement traitée par les appareils orthopédiques à extension longue et graduée. Ce moyen, conduit avec prudence, n'expose à aucun danger. Le seul reproche qu'il mérite, c'est d'exiger un temps fort long et de demeurer parfois sans succès; en sorte que les malades ont été soumis pendant plusieurs années à une extension continue sans retirer aucun profit du traitement.

La méthode de M. Louvrier est sans doute ici moins dangereuse que dans le cas précédent. Faut-il y recourir quand les appareils orthopédiques sont insuffisans? Nous ne le conseillons pas, et nous pensons qu'il vaut encore mieux abandonner la maladie à elle-même.

3° Enfin lorsque la flexion du genou est le résultat de la rétraction musculaire, nous n'hésitons point à proscrire la méthode de l'extension brusque, et nous pensons que cette infirmité sera combattue avec beaucoup plus de succès par la section des tendons des muscles fléchisseurs, suivie de l'emploi de machines qui ramènent le membre à sa rectitude normale en agissant d'une manière graduée. C'est au moins ce que l'on doit inférer des observations qui ont été récemment publiées par M. Duval et par plusieurs autres chirurgiens.

Des faits et des raisonnemens contenus dans ce rapport, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes.

1° A l'aide de la machine de M. Louvrier, on obtient le redressement immédiat des membres inférieurs affectés d'ankylose angulaire, quelle que soit la nature de l'ankylose.

2° Ce redressement brusque, bien qu'excessivement douloureux, ne donne ordinairement lieu à aucun accident grave, soit primitif, soit consécutif. Néanmoins dans le petit nombre de cas où des accidens se déclarent, ils sont tellement formidables qu'ils compromettent presque inévitablement la vie du malade.

3° On n'observe chez aucun opéré le rétablissement des mouvemens volontaires de l'articulation fémoro-tibiale, non plus que la rectitude parfaite du membre.

4° Bien que la situation du plus grand nombre soit meilleure qu'avant l'opération, la marche reste très difficile et nécessite l'usage d'un appareil orthopédique et l'appui d'un bras, d'une béquille ou d'une canne, ce qui paraît tenir à la faiblesse du membre et aux douleurs qui s'y font sentir quand il supporte le poids du corps.

5° Enfin, la méthode de M. Louvrier, comparée aux autres procédés qui ont pour but le redressement du genou, le cède aux machines à extension lente, aidées ou non de la section des muscles fléchisseurs.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer de répondre à M. le ministre :

1° Que la machine de M. Louvrier, bien que d'une construction ingénieuse, est d'un emploi dangereux, parce qu'il est impossible de prédire à l'avance quels seront les effets de son application, soit sur les os, soit sur les parties molles;

2° Que la méthode du redressement instantané par la méthode de M. Louvrier doit être proscrite, parce que le résultat auquel on arrive par l'opération n'est point assez satisfaisant pour établir une compensation aux dangers que les malades encourent, aux souffrances qu'ils éprouvent, et enfin à la longueur du temps qui doit s'écouler avant leur entier rétablissement.

---

nécessaire des richesses de l'esprit; car croyez-moi, la science des mots est aussi celle des choses.

— Je rends justice, mon respectable ami, à nos devanciers : pourquoi la refusez-vous aux modernes. Peut-être manquez-vous ici au precepte que vous m'avez vanté : qu'en tout l'exagération est le *moins*, et que la raison est le *plus?*

— Que voulez-vous? la verité est iconoclaste de sa nature. Je ne puis porter mon encens aux idoles quand les vrais dieux me sont connus. Certainement il y a de bons livres parmi ceux du dix-neuvième siècle; mais combien y en a-t-il? Combien vivront? Combien passeront à la postérité? La plupart n'ont-ils pas ce cachet de légèreté, d'oiseuse et futile patience, sur lequel il faut écrire : *in tenui labor*. Et néanmoins chacun est satisfait; il y a maintenant des piédestaux pour toutes les prétentions, des couronnes pour tous les amours-propres. Rien de plus fâcheux, car l'encens cause des vertiges, même aux meilleures natures; il n'y a pas de jugement qui tienne contre une admiration perpétuelle. Au reste, quand un homme du passé, comme moi, veut bien *se hasarder* à lire quelqu'un de ces ouvrages modernes, il y reconnaît tout aussitôt l'estampille de l'antiquité; ce n'est à ses yeux que l'habile vulgarisation de vérités préexistantes, quelquefois ramassées dans le sépulcre des anciennes doctrines.

— Cependant beaucoup de ces ouvrages réussissent, cela est incontestable.

— Ceci est une autre affaire. Quant au succès immédiat, il y a pour y arriver, des procédés et recettes, avec la manière de s'en servir. Qui est-ce qui n'a pas la presse tarifée à son service? Et n'y a-t-il pas mille ressources pour les ouvrages médiocres? tantôt on vante un moyen nouveau de guérison et qui ne guérit jamais; tantôt c'est une méthode, une théorie, dont le principe est donné comme certain, irréfragable. Plus souvent encore, c'est un dénigrement perpétuel, une critique amère et envieuse. Puis vient cette tourbe d'ignorans qui jugent ce qu'ils ne comprennent pas, d'insulteurs du mérite reconnu, de routiniers dressés à l'amplification du lieu commun, d'écoliers qui montent sur la colonne d'un journal pour souffleter leurs maîtres et leurs devanciers, etc. Enfin, à tous ces motifs de succès précaire, j'en ajouterai un que me fournit Beaumarchais : c'est que les mauvais ouvrages qui réussissent, doivent leur succès à un rapport qui existe entre la médiocrité des idees de l'auteur et la mediocrite de celles du lecteur. Bien entendu, mon ami, qu'il n'est question ici que des ouvrages plus ou moins passables et non de ces rapsodies-affiches, véritable excrétion médico-charlatanique, l'opprobre de l'art et le fléau de l'humanité.

— Eh bien! quoi que vous en disiez, mon docte adversaire, je le soutiens, les anciens n'ont pas tout dit; d'ailleurs, étant venus les premiers, ils ont largement moissonné où nous ne faisons peut-être que glaner.

—Non, certes, les anciens n'ont pas tout dit, mais ils ont pénétré plus avant que les modernes, bien qu'ils n'aient pas eu les mêmes moyens d'investigation. Est-ce donc à dire qu'après eux tout progrès est impossible? Ce n'est pas là ma pensée, ne vous y trompez pas. Sénèque a dit, il y a près de vingt siècles : *patet omnibus veritas, nondum est occupata;* MULTUM *ex illâ etiam futuris relictum est.* (EPIST. XXXIII.) Vingt siècles après nous, on pourra répéter encore les mêmes paroles. La nature, ce vaste ensemble de causes secondes, est pour nous un impénétrable mystère, dans les plus petits, comme dans les plus grands phénomènes. Il y a dans la science le *fini* des choses passées, connues, et l'*infini* des choses futures et ignorées. Nos lumières sont incertaines, nos vérité relati-

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(SUITE.)

III. ANNALES DE CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Les numéros du premier trimestre contiennent les mémoires suivans : 1° *Du traitement des fractures*; par M. Velpean. (Ce travail, consacré à établir la part qui revient à l'auteur dans l'invention du bandage inamovible, ne peut être analysé.) 2° *Mémoire sur le traitement du bubon*; par M. Marchal. (Revue bien faite des moyens connus ; quelques propositions méritent pourtant d'être signalées; ainsi, l'auteur croit à l'existence du bubon d'emblée ; il dit aussi qu'un chancre et un bubon qui paraissent en même temps, peuvent être indépendans l'un de l'autre; enfin, il recommande de soumettre les malades affectés de bubon à un traitement composé de 2 grains de proto ou deuto-iodure de mercure, pris dans l'espace de quinze jours, et à l'usage de la salsepareille pendant un mois. Nous attendons, avant de nous prononcer sur ces diverses idées, les preuves que l'auteur donnera sans doute ultérieurement à l'appui.) 3° *Mémoire sur l'amputation de la jambe, suivi de notes à l'appui*; par M. Sédillot. 4° *Corps étrangers articulaires délogés par un nouveau procédé; application de la méthode des incisions sous-cutanées*; par M. Goyrand. 5° *Mémoire sur la section sous-cutanée des muscles pronateurs et des muscles fléchisseurs de la main et des doigts*; par M. Donbovitski. (Nous aurons occasion de revenir sur le sujet traité dans ce mémoire.) 6° *Note sur les prétendus dangers du bandage inamovible*; par M. Marchal. 7° *Luxation scapulo-humérale; classification nouvelle*; par M. Deville. 8° *Mémoire sur une nouvelle espèce de hernie inguinale*; par M. Velpean. 9° *Des indications et des contre-indications en médecine opératoire*; par M. Vidal (de Cassis). (Premier article.)

MÉMOIRE SUR L'AMPUTATION DE LA JAMBE, SUIVI DE NOTES A L'APPUI; par M. SÉDILLOT.

L'auteur propose un nouveau procédé pour l'amputation à lambeaux de la jambe. Avant d'en discuter la valeur, commençons par décrire le manuel opératoire. Pour amputer du côté gauche, par exemple, le chirurgien, placé en dedans du membre, saisit les tégumens de la face externe, les attire fortement en dehors, et plonge le couteau à 18 millimètres en dehors de la crête du tibia, trois travers de doigt au-dessous de la tubérosité du même os. L'instrument, dirigé en dehors, en arrière et en haut, contourne le péroné et va sortir au milieu de la face postérieure du membre, à 27 millimètres au-dessous du point où il a été introduit. On taille alors un lambeau externe de 54 millimètres de longueur, puis on réunit les deux extrémités de la première plaie par une incision circulaire bornée d'abord aux tégumens du reste du membre. La peau est alors relevée à une hauteur d'environ 35 millimètres, pendant que le chirurgien achève le lambeau en coupant profondément de dehors en dedans, de bas en haut, et dans la même étendue, les chairs inter-osseuses et postérieures qui en forment la base. Appliquant alors l'instrument sur le périoste du tibia, 54 millimètres au-dessus du point où a été faite la section de la peau, on divise, à ce niveau, les chairs postérieures et internes, on engage le couteau d'avant en arrière dans l'espace inter-osseux, et après en avoir coupé les parties molles, on termine par la section des os.

M. Sédillot présente ainsi les avantages de ce procédé : la crête du tibia ne correspond point à l'angle antérieur de la plaie, et la surface interne de cet os est recouverte par une quantité suffisante de peau, double circonstance qui empêche la saillie consécutive et la nécrose. La portion de peau laissée sur le côté interne permet de diminuer la longueur du lambeau. Ce lambeau étant coupé plus haut en arrière qu'en avant, il renferme moins de muscles dans le premier sens et plus de tégumens dans le second. Le lambeau n'occupe pas toute la demi-circonférence externe du membre, ce qui le rend plus aisé à former, empêche la dénudation du tibia, et favorise l'écoulement du pus en arrière.

Ces avantages sont incontestables, et il serait sans doute facile d'en augmenter encore le nombre. S'en suit-il qu'on doive abandonner pour ce procédé l'amputation par la méthode circulaire ou ovalaire? Telle n'est pas la pensée de M. Sédillot. Mais faut-il, en considération de ces mêmes avantages, préférer désormais l'amputation ainsi modifiée à toutes les autres variétés de la méthode à lambeaux? C'est une question qui ne peut se résoudre ici. Théoriquement, en effet, à côté des bons résultats que signale M. Sédillot, nous pourrions placer les inconvéniens inhérens à toute amputation à un seul lambeau, savoir : la difficulté de recouvrir la surface de la plaie assez exactement pour en obtenir la réunion immédiate, et l'obligation où l'on se trouve de couper le membre plus haut que lorsqu'on taille deux lambeaux. (Cette dernière circonstance n'est pas moins importante pour la jambe que pour les extrémités supérieures, aujourd'hui que la perfection des moyens prothétiques permet d'adapter au moignon une jambe artificielle, même lorsque le membre a été amputé dans le lieu dit d'élection.) Les raisons pour et contre se balancent donc assez également, sinon pour faire rejeter ce procédé, du moins pour nous autoriser à lui appliquer la même formule de jugement que M. Sédillot adresse, en terminant son travail, à une modification de la méthode circulaire imaginée par M. Lenoir : « Il faut attendre, pour juger ce procédé, qu'il ait été suffisamment expérimenté, si toutefois les praticiens jugent à propos de l'employer. »

CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES DÉLOGÉS PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ; APPLICATION DE LA MÉTHODE DES INCISIONS SOUS-CUTANÉES; par M. le docteur GOYRAND.

Une application nouvelle et importante de la méthode sous-cutanée, telle qu'elle a été conçue et réalisée par M. J. Guérin, a été faite récemment au traitement des corps étrangers des articulations. On va voir, par le récit de l'opération qu'a faite M. Goyrand, en quoi son procédé diffère de ceux qui avaient été déjà proposés par MM. Dufresse-Chassaigne, et par M. J. Guérin lui-même.

OBS. — Un homme, âgé de 24 ans, présentait les symptômes d'un corps étranger dans le genou. M. Goyrand, après en avoir constaté l'existence, et connaissant d'ailleurs les dangers qui accompagnent ordinairement l'extraction de ces

---

ves; nous ne voyons que la surface et les bornes paraissent toujours rapprochées du point où nous sommes. Quant aux causes, elles semblent fuir éternellement devant nous. Oh! non, les anciens n'ont pas tout dit, les modernes bien moins encore. Mais la carrière est ouverte, songez qu'elle est illimitée. Il ne faut donc pas désespérer, le temps et le génie arracheront toujours quelques vérités à la nature, à cette Isis éternellement voilée. Un grand poète l'a dit :

> La nature est inépuisable
> Et le travail infatigable
> Est un dieu qui la rajeunit.

R. P.

(Suite et fin à un prochain numéro.)

corps, s'arrêta, pour en débarrasser le malade, au plan opératoire suivant : dans un premier temps, inciser sous la peau la synoviale et les tissus qui la recouvrent, puis faire passer à travers cette incision le corps étranger dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans un second temps, pratiqué après cicatrisation de la plaie intérieure, extraire le corps étranger par une simple boutonnière à la peau.

Ce plan fut mis à exécution de la manière suivante : on commença par fixer la concrétion à la partie supérieure externe de la cavité articulaire ; puis, après avoir fait, en ce point à la peau un pli transversal, on plongea à sa base un bistouri aigu, dont la pointe, dirigée vers le corps étranger, incisa sous la peau, parallèlement à l'axe du membre, tous les tissus qui le recouvraient. M. Goyrand dut revenir à trois reprises sur ces tissus pour les diviser complétement. Le bistouri retiré, on s'aperçut que le corps étranger n'était pas arrivé sous la peau, mais s'était glissé entre la portion moyenne et externe du triceps, à six ou sept centimètres au-dessus de l'incision de la synoviale. Il fut fixé par une bande circulaire dans cette situation. Malgré l'indocilité du malade, qui sortit trois fois du lit, le jour de l'opération, il ne survint pas le plus léger accident, et la piqûre de la peau se cicatrisa en 24 heures.

Quelques jours s'étant écoulés, on trouva dans l'articulation deux autres corps de même nature, dont le plus volumineux seul put être fixé. On procéda à son égard de la même manière que pour le premier, en incisant dans le même point de l'articulation, seulement un peu plus près de la ligne médiane. Dès que les tissus profonds furent divisés, le corps glissa dans le tissu cellulaire sous aponévrotique, où on le laissa, comme la première fois. Les suites de cette seconde opération furent également des plus simples, et le surlendemain le malade se promenait dans tout l'hôpital sans éprouver la plus légère douleur.

Restait encore à exécuter le second temps de l'opération projetée. On se résolut à le pratiquer d'abord sur le corps qui avait été délogé en dernier lieu, et onze jours après la première opération, dont celui-ci avait été l'objet, on le retira par une simple incision, qui suppura pendant une douzaine de jours, mais sans que l'articulation participât au travail phlegmasique qui s'accomplissait à l'extérieur. Le corps qui avait été le premier extrait de l'articulation, ne causant aucune gêne dans la nouvelle position qu'il occupait, fut laissé en place, ainsi que celui qu'on avait senti dans l'articulation, mais qu'il ne fut plus possible de retrouver. S'il devenait ultérieurement incommode, M. Goyrand se propose de le faire passer hors de l'articulation par l'incision sous-cutanée et de l'abandonner ensuite dans le lieu où il se trouverait alors placé.

Les rédacteurs du journal auquel nous empruntons ce fait font observer que les procédés anciennement employés pour l'extraction des corps étrangers articulaires n'offraient pas une garantie assez grande pour détourner les chirurgiens de les mettre en usage. Examinant ensuite le moyen imaginé par M. Goyrand, « sans vouloir diminuer en rien ses espérances, ni la valeur de son procédé, disent-ils, nous devons cependant faire observer que les piqûres sous-cutanées des articulations ne paraissent guère moins dangereuses, si l'on en juge d'après les faits de blessures, que les incisions des mêmes parties.

» D'ailleurs, il est de précepte, en procédant à l'extraction des corps étrangers articulaires, de déplacer si bien les tégumens, et ensuite de réunir avec tant d'exactitude la division qu'on y a faite, que, le parallélisme étant détruit d'une part, et la plaie solidement fermée de l'autre, l'opération ne diffère plus de celle de M. Goyrand que parce qu'elle ne laisse pas le corps étranger séjourner dans les tissus extérieurs à la jointure, circonstance plus favorable que nuisible au succès définitif. »

Nous ne comprenons pas le sens et la portée de ce paragraphe. D'une part, on dit que les piqûres sous-cutanées des articulations sont *dangereuses*; de l'autre, qu'avec certaines précautions, déjà connues des chirurgiens, l'opération est *aussi sûre* que par la méthode sous-cutanée. Qu'on veuille bien s'expliquer ; car il nous a paru singulier de voir signaler à la fois comme avantage, et comme source de danger la même circonstance. Que sert, d'ailleurs, de vouloir rapprocher des choses essentiellement dissemblables ? Croit-on, par exemple, faire une application de la méthode sous-cutanée, par cela seul qu'on a détruit le parallélisme des tégumens et qu'on réunit ensuite les bords de l'incision ? Nous ne voulons pas nous arrêter à analyser l'effet de ces manœuvres, dont M. Velpeau a si justement fait voir ailleurs l'insuffisance (DICT DE MÉD. en 25 vol., t. IV, p. 185), à montrer en quoi l'opération ainsi modifiée diffère de la méthode sous-cutanée proprement dite. Bornons-nous à indiquer entre elles une seule mais une immense différence : *le succès*. Cette assertion serait aussi facile à démontrer par les revers de l'ancienne méthode que par les guérisons dues à la nouvelle. Mais le premier point a déjà été largement ébauché par M. Goyrand dans son avant-propos, et, quant au second, ses preuves sont trop nombreuses pour qu'il soit possible, pour qu'il soit nécessaire de les consigner ici.

LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES ; CLASSIFICATION NOUVELLE ; par M. DEVILLE.

La classification proposée par M. Deville est celle qu'enseigne M. Velpeau. On sait que ce professeur a ramené les variétés nombreuses de luxations signalées par les auteurs aux trois chefs suivans : luxations sous-pectorales, sous-scapulaires et sous-épineuses. Cette division, en raison même de sa simplicité, qui lui donne tant d'avantages, entraîne aussi quelques inconvéniens. Mais ce n'est pas ici le lieu de discuter sa valeur. Nous n'avons, en effet qu'à rendre compte des développemens que M. Deville lui a donnés ; et quel que soit le jugement porté sur la classification elle-même, il n'en est pas moins intéressant d'étudier comment elle se prête aux déductions pratiques, et à l'interprétation des phénomènes variés qui sont propres à ces maladies.

Après un examen des principales divisions admises par les chirurgiens anciens et modernes, M. Deville analyse le mécanisme suivant lequel se produit chaque variété de luxation. Et d'abord, jetant un coup-d'œil sur les hypothèses qu'on a avancées relativement à leur mode de formation en général, il signale quelques inexactitudes dans les opinions les plus accréditées sur ce sujet. Ainsi plusieurs chirurgiens ont nié la possibilité de luxations produites par une cause agissant directement sur l'extrémité supérieure de l'os. Les exemples n'en sont pas très communs, à la vérité, ni tous bien constatés ; cependant il en cite quelques-uns qu'on ne peut, ce me semble, refuser d'admettre en preuves du fait. Quant aux causes indirectes, elles sont de plusieurs ordres ; ainsi, dans une chûte sur le coude, la tête humérale peut être poussée en bas et en avant, dans un sens déterminé par la direction qu'avait l'os au moment de l'accident. Le même résultat arrive quelquefois dans la même circonstance, par l'effet d'un mécanisme tout différent. Si, par exemple, le coude se trouvait, au moment de la chûte, porté en arrière, il est, par suite du choc, chassé dans ce sens, tandis que la tête de l'humérus, poussée en avant et en dehors par un mouvement de bascule, va se loger entre le muscle sous-scapulaire et l'omoplate. Enfin, l'humérus peut encore agir à la manière d'un levier du premier genre, lorsque, étant fortement élevé, le trochiter vient prendre, contre le bord supérieur de la cavité glenoïde, un point d'appui qui favorise la production d'une luxation sous-pectorale.

Il est un autre mode d'explication, dans lequel l'humérus est considéré comme un levier du troisième genre, où la puissance, représentée par les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond, suffit pour déterminer le déplacement de la partie supérieure de l'os, lorsque son extrémité inférieure est fixée contre le sol par le poids du corps. Mais, comme le fait observer M. Deville, pourquoi suppose-t-on que ces muscles se contractent au moment de la chûte ? En supposant qu'il en soit ainsi, pourquoi leurs antagonistes ne neutraliseraient-ils pas alors l'effet de cette contraction ? Ces objections contre la théorie admise ne sont que du raisonnement, il est vrai ; mais cette théorie elle-même est-elle donc fondée sur autre chose que sur le raisonnement ? En définitive rien ne démontre que les choses se passent ainsi, mais rien ne prouve non plus que ce mécanisme de levier du troisième genre ne contribue pas quelquefois à produire la luxation.

M. Deville explique ensuite la manière particulière suivant laquelle a lieu chaque espèce de déplacement. Les luxations sous-scapulaires se font par suite d'une cause directe, ou lorsqu'au moment d'une chûte sur le coude, le bras est dans une position horizontale, ou tout au plus un peu au-dessus de la position horizontale. La tête de l'os se place alors entre la fosse sous-scapulaire et le muscle du même nom. Au contraire, pour que la luxation sous-pectorale se produise, il est nécessaire que le bras fût, avant l'accident, fortement élevé et porté en arrière. La capsule de l'os s'est rompue vis-à-vis l'intervalle des muscles sous-scapulaire et grand rond ; et si des mouvemens imprimés au bras le forcent à s'abaisser, la tête ne peut plus sortir du creux de l'aisselle, où elle est à nu, revêtue par la peau et le tissu cellulaire, et ayant, tantôt au-dessus d'elle et à son côté interne et postérieur, tantôt même derrière elle, entre elle et la fosse sous-scapulaire, tout ou partie des fibres du muscle sous-scapulaire.

Si ces données sont exactes, si tel est le rapport des causes avec leurs effets, on peut conclure que les luxations sous-pectorales sont les moins fréquentes, puisqu'elles exigent pour se produire que le bras soit notablement élevé au moment où a lieu le choc. C'est aussi l'opinion de M. Deville, et sur neuf ou dix cas observés par lui dans le service de M. Velpeau, il n'a pu que trois fois seulement constater l'existence de déplacemens de cette nature. En réfléchissant sur l'ensemble des conditions qui sont nécessaires pour que la luxation sous-pectorale ait lieu, M. Deville a même été conduit à se demander s'il existait bien réellement des cas de ce genre, si l'on pouvait démontrer d'une manière positive que la tête de l'os se place quelquefois entre le muscle grand pectoral et le sous-scapulaire. Et de fait, la solution qu'il donne à ce problème montre que le doute était bien légitime, puisqu'il n'existe qu'une seule autopsie, empruntée à A. Cooper dans laquelle on ait pu reconnaître que la tête humérale occupait cette position.

Est-il possible d'établir une distinction clinique entre les luxations sous-pectorales et les luxations sous-scapulaires ?

Dans les cas bien tranchés, et ce sont les plus nombreux, on recon-

naît la première variété aux signes suivans : la tête de l'os, placée très superficiellement dans l'aisselle, peut être non seulement sentie, mais embrassée dans tous les sens par les doigts, surtout lorsque le bras du malade est tenu horizontalement. Le grand pectoral est bombé en avant. Le creux sous-claviculaire conserve sa dépression normale. Le bras est constamment allongé lorsqu'on le laisse pendant le long du corps. Par contre, la luxation sous-scapulaire donne lieu à une moindre saillie de la tumeur formée par la tête humérale : suivant que celle-ci est plus ou moins haut dans la fosse sous scapulaire, il y a allongement, parité de dimension, ou raccourcissement du membre malade. Le diagnostic repose donc en définitive sur cette circonstance, que la tête humérale est plus profonde, moins facile à sentir dans un cas que dans l'autre. Or, baser une distinction sur un pareil signe, c'est en confesser implicitement toutes les difficultés ; car l'embonpoint du sujet, l'état de rigidité des muscles voisins, un épanchement sanguin dans le creux axillaire, masqueront souvent les apparences, au point de rendre l'erreur presqu'inévitable pour tout autre qu'un praticien exercé. Nous ne parlerons pas de la mensuration, puisque, suivant M. Deville, elle donne souvent, dans une luxation pectorale et dans une luxation sous-scapulaire, le même résultat. On voit donc combien il doit être embarrassant, dans beaucoup de cas, de discerner l'espèce particulière de lésion à laquelle on a affaire. Est-ce à dire pour cela que nous blâmons M. Deville d'avoir insisté sur cette étude différentielle, d'avoir cherché à fonder sur ses résultats les principes d'un traitement spécialement applicable à chaque éventualité ? En aucune manière ; la thérapeutique ne se perfectionne que par des travaux conçus dans cet esprit ; mais nous avons seulement voulu montrer que le diagnostic est encore ici trop peu précis pour diriger à coup sûr le praticien, et que, par conséquent, le traitement n'a pas à beaucoup près toute la sûreté qu'on croit lui avoir donnée par la nouvelle classification.

Voici, en effet, les règles qui, suivant M. Deville, doivent guider dans la thérapeutique de ces déplacemens. « Pour réduire une luxation sous-pectorale, il faut employer les tractions verticales en haut ; pour une luxation sous-scapulaire, au contraire, les tractions horizontales ou obliques en bas sont plus convenables. » Ceci revient à dire : si la tête de l'humérus est placée en bas, élevez l'os sur lequel vous tirez, dans une situation verticale ; si la tête, au contraire, s'est échappée par la partie antérieure de la cavité, dirigez l'humérus horizontalement et en arrière. Ces principes sont aussi incontestables que vulgaires ; mais la difficulté est de savoir les appliquer à propos, de discerner les cas qui réclament tel ou tel mode de traitement. Or, quoique les signes énumérés par M. Deville aient, sans doute, beaucoup ajouté à la somme des connaissances sur lesquelles est fondée la possibilité de cette distinction, nous ne pensons pas qu'au point de vue du diagnostic, non plus que sous le rapport du traitement, le problème ait encore reçu une solution définitive.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE HERNIE INGUINALE (HERNIE INGUINALE OBLIQUE INTERNE) ; par M. VELPEAU.

L'espèce de hernie dont M. Velpeau fait, sous ce titre, une classe distincte, s'effectue par la fossette qui se voit entre le bord externe du muscle droit et le cordon de l'artère ombilicale. Avant d'examiner les caractères qu'il assigne à cette nouvelle variété, nous allons donner en résumé l'observation qui lui en a offert l'exemple le plus tranché.

OBS. — Le 1er décembre 1840, entra à la Charité une femme, âgée de 63 ans, affectée depuis deux ans d'une hernie qui n'avait jamais été contenue. Trois jours avant son entrée, elle sentit, à l'occasion d'un violent effort, une douleur vive et subite dans l'aîne. Coliques, vomissemens de matières verdâtres ; on essaie inutilement le taxis à deux reprises, et la malade est apportée à l'hôpital. Dans la région de l'aîne droite, au-dessus du niveau du ligament de Fallope, il existe une tumeur que l'œil distingue à peine à cause de l'embonpoint, mais que le toucher constate sans difficulté ; on trouve en effet sur ce point une tumeur du volume d'un œuf de poule environ et mal circonscrite. Cette tumeur est d'une consistance difficile à préciser, car en la pressant elle échappe pour ainsi dire sous le doigt et cause à la malade des douleurs très vives. On essaie le taxis, à deux reprises différentes, mais avec modération. Le résultat en étant nul, l'opération est pratiquée deux jours et demi environ après le début des accidens.

On fait, dans le sens du grand diamètre de la tumeur ou du ligament de Fallope, une incision qui divise la peau et la couche sous-cutanée. Une sonde cannelée est passée sous l'aponévrose distendue du grand oblique, qui est immédiatement coupée. Dès-lors, la tumeur s'échappe, pour ainsi dire, hors de la plaie. Le sac ouvert, une anse intestinale brune, mais rénitente, apparaît surmonte d'une certaine quantité d'épiploon. Un bistouri à sommet mousse est glissé à plat sur le doigt et introduit dans l'anneau ; son tranchant, tourné en haut et en dehors, débride aussitôt l'anneau dans l'étendue de 11 à 14 millimètres. Cela fait, la réduction s'opère facilement. Après une amélioration qui dura vingt-quatre heures, des signes de péritonite apparurent, et la malade mourut quarante-huit heures après l'opération.

AUTOPSIE. — Trace d'une péritonite des plus intenses. Voici ce que l'examen attentif de la région malade fit découvrir : distance de la symphyse du pubis au bord interne du collet du sac, 3 centimètres et demi ; du bord externe du collet à l'artère épigastrique, 2 centimètres ; de l'artère épigastrique à l'ombilicale, 1 centimètre et demi ; du bord externe du collet à l'anneau inguinal interne (iliaque), 2 centimètres un quart.

Entre l'artère épigastrique et l'artère ombilicale existait une fossette ou dépression très marquée ; en dedans de l'artère ombilicale, entre elle et le bord externe du muscle droit, au niveau et au-dessus du ligament de Gimbernat, on aperçoit l'ouverture à travers laquelle la hernie s'est formée. Elle paraissait produite comme par éraillure, immédiatement en dedans des fibres aponévrotiques qui, se détachant du bord externe du muscle droit, vont se porter sur le ligament de Gimbernat. Ce ligament présente, à sa partie moyenne, une fossette dans laquelle on pourrait introduire la pulpe du doigt, et qui est remplie par un peloton graisseux. On voit que le grand axe de la hernie est dirigé obliquement de dedans en dehors et d'arrière en avant ; la tumeur n'avait aucune tendance à se porter du côté de l'anneau externe ; elle se dirigeait au contraire du côté de l'épine iliaque. En soulevant le sac, on retrouvait tous les élémens du canal inguinal ; le fascia transversalis soutenait la hernie en arrière, le ligament de Fallope en bas, le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse en haut.

M. Velpeau cite encore deux autres cas de ce genre ; dans le premier, emprunté à A. Cooper, il s'agit d'une autopsie où il est dit simplement que sur un sujet affecté de six hernies, on en trouva une qui existait entre les restes de l'artère ombilicale et le bord externe du muscle droit. La seconde observation, appartenant à M. Goyrand, est relative à une hernie étranglée et non opérée. On trouva sur le cadavre une petite hernie étranglée dans l'épaisseur de la paroi de l'abdomen, vis-à-vis l'anneau inguinal. Elle était du volume d'une noix et s'était formée en dedans du cordon résultant de l'oblitération de l'artère ombilicale ; l'épigastrique passait en dehors du collet du sac. Un anneau arrondi, à bords résistans et tranchans, de 7 millimètres de diamètre, et résultant de la perforation du fascia transversalis, livrait passage à la hernie.

M. Velpeau qui, dans plusieurs publications, avait déjà signalé la possibilité de cette sorte de hernie, trace son histoire générale d'après les trois observations qui précèdent. Relativement à sa dénomination d'abord, il n'est pas douteux que celle de hernie inguinale interne lui conviendrait mieux que toute autre, si elle n'exposait pas à la confondre avec la hernie directe que, d'après Hesselbach, on appelle souvent aussi interne. En donnant à cette dernière le nom de hernie moyenne, celui d'interne s'appliquerait sans inconvéniens et avec plus de justesse à l'espèce dont nous nous occupons ici.

Examinant ensuite la marche de ce genre d'affection, M. Velpeau pense qu'elle peut exister à l'état, soit de hernie incomplète, soit de hernie complète ; en d'autres termes, rester dans l'anneau des lames aponévrotiques du muscle droit, ou s'échapper par l'orifice extérieur du canal inguinal. Il est possible qu'il se présente à l'avenir des exemples de ces deux états différens ; mais jusqu'à présent on n'en connaît que de la première espèce, et M. Velpeau, qui donne le fait d'A. Cooper comme un cas de hernie oblique interne sortant par l'anneau inguinal, n'ignore pas que rien, dans le texte de l'observation de cet auteur, n'autorise à supposer qu'il en fût ainsi. Au reste, ce n'est pas seulement parce que les faits de ce genre manquent jusqu'ici à la science, que nous contestons la réalité d'une pareille disposition. Le motif qui nous fait douter qu'elle se présente jamais, est aussi celui qui nous porterait à attacher moins d'importance que M. Velpeau à cette nouvelle espèce de hernie. Elle constitue une forme particulière et très intéressante sans doute à connaître, à cause de son siége et de ses caractères locaux ; mais enfin ce n'est là autre chose qu'une variété des hernies par éraillement du fascia transversalis. Or, on sait que M. A. Bérard a été conduit par ses dissections à cette conclusion : que les hernies inguinales intra-pariétales sortent en général de l'abdomen à travers une éraillure du fascia transversalis, située plus ou moins en dedans de l'anneau inguinal profond. Ce n'est en effet que de cette manière que l'on peut concevoir comment se produisent ces hernies ; car en les supposant engagées par le véritable anneau inguinal, elles auraient plus de tendance à suivre le trajet de ce canal qu'à décoller des muscles et des aponévroses, et elles ne demeureraient par conséquent pas longtemps intra-pariétales.

On voit comment ces notions peuvent être appliquées au cas qui nous occupe. Si tel est le mécanisme des hernies intra-inguinales, celles dont M. Velpeau fait ici l'histoire leur ressemblant tout à fait, quant à leur mode de formation, doivent nécessairement aussi se conduire de même dans leur marche et leurs progrès vers l'extérieur. Sortant comme elles à travers une éraillure du fascia transversalis (seulement située plus en dedans) comme elles, elles devront rester intra-pariétales.

M. Velpeau décrit ensuite les caractères auxquels on peut reconnaître cette hernie. La tumeur est globuleuse, d'un volume médiocre. Lais-

sant le trajet du cordon libre vers la fosse iliaque elle permettra de constater l'existence d'une sorte de corde tendue dans le ventre en arrière et en dedans, du côté du bassin à travers la paroi iliaque de l'abdomen et de l'anneau. On le voit, ces signes n'offrent rien de précis et M. Velpeau ajoute lui-même qu'ils peuvent laisser des doutes dans l'esprit du chirurgien. Un enseignement utile ressort de ce fait. Si, de l'aveu de tous les praticiens, il est impossible de distinguer la hernie directe d'avec l'oblique, d'une manière assez sûre pour déterminer la direction à donner au débridement, comment oserait-on se guider sur cette distinction quand il s'agit d'une tumeur beaucoup moins saillante à l'extérieur, comme l'est la hernie oblique interne. C'est donc une chose à proclamer hautement que l'insuffisance des moyens de diagnostic dans des cas semblables. Pénétré de cette vérité, le chirurgien ne cherchera pas à régler la direction de son incision d'après l'espèce de hernie qu'il croit avoir sous les yeux, mais il adoptera un procédé incapable de nuire quelle que soit en réalité la situation de l'ouverture herniaire; tandis qu'en voulant au contraire prendre pour guide la détermination de l'espèce de hernie, il sera souvent exposé à débrider dans un sens tout à fait opposé à celui qu'il eût fallu suivre. Et nous avons vu par les détails de la première observation, que les connaissances anatomiques les plus précises, une grande habitude de cette sorte de maladies ne suffisent pas pour faire éviter ces méprises, même alors que l'on est prévenu de leur possibilité.

IV. GAZETTE DES HOPITAUX.

APPLICATION DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE A L'OPÉRATION DE LA FISSURE A L'ANUS; par le docteur BRACHET, de Lyon.

En appliquant les principes de la méthode sous-cutanée à l'opération de la fissure à l'anus, l'auteur s'est proposé surtout d'éviter la douleur extrêmement vive que produit souvent la section des tissus qui forment le fond même de la fissure. Il s'est demandé, en outre, si, en mettant la plaie à l'abri du contact de l'air, on n'obtiendrait pas une cicatrisation plus rapide. Voici comment il a cherché à réaliser ce double but dans un cas de fissure située à droite et en arrière. « Je pris, dit-il, un bistouri à lame très étroite, et dont le dos était légèrement courbé vers la pointe. Le malade étant situé dans la position convenable, je plaçai l'index de la main gauche dans le rectum; je plongeai l'instrument dans la marge de l'anus en arrière et du côté gauche, le dos tourné vers le rectum, par conséquent vers mon doigt, qui lui servit de conducteur pendant que je le poussai sous la membrane muqueuse, jusqu'à environ 4 centim. de hauteur. Je fis la section du sphincter sans entamer la membrane muqueuse. Cette opération fut peu douloureuse; il s'écoula peu de sang, et le lendemain un lavement a fait rendre une selle presque sans souffrir. »

Les suites de l'opération ne sont pas encore connues.

En publiant le fait intéressant qui précède, nous rappellerons que l'application de la méthode sous-cutanée à l'opération de la fissure à l'anus, présentée comme nouvelle par M. Brachet, a déjà été faite deux fois, la première fois par M. J. Guérin, au mois d'août 1840, et la seconde plus récemment par M. Blandin. (Voir GAZ. MÉD., 17 avril 1841, et ESSAIS SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE, etc.; par M. J. Guérin. Paris, 1841.)

V. REVUE MÉDICALE.

Le premier trimestre se compose des travaux suivans: 1° *Des calculs biliaires et des accidens qu'ils déterminent*; par M. Fanconneau-Dufresne. 2° *De l'hydro-chlorate de baryte contre les affections scrofuleuses*; par M. Payan. 3° *Note sur l'influence du climat de Rochefort et des travaux d'assainissement faits et à faire dans ce pays*; par M. Lefebvre. 4° *Quelques idees sur la morve chez l'homme et sur le traitement qu'elle réclame*; par M. Delabarpe. (Rien de bien intéressant.) 5° *Grossesse de huit mois et demi, convulsions épileptiformes, accouchement forcé, enfant vivant; mort de la mère 6 heures après*; par M. Camus. (Fait pratique bien observé.) 6° *Note sur l'emploi du nitrate d'argent pour cautériser la piqûre des sangsues*; par M. Léveillé. (Pour empêcher le sang d'arriver à la plaie pendant l'application du caustique, il propose d'exercer à son pourtour une compression circulaire avec l'un des anneaux d'une paire de ciseaux, par exemple.)

DES CALCULS BILIAIRES ET DES ACCIDENS QU'ILS DÉTERMINENT; par le docteur FAUCONNEAU DUFRESNE.

Ce mémoire, que l'auteur dit être extrait d'un traité des maladies du foie et du pancréas, qu'il doit incessamment publier, est un résumé assez complet de ce que la science possède sur cette affection si commune, et dont on s'est encore si peu occupé, malgré la prépondérance qu'ont prise les études chimiques. Nous allons signaler rapidement quelques-uns des faits les plus tranchés qui se présenteront dans ce travail.

Les calculs biliaires, si rares dans l'enfance que M. Guersant n'a rencontré, depuis 25 ans, à l'hôpital des Enfans, et encore très rarement, que des concrétions sablonneuses, ne commencent à se développer que vers l'âge de 40 ans; il paraîtrait aussi qu'ils seraient plus communs chez les femmes que chez les hommes, et en hiver qu'en été; mais l'auteur ne donne pas de chiffre sur ce point.

Le procédé chimique par lequel se forment les calculs biliaires n'est point connu, mais il est bien certain qu'ils ne sont pas formés par de la bile concrète. Deux faits seulement, aujourd'hui connus, pourront amener à expliquer leur production, sur laquelle on ne peut encore présenter que de simples conjectures: le premier, c'est que la matière colorante de la bile, insoluble par elle-même, peut être précipitée par les acides; le second, que quelques gouttes d'acide ajoutées à de la bile, en séparent, au bout de quelques heures, de la cholestérine et des acides gras. D'après cela, ne pourrait-on pas expliquer, par une réaction acide que la bile aurait éprouvée, le dépôt d'une petite quantité soit de matière colorante, soit de matière grasse, et par suite le commencement de formation du calcul?

M. Fauconneau entre dans de très longs développemens sur les symptômes que détermine la présence des calculs dans les différentes parties de l'appareil biliaire, mais ne révèle aucun fait de quelque importance, et qui puisse ajouter à ce que l'on savait déjà. Quant au traitement, il ne repose sur aucune donnée positive, soit qu'il s'agisse de calmer les douleurs qui résultent du séjour des calculs, ou de dégager ces derniers et de faciliter leur évacuation, ou de les dissoudre dans les voies biliaires, ou enfin d'empêcher que de nouveaux calculs ne viennent à se développer. Nous dirons pourtant que l'auteur conseille avec raison, lorsque les malades rendent des calculs, d'administrer quelques purgatifs, unis aux élémens alcalins, pour faciliter leur complète expulsion. Le sirop suivant lui paraît mériter la préférence, en raison de l'activité qu'il donne aux évacuations biliaires sans déterminer de fortes coliques.

Prenez :		
Jalap concassé	de chaque	12 grammes.
Rhubarbe, id.		
Sous-carbonate de potasse		
Faites infuser pendant 2 heures dans eau froide		144
Filez, passez, et ajoutez sucre blanc		248
Teinture d'écorce d'orange		48

La dose est d'une cuillerée à bouche chaque matin.

Parmi tous les fondans qui ont été conseillés pour obtenir la dissolution des calculs biliaires, le remède de Durand, qui se compose de

Éther sulfurique	3 parties.
Essence de térébenthine	2

et dont il commençait l'emploi à la dose de 3 grammes, mériterait certainement la préférence, s'il ne devait être continué pendant longtemps; cependant, quand il peut être supporté par l'estomac, c'est encore le moyen dont on peut attendre le plus de succès; car malgré l'action qu'exercent les alcalis sur la matière colorante de la bile, on ne peut complètement compter sur les eaux alcalines pour dégager les calculs formés.

DE L'HYDROCHLORATE DE BARYTE CONTRE LES AFFECTIONS SCROFULEUSES; par le docteur PAYAN.

L'hydrochlorate de baryte, tant vanté par les uns, tant décrié par les autres dans le traitement des affections scrofuleuses, mérite, suivant l'auteur, les louanges et le blâme dont il a été jusqu'ici l'objet. Les uns ont eu raison de l'élever, les autres de le déprécier, parce qu'ils l'ont employé dans des cas où cela devait arriver ainsi. Le docteur Payan distingue donc deux ordres de cas dans les affections scrofuleuses: les uns, dans lesquels l'hydrochlorate de baryte peut être d'un grand secours; les autres, où il peut être très nuisible. En effet, si on veut se rendre raison des effets qu'il produit sur l'organisme, on ne tarde pas à reconnaître qu'il a une action inverse de celle des autres anti-scrofuleux. L'action de ceux-ci, qui est généralement excitante, tend à stimuler la circulation, à activer le jeu des organes, à tonifier tout le corps; aussi sont-ils généralement pris parmi les excitans généraux et les toniques. L'hydrochlorate de baryte est, au contraire, plutôt un sédatif, un contre-stimulant. D'un autre côté, s'il est certain que le tempérament lymphatique est le plus ordinairement le prodrome, on l'accompagnement des symptômes scrofuleux, ceux-ci peuvent également se rencontrer et se ren-

contrent même assez souvent chez des sujets à fibre sèche, à teint brun, à cheveux noirs. Chez ces derniers, l'affection scrofuleuse ne suffit point pour donner à la constitution cette asthénie organique que l'on observe le plus souvent lorsqu'il y a prédominance lymphatique. M. Payan pense qu'on ne peut s'empêcher de prendre ces différences en considération dans le traitement; que les médications qui conviennent dans un cas ne sauraient être appliquées avec succès dans l'autre; que c'est un point de départ faux de songer tout de suite aux toniques et aux stimulans, par là même qu'il s'agit d'affections scrofuleuses, sous le prétexte d'une asthénie qui n'existe point toujours.

Ainsi on ne doit donc attendre de bons effets de ce moyen que dans les manifestations scrofuleuses qui s'accompagnent de suractivité oaganique plutôt que d'asthénie. Quand, au contraire, les symptômes scrofuleux s'allient à une indolence constitutionnelle, à une prédominance marquée du système lymphatique; lorsque, par suite, existent les caractères d'une asthénie organique générale, on comprend que le médicament à action contre-stimulante ne saurait point convenir.

Mais il reste encore une belle place à l'emploi de cette substance, savoir, contre les affections scrofuleuses qui sont entées en quelque sorte sur un tempérament autre que le tempérament lymphatique, ou qui se déclarent chez des personnes à constitution irritable. Une médication hyposténisante, telle qu'on l'obtient par l'emploi de l'hydrochlorate de baryte, est alors seule convenable. Ainsi, dans les ophthalmies scrofuleuses, caractérisées par une excessive irritabilité des yeux, et qu'à bon droit on peut nommer photophobiques, dans la plupart des arthrites scrofuleuses, qui s'accompagnent quelquefois de douleurs très vives, dans les caries ou les affections tuberculeuses des os, qui sont dues à la même cause, dans les engorgemens glanduleux que l'on voit quelquefois se développer chez des sujets à fibre sèche, etc., l'hydrochlorate de baryte sera appliqué avec succès.

L'auteur rapporte 12 observations d'affection scrofuleuse, traitée avec succès par le muriate de baryte, et dont tous les sujets se trouvaient dans les conditions que nous venons d'indiquer. Nous désirerions de pouvoir en reproduire quelques-unes, mais la maladie n'a offert dans sa marche rien d'extraordinaire. Sous l'influence de cette médication, et souvent après l'essai infructueux de plusieurs autres, nous voyons tous les accidens disparaître et la maladie marcher vers la guérison avec une rapidité qui ne permet pas de méconnaître l'effet du traitement employé. Nous terminerons en disant que M. Payan administre le sel de baryte dissous dans de l'eau distillée et dans la proportion de 5 à 10 et 15 grammes de sel pour 100 grammes de liquide, que les malades prennent par cueillerées, de deux en deux heures. Tous les deux ou trois jours, il fait augmenter d'un grain la proportion du muriate de baryte, et en a fait prendre jusqu'à 35 centigrammes par jour sans aucun effet nuisible, et, au contraire, avec une amélioration graduelle de tous les phénomènes morbides.

VI. L'EXPÉRIENCE.

Les n°s du premier trimestre se composent des travaux suivans : 1° *Rapport médico-légal relatif à des accidens attribués aux émanations mercurielles*; par MM. Chevallier, Olivier d'Angers et Boyer. 2° *Recherches sur l'emploi de la saignée dans la pneumonie*; par M. Gigon. 3° *Du mode d'action des agens dits irritans sur le système capillaire*; par M. Dubois, d'Amiens. 4° *Note sur les furoncles anthrax et pustules malignes*; par M. de Lasiauve. (L'auteur insiste sur le danger des maturatifs excitans dans le traitement des furoncles.) 5° *Du degré de certitude de la théorie de l'irritation*; par M. Dubois, d'Amiens. 6° *Histoire des progrès relatifs au diagnostic et au traitement des affections des organes respiratoires depuis Hippocrate jusqu'à Laënnec*; par M. Raciborski. 7° *De la dilacération de la capsule du cristallin*; par M. Jaeger. 8° *Mémoire sur diverses observations de rétention d'urine*; par M. de Lasiauve. (Rien d'original.)

RECHERCHES NUMÉRIQUES SUR L'EMPLOI DE LA SAIGNÉE (COUP SUR COUP) DANS LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE, ET COMPARAISON CRITIQUE DE SES RÉSULTATS AVEC CEUX DU TRAVAIL DE M. LOUIS SUR LE MÊME OBJET; par le docteur GIGON.

Ce travail, qui est écrit d'une manière précise et serrée, est exactement la contre-partie sous le point de vue des conclusions du mémoire que publia, il y a déjà 13 ans, M. Louis, RECHERCHES SUR LES EFFETS DE LA SAIGNÉE DANS QUELQUES MALADIES INFLAMMATOIRES, et auquel M. Gigon attache plus d'importance que ne lui en attribuait probablement M. Louis lui-même à l'époque de sa première publication; car, ou nous nous trompons grandement, ou M. Louis avait point pour but en faisant cette publication de montrer sur quelles faibles bases reposaient les croyances médicales même les plus généralement admises que de mettre réellement en doute l'utilité des émissions sanguines dans le traitement de la pneumonie. Bien que les faits sur lesquels est basé le travail de M. Gigon soient en petit nombre (42 seulement) pour une affection aussi commune que la pneumonie, et qu'ils ne soient pas rapportés avec assez de détails pour satisfaire complètement, cependant, comme ce travail ne manque pas d'un certain mérite, sous le point de vue de la discussion, nous allons reproduire les conclusions par lesquelles il le termine, sans garantir toutefois leur exactitude.

1° La saignée pratiquée suivant la nouvelle méthode a une action incontestable sur la pneumonie;

2° Cette action est d'autant plus marquée qu'on a commencé le traitement à une époque plus rapprochée du début de la maladie.

3° On jugule très bien la pneumonie, mais seulement lorsqu'elle est récente et au premier degré ou deuxième commençant.

4° Pour juguler une pneumonie, il faut multiplier la saignée dans un court espace de temps; les saignées nombreuses et copienses, mais disséminées, ne produisant jamais cet effet.

5° Dans les cas où la pneumonie n'est pas jugulée, elle est presque constamment arrêtée et la guérison franche et exempte de reliquats inflammatoires susceptibles de déterminer des lésions secondaires.

6° L'action du vésicatoire, loin d'être nulle, ou même d'augmenter les chances d'inflammation secondaire, a, dans la majorité des cas, une influence marquée sur la marche de la maladie.

DE LA DILACÉRATION DE LA CAPSULE DU CRISTALLIN, opération proposée par M. JAEGER, et communiquée par M. ZOKALSKI.

L'auteur établit d'abord que dans les cas où le broiement de la cataracte est indiqué, on doit lui substituer la simple incision de la capsule qui expose moins à l'inflammation consécutive et amène tout aussi sûrement l'absorption du cristallin opaque. Cependant à la suite de ce procédé, il y a deux inconvéniens à craindre : l'un est l'étranglement du cristallin à travers l'ouverture trop étroite de sa capsule, source fréquente d'inflammation; l'autre est la formation d'une cataracte membraneuse s'établissant secondairement en vertu de l'opacité et de l'adhésion des parties de capsule laissées en place. C'est pour se soustraire à ces accideus que M. Jaeger propose l'opération suivante : On fait avec un couteau lancéolé une incision de 3 à 4 millimètres dans la cornée, à sa jonction avec la sclérotique. Ensuite on introduit à plat un petit crochet dans la chambre antérieure de l'œil. Cet instrument doit être porté jusque dans la pupille; puis, arrivé là, on lui fait exécuter un quart de rotation, de sorte que sa partie recourbée aille se placer directement contre la capsule. En imprimant à l'instrument un mouvement de levier, on accroche cette membrane si faible et on la déchire par des tractions exécutées en différentes directions, suivant les circonstances, sans cependant trop s'engager dans la substance molle de la cataracte. Quand la capsule a été suffisamment déchirée, on porte le crochet à plat sur la face postérieure de la cornée et on le retire de l'œil. M. Hering assure avoir plusieurs fois pratiqué cette opération avec un succès complet.

On sait que Pott avait déjà recommandé une opération à peu près semblable, dans les cataractes *en partie molles, en partie dures*, et qu'il lui trouvait sur l'abaissement ordinaire l'avantage d'être moins douloureuse et d'exposer les parties à une violence moins considérable. Nous reconnaissons toutefois que le moyen conseillé par le professeur Jaeger est un véritable progrès, et qu'il permet d'agir bien plus sûrement, si on veut se contenter de déchirer la capsule. Mais là précisément est toute la question. Faut-il se borner à une incision de la capsule, au lieu de broyer le noyau opaque? D'après ce que nous avons observé, nous ne pouvons croire que les dangers de l'opération soient augmentés par la préaution de diviser en plusieurs sens la lentille cristalline, en supposant, bien entendu, que ce morcellement soit fait suivant les règles de l'art et par une main exercée. Et d'autre part on ne peut nier que la division du corps opaque ne soit un puissant moyen d'en favoriser la résorption. N'oublions pas non plus qu'en adoptant le procédé conseillé par Jaeger, le crystallin doit s'absorber sur place; et qui ne connaît les longueurs et l'incertitude de ce mode de guérison? Enfin si l'on suit les idées du professeur de Vienne, on s'exposera nécessairement à livrer aux seules forces de l'absorption beaucoup de cristallins qu'on aurait pu déprimer. Dans l'opération ordinaire, en effet, on cherche d'abord à abaisser et on n'en vient au broiement que lorsqu'on n'a pu mieux faire; mais ici où on n'a pour se déterminer à l'une ou à l'autre manière d'agir que des données tout à fait insuffisantes sur la mollesse du cristallin, telles que celles tirées de l'inspection de l'œil, on est forcé de faire l'incision de la capsule, sans être sûr qu'un moyen plus efficace, l'abaissement, n'eût pas réussi. C'est donc une mauvaise méthode que celle où le chirurgien

ayant à choisir entre deux procédés, tous deux peut-être également applicables, est contraint de donner la préférence à celui qui offre le moins d'avantages.

PHYSIOLOGIE DE LA MENSTRUATION ; par le docteur RACIBORSKI.

Nous ne signalerons que quelques-uns des points de ce travail sur lequel nous aurons probablement l'occasion de revenir plus tard. Au milieu des faits nombreux qui sont amoncelés dans ce mémoire, nous n'avons rien trouvé de neuf sur la source, les propriétés et la quantité du sang menstruel. La question importante tant de fois soulevée des règles chez quelques animaux supérieurs ne nous paraît pas avoir encore reçu une solution satisfaisante. Il est bien certain qu'à l'époque du rut, la femelle de plusieurs animaux éprouve une turgescence assez considérable des organes génitaux, même extérieurs; mais que cette turgescence, qui diffère encore notablement des règles chez les femmes, revienne tous les mois, voilà ce qui est loin d'être démontré; aussi M. Raciborski lui-même, qui admet que la menstruation n'appartient point exclusivement à l'espèce humaine, n'apporte aucun fait nouveau à l'appui de cette opinion; il dit bien avoir observé avant lui, comme les auteurs l'avaient dit, une turgescence active, ou un flux plus ou moins abondant chez les singes; mais il n'a point observé lui-même le retour mensuel et périodique de ce flux, et ne cite à ce sujet qu'une autorité fort douteuse. « Si nous nous en rapportons aux renseignemens fournis par le gardien, il se répète à peu près une fois tous les mois. »

Le but définitif de la menstruation ne serait pas, suivant M. Raciborski, d'assurer la nutrition du fœtus par la production d'une quantité de sang dont l'excès s'écoulerait par les règles dans l'intervalle des grossesses; cette fonction, si importante dans l'existence de la femme, ne serait que la fin ou une variété de terminaison de la congestion utéro-ovarienne, qui en constitue le principal phénomène, et conséquemment n'aurait aucun but. Quant au but de la congestion elle-même, il consisterait uniquement à mettre les organes génitaux internes en rapport, de manière à en faire un ensemble continu qui est indispensable pour la conception. Cette opinion, dont on trouve l'origine chez les auteurs anciens, est loin d'être appuyée de faits qui lui donnent toute la certitude que lui suppose l'auteur; car elle n'explique nullement la menstruation, et suppose que la conception ne pourrait avoir lieu que pendant sa durée, ce qui n'est pas exact, comme personne ne l'ignore.

Quant à la cause de la périodicité des règles, elle échappe encore à toute explication vraiment rationnelle; la seule qu'on en puisse donner, bien qu'elle ne nous apprenne rien, c'est que, dans la nature, tout est périodique, et surtout dans tous les phénomènes qui ont rapport à la reproduction.

Les faits avancés par MM. Négrier et Gendrin pour expliquer la cause mécanique de la menstruation, s'ils sont exacts dans quelques cas, ne s'observent pas dans tous, suivant M. Raciborski, bien cependant qu'ils ne s'écartent pas de la théorie de la menstruation qu'il a voulu établir, et il dit avec raison qu'il n'est pas encore démontré que les ovules arrivent successivement à la maturité, à chaque époque menstruelle, et que l'œuf le plus mûr s'approche alors le plus de la superficie de l'ovaire pour y subir une rupture et pour laisser échapper le germe.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 MAI.

EXTIRPATION DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE.

M. Larrey fait, au nom de M. Breschet et au sien, un rapport sur un travail de M. Colson, de Noyon, relatif à l'extirpation de la glande sous-maxillaire. Il s'agit d'un cas de cancer de la lèvre inférieure, accompagné d'une tumeur considérable et profonde sous la mâchoire: après l'ablation du mal primitif, M. Colson a attaqué la tumeur qu'il croyait d'abord être un ganglion lymphatique, et qui s'est trouvée formée à la dissection par la glande sous-maxillaire. L'auteur a été obligé, dit-il, de couper la branche linguale du nerf tri-facial, l'artère submentale, et de mettre à nu le tronc de l'artère faciale, ainsi que les muscles digastrique, stylo-hyoïdien, mylo-hyoïdien et le nerf hypoglosse, pour extirper la totalité de la tumeur.

« La dissection de la tumeur enlevée, dit-il, ne me laissa aucun doute sur sa nature; elle se composait de la glande sous-maxillaire dégénérée en tissu encéphaloïde, et portant encore enveloppée de sa coque fibreuse saine; tandis que deux ou trois ganglions lymphatiques que je croyais malades et que j'enlevai avec la glande n'étaient simplement qu'hypertrophiés sans altération de texture. »

L'auteur discute ce point de pratique: il rappelle l'opinion des auteurs modernes qui croient qu'on avait, dans ces opérations confondu les ganglions lymphatiques avec la glande salivaire elle-même; et il soutient que, dans ce cas, il n'est pas tombé dans l'erreur. Il décrit son observation avec beaucoup de détails. Le malade a guéri.

MM. les commissaires, après avoir reproduit les détails principaux du fait, terminent ainsi leur rapport:

« En résumé, vos commissaires pensent que l'observation de M. Colson, qui fournit un fait de plus sur la possibilité d'extirper la glande sous-maxillaire sans porter une atteinte trop fâcheuse aux fonctions de l'opéré, mérite l'approbation de l'Académie. D'ailleurs, votre rapporteur, qui a également extirpé la même glande salivaire en pratiquant une opération extrêmement grave chez un paysan de la Normandie, avait fourni une preuve de la possibilité de cette opération (voir le deuxième volume de ma CLIN. CHIR., page 91), et il aura l'honneur de lui communiquer un mémoire sur une maladie analogue qui avait envahi les glandes lymphatiques du côté gauche du cou et attaqué tout le parenchyme de la glande parotide, qu'il a fallu extirper pour assurer la guérison complète de la maladie. »

NERFS DE L'UTÉRUS.

M. Jobert de Lamballe donne lecture d'un mémoire ayant pour titre: RECHERCHES SUR LA DISPOSITION DES NERFS DE L'UTÉRUS, ET APPLICATION DE CES CONNAISSANCES A LA PHYSIOLOGIE ET A LA PATHOLOGIE DE CET ORGANE.

Malgré les recherches entreprises dans le but d'éclairer l'histoire de l'utérus, beaucoup de points restent encore en litige, et les opinions les plus diverses ont cours dans la science sur ce sujet important; c'est ce que M. Jobert s'est attaché à démontrer dans la première partie de son mémoire, qui est consacrée à l'histoire des travaux entrepris depuis Galien jusqu'à nos jours sur l'anatomie de l'utérus. Après avoir cité successivement Willis, Reuss, Daventer, Winslow, Haller, Williams et John Hunter, Sœmmering, etc., il en arrive aux ouvrages modernes, mettant à profit les recherches de Cuvier, de M. Cruveilhier, de M. Blandin, de M. Velpeau, etc., et il termine par l'examen d'un livre récemment publié à Londres par M. Robert Lee. De l'étude de tous ces matériaux, il ressort une confusion extrême d'opinions, confusion d'autant plus fâcheuse qu'il s'agit de faits tout à fait matériels, et par conséquent d'une vérification facile.

Les recherches anatomiques de M. Jobert portent uniquement sur le système nerveux utérin. Il n'est plus question maintenant de savoir s'il existe véritablement des nerfs dans l'utérus. Tous les anatomistes les admettent, malgré les dénégations de Lobstein, qui, ne pouvant les découvrir, en nia l'existence. Mais ce qui, dans l'état actuel de la science, est loin d'être résolu, c'est la nature des nerfs de cet organe, leur mode de distribution, et surtout la manière dont ils se comportent aux différens âges et pendant les périodes de gestation et de vacuité de l'utérus.

L'auteur, entre autres faits remarquables, a noté l'absence totale de nerfs dans la partie saillante du col de l'utérus, et, par suite, son insensibilité absolue, opinion contraire à celle de la plupart des anatomo-physiologistes, qui la considèrent comme douée d'une grande sensibilité. — De cette donnée, M. Jobert déduit des conséquences pratiques importantes pour le traitement des affections graves qui siègent si souvent en ce point. Par des observations annexées à son mémoire, il démontre que l'on peut, en ayant soin de protéger les parties environnantes, se servir, sans provoquer de douleur, du fer rouge pour combattre les diverses ulcérations de mauvaise nature qui résistent le plus souvent à tous les traitemens usités.

M. Jobert a constaté que, dans aucune circonstance, les nerfs utérins ne subissent de modifications pendant les diverses phases de la vie; il indique les causes qui avaient induit en erreur les anatomistes qui admettaient que pendant la grossesse les nerfs de l'utérus augmentaient de volume. A l'appui de son opinion, il a fait dessiner des planches représentant les nerfs utérins sur des jeunes filles, sur des femmes âgées et sur des femmes dont l'utérus était rempli du fruit de la conception, et l'on peut constater que, dans ces diverses circonstances, les nerfs restent constamment dans les mêmes conditions physiques.

L'auteur, après avoir rapporté son observation de diverses maladies du col de l'utérus, termine en indiquant la manière dont on doit se servir du cautère actuel pour les combattre. Il en recommande surtout l'emploi dans le traitement des hémorragies rebelles, qui si souvent compromettent la vie des malades, ainsi que les cas d'ulcérations cancéreuses. Il démontre que cette application du fer rouge peut être répétée plusieurs fois sans déterminer la moindre douleur. C'est un précieux moyen dont la thérapeutique peut tirer les plus grands avantages.

Le travail de M. Jobert sera examiné par une commission composée de MM. Duméril, Double et Roux.

CONTRACTION VOLONTAIRE DE L'IRIS.

M. Vallée adresse à l'Académie un volumineux mémoire sur la théorie de l'œil. L'auteur croit avoir résolu un grand nombre de questions relatives à la vision. Il établit que la division du cristallin en couches ne peut pas aider la vision à des distances différentes; il détermine numériquement les changemens de courbure de la cornée, de la longueur de l'œil et du déplacement du cristallin nécessaire pour rendre la vision nette à toutes distances. Il démontre que l'humeur vitrée n'est pas homogène, qu'elle offre des couches de réfrangibilité diverse, et il en déduit que l'œil est pourvu de deux moyens de chromatisme.

M. Vallée est arrivé, sur lui-même, à un résultat très remarquable; il peut dans l'obscurité et sans l'influence de la lumière dilater et contracter sa prunelle.

Le mémoire est terminé par un aperçu de la théorie générale et analytique de l'œil.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle renferme un travail sur les eaux minérales par M. Despais.

M. Broca répond à l'Académie que la fièvre typhoïde, au sujet de laquelle il avait déjà présenté une communication, ayant reparu dans le département du Gers, il va recommencer ses observations sur la nature et le traitement de cette maladie, et rendra compte du résultat qu'il aura obtenu.

M. Dumont, de Sédan, envoie un essai sur la topographie médicale de cette ville.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE.

M. Bousquet, au nom du comité de publication, lit le titre des mémoires qui seront insérés dans le prochain Bulletin.

NOMINATIONS.

M. Bouvier, rapporteur de la commission chargée de désigner la section dans laquelle aura lieu la prochaine nomination, conclut à ce qu'elle se fasse dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

Ces conclusions sont adoptées; les membres de cette section sont invités à présenter les candidats.

VACCINATION.

L'ordre du jour est la con inuation de la discussion générale sur le rapport dont M. Gauthier de Claubry a terminé la lecture dans la dernière séance.

M. Castel : Les médecins qui s'occupent de vaccinations se sont fait en quelque sorte une spécialité de cette pratique. D'où il résulte nécessairement que les observations n'ont pas été prises par eux avec tout le soin désirable. Je pense aussi qu'on vaccine les enfans beaucoup trop jeunes. Mais, dira-t-on, ne faut-il donc pas les préserver de la variole? D'accord, seulement remarquez que la variole ne se manifeste que rarement dans les premières années de la vie. D'ailleurs la vaccine ne peut exercer la même influence lorsqu'on la fait à cette époque, car elle n'agit pas sur l'économie de la même manière, et ne détermine en général qu'une réaction très faible.

M. Rochoux : Le virus vaccin s'est affaibli, disent quelques personnes. Et cependant on a calculé qu'il en était en 1836, à sa quinze centième transmission; en supposant donc qu'à chaque inoculation sa vertu n'eût diminué que d'un millième, vous voyez qu'elle devrait aujourd'hui être réduite à zéro. Or, personne ne niera qu'il ne conserve encore une certaine efficacité. Dans l'opinion que je combats, les épidémies de varioles qui surviennent parmi nous devraient faire autant de ravages qu'au milieu d'une peuplade de sauvages où la vaccine serait inconnue, et l'on sait bien qu'il n'en est pas ainsi.

M. Bouillaud : Quoique mon service à l'hôpital de la Charité ne soit pas spécialement destiné aux varioleux, j'y compte, terme moyen, 12 à 15 cas par an, d'individus qui ont contracté la variole après avoir été vaccinés. Il y a maintenant une petite fille dont les bras présentent les cicatrices vaccinales les mieux caractérisées et qui cependant est affectée de variole confluente. En présence de faits semblables, n'est-il pas urgent de faire au moins une enquête? Et la question n'est-elle pas aussi importante que celle du magnétisme animal auquel on a consacré tant de séances?

M. Gerdy : Un fait dont tous les observateurs sont frappés, c'est que quand une personne vient d'être vaccinée, on ne peut faire prendre de nouveau sur elle la vaccine, et on ne la voit pas non plus contracter la petite vérole. C'est donc chez les anciens vaccinés seulement que s'observent les varioles consécutives, cela paraît admis par tout le monde. (Dénégations.) Si après vérification, il était prouvé que les choses se passent ainsi, ce serait un argument puissant en faveur des revaccinations, et pour mon compte, je croirai à leur utilité, jusqu'à ce qu'on m'ait démontré qu'un grand nombre de varioles ont été observées sur des sujets vaccinés récemment.

La discussion générale est fermée; on passe à la discussion de chacune des conclusions du rapport. (Voyez ces conclusions dans le compte-rendu de la dernière séance.)

La première proposition est relative à l'influence de la vaccine sur les épidémies de variole.

M. Bousquet : La vaccine n'est pas un moyen curatif de la variole; elle n'en est que le préservatif; et quand la variole a quelques jours d'avance sur elle, sa marche n'en éprouve pas le moindre obstacle. Ce qui contribue à tromper les médecins sur ce point, c'est que la variole discrète est neuf fois plus fréquente que la confluente, et lorsqu'après avoir vacciné un variolé ils voient apparaître une éruption peu grave, ils sont naturellement portés à attribuer au moyen mis en usage la bénignité de l'affection. Mais il n'en est pas toujours ainsi; et dans l'épidémie de Marseille, par exemple, 14 sujets vaccinés pendant les prodrômes de la variole sont morts, malgré l'action et *sous les yeux* même de la vaccine, qui s'était régulièrement développée.

M. Emery : Une grande partie des faits signalés par M. Bousquet sont vrais. Et cependant, tous les ans, une foule de vaccinateurs annoncent que des personnes affectées de variole au moment où elles venaient d'être vaccinées, n'ont eu qu'une éruption de peu de gravité. C'est par milliers que ces documens nous arrivent; M. Husson a reçu, lui aussi, des départemens les mêmes communications. On allègue l'épidémie de Marseille; mais ne sait-on pas que dans les épidémies, la variole s'entoure de complications aussi graves que la maladie elle-même.

M. Double : Je crains que l'Académie ne se lance dans une discussion inopportune. D'une part, en effet, M. Gauthier de Claubry ne raisonne que d'après les observations recueillies en 1839, tandis que d'autres membres avancent des conclusions fondées sur des données plus générales. Il faut considérer la chose sous un autre point de vue. M. Gauthier de Claubry apporte des documens précieux, bornons-nous à les discuter, et faisons abstraction de la question générale.

M. Bouillaud : Je partage l'opinion de M. Double, mais je m'appuie sur ce qu'il vient de dire pour combattre la première proposition de M. Gauthier de Claubry qui dit d'abord qu'en 1839 la vaccine a constamment joui de la propriété d'arrêter les épidémies de variole, et qui ajoute ensuite que l'expérience viendra peut-être un jour démontrer le contraire. Messieurs, lorsque dans les sciences physiques un fait est bien vu, rigoureusement constaté, l'avenir ne peut le détruire; trouvons-nous ici rien de semblable? Non. On dit avoir observé un phénomène, mais on n'ose pas s'avancer à affirmer qu'il se reproduira toujours de la même manière. C'est qu'il y a dans la science de l'homme quelque chose de mystique qui entrave l'observation, et nous commande par conséquent la plus grande sévérité dans le contrôle des faits qu'on nous annonce. Je me borne donc à demander que M. Gauthier de Claubry dépose sur le bureau, deux pièces qui puissent démontrer que la vaccine a réellement arrêté une épidémie de variole.

M. Gauthier de Claubry : Voici un rapport du préfet de Seine-et-Oise, duquel il résulte que, dans une épidémie à Versailles, M. Boucher ayant pratiqué d'urgence 75 vaccinations, la maladie a disparu, sous la seule influence de ce moyen.

M. Bouillaud : Cette pièce est évidemment incomplète; on ne nous dit ni la nature de l'épidémie, ni le nombre des personnes affectées au moment où fut faite la vaccination, etc. C'est un document purement administratif, et si l'on prend ce document pour exemple, l'exemple ne prouve rien.

La première conclusion est mise aux voix et adoptée.

La seconde conclusion établit que les cas de variole sont moins fréquens et moins graves chez les individus vaccinés que chez ceux qui avaient déjà eu la variole. Elle est adoptée.

La troisième conclusion est formellement opposée à l'hypothèse de l'affaiblissement du vaccin par ses nombreuses transmissions, et à la diminution de sa vertu préservatrice chez le même individu, à mesure qu'on s'éloigne du moment de la vaccination.

M. Bousquet : Je demanderai à la commission si cette conclusion est simplement historique, si elle n'a pour objet que d'exprimer ce qui a été observé en 1839, ou si, au contraire, c'est un jugement porté d'une manière définitive sur la question générale.

M. Gauthier de Claubry répond qu'il a seulement voulu rendre compte de ce qui s'est passé en 1839.

M. Dubois (d'Amiens) : Si j'ai bien compris M. le rapporteur, les sujets anciennement vaccinés seraient aussi sûrement préservés que ceux qui viennent de subir l'opération. Ce n'est pas mon opinion, ni celle des médecins étrangers. J'ai observé plusieurs sujets atteints de variole après avoir été vaccinés, et j'ai remarqué qu'ils étaient tous âgés de 15 à 25 ans, assez éloignés déjà, par conséquent, de l'époque à laquelle on vaccine habituellement les enfans.

M. Adelon : On a proposé deux hypothèses pour expliquer les varioles qui surviennent chez les vaccinés. Le vaccin ne préserve que pendant un certain temps, ou bien le vaccin s'est affaibli par les nombreuses transmissions qu'il a subies jusqu'à nos jours. Et cependant, observez d'une part que rien ne prouve que la variole frappe exclusivement les anciens vaccinés, et jamais ceux qui viennent de l'être, et d'autre part que les enfans vaccinés maintenant ne sont certainement pas pris de variole plus souvent qu'autrefois.

M. Emery : J'ai vu un grand nombre de varioles, mais jamais aucune après vaccination, et les sujets chez lesquels on a cru avoir constaté la variole n'étaient affectés que de varioloïde.

M. Husson : Il y a quarante-un ans que je vaccine, et de tous ceux auxquels j'ai fait cette opération, je n'en ai pas revu un seul qui présentât la variole. A l'époque où la vaccine fut introduite en France, je fis graver des boutons pris à diverses périodes de l'éruption; on peut s'assurer en les regardant qu'ils sont absolument semblables à ceux que produit aujourd'hui encore l'inoculation vaccinale.

M. Baudelocque : La petite vérole est endémique à l'hôpital des Enfans malades; depuis dix ans que j'y exerce, je n'ai pas vu un seul cas de récidive.

M. Moreau : Voilà vingt-cinq ans que j'observe, et je suis encore à trouver un cas de variole chez un sujet vacciné.

M. Bégin : On n'a pas non plus été à même de voir des cas de ce genre dans les hôpitaux militaires, et cette vérité y est tellement reconnue qu'on a renoncé à l'isolement des varioleux.

La troisième conclusion est adoptée. La quatrième a rapport à l'inutilité des revaccinations.

M. Bouillaud : Nous nous trouvons vis-à-vis de nos adversaires dans une position particulière. Lorsque nous leur présentons un individu affecté d'une variole confluente, ils nous opposent que sans doute la vaccination n'a pas été bien faite. Leur prouvons-nous que la vaccine avait été régulière, que les cicatrices en sont encore évidentes; alors, nous disent-ils, il ne s'agissait que d'une varioloïde. Mais il est impossible d'admettre ces explications pour tous les cas si

nombreux de récidive de variole, et de supposer que nous nous sommes trompés constamment.

M. Moreau : J'admets qu'il y a des récidives franches, incontestables; mais je dis qu'elles sont moins fréquentes après la vaccine qu'après la variole. Si donc, on revaccine ceux qui ont déjà subi une fois cette opération, il faudra aussi revacciner les variolés eux-mêmes. D'ailleurs, l'aptitude à contracter une seconde fois la vaccine ne prouve pas la disposition du sujet à être atteint de nouveau par la variole. Dix fois déjà je me suis revacciné, pour montrer à des malades pusillanimes l'innocuité de cette opération, et trois fois la vaccine a pris. En conclura-t-on que j'avais une égale disposition à contracter la variole; mais certes, s'il en avait été ainsi, cette disposition aurait bien produit ses effets, depuis le temps que je soigne des varioleux.

La quatrième conclusion est adoptée.

M. Gauthier de Claubry, après avoir lu la cinquième conclusion, où il est dit que les revaccinations, même en les supposant utiles chez certains individus, ne parviendraient pas à éteindre la variole, raconte qu'un enfant vacciné par M. Bousquet et lui, avec du vaccin de Passy, a néanmoins eu, cinq ans après, la varioloïde. Ce n'est donc pas la détérioration du virus, ni l'épuisement de sa propriété par l'âge, qui peut expliquer les récidives; car, dans le cas actuel, le sujet était, sous ces deux rapports, dans les conditions les plus favorables.

M. Bouillaud : Nous n'avons pas d'opinion définitivement arrêtée dans le sens de la revaccination; nous blâmons seulement ceux qui se prononcent d'une manière absolue contre elle, sans avoir voulu vérifier les faits qui auraient pu modifier leur manière de voir.

La cinquième conclusion est adoptée.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Des eaux minérales de l'Angleterre, et de leur effet curatif, avec des remarques sur l'action du bain et sur les eaux minérales artificielles; par M. Edwin Lee. — 124 pag. in-12 (en anglais). Londres, 1841.

L'auteur de cet élégant volume, qui en a déjà publié plusieurs sur les eaux minérales du continent, dans le but d'éclairer ses compatriotes sur les propriétés de différente nature de ces eaux, et de les guider dans le choix de celles qu'ils devaient préférer, ne pouvait pas moins faire pour les eaux minérales de son pays, qu'il n'avait fait pour celles des contrées étrangères; c'est ce qu'il s'est proposé par l'ouvrage dont nous venons de donner le titre, et qui nous paraît appelé à donner aux principales eaux d'Angleterre une partie de la popularité que ses travaux précédens ont donnée, parmi ses compatriotes, à celles de la France et de l'Allemagne. Si les eaux minérales sont en moins grand nombre dans le royaume-uni que dans ces deux derniers pays, si elles sont douées de propriétés moins actives, si surtout il y en a peu qui soient d'une température aussi élevée, ce n'est point un motif pour les négliger, comme le font beaucoup d'Anglais, qui vont chercher à grands frais quelquefois, et souvent bien loin, contre leurs souffrances, des secours qu'ils trouveraient dans leur propre pays. Il paraît cependant que, bien que plusieurs ouvrages aient été publiés de temps en temps en anglais sur les eaux minérales, on s'y est beaucoup moins occupé de cette question depuis plusieurs années que sur le continent. Tandis qu'en France la plupart des grands établissemens de ce genre sont sous la surveillance du gouvernement, qui nomme des médecins-inspecteurs chargés de régler tout ce qui concerne ces établissemens, et d'y recueillir tous les faits scientifiques de quelque valeur, et que, dans quelques-uns, les bienfaits de ces eaux ont été mis à la portée même des dernières classes de la société par l'érection d'hôpitaux où sont reçus les pauvres malades des grandes villes voisines, et même quelquefois de pays éloignés, il n'existe rien de semblable en Angleterre, où, s'il y a dans un ou deux endroits des établissemens de charité de ce genre, ils sont si petits qu'ils ne peuvent contenir qu'un nombre tout à fait insignifiant de malades, en sorte que les eaux n'y sont réellement accessibles qu'aux hautes et moyennes classes. Une autre circonstance signalée par M. Lee empêche les eaux minérales, en Angleterre, de produire tous les résultats qu'on en obtient ailleurs, c'est l'habitude qu'ont les baigneurs anglais d'employer, tout en faisant usage des eaux, une foule de substances pharmaceutiques, et qui, au lieu d'ajouter à la force de ces eaux, comme ils le prétendent, s'opposent souvent à leurs effets, ou les rendent nuisibles.

L'auteur divise les eaux minérales d'Angleterre en thermales et en froides. Les premières sont au nombre de quatre seulement, qui sont celles de Bath, de Buxton, de Clifton, de Malvern et Matloch. Les eaux de Bath ne le cèdent à aucune des eaux les plus célèbres de l'Europe sous le point de vue de l'antiquité et de la renommée. Ce sont même les seules eaux de l'Angleterre que l'on puisse appeler chaudes, leur température étant de 34-38 degrés R. Le nombre de ceux qui fréquentent ces eaux est beaucoup moins considérable qu'autrefois, ce qui dépend à la fois et de l'affluence des baigneurs qui se rendent aux eaux du continent pendant l'été, et de ce que les eaux de Bath, au lieu d'être dans la campagne entourés de jardins et d'avenues, sont au milieu d'une grande ville de 50,000 âmes, où les baigneurs ne trouvent de logement qu'à une distance plus ou moins éloignée des bains qu'ils ne peuvent pas prendre comme aux sources du continent dans leurs hôtels ou dans leurs habitations.

Après les eaux de Bath viennent dans l'ordre de la température celles de Buxton, dont la chaleur ne s'élève pas au-dessus de 22 degrés à la source même, et ne dépasse pas 18° dans les baignoires, puis celles de Clifton dont la température est de 17 à 18° R.; et enfin celles de Malvern et de Matloch, qui s'élèvent un peu au-dessus de la température des sources ordinaires. Quant aux substances que contiennent ces eaux, elles méritent à peine, à l'exception des premières, le nom de minérales; elles sont peu actives, les sels de chaux y sont dans une proportion très considérable; quelques traces de magnésie et de soude avec de légères traces de fer peuvent seules leur donner quelques propriétés thérapeutiques, et les faire agir à la manière des altérans. Elles contiennent en outre un peu de gaz acide carbonique.

Parmi les eaux froides et salines d'Angleterre, celles d'Harrowgate et de Cheltenham tiennent la première place, et contiennent, en outre des sels de chaux, de soude et de magnésie, une petite quantité d'hydrogène sulfuré, qu'elles ne paraissent pas avoir amené de grands profondeurs, mais dont elles se sont chargées dans les couches de tourbe qu'elles traversent avant d'arriver à la surface du sol, et dans laquelle les matières végétales et minérales, qui sont ordinairement en putréfaction, y dégagent constamment de l'hydrogène sulfuré. Ces eaux sulfureuses ne peuvent être comparées à celles du continent, qui non seulement contiennent une bien plus grande quantité de soufre, mais dont les sels ne sont pas dans une proportion assez forte pour détruire ou au moins contrebalancer l'action spéciale du soufre; par exemple, aux eaux d'Aix-la-Chapelle, qui contiennent sept fois plus d'hydrogène sulfuré, et qui, fréquemment, déterminent une légère constipation, laquelle augmente beaucoup la quantité de soufre absorbé par le sang; tandis que dans l'eau d'Harrowgate les sels prédominent tellement, que dans le plus grand nombre des cas ils agissent immédiatement sur la muqueuse du tube digestif, et laissent peu d'action au soufre.

Brighton est moins célèbre pour ses sources d'eaux salines et ferrugineuses, qui en sont à un mille, que pour ses bains de mer et ses eaux artificielles, sur la production desquelles l'auteur donne quelques détails intéressans. Un essai sur le bain considéré chez les anciens et les modernes termine l'ouvrage de M. Lee, qui se recommande par l'esprit d'indépendance dans lequel il est écrit, par la justesse des points de vue thérapeutiques, et enfin par les documens utiles qu'on y trouve à chaque pas. Cet ouvrage n'est pas indigne de ses aînés; il mérite et obtiendra le même succès qu'eux même dans la grande-Bretagne, dont il n'a point exagéré les ressources sous le point de vue des eaux minérales.

VARIÉTÉS.

— Cours public sur les maladies des organes génito-urinaires. — M. le docteur Aug. Mercier commencera ce cours le samedi 22 mai, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n. 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

— Clientèle de médecin à céder, avec facilités de paiement. S'adresser au bureau du journal.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 22. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 29 MAI 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA LUXATION DE L'HUMÉRUS EN ARRIÈRE; par Astley Cooper; traduit de l'anglais par M. A. Bouchacourt, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon (1).

Dans mon Traité des luxations et des fractures des articulations, j'ai donné des planches qui représentent la luxation de l'humérus dans l'aisselle ou en bas; d'autres relatives à la luxation derrière le muscle pectoral et sous la clavicule, ou en avant; enfin j'ai fait représenter la luxation incomplète dans laquelle la tête de l'humérus est approchée de l'apophyse coracoïde, sans être, comme dans la luxation en avant, placée sur le côté sternal de cette éminence. Je n'avais pas alors en ma possession une pièce anatomique qui pût donner l'idée de la luxation de l'humérus sur le dos de l'omoplate (dans la fosse sous-épineuse). Mais ayant eu depuis cette époque l'occasion d'en rencontrer un exemple, j'ai pensé qu'il serait utile d'en rapporter brièvement l'histoire, et d'y joindre une planche qui retracera l'état des parties telles que la dissection l'a montré.

L'accident différait par sa cause des cas que j'avais déjà rencontrés; car il était le résultat de la contraction musculaire seulement, sans que le malade eût reçu de coup, ni quelque violente secousse sur l'articulation ou le reste du membre.

Obs. — Je fus appelé auprès de M. Complin, habitant dans la cité, Bishopsgate-street, pour examiner son épaule gauche; je trouvai une luxation de l'humérus sur le dos de l'omoplate bien nettement caractérisée : il existait une dépression au-dessous de l'acromion; la tête de l'os n'était plus dans sa situation normale, et les doigts pouvaient arriver dans la cavité glenoïde, entre la tête de l'humérus et l'apophyse coracoïde.

La tête humérale s'était portée sur la partie postérieure de la cavité glénoïde de l'omoplate et sur son bord inférieur (axillaire); elle remplissait l'espace compris entre ce bord et l'épine du scapulum.

Je fus d'avis de tirer sur le membre; mais le malade avait déjà tellement souffert des efforts inutiles de réduction qu'on avait déjà tentés qu'il redoutait avec anxiété le moindre mouvement de l'épaule; aussi n'insistai-je pas davantage. Il conserva jusqu'à sa mort les signes du même déplacement.

Le malade avait été vu par M. Cobb, et plus tard par MM. Key père et fils. Ce dernier me donna dans une lettre quelques renseignemens sur ce fait :

M. Complin était âgé de 52 ans et sujet à des accès d'épilepsie. Durant l'un de ces accès, qui fut des plus violens (il était alors au lit), les secousses convulsives furent portées au point de luxer spontanément le bras. La femme qui était alors avec lui est sûre que durant l'accès il n'est point tombé du lit et n'a reçu aucun

(1) Ayant l'intention de publier quelques recherches sur ce sujet, je n'ai pas cru devoir joindre aux faits d'A. Cooper l'indication des observations déjà connues en France, ou contenues dans quelques recueils étrangers; j'aurais craint ainsi d'altérer l'originalité de ce dernier travail du célèbre chirurgien anglais.

(Note du traducteur.)

Feuilleton.

DU MAGNÉTISME ANIMAL A PROPOS DE QUELQUES PUBLICATIONS NOUVELLES.

Il paraît y avoir en ce moment une recrudescence de magnétisme animal. Malgré ses nombreuses déconfitures académiques, dont MM. Dubois (d'Amiens) et Burdin jeune viennent de nous tracer le tableau en un volumineux in-8° de 700 pages compactes, le système ne se tient pas pour battu et ne semble même que s'en mieux porter. L'énorme *factum* de ces deux honorables confrères est, à tout prendre, une excellente aubaine pour le magnétisme animal; car que peut souhaiter de mieux une doctrine que de faire parler d'elle? Les critiques, les réfutations sont, en définitive, des discussions; or, tant qu'une idée est discutée, elle n'est pas morte, et sa vitalité peut être même mesurée sur le nombre et la force des attaques dont elle est l'objet. Les magnétiseurs ont donc grand tort de crier à la persécution. En ce monde, n'est pas persécuté qui veut. Ils ne manqueront pas, les ingrats, de jeter les hauts cris contre le livre et contre ses auteurs, tandis qu'ils devraient aller en corps remercier ces messieurs de la peine qu'ils se donnent à leur intention. N'est-ce pas, en effet, une bonne fortune inouïe qu'il se rencontre deux académiciens si zélés à leur endroit? L'un a mis à leur discrétion sa bourse; il leur a offert des billets de mille francs tant qu'ils en ont voulu, ne leur demandant en retour que des choses très faciles, comme, par exemple, de venir lire devant lui les yeux fermés, ou bien les yeux ouverts dans une tabatière, opérations qui ne sont qu'un jeu pour eux depuis quelque temps. A la vérité ils ont refusé ces offres qui leur ont semblé suspectes; l'argent, sans doute, n'était pas de refus, mais, venant d'un ennemi, ils ont eu peur de quelque trahison, et ont dit comme Laocoon :

Quidquid id est, timeo Danaos et dona ferentes.

Mais M. Burdin jeune était incapable de leur faire du tort; c'est un très galant homme qui n'y entendait pas malice, et qui voulait seulement se donner, pour son argent, un divertissement innocent. Des occasions comme celles-là sont rares, et les magnétiseurs chercheront longtemps avant de rencontrer une belle âme.

Quant à l'autre académicien, il ne leur a pas proposé de l'argent, et nous ne présumons même pas que cela lui arrive jamais, mais il leur donne, avec une libéralité sans exemple, son temps, ses veilles et son plus beau style. Il étudie leurs livres, il les commente, il les explique, et ils ne prononcent pas un mot qu'il ne soit là pour le recueillir et le mettre en lumière. Ils se plaignent qu'il se moque d'eux à tout propos, qu'il ne prend pas les choses au sérieux, et qu'il ne voit dans leur fait que le côté ridicule. Soit; mais, de bonne foi, peuvent-ils exiger qu'un homme d'esprit parle d'eux un peu longtemps sans rire? Le magnétisme ne va pas sans les magnétiseurs, et en supposant que la chose soit sé-

choc sur son épaule, et que la forme de l'épaule, telle que je l'ai décrite, et qui persista jusqu'à la mort, était le résultat d'efforts musculaires; ce fut aussi la conviction bien établie de MM. Cobb, Key et la mienne. Outre le mécanisme suivant lequel cet accident avait été produit, je dois noter deux autres circonstances particulières : l'une, que la tête de l'os pouvait, par l'extension, être replacée dans la cavité glénoïde; mais aussitôt que les efforts cessaient, la tête de l'humérus glissait encore sur le dos de l'omoplate; alors tous les signes de la luxation reparaissaient; l'autre circonstance, c'est qu'au moment où l'os abandonnait sa cavité, on percevait une crépitation qui donnait à croire que le bord de la cavité glénoïde était fracturé. Ce symptôme fit conjecturer que si l'humérus, replacé dans la cavité, glissait si facilement hors de sa position normale, cela devait être attribué à l'imperfection de la surface articulaire de cette portion de l'omoplate.

Le malade était incapable de se servir de son bras, et même de lui imprimer quelques mouvemens tant soit peu étendus; il ne pouvait, malgré ses efforts, lui faire quitter le tronc; et quoiqu'il vécût encore six ans après cet accident, il ne recouvra jamais l'usage de son membre.

M. Key ayant examiné l'état des parties après la mort, m'envoya la note suivante :

« Monsieur,

» Vous vous rappelez que la luxation de M. C... était due seulement à l'action musculaire dans une crise d'épilepsie; pendant la vie, on avait regardé comme probable qu'une portion de la cavité glénoïde, ou la petite tubérosité avaient été détachées, ou peut-être un fragment de la tête humérale; et l'on expliquait ainsi pourquoi la tête de l'os ne restait pas dans sa cavité naturelle quand elle y était replacée. Mais l'examen cadavérique a démontré que la cause de ce symptôme résidait dans la déchirure du tendon du muscle sous-scapulaire qui adhérait au bord de la cavité glénoïde. Il était épaissi, son aspect était singulièrement altéré par suite de la déchirure et d'une réunion fort imparfaite et irrégulière.

» Les muscles de la face postérieure de l'omoplate étaient considérablement atrophiés par leur défaut d'exercice; le tendon de la longue portion du biceps était entier, mais fixé en bas par des adhérences. Quoi qu'il en soit, je vous envoie les pièces, pour que vous les examiniez à loisir. »

« Aston Key. »

Voici quel était l'état des parties, muscles et os : la tête de l'humérus est située derrière la cavité glénoïde de l'omoplate; elle repose sur le bord postérieur de cette surface articulaire et le bord inférieur ou axillaire de l'omoplate dans le point où ce dernier rencontre la surface articulaire. Quand on regarde l'omoplate en arrière, la tête de l'humérus est placée sur un plan postérieur à l'acromion, et au-dessus de lui, un espace assez considérable sépare la tête de l'os luxé de l'apophyse coracoïde; les doigts s'y enfoncent profondément vers la cavité glénoïde.

Si on examine la pièce par sa face antérieure, on trouve que la tête de l'humérus occupe l'espace compris entre la crête inférieure et l'épine du scapulum, qui est ordinairement couvert par le sous-épineux et le petit rond. Le tendon du muscle sous-scapulaire et la portion interne du ligament capsulaire étaient déchirés au niveau de l'insertion de ce muscle; mais la plus grande partie de la portion postérieure du ligament capsulaire restait intacte, et se trouvait repoussée en arrière avec la tête de l'os, dont elle enveloppait la partie postérieure.

Le muscle sus-épineux était tendu; le sous-scapulaire atrophié par le défaut d'exercice, et les sous-épineux et petit rond raccourcis et relâchés par suite du rapprochement de leurs insertions consécutives à la position actuelle de la tête de l'humérus.

Quant à ce dernier, et aux autres os de l'épaule, la tête humérale et le bord externe de la cavité glénoïde étaient en contact direct. L'un des os frottait contre l'autre quand des mouvemens étaient imprimés à la tête de l'humérus : cette disposition rendait compte de la crépitation qu'on entendait dans les premiers temps de la luxation, car il n'y avait pas de fracture. La cavité glénoïde avait été, à sa partie postérieure, creusée par l'absorption, de manière à représenter la une sorte de coupe, qui recevait la tête de l'humérus. Ce dernier os et le cartilage qui le recouvre présentaient aussi un léger degré d'absorption, dans son point de contact avec le scapulum; les frottemens répétés durant l'espace de six ans devaient être aussi pour quelque chose dans cette usure.

La surface de la cavité glénoïde primitive, au lieu d'être unie et revêtue de son cartilage, était rugueuse et inégale. L'extrémité de l'acromion fut sciée afin de s'assurer s'il n'y avait pas quelque fracture; on ne put y découvrir la plus légère solution de continuité.

La dissection de l'articulation malade rend exactement compte de toutes les circonstances qu'a présentées la luxation.

Dans la luxation ordinaire en arrière ou sur le dos de l'omoplate, quand l'os garde sa position normale, lorsqu'il y est ramené, un bandage roulé et le repos pendant quelques heures sont pleinement suffisans pour empêcher un nouveau déplacement. Les muscles reprennent leur force contractile, assurent la solidité de la réduction; mais dans ce cas le tendon du muscle sous-scapulaire ayant été arraché du petit tubercule de la tête humérale, l'os se trouvant par conséquent porté en arrière par l'action du sous-épineux et du petit rond, n'a pas de soutien quand il est replacé dans sa cavité; mais aussitôt sa réduction faite, il était tiré de nouveau en arrière par l'action des deux muscles postérieurs, et tous les caractères de la luxation reparaissaient.

Le bandage destiné à maintenir l'humérus en place doit être placé en avant de la poitrine, et derrière l'épaule, pour maintenir la tête de l'os en avant, et un coussin doit être fixé en arrière de la tête humérale pour l'empêcher de glisser hors de la cavité glénoïde; de telle sorte que ce bandage doit être l'opposé du bandage en croix ordinaire qui croise le dos; celui-ci doit être disposé de manière à croiser la partie antérieure de la poitrine; on ajoutera au bandage une écharpe pour soutenir le coude, et le porter en arrière.

Depuis que j'ai écrit sur les luxations de l'épaule, plusieurs cas de luxation en arrière sont parvenus à ma connaissance; j'en rapporterai deux ou trois exemples. Dans ces cas, l'accident arrive ordinairement par le choc violent d'un corps, le bras étant porté en avant, et la tête de l'os étant chassé beaucoup plus en arrière que dans l'observation de M. Complin. Probablement la portion postérieure du ligament capsulaire étant rompue permet le déplacement de l'os, qui quitte la cavité glénoïde pour se porter sur le dos du scapulum et sur sa crête inférieure.

J'ai vu que, dans ces cas, les moyens ordinaires de réduction avaient été employés, par exemple, celui qui consiste à fixer l'omoplate par une bande et à tirer le bras en dehors; mais la réduction se fit lentement et avec difficulté. Aussi fus-je heureux de rencontrer le cas suivant, dans lequel la réduction fut opérée avec facilité, vingt-trois jours après l'accident, sans le secours de moyens violens ou compliqués.

Obs. II. — M., de l'Essex, eut une querelle; son antagoniste le poussant violemment lui luxa l'humérus en arrière. Il consulta le chirurgien du lieu au moment de l'accident; celui-ci lui conseilla d'aller à Londres prendre l'avis d'un chirurgien d'hôpital. Il suivit son conseil seize jours après l'accident seulement. Le chirurgien auquel il s'adressa fit d'inutiles et de violens efforts pour opérer la réduction. Je vis le malade le vingt-troisième jour; la nature de l'accident était facile à reconnaître, car la projection de la tête de l'os pouvait être facilement appréciée; lorsqu'on imprimait au coude des mouvemens de rotation, on sentait la tête humérale rouler sur le dos du scapulum. Le malade se trouvant chez moi, je n'avais rien à ma disposition pour faire convenablement l'extension; mais je

---

rieuse, les hommes certes ne le sont pas. Mais, en dernier résultat, tout cela profite à la cause, et le magnétisme a, sous ce rapport, plus à se louer de ses ennemis que de ses amis.

Du reste, ce n'est pas précisément du livre de MM. Burdin et Dubois qu'il s'agit ici. Si nous avions à juger ce livre d'une manière absolue, nous dirions qu'il ne justifie pas tout à fait son titre. Il est écrit d'un bout à l'autre sur un ton de persiflage et avec une partialité peu dignes de l'histoire. Les faits ne s'y présentent que rarement dans leur pureté et avec leur vraie physionomie; ils sont presque toujours plus ou moins travestis. L'*Introduction* et la *Conclusion* contiennent de criantes hérésies historiques et philosophiques, et, en somme, l'ouvrage est moins peut-être une histoire qu'un pamphlet. Nous ne citons donc cette publication que pour constater la prospérité du magnétisme animal, qui est assez puissant maintenant pour se mettre sur les bras deux adversaires de cette force.

Mais les magnétiseurs, de leur côté, ne sont pas oisifs, et jamais ils n'ont déployé tant d'activité. Les journaux, les cours, les livres pleuvent de tous côtés. Nos bureaux sont encombrés depuis quelque temps des productions de la littérature magnétique. Nous avons remarqué en outre que la plupart de ces publications sortent des presses d'éditeurs qui ont en général la main sûre, et qui savent très bien d'où vient le vent. C'est là pour nous le thermomètre infaillible de l'opinion régnante; et sur cette seule indication, nous sommes disposés à affirmer que le magnétisme est en ce moment ce qu'il y a de plus à la mode. Il est donc de très bon goût de s'en occuper.

Parmi les productions les plus récentes qui nous tombent sous la main, l'Introduction au magnétisme, de M. Gauthier, est la plus grave, et, s'il est permis de se servir de cette expression, la plus scientifique. L'auteur n'est pas entièrement exempt de la mysticité enthousiaste des magnétiseurs, mais il en use très sobrement, et il est assez souvent aussi raisonnable que le sujet le comporte. Dans ses recherches sur les origines historiques du magnétisme animal, il n'a pas beaucoup ajouté à ce qu'avaient dit Thouret, Deleuze, Virey, Abrial et autres. Il paraît très convaincu que le magnétisme a été de tout temps et partout pratiqué dans un but médical ou religieux, chez tous les anciens peuples. Il en poursuit les traces chez les Egyptiens, les Juifs, les Perses, les Grecs, les Gaulois et les Romains. Pour lui, comme pour tous les magnétistes, les prêtres médecins de l'Egypte et de la Grèce primitive, les thaumaturges de tous les temps, les Apôtres et Jésus-Christ lui-même n'étaient que des magnétiseurs; les prophètes, les sybilles, la pythie, des somnambules. On ne peut admettre ce mode d'interprétation exclusive, qui, vu en gros, n'est pas moins arbitraire et improbable que le système prétendu rationnel de M. Dubois et autres, qui ne voit en tout cela que fourberies, fraudes, mensonges, charlatanisme, bref, une comédie perpétuelle entre dupes et fripons. La véritable explication philosophique du surnaturalisme historique est encore à connaître; mais, à coup sûr, ce n'est pas dans le magnétisme seul qu'on en trouvera la clef. Il n'y paraît guère pouvoir entrer que comme un élément secondaire et fortuit.

En théorie, M. Gauthier admet l'existence d'un agent ou fluide magnétique, physiquement et matériellement distinct des autres impondérables, la chaleur, l'électricité, la lumière; le fluide dit *nerveux* ne serait, selon lui, que le fluide magnétique universel, mais modifié selon les conditions spéciales de l'organisa-

le fis asseoir sur une chaise, et lui fléchissant le coude à angle droit, j'élevai son bras, en le portant derrière le cou, de manière à faire croiser la main sur la nuque vers l'épaule du côté opposé; poussant alors avec force le coude en arrière, et pressant sur la tête de l'os, je le poussai sur le bord inférieur de l'omoplate, il rentra instantanément dans la cavité glénoïde.

M. Bransby Cooper assistait à l'opération.

Obs. III. — Un homme se présenta à l'hôpital de Guy; M. Tallern, élève de M. B. Cooper, fit asseoir ce malade sur une chaise, plaça son genou dans l'aisselle, tandis que d'autres élèves tiraient sur le bras en prenant leur point d'appui sur le poignet; la réduction s'opéra ainsi.

M. Dume, chirurgien à Blackfriars, réussit sans peine en fixant l'omoplate et tirant sur le poignet, suivant la méthode ordinaire de réduire les luxations de l'aisselle.

Dans un cas observé par MM. Key et Whittaker, ces chirurgiens ne réussirent pas en portant le coude derrière la tête, comme le montre la lettre suivante de M. Key.

« 15 août 1839.

« Samedi dernier, j'ai eu l'occasion d'observer un cas de luxation de l'humérus en arrière; j'ai pensé qu'il vous serait agréable d'en connaître les détails. »

Obs. IV. — Un homme vigoureux tomba sur l'épaule avec quelque violence. En se relevant, il sentit son bras fort douloureux, et se trouvait incapable d'exécuter le moindre mouvement. M. Whittaker, son chirurgien, le vit immédiatement après l'accident, et reconnut que la tête de l'humérus était luxée en arrière. La rareté du fait l'engagea à me prier de voir le malade après lui. Je vis à mon arrivée un homme robuste, assis sur son lit, souffrant beaucoup et se plaignant plus que ne le font d'ordinaire les malades dans cette espèce de luxation; je pensais qu'il y avait une fracture du col huméral, d'autant qu'à ma première vue je ne sentis aucun creux sous le muscle deltoïde, l'épaule ayant sa forme ronde accoutumée.

Examinant alors le malade de côté, pour mieux apprécier l'état du membre, je reconnus facilement une difformité de l'épaule. La partie antérieure semblait gonflée, et la partie postérieure plus remplie que d'habitude; la tête de l'os se voyait et se sentait facilement sur la partie postérieure du col de l'omoplate. Le coude pouvait être porté en dehors, ou relevé à la hauteur de l'acromion. La rotation en dehors était complétement impossible; par suite de la tension du muscle sous-scapulaire, le moindre mouvement donnait lieu à une vive douleur: le malade la rapportait à la partie inférieure du muscle deltoïde, dans la direction du nerf articulaire, qui probablement était en souffrance par la pression de la tête de l'os.

Je fis asseoir cet homme sur une chaise, et tandis que M. Whittaker fixait l'omoplate, je portai le coude en haut et en arrière, pour amener la tête de l'os en avant dans la cavité glénoïde.

Tout ce que nous gagnâmes par ces manœuvres fut une légère impulsion de l'os en avant, et la production d'un état de syncope. Alors, nous plaçâmes le malade sur le dos, et fixant l'omoplate avec le talon porté dans l'aisselle, nous tirâmes le bras en bas; cette extension (continuée pendant l'espace de deux à trois minutes) suffit à opérer la réduction.

M. Whittaker m'a dit que le malade s'est bien rétabli, quoique l'épaule ait consécutivement offert beaucoup de gonflement et d'inflammation.

DERMATOLOGIE.

COURS SUR LES MALADIES DE LA PEAU; par M. GIBERT, médecin de l'hôpital St-Louis.

A l'ouverture de notre cours de l'année dernière, nous vous avons exposé le plan que nous nous proposions de suivre dans cet enseignement, après avoir jeté un coup-d'œil rapide sur les leçons de nos prédécesseurs et nos maîtres, le docteur Biett et le professeur Alibert, créateur de cet enseignement clinique spécial. En continuant la marche que nous avons fidèlement observée dans notre cours depuis quatorze ans, nous partageons nos leçons en deux parties, l'une théorique, où sont rapidement résumés tous les points capitaux de l'histoire de la pathologie cutanée; l'autre clinique, consacrée à l'examen des malades choisis pour exemples.

La première partie n'est présentée qu'en abrégé, attendu qu'elle est exposée avec tous les détails désirables dans notre Traité pratique des maladies de la peau; la seconde, au contraire, doit prendre d'autant plus de développemens que les circonstances locales sont devenues plus favorables à notre observation.

Nous parcourrons donc avec vous le cadre complet de la *pathologie cutanée spéciale;* mais nous insisterons particulièrement sur le côté pratique du sujet, dont l'accès vous sera rendu libre et facile par l'observation d'un grand nombre de malades.

Le temps n'est plus, en effet, où, se contentant d'un terme générique et banal pour désigner les maladies cutanées spéciales, les médecins, rabaissés au niveau du vulgaire le plus ignorant, se contentaient aussi de quelques notions fort incomplètes et fort inexactes sur la marche, les causes, les terminaisons, le traitement de ces maladies, auxquelles ils ne savaient opposer qu'un petit nombre de remèdes prétendus *spécifiques*, trop souvent impuissans, et, dans un grand nombre de cas même, directement nuisibles. Aujourd'hui où les minuties du microscope et les décompositions empruntées à l'art du chimiste sont devenues le complément obligé de l'observation dans la pathologie générale, il serait bien étrange de dédaigner en pathologie cutanée les lumières que fournit si naturellement l'observation facile et directe des diverses nuances de l'altération des tégumens.

Notre but, d'ailleurs, est beaucoup moins, comme le croient à tort beaucoup de médecins étrangers encore à l'objet spécial de nos études, d'arriver à établir une classification scientifique et une synonymie destinée à rehausser les mérites de cette classification, que de faciliter le *diagnostic* des espèces morbides, en comprenant sous ce terme de diagnostic tout ce que comprenait jadis la *prognose* hippocratique.

Je m'explique: un malade se présente à l'homme de l'art; celui-ci n'est pas seulement appelé à le guérir; il y a même des cas où cette guérison est au-dessus du pouvoir du médecin, et cependant il peut encore donner une foule de conseils utiles, éclairer le malade et ceux qui l'entourent sur beaucoup de points qu'il leur importe de savoir. Ainsi, reconnaître la cause du mal, savoir s'il est accidentel ou constitutionnel, héréditaire ou non, susceptible ou non de se transmettre par contagion; si sa durée sera longue, s'il est susceptible de s'étendre et de s'aggraver, s'il réclame des remèdes actifs ou s'il ne demande que du régime, du

tion animale. Ce fluide circule dans les nerfs, s'épanche même hors du corps, et est susceptible d'être dirigé par la volonté. Considéré absolument en lui-même dans son essence, cet agent ou être magnétique n'est autre chose que le *mouvement*. Le mouvement n'est ni une matière, ni un état de la matière; il est le principe essentiel de toutes les actions matérielles et en particulier de la vie. Il est dans le corps sans être corporel, mais il ne s'y manifeste pourtant que sous une forme matérielle ou physique. Conçu abstraitement comme principe d'action il est immatériel, mais il n'entre dans la sphère du réel qu'en se matérialisant et en passant à l'état de fluide. C'est dans cet état qu'il se communique, entre dans le corps et en sort sous forme d'émanation.

Nous ne nous chargeons pas de développer plus longuement, ni de faire parfaitement comprendre le point de vue particulier où veut se placer l'auteur, et nous croyons même que sa pensée est au fond inintelligible. Mais nous devons avouer qu'il expose sa théorie avec beaucoup de soin, d'ordre et de rigueur logique et que s'il ne parvient pas à la faire comprendre au lecteur, il paraît la comprendre lui-même.

Quant à la pratique, nous n'avons que des éloges à donner à ce magnétiseur. Ennemi de tout charlatanisme, il réprouve tous les moyens dont plusieurs de ses confrères se servent pour accréditer leur doctrine. Il se prononce vigoureusement contre ces prétendues expériences publiques, qui ne sont que des spectacles de tréteaux. Il veut que le magnétisme ne soit employé que comme auxiliaire de la médecine, et toujours et uniquement dans un but curatif.

Ce livre, du reste, ne contient rien de bien nouveau en magnétisme, si ce n'est toutefois la modération, la sagesse et la modestie de l'auteur. C'est pour ses qualités fort rares dans la secte que nous le recommandons spécialement à ceux qui n'ayant pas un parti pris sur la question sont disposés à permettre qu'on leur en parle amicalement et sans se fâcher.

Nous allons maintenant avoir affaire à un homme d'un autre ordre, M. J. J. A. Ricard, professeur public de magnétisme, directeur du Journal du magnétisme et auteur du Traité théorique et pratique du magnétisme animal; ceci est un magnétiseur *pur sang*, dont il ne faut attendre aucun quartier. Voué corps et âme à la propagation de la « sublime science dont il est l'apôtre (p. 6) » il croit tous les moyens bons quand il s'agit de défendre la vérité. Sûr qu'il est de son fait, il écrase du plus souverain mépris tous les opposans quels qu'ils soient. Il les traite tous de haut en bas, comme autant de vrais ânes; ou s'il leur accorde quelque intelligence, c'est à la condition d'en faire des scélérats endurcis dans le mal, des ennemis déclarés du bien public. Il en veut surtout aux académies qu'il déclare coupables des plus *superstitieuses erreurs, d'absurdités monstrueuses, de jugemens iniques, de fanatiques persécutions* (p. 8); *l'orgueil et l'ignorance* sont leurs moindres défauts. Il paraît même croire que les sociétés savantes ne sont guère instituées que pour arrêter le cours de la raison humaine, pour être les fléaux de l'humanité. Quant aux académiciens même, aux *parcheminés* (p. 10), il trouve que la plupart seraient de très *dignes pensionnaires de Charenton* (p. 8). Il est prêt à parier, dit-il, que M. Dubois (d'Amiens) « préférerait voir au chevet de son lit le choléra-morbus incarné, que convenir qu'il fait jour en plein midi, lorsqu'il lui prend fantaisie de fermer les yeux. » C'est là un très joli pari pour les amateurs.

Cet auteur s'élève quelquefois au sublime de l'éloquence. « Il est vrai, s'écrie-

temps et de la patience, s'il pourra récidiver, si le malade doit renoncer à certaines habitudes, s'il faut qu'il se mette en garde contre certaines influences, etc., voilà autant d'objets dignes de toute l'attention du médecin et de tout l'intérêt du malade. Or, pour arriver à embrasser toutes ces connaissances, qui constituent la base la plus solide de la science et qui établissent la limite la plus tranchée entre le médecin instruit et éclairé et le guérisseur empirique qui s'expose à nuire plus souvent encore qu'à être utile au malade; pour embrasser, dis-je, toutes ces notions si importantes, et souvent un seul coup-d'œil suffit pour cela au praticien versé dans la matière, ne faut-il pas, de toute nécessité s'être exercé à reconnaître les diverses espèces morbides sous les différentes formes qu'elles peuvent revêtir, les distinguer, les séparer les unes des autres, en un mot, les *nommer* et les *classer*?

Croyez-vous, par exemple, qu'il ne soit pas fort important de distinguer une maladie purement accidentelle et contagieuse, telle que la *gale*, d'une autre affection prurigineuse, mais non contagieuse et souvent constitutionnelle, telle que le *prurigo*? Pensez-vous qu'indépendamment même des indications thérapeutiques il n'y ait pas utilité directe et capitale à distinguer une éruption *scrofuleuse* d'une éruption *syphilitique*?

Eh bien! dans ces cas comme dans beaucoup d'autres que nous ne voulons pas citer parce qu'ils vous seront exposés plus fructueusement à mesure que nous ferons passer les malades sous vos yeux, il n'est pas toujours facile d'arriver à un diagnostic assuré, et l'on ne peut éviter des erreurs toujours fâcheuses pour le médecin et bien plus nuisibles encore au malade, qu'à l'aide d'une méthode d'observation rigoureuse fondée sur des caractères précis et sensibles. C'est précisément sur ces caractères qu'est basée notre classification.

Mais avant d'aller plus loin, nous chercherons à vous donner sur-le-champ une idée approximative de la fréquence, de la marche, de la durée et de la thérapeutique des maladies cutanées, en vous présentant quelques résultats tirés de notre pratique à l'hôpital Saint-Louis dans le cours de l'année qui vient de s'écouler.

Dans notre première leçon de 1840 (1), nous avons passé en revue les principaux remèdes employés dans le traitement des maladies de la peau; nous vous indiquerons cette fois ceux auxquels nous avons eu le plus souvent recours dans le laps de temps qui s'est écoulé depuis lors, et nous vous signalerons en particulier deux nouveaux *spécifiques* sur lesquels nous avons fait un assez grand nombre d'expériences, savoir: l'*anthrakokali* et le *sirop de deuto-iodure-ioduré*.

L'*anthrakokali* (d'ἄνθραξ, charbon et *kali*, potasse) est une solution de la houille dans la potasse caustique. Du moins telle est la prétention de l'inventeur, le docteur Polya, de Pesth. Mais pour nous, nous sommes forcé d'avouer que la préparation que nous avons obtenue ne peut guère être regardée que comme un simple mélange des deux substances.

Quoi qu'il en soit, l'anthrakokali est préparé de la manière suivante: on dissout le carbonate de potasse dans 10 ou 12 parties d'eau bouillante; dans cette solution on jette autant de chaux éteinte qu'il en faut pour mettre la potasse à nu. La solution ainsi obtenue ne contient que la potasse caustique; aussi l'eau de chaux ne peut y produire aucun trouble et les acides aucune effervescence. Ce liquide filtré, on le met de suite sur le feu, et on le laisse évaporer, jusqu'à ce qu'il ne se forme plus d'écume et d'effervescence, et que le liquide présente une surface unie comme l'huile; à cette potasse caustique on mêle en agitant la poudre porphyrisée du charbon de terre à la dose de 160 grammes de charbon pour 192 grammes de potasse. On retire alors le vase du feu et on continue d'agiter la préparation avec un pilon, jusqu'à ce qu'elle se soit convertie en une poudre noire homogène. On renferme cette poudre dans des flacons préalablement chauffés et on les conserve dans un lieu sec. (Voir les nos 9 et 12 de la GAZETTE MÉDIC., an 1840.) D'après l'inventeur, cette poudre noire, très ténue, d'une saveur sous-alcaline, est très soluble dans l'eau. Pour que la préparation soit parfaite il faut que l'anthrakokali soit presque entièrement soluble dans l'eau distillée, ce que l'on constate par l'expérience suivante: on ajoute 50 centigrammes de poudre à 60 grammes d'eau distillée; le mélange doit conserver une couleur brun-noirâtre. On laisse reposer cette solution, et si elle devient plus claire, si une poudre noire se précipite au fond du vase, alors la préparation est mal faite; même après avoir été filtrée, cette solution doit conserver cette coloration noirâtre.

Mais cela est-il possible? Le charbon et la potasse se trouvent-ils bien réunis à l'état de combinaison dans l'anthrakokali, ou bien ne restent-ils pas plutôt à l'état de simple mélange?

Les préparations obtenues à Paris n'ont pas présenté le caractère regardé comme essentiel par le docteur Polya. La solution dans l'eau distillée était imparfaite, laissait déposer le charbon, et après la filtration, ne contenait plus guère que la potasse caustique. L'anthrakokali même rapporté de Hongrie par le docteur Mandl, quoique se rapprochant davantage des caractères indiqués, laissait cependant encore déposer un peu de charbon de la solution dans l'eau distillée.

Le docteur Polya, de Pesth, pense que les maladies dartreuses sont entretenues par un vice particulier qu'il importe de combattre par un remède spécifique, même dans les cas nombreux où la cause première de l'éruption peut être attribuée à la gale, à la syphilis ou aux scrofules. Or, l'*anthrakokali* lui a paru jouir, contre le principe dartreux, de propriétés spécifiques analogues à celles du *soufre* contre la gale, du *mercure* contre la syphilis, de l'*iode* contre les scrofules.

Ce médicament, selon lui, agit sur toute l'économie, provoque des sueurs et détermine aussi une excitation locale qui s'annonce par une exacerbation temporaire de l'affection cutanée. On le donne en poudre, mêlé à de la poudre de réglisse dans du pain à chanter, à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour, en 3 ou 4 prises.

Le docteur Polya n'a point employé l'anthrakokali à l'extérieur et même il semble fort éloigné de ce mode d'administration craignant d'opérer ainsi une guérison trop rapide du mal local.

Pour nous, au contraire, nous avons dû renoncer presque entièrement à l'usage de l'anthrakokali, comme remède interne; mais nous l'avons appliqué à l'extérieur et nous continuons encore à l'administrer sous cette forme. Le topique qui nous est le plus familier est une pommade, faite avec l'axonge et la poudre d'anthrakokali, dans la proportion d'un trentième à un dixième du principe actif, comme on le voit dans la formule suivante:

Prenez: Anthrakokali.......... 1 gramme.
Axonge.............. 30 —
Mêlez.

(1) Voir la REVUE MÉDICALE, numéro de mai 1840.

---

t-il, que pour arriver aux couches précieuses (de la *mine magnétique*), il faut préalablement perforer avec peine le sol granitique superposé, et dans ce travail difficile plus d'un outil s'ébrèche et plus d'une fois le front dégoutte de sueur; c'est en mangeant le pain amer de la misère et des larmes qu'il faut briser le roc impitoyable qui sert de manteau au trésor, cent fois plus strictement gardé que ne l'était en Colchide la fameuse toison conquise par les Argonautes; etc., (p. 11.»

Ce qui précède est à peu près le résumé de la préface.

La suite du livre ne dément pas le début. M. Ricard est un magnétiseur modèle. La nature l'a tellement favorisé de ses dons magnétiques que rien ne résiste à sa volonté. Semblable à un Dieu, comme dit Homère, il tient dans ses mains le cœur des faibles mortels. Il distribue à son gré la santé, la maladie, le sommeil; il commande en souverain aux corps et aux âmes, et son pouvoir s'étend sur les trois règnes de la nature. Voulez-vous connaître quelques échantillons de son savoir faire? En voici.

D'abord (et en ceci il est infaillible) il dispose comme il lui plaît des mouvemens du cœur; il accélère, ralentit, ou même interrompt *ad libitum* le pouls des malades (p. 216); ce qui est extrêmement commode et utile dans une foule de cas. Il frappe à son gré de paralysie ou de catalepsie tout ou partie du système musculaire et il fait souvent un terrible usage de ce pouvoir surnaturel. Un soir, par exemple, à Angoulême, un certain incrédule qu'il ne nomme point, s'étant permis de le traiter de charlatan, il lança aussitôt sur lui son *regard de marbre* (p. 204), et à l'instant ce malheureux fut saisi d'un spasme général épileptiforme, comme si le malin esprit en personne était entré dans son corps. Une autre fois, à Angoulême encore, un jeune somnambule ayant essayé de résister aux ordres qu'il lui donnait mentalement, M. Ricard prit spontanément une volonté si impérieuse (p. 259) que le rebelle fut frappé de *tétanos*; son corps fit le cerceau en arrière, un horrible craquement de toutes les articulations se fit entendre et il tomba sans mouvement. Un médecin qui était présent constata qu'il n'y avait ni pouls, ni respiration, et on conclut qu'il était mort. Mais M. Ricard ne s'alarme pas pour si peu. Il se mit aussitôt à l'œuvre. Ses premiers soins, dit-il (p. 260), furent de rétablir la respiration et la circulation; c'était en effet assez essentiel. Puis il rétablit la vie cérébrale, puis le mouvement des membres, bref, il le ressuscita. Alors on s'aperçut d'un nouveau malheur, le pauvre diable se mit à divaguer, il était *en démence*. Mais M. Ricard, que rien n'embarrasse, lui rendit la raison comme il lui avait rendu toutes les autres facultés.

Mais ce ne sont là que des jeux d'enfans, et dont tous les magnétiseurs sont capables. M. Ricard en sait bien d'autres. Sur les traces de Mesmer, il aimante des barreaux de fer sur l'épigastre des somnambules (p. 328), expérience que très peu d'adeptes ont pu faire. Il somnambulise les gens à toute distance, même à plusieurs lieues (p. 328), et il lui est arrivé une fois de guérir une fièvre à dix lieues de distance. Son pouvoir médical se joue du temps comme de l'espace. Il guérit un paralytique en une demi-heure (p. 297), et un autre hémiplégique en une heure et demie (p. 400). A propos de cette dernière guérison, il dit: « Je n'ai jamais guéri de paralysie aussi promptement que celle-là. » Il oublie celle de la page 297. Mais ceci n'est pas une contradiction; il n'est pas étonnant que, dans cette multitude de guérisons, l'auteur s'embrouille un peu dans ses comptes.

Les malades se servent de cette pommade pour oindre deux fois par jour les parties affectées. Cette pommade nous a paru moins irritante que la pommade alcaline ordinaire, et cependant assez puissamment résolutive.

Nous l'avons employée dans nos salles sur près de 80 malades et nous en avons obtenu d'excellens résultats. Au contraire, l'anthrakokali administré à l'intérieur, d'après la formule du docteur Polya, à une vingtaine de malades, ne nous a paru jouir d'aucune propriété remarquable, et surtout nous n'avons jamais pu observer les effets directs et évidens signalés par l'inventeur comme annonçant l'action puissante du remède sur l'économie. Nous n'avons cependant pas manqué de persévérance, car quelques-uns de ces malades atteints de *lupus*, d'*eczema*, d'*impetigo* ou de *lepra* ont pris régulièrement le remède pendant deux ou trois mois sans aucun effet apparent.

On peut dire, d'une manière générale, que l'*anthrakokali* est un remède excitant qui convient dans les cas analogues à ceux où l'on a communément recours aux *sulfureux* et aux *alcalins*. Il ne peut être appliqué avec avantage qu'à la seconde période des maladies dartreuses, celle dans laquelle la période aiguë a cédé plus ou moins complètement pour faire place à un état chronique qui est cependant encore lui-même susceptible d'être troublé par des recrudescences et des exacerbations reproduisant temporairement l'état aigu.

L'*anthrakokali*, toutefois, par là même qu'il est moins irritant que les alcalins, les sulfureux et quelques autres agens minéraux, peut leur être substitué avec avantage dans les cas où ceux-ci paraissent avoir déployé une trop grande énergie. C'est ainsi que, chez une malade affectée d'une *lepra inveterata* des plus graves, l'éruption ayant rougi et s'étant avivée d'une manière exagérée sous l'influence des onctions avec la pommade à l'*iodure d'ammoniaque*, la guérison s'opéra très rapidement par la substitution de la pommade d'*anthrakokali* à la précédente.

2° Le *sirop de deuto-iodure-ioduré* est encore un remède nouveau qui nous a été proposé par M. Bontigny, pharmacien de Paris, et que nous avons employé avec succès chez un certain nombre de malades.

On sait que l'*iode* avait été appliqué au traitement des affections scrofuleuses par le docteur Coindet, de Genève, dès l'année 1821.

Assez peu de temps après, le professeur Brera, de Padoue, tentait l'emploi des préparations iodurées contre les affections *vénériennes*.

Nous avons été témoin nous-même des premiers essais thérapeutiques de M. Biett à l'hôpital St-Louis sur les préparations iodurées, sans pouvoir préciser exactement l'époque où ces essais furent commencés. Elle a d'ailleurs été fixée, par M. Biett lui-même, à une date qui correspond à celle des expériences de Brera, c'est-à-dire vers l'année 1821.

Les essais thérapeutiques de M. Biett furent très multipliés, très étendus et très variés; mais, en dernière analyse, ce célèbre praticien s'en tint presque exclusivement à l'emploi du *proto-iodure de mercure*, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Nous avons préconisé nous-même ce médicament, tant dans notre TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU (dont la première édition parut en 1834) que dans notre MANUEL DES MALADIES VÉNÉRIENNES, plus récemment publié.

Cependant le *deuto-iodure de mercure* avait été vanté en 1826 par un élève de M. Maury, médecin de l'hôpital St-Louis; mais il n'avait été employé que sous forme de topique, soit comme caustique, soit comme cathérétique.

Le professeur Brera avait publié antérieurement la formule d'une *solution alcoolique de deuto-iodure de mercure*, pour l'usage interne; mais cette solution n'avait guère été employée en France.

Aussi, en 1836, lorsque nous tentâmes pour la première fois, à l'hôpital de Lourcine, l'emploi du *sirop de deuto-iodure*, on peut dire que le deuto-iodure de mercure avait été généralement abandonné par les praticiens, tandis que le proto-iodure, au contraire, était devenu d'un usage vulgaire dans le traitement des maladies vénériennes et des maladies de la peau, particulièrement dans le traitement des *syphilides*.

Le *deuto-iodure de mercure* est soluble dans une solution d'iodure de potassium, avec lequel il se combine pour former un iodure double de mercure et de potassium. M. Bontigny a donné à ce médicament énergique la forme syrupeuse, d'après le procédé suivant :

Prenez : Bi-iodure de mercure . . 1 gramme.
- Iodure de potassium . . 50.
- Eau . . . . 50.

Dissolvez, filtrez au papier, puis ajoutez à sirop de sucre blanc marquant 30 degrés, froid. . . . . . 2400.

On obtient ainsi un sirop inaltérable, d'une saveur assez agréable, et dont l'administration est facile à tout âge, à tout sexe, à tout tempérament.

L'iodure de potassium, en excès dans ce sirop, remplit un double but, savoir : 1° d'assurer la solubilité et l'exacte combinaison du deuto-iodure de mercure, en échangeant de base avec les sels qu'on rencontre dans l'eau dont on se sert pour faire le sirop ; 2° d'agir lui-même directement contre les affections scrofuleuses et syphilitiques auxquelles on oppose avec succès le deuto-iodure de mercure. On sait depuis longtemps, en effet, et notamment depuis les expériences du docteur Brera, que l'*iode* et l'*iodure de potassium* jouissent d'une grande efficacité dans le traitement de ces deux classes d'affections.

Nous donnons habituellement le *sirop de deuto-iodure-ioduré* à la dose d'une cuillerée représentant 25 grammes de sirop; c'est-à-dire 1 centigramme de bi-iodure de mercure et 50 centigrammes d'iodure de potassium.

Ce remède précieux, à cause de son inaltérabilité, de sa grande énergie et de son innocuité (quand il est méthodiquement administré), nous a particulièrement servi à combattre les *syphilides* invétérées, et qui avaient résisté aux médications ordinaires; mais nous nous en sommes servi aussi très avantageusement dans diverses affections scrofuleuses.

Nous pouvons mettre sous vos yeux un bel exemple de guérison obtenue à l'aide du sirop de deuto-iodure.

La malade qui nous l'offre avait au front et à la racine du nez des tubercules rongeans et largement ulcérés, une périostose, des exostoses, inutilement combattus depuis plus de deux ans par des traitemens mercuriels et sudorifiques, lorsque nous en vînmes au sirop de deuto-iodure-ioduré. En moins de trois semaines, les ulcères étaient cicatrisés et la résolution des exostoses commençait. La guérison est solide et entière depuis plusieurs semaines, temps depuis lequel nous avons cessé le remède spécifique,

---

Notre magnétiseur n'est pas toujours d'humeur de guérir, et, suivant les cas, il inflige des douleurs et des maladies; car il a aussi le pouvoir, comme les anciens sorciers, de *jeter un sort* sur les gens qui lui déplaisent. Mais il n'use de ce terrible moyen que dans de rares occasions, et seulement comme punition à l'égard de certains somnambules *méchans* qui cherchent à nuire aux malades et même à leur magnétiseur. Dans ces cas, heureusement peu fréquens, M. Ricard est sans pitié ; il *foudroie* ces pervers et leur fait endurer les souffrances qu'ils destinaient à autrui (p. 329). On ne peut assez admirer la noblesse et la haute moralité de ce procédé.

Nous ne sommes certes pas au bout, et ce qui nous reste à dire dépasse toute prévision. La puissance de M. Ricard ne s'exerce pas exclusivement, comme celle des magnétiseurs vulgaires, sur l'homme; elle s'étend à toute la nature animée et inanimée. Ainsi, il somnambulise les animaux et même les végétaux (p. 334); un arbuste chétif, languissant et étiolé, reverdit en très peu de temps sous ses passes, et pousse de tous côtés des tiges vigoureuses et luxuriantes; et réciproquement le plus bel arbre, magnétisé par une volonté opposée, se rabougrit, perd ses feuilles, et ne tarde pas à périr (*ibid.*). Ceci est bien; mais voici qui est mieux encore. M. Ricard, en se livrant à de *hautes expériences*, s'est convaincu que sa volonté peut influer sur l'atmosphère et commander aux météores (pag. 335 et suiv.). Il lui est arrivé plusieurs fois, à Montpellier et à Toulouse, de s'amuser à dissiper les nuages et à faire cesser la pluie. On ne peut imaginer un plus agréable passe-temps.

Jusqu'ici nous avons vu ce que cet homme extraordinaire est capable de faire sur les autres et sur la nature en général; mais il a aussi sur lui-même un empire non moins remarquable. D'abord, il est somnambule, à l'occasion ; et, dans cet état, il fait des vers. Une fois, étant à Bordeaux, il a composé en dormant une pièce de quatre-vingts vers, tous rimant en *ique*; ce qui est prodigieux ! (p. 228.) Le fait est certain, car il les cite tout au long. Nous transcrirons les quatre derniers seulement :

> Je pourrais bien encore ajouter plus d'un *ique*,
> Mais j'en ai dit assez pour un moment comique ;
> Je craindrais à la fin de devenir caustique !
> Ique, ique, ique, ique, ique, oh ! ique, ique, ique, ique, ique !!!

Après avoir cité cet étonnant spécimen poétique, M. Ricard ajoute cette réflexion dont la profondeur nous a frappés : « on le voit, dit-il, la nature produit » d'elle-même des choses dont notre faible raison ne peut connaître le principe » d'une manière positive, et tout ce que l'on peut dire à cet égard ne repose que » sur des hypothèses. » (Pag. 231.)

M. Ricard, disons-nous, a personnellement des propriétés magnétiques très curieuses, outre son somnambulisme. Ainsi, il prend, garde ou quitte à la minute les douleurs et maladies d'une autre personne. Voyageant une fois en Belgique avec un confrère en magnétisme, affligé en ce moment d'une gastrite qu'il avait reçue d'une dame guérie par lui, M. Ricard, pour faire une *haute expérience*, l'en débarrassa et la prit à son compte. Mais, peu jaloux de garder chez lui ce nouvel hôte, il la fit repasser de nouveau dans l'estomac de son compagnon ; puis, après avoir échangé ainsi à plusieurs reprises *dame gastrite*, ils finirent, d'un commun accord, par lui donner son congé définitif (p. 416).

dont l'administration a été continuée par prudence pendant trois mois entiers.

Vous aurez une idée assez exacte des agens thérapeutiques auxquels nous avons le plus habituellement récours dans nos salles, d'après les relevés statistiques suivans, pris sur un nombre de 330 malades atteints d'affections cutanées, et sortis de l'hôpital dans l'espace de dix mois environ, c'est-à-dire depuis la fin de juin 1840 jusqu'à la fin d'avril 1841.

Ces relevés statistiques sont destinés en même temps à vous donner une idée approximative de la fréquence relative des diverses espèces qui constituent le domaine de la pathologie cutanée spéciale, de leur durée, du temps que nécessite le traitement, etc.

Les 330 cas signalés se partagent ainsi qu'il suit :

Classe des exanthèmes.	*Erythèmes*	12
— —	*Roséole*	4
— —	*Urticaire*	1
Classe des bulles.	*Pemphygus*	4
— —	*Rupia*	1
Classe des vésicules.	Gale compliquée (1).	5
— —	*Herpes*	11
— —	*Eczema*	54
Classe des pustules.	*Ecthyma*	8
— —	*Impetigo*	48
— —	*Acne* (2)	7
— —	*Teigne* (3)	8
Classe des tubercules.	*Lupus* (4)	9
Classe des papules.	*Prurigo* (5)	15
— —	*Lichen*	54
Classe des squammes.	*Icthyose*	1
— —	*Pithyriasis*	9
— —	*Lepra*	18
Classe des taches.	*Purpura*	2
Classe des syphilides.	—	59
	Total	330

Ces chiffres, ainsi que ceux qui vont suivre, ne sont que des élémens d'approximation, je le répète, et point du tout les indices de faits rigoureusement appréciés; beaucoup de circonstances accessoires que le temps ne me permet pas d'indiquer devraient être prises en considération avant qu'on pût s'en servir dans un relevé statistique définitif.

Relativement au siége occupé par les affections cutanées mentionnées ci-dessus, nous trouvons :

Eruptions	générales.	50
—	des oreilles.	18
—	du visage.	45
—	de la tête.	37
—	des narines.	6
—	du nez.	8
—	du col.	11
—	du sein.	3
—	du tronc.	18
—	des parties génitales.	9
—	des mains.	40
—	des membres supérieurs.	40
—	des membres inférieurs.	22
—	des membres en général.	23
		330

N. B. Dans plusieurs des cas signalés ci-dessus, l'éruption n'était pas exactement bornée à la région indiquée, mais on a nommé la partie qui constituait le foyer principal de l'éruption.

Parmi ces 330 malades nous avons pu fixer le début de la maladie et par conséquent indiquer la durée avant l'entrée du malade, sur 278, savoir :

Moins d'un mois d'invasion.	66
Un mois à six semaines.	38
Deux mois.	20
Plusieurs mois.	62
Une à plusieurs années.	92
	278

Sur 310 a été précisée la terminaison, savoir :

Guéris.	244
Améliorés.	44
Non guéris.	19
Morts.	3
	310

N. B. Nul doute que parmi les malades notés comme guéris, il ne s'en trouve plusieurs chez lesquels une récidive puisse survenir tôt ou tard ; chez quelques-uns même, cette récidive a eu lieu assez promptement pour qu'ils aient figuré deux fois dans notre relevé.

Le séjour des malades à l'hôpital a varié comme il suit :

De quelques jours à un mois.	128
Un mois à six semaines.	104
Deux mois.	42
Plusieurs mois	50
Un an et plus.	6
	330

Enfin, le relevé qui suit indique la fréquence relative des remèdes actifs les plus usuels.

(1) Un service spécial est affecté à la gale dans l'hôpital St-Louis.
(2) Nous ne recevons à l'hôpital que les cas plus graves.
(3) Les *teignes* sont ordinairement traitées au dehors, et ne peuvent être admises dans les salles que dans les cas exceptionnels.
(4) et (5) Même observation que ci-dessus.

Nous ne citerons plus qu'une dernière faculté de M. Ricard : il a le talent précieux de se faire suer à volonté, soit tout le corps, soit telle partie déterminée, telles qu'un pied, une main, le col, la tête, la poitrine, etc. C'est ce dont il a rendu témoins bien souvent ses *amis intimes* (p. 418-420) ; il s'est guéri par ce moyen d'une bonne pleurésie qu'il avait gagnée en magnétisant.

Malgré de si remarquables talens, M. Ricard est très modeste. Il avoue qu'il y a des hommes bien plus richement doués que lui. Il n'a pas dédaigné de recevoir les leçons de plusieurs paysans guérisseurs qui pratiquent la médecine d'attouchement dans les campagnes avec une infaillibilité dont le magnétisme ordinaire n'approche pas. En magnétisme même, il reconnaît des supérieurs. Il cite à ce sujet, « comme le plus fort des magnétiseurs connus » (p. 427), M. Lafforgue, chef de bataillon retraité à Pau, qui, malgré son âge avancé, fait annuellement dans cette ville *deux à trois mille* guérisons. Et, ce qu'il y a de plus fort, c'est que M. Lafforgue n'a pas même besoin de voir les gens. « Dès qu'un malade met le pied sur le seuil de sa porte, » M. Lafforgue, assis dans sa chambre, connaît à l'instant son mal, le diagnostique, et pronostique la guérison, *si elle est possible !* (bien entendu). Ce guérisseur doit faire une bien redoutable concurrence à nos pauvres confrères de Pau. Mais on ne saurait comment qualifier l'ingratitude du siècle, qui laisse un pareil homme dans l'oubli. Il devrait être logé aux Tuileries, et nourri aux frais de l'Etat.

Il ne faudrait pas croire en lisant ces merveilles que M. Ricard est un esprit crédule. Il a soin de nous affirmer lui-même qu'il est d'une défiance extrême, et presque sceptique, car il ne pense pas qu'on puisse marcher sur les eaux et ressusciter les morts (p. 331). D'ailleurs sa manière d'expérimenter est très sévère, très minutieuse, très vigilante, et ce n'est pas à un homme comme lui qu'on pourrait en faire accroire (p. 270). Au surplus sachons bien que s'il en dit beaucoup, il en sait encore davantage. Il a vu des choses bien plus extraordinaires que tout ce qu'il raconte, mais il pense que le temps n'est pas venu encore de les dévoiler (p. 313), la génération actuelle n'étant pas encore assez mûre apparemment pour les supporter. D'ailleurs s'il disait tout ce qu'il sait on pourrait le taxer de *visionnaire* (p. 6), ce qui lui ferait une peine extrême.

Nous ne sommes pas assez compétens en magnétisme animal pour juger au fond la valeur de ce livre. Mais nous pouvons assurer qu'il n'en a jamais été écrit d'aussi divertissant. Nous le recommandons comme une lecture des plus agréables.

L'étendue que nous avons donnée à l'analyse de ce remarquable ouvrage nous met dans la nécessité de supprimer, pour cette fois, ce qui nous restait à dire de quelques autres. Mais, Dieu aidant, nous retrouverons facilement et bientôt l'occasion de satisfaire sur ce point à la curiosité de nos lecteurs.

— Cours public d'observations microscopiques, complémentaire des études médicales. — M. Donné a ouvert ce nouveau cours expérimental mercredi dernier, 26 mai, à 8 heures du soir ; il le continuera les mercredi et vendredi à la même heure, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Paul Dubois (clinique de la Faculté, place de l'École-de-Médecine).

Nous avons administré, à l'intérieur,

Le proto-iodure de mercure à.	62	malades.
L'anthrakokali à.	15	—
L'eau de Sedlitz à.	45	—
Les pilules de Belloste à	17	—

A l'extérieur,

1° En onctions, le cérat très fréquemment ;			
—	la pommade anthrakokali à.	76	malades.
—	la pommade alcaline à.	75	—
—	la pommade au proto-iodure à.	32	—
—	la pommade à l'iodure d'ammoniaque à.	16	—
—	l'huile camphrée à.	6	—
2° En lotions,	le lait d'amandes à.	26	—
—	l'eau chlorurée à.	80	—
3° En bains ;	bains alcalins à.	128	—
—	bains sulfureux à.	67	—
—	bains et douches de vapeurs à.	38	—
—	fumigations sulfureuses à.	16	—
—	fumigations cinabrées à.	3	—

Une autre médication sur laquelle nous avons fait cette année plusieurs expériences, mais plutôt en ville qu'à l'hôpital, c'est l'emploi du froid à l'extérieur et à l'intérieur, comme sédatif et comme répercussif.

Déjà, depuis plusieurs années, nous avions, avec grand succès, tant à l'hôpital de Lourcine que dans notre pratique particulière, mis en usage les bains de siége froids et les douches ascendantes froides dans ces cas nombreux de leucorrhée avec engorgement passif du col de l'utérus, auxquels on a si ridiculement opposé, dans ces derniers temps, des médications destinées à combattre une prétendue *métrite*, ou des *ulcérations* supposées de mauvaise nature.

Nous aurons occasion, en traitant des syphilides, de revenir sur les affections de l'utérus, considérées à tort par certains chirurgiens modernes comme le point de départ de beaucoup d'accidens qui n'en dépendent en aucune façon.

Mais il y a beaucoup de cas dans la pathologie cutanée spéciale auxquels on peut opposer avec succès l'eau froide, les répercussifs et le régime froid, pourvu que, par une diète convenablement ordonnée, l'emploi méthodique des laxatifs et l'application bien entendue des règles hygiéniques, on se mette en garde contre les accidens de congestion intérieure qui pourraient succéder à la répercussion opérée à l'extérieur. C'est par cette méthode que nous avons guéri des *couperoses*, des *éruptions papuleuses*, des *eczemas chroniques* (dartre squammeuse humide), qui avaient résisté aux remèdes spécifiques habituels, ou même qui avaient été exaspérés par eux.

Nous avouerons franchement, d'ailleurs, que nous avons été encouragés dans ces essais par la lecture du petit livre publié par le docteur Bigel sur les cures par l'eau froide, opérées en grand à Græffenberg, par Priessnitz.

Ce Priessnitz, comme vous le savez, n'est qu'un simple paysan, sans aucune autre instruction médicale que celle qu'il a pu acquérir d'une expérience dirigée par les seules lumières du bon sens. Et cependant il a réussi à fonder dans les montagnes de la Silésie autrichienne un établissement où il dirige le traitement de 4 à 500 malades, sans l'intervention d'aucun autre agent thérapeutique que *l'eau froide*, devenue entre ses mains une véritable panacée.

L'eau froide en boisson, en bains généraux et partiels, en lotions, en applications tantôt stimulantes et tantôt sédatives, en douches..., voilà le seul médicament qu'il lui soit permis d'employer et que viennent seconder le régime, l'exercice et un air pur.

Je laisse après moi, a dit en mourant un médecin célèbre, deux grands médecins : *la diète et l'eau*... Priessnitz, à en croire le docteur Bigel, a recueilli cet héritage.

Dans la méthode de Priessnitz, l'application de l'eau froide à l'extérieur est principalement destinée à provoquer une réaction et à amener des crises sudorales ou autres ; rarement à opérer des effets sédatifs et répercussifs.

Pour nous, au contraire, c'est presqu'exclusivement ce dernier mode d'action que nous avons recherché dans nos expériences.

On conçoit, d'ailleurs, que ces essais demandent une surveillance qu'il est assez difficile d'obtenir à l'hôpital : aussi les avons-nous réservés pour notre pratique particulière. Les résultats que nous avons obtenus sont de nature à nous faire persévérer dans une voie qui, à la vérité, ne peut être regardée comme entièrement neuve, mais qui avait été depuis longtemps à peu près abandonnée dans la cure des affections chroniques en général, et dans celle des *maladies de la peau* en particulier.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES RECHERCHES RELATIVES AUX ALTÉRATIONS DU SANG DANS LES MALADIES ; adressée à M. le professeur ANDRAL par M. FORGET, professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

Cher et très honoré maître,

Il était d'usage parmi les savans de l'antiquité de s'adresser mutuellement des épîtres où se trouvaient soulevées, discutées et parfois résolues les plus grandes questions qui constituaient les actualités de l'époque. C'est à ce noble usage que nous devons les belles réponses de Sydenham à Robert Brady, Henri Paman et Guillaume Cole sur les constitutions médicales, le mal vénérien, la variole et l'hystérie ; c'est à cet usage que nous devons les beaux principes de sagesse médicale formulés dans les réponses de Torti à Moratori, etc. Rien, en effet, ne me paraît plus favorable au développement de la pensée que ce commerce épistolaire, où le respect humain et la juste vénération qu'inspirent certains hommes maintiennent toujours l'expression dans les bornes des convenances et des égards que se doivent les vrais savans, ceux dont les erreurs même portent le sceau de la candeur et de l'amour du bien. Dans l'arène scientifique, aussi bien que dans les salons du grand monde, ne semble-t-il pas que les hommes bien nés devraient toujours se parler et discuter chapeau bas? Il est même vrai de dire qu'il est alors plus facile de s'entendre que sous la double influence irritative de la contradiction et du dépit, que suscitent si fréquemment les attaques indirectes, et par cela même trop souvent irrévérencieuses, de la polémique furtive et saccadée dont nos feuilles périodiques sont journellement le théâtre. Veuillez donc accueillir favorablement cette adresse d'un de vos disciples, devenu maître à son tour, et que sa position oblige à éclairer sa conscience à l'égard de tout ce qui a trait à l'art dont l'enseignement pratique est remis à ses soins. Ministre de cette religion, dont l'objet est la vie de nos semblables et dont le symbole est l'humanité, parlant en face d'un public éclairé à un maître que j'aime et révère, ma plume ne peut exprimer que des convictions profondément senties et que des pensées bienveillantes et respectueuses à votre égard. Et, pour preuve, je débuterai par la réparation d'un méfait bien involontaire, fût-il réel, mais qui ne repose probablement que sur un mal-entendu, dont je suis coupable néanmoins ; car c'est toujours un peu la faute d'un auteur lorsqu'il reste incompris des hommes intelligens, et j'aime mieux m'accuser d'obscurité que de taxer autrui d'un manque de conception. Voici le fait :

Dans l'exposé de vos intéressantes *leçons sur les altérations du sang* (1) votre habile interprète suppose que je n'ai pas compris ce qu'il a dit de vos recherches sur la fibrine ; selon lui, je parais croire que vous n'avez usé que du microscope ou de l'inspection de la couenne pour apprécier les quantités absolues ou relatives de cet élément, m'accusant d'ignorer *ce que tout le monde sait*, à savoir que l'analyse chimique est usitée dans ce but, etc. Ces aménités, familières à la polémique juvénile, ne peuvent effleurer celui qui des premiers a travaillé à la restauration de l'humorisme moderne, celui dont le nom se trouve associé au vôtre précisément dans un travail sur le *sang* (DICT. DE MÉD. PRATIQUE), celui enfin qui fut agrégé de Paris, et qui, par position, est censé posséder ces notions élémentaires. Je me bornerai donc à protester de mon innocence à votre égard et à déclarer que, dans ma pensée, vous avez assis vos recherches sur les procédés les plus perfectionnés. Or, cette

---

(1) On lit dans la GAZETTE MÉDICALE (n° 19, 1841) : « La présence de la couenne n'est d'aucune valeur pour M. Andral, en tant du moins que l'on voudrait la faire servir à caractériser l'inflammation... Je suis donc surpris de lire, dans le TRAITÉ DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE, de M. Forget, que le travail où M. F. Halin établit avec juste raison que l'état couenneux du sang ne prouve rien, soit considéré par l'auteur comme un argument propre à détruire les résultats obtenus par MM. Andral et Gavarret. M. Forget, qui n'a pas bien compris le passage du mémoire où j'ai parlé de la diminution absolue ou relative de la fibrine (GAZETTE MÉDICALE, n° 33, 1840), paraît croire que c'est avec le microscope que l'on a constaté la diminution de fibrine (ouv. cité, p. 510) ou que l'on s'en est tenu à l'examen de la couenne. C'est là une erreur qu'il est inutile de relever, parce que le mode d'analyse adopté par MM. Lecanu et Dumas, et suivi par les auteurs cités, est aujourd'hui connu de tout le monde. Je reviendrai, du reste, sur les autres assertions erronées que renferme l'ouvrage de M. Forget lorsque je parlerai de la synthèse des altérations du sang dans la fièvre typhoïde. »

déclaration n'est pas une palinodie, et je n'ai point attendu jusqu'à ce jour pour l'articuler, car dans l'ouvrage incriminé, vous pourrez voir ce passage : « Tout en nous défiant un peu du microscope (ajoutez : et des analyses chimiques organiques) dans ses applications à la pratique, *nous acceptons franchement les résultats de MM. Andral et Gavarret*; mais on nous permettra de les examiner, etc. » (TRAITÉ DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE, p. 516.) Ce qui veut dire, un moins dans ma pensée, que, loin de critiquer vos procédés, j'en admets de confiance tous les résultats; mais, dans ma sollicitude pour *l'art*, j'ai dû prévoir les effets de ce produit de la *science*, et pour cela je me suis placé au point de vue de l'application clinique.

Or, les inquiétudes qui m'obsédaient alors me poursuivent encore aujourd'hui, très honoré maître ; aujourd'hui que vous avez proclamé ces mêmes travaux du haut de la chaire professorale, aujourd'hui que vous leur avez imposé le baptême de vos brillantes prédications, que vous leur avez imprimé le cachet d'une consciencieuse maturité; aujourd'hui, comme alors, je me demande si, devançant des conclusions qui peut-être ne sont pas dans votre pensée, le public des praticiens, plein d'une juste confiance en vos savantes élucubrations, ne se hâtera pas de faire les applications qui découlent naturellement de semblables prémisses, et d'adapter au traitement des maladies les méthodes inspirées directement par vos résultats? Cette inquiétude vous paraîtra juste et naturelle chez celui qui, chaque jour, est obligé de motiver ses actes, lesquels, tout justifiés qu'ils lui paraissent par l'observation clinique, sont cependant en opposition flagrante avec le résultat de vos investigations moléculaires. C'est donc pour sortir le plus tôt possible de cet embarras que je prends la liberté de vous soumettre, non pas mes objections, mais bien mes doutes, mes scrupules, mes perplexités à l'égard de vos précieux travaux.

Et d'abord, lorsqu'on voit les observateurs les plus habiles et les plus candides saper successivement les bases posées par leurs prédécesseurs; quand on voit une nouvelle analyse chimique ou microscopique détruire les résultats de celles qui ont précédé, soit en usant de procédés plus perfectionnés, soit en mettant au jour de nouveaux élémens, soit enfin en modifiant les interprétations; lorsqu'on voit les praticiens ne pas s'accorder, même sur les qualités physiques, apparentes et palpables des produits organiques, telles que la couleur, la consistance du sang, n'est-il pas naturel et philosophique d'accueillir avec réserve les découvertes récentes? Et vous-même, très savant maître, n'appréhendez-vous pas de vous voir un jour mis au rang où vous avez relégué Denis, Lecanu, Mandl et moi-même, qui suis tout fier de me trouver en si bonne compagnie, moi qui, pourtant, crainte de m'égarer, n'ai voulu raisonner que sur les notions empruntées aux sensations directes? Aussi, je ne prévois pas trop quels peuvent être les graves délits que votre interprète se propose d'évoquer à son tribunal. Cette critique par anticipation, ce système comminatoire ne me paraissent pas de bonne guerre; ils mettent en prévention un prétendu coupable qui ne peut se défendre, ne sachant ce dont on l'accuse ; cependant le coup est porté dans l'esprit public : c'est là ce que j'appellerais du machiavélisme scientifique.

Vous considérant la couenne comme sans valeur pour prouver l'inflammation, on s'est étonné de ce que j'aie invoqué, à titre d'argument contradictoire, d'autres recherches qui concluent comme les vôtres, quant à l'inflammation. C'est que j'ai eu le tort de ne pas développer ma pensée; la voici : si la couenne ne prouve rien quant à l'inflammation, elle prouve du moins, quant à la fibrine, dont elle est composée. Bien que l'analyse puisse constater quelques exceptions, il est généralement vrai, de l'aveu même de votre interprète, que la couenne se manifeste de préférence dans le sang où la fibrine est en excès absolu ou relatif. Or, s'il est prouvé que le sang puisse être couenneux hors les cas d'inflammation, dans les maladies même où vous avez constaté la diminution de fibrine, vous avouerez qu'il y a là un moins matière à réflexion. Du reste, je n'ai jamais prétendu tirer de ce fait un argument capital.

Arrivons aux faits essentiels. Certes! un magnifique résultat de vos savantes recherches, c'est cette large dichotomie qu'elles vous ont permis d'établir dans le cadre nosologique, à savoir : d'une part, les *inflammations*, caractérisées par l'*excès* de fibrine; d'autre part, les *fièvres* révélant une *diminution* du même élément. S'il en est ainsi, vous avez fait œuvre de géant; car, d'une main puissante, vous avez scellé les traditions tant contestées de l'antiquité, en même temps que vous avez coupé court aux interminables discussions des essentialistes et des localisateurs modernes. Vous avez, du même coup, divinisé Galien et foudroyé Broussais. Gloire à vous! gloire à jamais à cette sublime conquête de notre siècle! Et cela sans ironie, très honoré maître; car tout cela gît implicitement dans vos découvertes, dont personne plus que moi ne souhaite la confirmation en faveur de la science et de l'humanité, et c'est pour hâter cet heureux résultat que je veux encore solliciter de vous la solution de certaines difficultés.

Quant au fait, il faut bien l'admettre ; car un fait se prouve par lui-même, et du moment où un observateur tel que vous a dit *j'ai vu*, il mérite toute créance. Mais alors ce sont les interprétations qui deviennent sujettes à litige; ce sont des interprétations que je viens vous demander.

« Dans les inflammations dites primitives, soit la pneumonie, la fibrine du sang est en excès. » Que penseront de cela les observateurs qui, comme M. Cruveilhier, et beaucoup de prétendus hippocratistes, pensent que toute inflammation est secondaire? que la pneumonie est secondaire aussi bien que la variole ou l'entérite folliculeuse, ni plus ni moins? A cela vous répondrez sans doute par le fait lui-même de la différence de fibrine qui prouve que cette fusion est radicalement fautive. Soit : c'est à prendre ou à laisser.

« Dans les fièvres (éruptives, typhoïdes), la fibrine, dans la plupart des cas est en moins. A moins, ajoutez-vous, qu'il n'existe une inflammation intercurrente, laquelle rehausse la quantité de fibrine. » Ici commencent les véritables difficultés. Et d'abord, il serait bien à désirer que cette diminution se rencontrât *dans tous les cas* simples; autrement, on se fondera sur les exceptions pour contester le principe. On le contestera d'autant plus vivement que ses conséquences sont plus grandioses, si je puis ainsi dire. Cet argument, je m'en suis servi moi-même pour étayer mon entérite folliculeuse que je crois plus constante que l'altération du sang, et plus fondamentale, par conséquent, dans les fièvres graves.

Autre difficulté : si la fibrine reprend son excès alors qu'apparaissent des inflammations concomitantes, son défaut ne doit-il pas devenir l'exception? Car ce qui constitue le caractère spécial, patent des fièvres éruptives, c'est précisément cette inflammation concomitante ; soient les pustules dans la variole, l'angine et la dermite dans la scarlatine, la bronchite et la dermite dans la rougeole, etc.; à moins que, pour vous, ces exanthèmes ne soient pas de véritables inflammations, ou qu'on prétende se tirer d'affaire en disant que ce sont des inflammations *spécifiques*, ce qui paraît expliquer quelque chose et n'explique rien. Mais, pour Dieu, qu'est-ce donc qu'une lésion caractérisée, comme la pustule variolique à ses diverses périodes, par la rougeur, la douleur, la tumeur et la suppuration, si ce n'est une inflammation? Peut-être, objectera-t-on encore que ce sont des inflammations secondaires, ou quelque autre subtilité qu'il est impossible de prévoir. Mais j'oublie que les subtilités ne sont pas dans votre caractère, et que si vous voyez là quelques difficultés, vous êtes assez libéral pour en convenir. Or, ceci est directement afférent au sujet que j'ai traité, et je me suis autorisé de l'entérite folliculeuse elle-même pour douter, toujours dans vos principes, du défaut de fibrine dans les fièvres typhoïdes, puisque la présence d'une inflammation corrige ce défaut. Car, je vous le confesse, l'entérite folliculeuse confirmée est bien pour moi une inflammation, jusqu'à ce qu'on m'ait démontré que c'est autre chose, et que la rougeur, le gonflement, la douleur, l'ulcération, la suppuration réunies ne sont plus les caractères inhérens de l'inflammation.

Une autre question très importante, fondamentale, à mon avis, sur laquelle je ne sache pas que vous vous soyez encore explicitement prononcé, c'est celle de savoir si la diminution de fibrine dans les fièvres éruptives et graves, est initiale, primitive, ou si elle est consécutive, secondaire, accessoire à une lésion première. Cela me paraît capital, je le répète; car si le défaut de fibrine est primitif, s'il est le germe de la maladie, et s'il est vrai, comme l'a dit Bichat, que la théorie refine, de nécessité, sur la pratique, c'est désormais, à détruire ce germe qu'il faudra nécessairement s'attacher, et dès-lors vous prévoyez quelle immense révolution surgirait dans la thérapeutique. Alors Sydenham aurait définitivement tort contre Morton, dans le traitement des exanthèmes fébriles; alors Brown aurait irrévocablement raison contre Broussais dans le traitement des fièvres graves. Or, si la pratique vulgaire a constaté la supériorité de la médication antiphlogistique dans la cure de ces maladies en général, cela peut bien ne pas détruire le fait fondamental du défaut de fibrine ; car il est des faits inexplicables qu'il faut bien accepter; mais cela du moins ébranle et met en suspicion violente votre précieuse découverte; cela lui ravit son utilité pratique, ce qui ne prouve pas qu'une vérité, même inutile pour le moment, ne soit toujours bonne à connaître.

Que si, au contraire, le défaut de fibrine est secondaire, consécutif à quelque autre élément morbide plus précoce et plus constant, ainsi que me paraît l'être l'entérite folliculeuse dans les fièvres graves, alors votre invention perd tout à coup de sa valeur, sinon scientifique, du moins pratique; et, pour ma part, je ne sentirais aucune répugnance à l'admettre, car tout ce que j'ai prétendu démontrer c'est que, dans l'entérite folliculeuse, l'altération du sang, fût-elle trouvée plus constante qu'elle

ne l'est, n'est qu'un phénomène secondaire et non fondamental de la maladie. Quant à la fibrine spécialement, j'ai fait observer (*ouvr. cité*, p. 518) « qu'il n'y a rien d'étonnant, après tout, qu'une affection qui vicie la nutrition dans sa source, qui s'attaque à la digestion, altère quelquefois la crase du sang. » Or, comme vous parlez de fièvres *typhoïdes*, et que l'état typhoïde d'abord n'est pas constant, puis est loin d'être toujours un phénomène initial dans l'entérite folliculeuse, il en résulte que, pour vous-même, peut-être, la diminution de fibrine pourrait bien n'être qu'un phénomène secondaire. Vous voyez, très honoré maître, qu'un mot de votre part sur ces graves questions est aussi nécessaire que vivement désiré.

En effet, c'est surtout à l'égard de la question thérapeutique que nous ressentons des scrupules et de pénibles perplexités. Dites-nous donc ce que vous en pensez? En mon particulier je vous en supplie, car vous ne sauriez imaginer toutes les tribulations que suscite votre silence sur ce point, tribulations dont j'ai ma bonne part, en ma qualité d'explicateur obligé des difficultés de la science et de l'art. Dites-nous si le défaut de fibrine implique ou n'implique pas le régime nutritif, tonique, roborant dans les fièvres graves? Dites si ce défaut de fibrine peut s'harmonier avec le traitement débilitant généralement usité? on, si ces questions ne vous paraissent pas résolues, nous attendons de votre complaisance et de votre franchise de vouloir bien nous le dire encore, car personne moins que vous, avec le scepticisme qui constitue le fond de vos doctrines, ne doit se croire obligé de tout expliquer et de faire cadrer tous les faits avec la théorie. Parlez encore une fois, je vous en conjure, car les praticiens sont sur les épines depuis que vos intéressans travaux sont apparus comme un phare qui doit éclairer, et dont jusqu'ici vous avez tardé de faire jaillir la lumière jusqu'à la thérapeutique, cette fin de nos travaux, ce produit net de toutes les inventions qui naissent chaque jour, trop souvent, hélas! sans espoir de lendemain! Telles ne sont pas les conquêtes dont votre persévérante activité ne cesse de gratifier la science; et quant à celle qui nous occupe en ce moment, elle est de celles qui devaient surgir du génie investigateur de notre époque, et je remercie la providence de ce que de pareils travaux vous soient échus, à vous bomme de science. J'attends, avec tous les praticiens, les conséquences précieuses que sans doute vous en ferez jaillir dans l'intérêt de l'humanité souffrante. Mais dussent-ils rester stériles sous ce rapport, ils demeureront à titre de matériaux pour l'avenir, et comme témoignage de l'ingénieuse sagacité que vous apportez à la solution des problèmes les plus ardus de notre science.

Voilà, cher et très honoré maître, ce que j'avais à vous soumettre pour aujourd'hui. Bien d'autres questions, sans doute, pourraient être soulevées sur le même sujet, mais j'ai pensé que dans une matière aussi grave, il serait peu séant d'escarmoucher sur des vétilles, sur des points de détails, sur des questions accessoires, et j'ai voulu aborder d'emblée les problèmes fondamentaux. Je résumerai donc en trois points les questions que j'ai pris la liberté de vous adresser :

1° La diminution de la fibrine est-elle l'élément le plus constant des fièvres graves; est-elle plus constante que l'entérite folliculeuse, par exemple?

2° La diminution de la fibrine est-elle primitive; ou du moins est-elle antérieure à l'entérite folliculeuse?

3° La diminution de la fibrine implique-t-elle des modifications fondamentales dans le traitement, et doit-elle faire préférer le régime analeptique aux autres médications, notamment à la médication antiphlogistique modérée?

C'est au nom des praticiens que j'ose solliciter de vous la solution de ces graves difficultés.

Agréez, etc. FORGET.

LETTRE SUR L'OBSERVATION RELATIVE A UNE TUMEUR ÉNORME DE LA CUISSE DROITE, extraite des journaux américains et insérée dans la GAZETTE MÉDICALE du 29 février 1840; par M. FLEURY, ex-chirurgien-major de marine au port de Rochefort.

En relisant l'année 1840 de votre estimable journal, je trouve insérée sous le numéro du samedi, 29 février, une observation du nommé Hart, porteur d'une tumeur à la cuisse droite, laquelle observation est extraite du journal de New-York. Comme le sujet qui en est le motif me consulta en 1838, époque à laquelle je me trouvais en Amérique et que l'opinion que je manifestai alors est tout opposée à celles de M. Rodgers et des médecins américains qu'il appela plus tard en consultation, permettez-moi de vous transmettre les réflexions que cette maladie me suggéra à cette époque, réflexions que j'exhume en partie de mon journal de voyage, plus celles que l'opération, les circonstances qui l'ont accompagnées et son issue inévitablement funeste m'ont fait faire depuis. Si, quoique arrivant tardivement, elles vous paraissent les unes et les autres dignes de figurer dans les colonnes de la GAZETTE MÉDICALE, veuillez, Monsieur, les y mettre tout au long en y joignant celles que vos connaissances et votre juste critique vous suggèreront à votre tour.

OBS. — Au mois d'août 1838, me trouvant à New-York sur la frégate *la Didon* sur laquelle j'étais embarqué comme chirurgien-major, M. H. Hart, marchand, demeurant en Broad-way, le même qui est le sujet de l'observation de M. J. Geardney-Rodgers, D. M., extraite du THE NEW-YORK JOURNAL OF MEDICINE AND SURGERY, et rapportée GAZETTE MÉDICALE, samedi 29 février 1840, vint à bord me consulter, et insista même en termes assez énergiques pour que je me prononçasse franchement sur sa position. Ce premier examen fut court et superficiel; il m'éclaira peu sur le genre de tumeur que portait à la cuisse le consultant; mais il suffit pour me faire pressentir que mon prononcé ne serait pas avantageux. Toutefois, d'après ma déclaration de vouloir m'éclairer davantage, je fus invité à aller voir le malade à Broad-way, et là M. H. Hart me raconta longuement les particularités qui avaient précédés et accompagnés la naissance et le développement de la tumeur qu'il portait à la cuisse droite. Ici l'exploration fut complète, minutieuse et la tumeur reconnue dure, rénitente, de consistance osseuse, de la grosseur de la tête d'un enfant de 8 à 10 ans, occuper la partie supérieure de la cuisse droite qu'elle paraissait emboîter, et une portion de la branche pubienne du même côté saillir en arrière sous la fosse, et rejeter les parties sexuelles à gauche; elle nuisait tellement à la progression que le malheureux Hart était condamné depuis plusieurs années à un repos presque absolu. (Inutile d'entrer à cet égard dans de plus grands détails, elle est parfaitement connue.)

Ces symptômes et quelques circonstances concomitantes dont je parlerai plus bas me firent supposer que cette tumeur était un *ostéo-sarcôme* et qu'elle était due à la chute que le malade avait faite il y avait déjà longtemps; que dans l'état où elle se présentait, elle me paraissait inopérable; qu'il y aurait les plus grands dangers à entreprendre son ablation et que dans le cas où on se résondrait à se faire opérer, je ne voyais de salut pour le malade que dans l'amputation de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale.

L'opération, témérairement entreprise quatorze mois après, alors qu'elle avait encore acquis un degré extraordinaire d'accroissement, par M. le chirurgien en chef de l'hôpital de New-York, les accidens qui l'ont accompagnée, les suites fâcheuses qui ont terminé l'existence pénible du courageux malade, sont venus confirmer mon diagnostic et démontrer jusqu'à l'évidence qu'il eût été prudent, sage, rationnel, aussi bien pour l'art que pour l'opérateur, de ne pas l'exécuter; car, quel besoin d'opérer, quand nulle chance de réussite ne vous y invite, quand tout est douteux et problématique? Mais, me dira-t-on, vous ne donnez donc rien au hasard; vous agissez donc toujours avec assurance? Non; mais je fais en sorte de ne compromettre ni l'art, ni la réputation de celui qui exécute, et pour le plaisir de briller, de faire endurer des souffrances inouïes au patient leurré de l'espoir de guérir. Mais, tel est ce besoin de tailler, de couper, d'opérer quand même aujourd'hui, qu'on ne recule devant aucune considération de danger, de difficultés; on opère, quitte après à colorer sa conduite d'une manière ou d'une autre; et, après tout, l'opération a été faite, elle a du retentissement, l'observation traverse les mers, on proclame, soit en France, soit en Amérique, le talent de l'audacieux opérateur, et sa réputation s'accroît en raison du carré des distances, et, en définitive, que reste-t-il de telles entreprises pour la science? Un cadavre à mutiler. Ce n'est pas ainsi que le veut la saine chirurgie.

Voyons maintenant. Si l'on avait suivi le conseil que je donnai comme dernière ressource, et qu'on aurait bien fait de mettre à exécution beaucoup plus tôt, que serait-il arrivé? D'abord la tumeur eût été moins grosse; elle eût envahi moins de parties, altéré moins profondément celles-ci, moins grossi les vaisseaux qui s'y distribuaient, etc.; ensuite, il eût été plus aisé de découvrir la base de la tumeur, de la bien circonscrire, et enfin, par cette amputation, on eût pu l'aller chercher plus facilement sur les branches du pubis et de l'ischium, l'enlever sans faire perdre une si notable quantité de sang, qui a failli faire mourir le malade entre les mains de M. Rodgers, et inutile de multiplier à l'infini le nombre des incisions. Plus la maladie est ancienne, plus il est difficile de réussir, moins on doit tenter d'opérer; il est vrai qu'il faut avoir bien reconnu l'espèce d'ennemi auquel on a affaire, et c'est ce que le médecin américain n'a pas connu, si j'en crois sa déclaration. La cuisse déboîtée, n'importe par quel procédé, car il eût été difficile, même à l'époque dont je parle, d'adopter plutôt celui de Larrey que celui de Guthrie, avantage qu'on eût eu plutôt, on se fût aisément rendu maître du sang, les incisions exigées dans ce dernier cas eussent suffi pour la mettre entièrement au jour, et quelques coups d'un fort bistouri eussent détruit sa base et abrégé, chose importante, l'opération, qui, au dire de M. Rodgers, a duré une heure. Conçoit-on les horribles souffrances que doit supporter un malade pendant une heure? Existe-t-il un supplice pareil? Hélas! je déplore de tout mon cœur le savoir acquis à un tel prix; c'est, pour me servir d'une comparaison pour le moins impropre, le *romantisme* de la chirurgie; espérons que bientôt on reviendra à des actes avoués par la raison et par la science, et qu'on abandonnera ces tours de force, qui, pour un millier de

victimes sacrifiées, nous laissent voir quelques épouvantables mutilations. L'état qu'elle avait déjà en 1838, l'espace immense qu'elle occupait et l'accroissement qu'elle a dû nécessairement acquérir depuis, quoique lent, ne laissaient donc plus de choix dans le procédé, il eût fallu s'en créer une; toutefois, je crois qu'il eût été possible de se ménager un fort lambeau aux dépens de la masse musculaire postérieure de la cuisse, d'enlever la tumeur enfin, sans augmenter les désordres, et imprimer un si fort ébranlement au système nerveux.

M. Rodgers était évidemment dans l'erreur lorsqu'il a avancé que cette tumeur n'était pas d'un mauvais caractère; son développement à la suite d'une chute, sa position sur des parties osseuses, son état physique, ses antécédens, la multiplicité d'exemples semblables, etc., tout, selon nous, indiquait sa nature maligne. Notre opinion exprimée alors sans détour en présence des chirurgiens subalternes de la frégate, et de M. le docteur Naudin, médecin français, aussi remarquable par ses talens que par l'étendue de sa longue et brillante pratique, en Amérique comme à Paris, où il a été longtemps à la tête du service médical, dans l'un des principaux établissemens de la capitale, M. Naudin, disons-nous, partageait mon opinion.

Nous avons vu, il y a déjà quelques années, une tumeur absolument analogue se développer sur la tête de l'humérus à la suite d'une chute sur l'aisselle, simuler, par les battemens de ses artères considérablement accrus de volume, un anévrisme réel. Depuis, une femme s'est présentée à notre observation offrant encore sur le dos du pied gauche une grosseur de même nature, survenue aussi à la suite de circonstances absolument identiques. Mais il est temps d'en finir; car aussi bien multiplierions-nous à l'infini le nombre de cas analogues. Cessons nos réflexions; car elles ont un caractère tant soit peu acerbe contre nos innovations chirurgicales. A Dieu ne plaise que nous soyons pourtant ennemi du progrès! Nous le sommes franchement de l'audace, par exemple.

Je serais fort aise, Monsieur le rédacteur, de trouver un appui en vous, qui si souvent avez eu la bonté d'accueillir les observations que je vous ai adressées, et de connaître surtout votre manière de voir à l'égard des réflexions que je vous communique, et que je vous prie d'insérer dans votre plus prochain numéro.

Agréez, etc.

Note du rédacteur. — Nous partageons entièrement l'opinion de M. Fleury, lorsqu'il dit que la maladie était inopérable, et nous pensons comme lui que c'était là un cas où toute tentative d'opération ne pouvait que précipiter une terminaison funeste. Mais en supposant qu'on se décidât à essayer quelque moyen de traitement, fallait-il désarticuler la cuisse plutôt que d'extirper la tumeur? M. Fleury se prononce pour l'affirmative. Il est certain que si la tumeur était cancéreuse, si elle tenait par de larges et solides adhérences aux os du bassin, l'extirpation offrait autant de dangers dans ses suites que de difficultés dans son exécution. Malheureusement la nature du mal et son mode de connexion avec l'os iliaque n'ont été indiqués ni par M. Fleury, ni dans l'observation de M. Rodgers (V. Gaz. Méd., 1840, p. 138), d'une manière assez précise pour nous permettre de juger si ces contre-indications existaient ici. Rappelons encore à notre correspondant la gravité extrême de la désarticulation coxo-fémorale, gravité qui eût été bien plus considérable encore dans un cas tel que celui-ci, où la tumeur, empiétant sur le bassin, aurait augmenté, et l'étendue de la plaie d'amputation, et le nombre des vaisseaux divisés.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 MAI.

EAUX MINÉRALES SULFUREUSES.

M. Dumas lit un rapport sur un travail de M. Fontan relatif aux eaux minérales d'Allemagne, de Belgique, de Suisse et de Savoie. M. Fontan, après avoir établi la classification des eaux minérales, fait remarquer qu'elles peuvent toutes devenir accidentellement sulfureuses, mais qu'en général elles contiennent une quantité de soufre moindre qu'on ne le croit communément.

Il divise les eaux sulfureuses en naturelles et en accidentelles. Les premières ont toujours présenté la même composition, et sont sulfureuses parce qu'elles contiennent dans leur intérieur des matières sulfureuses toutes formées. Les autres ne sont sulfureuses que par la décomposition des matières organiques qu'elles renferment. Les eaux naturelles naissent d'un terrain primitif; les eaux accidentelles viennent d'un terrain secondaire ou tertiaire, et l'on peut, en comparant leurs analyses faites à diverses époques, reconnaître qu'elles n'ont pas toujours présenté des principes sulfureux. Les naturelles existent seules ou éloignées de toute autre source; elles sont en général chaudes, et quand il y a beaucoup d'eaux minérales dans un même lieu, les sulfureuses sont les plus chaudes; il n'entre pas dans leur composition beaucoup de sels autres que les sulfates. Les eaux accidentelles renferment beaucoup de sulfate de chaux et de magnésie et des chlorures de ces deux bases; elles sont ordinairement froides et sont même d'autant plus sulfureuses que leur température est plus basse, car leur température est en raison inverse de la distance qu'elles ont parcourue, et plus le trajet qu'elles ont traversé est étendu, plus elles ont rencontré de matières organiques qui leur ont fourni du soufre. Les eaux de Barèges, qui, d'après M. Fontan, sont naturelles, contiennent une matière semblable à de la gelée, qu'on a nommée barégine. Les eaux d'Aix en Savoie, qu'il regarde comme accidentelles, n'en laissent pas déposer. Enfin, les eaux naturelles sont très sulfureuses, les accidentelles le sont très peu.

M. le rapporteur demande que ce travail soit inséré parmi les mémoires des savans étrangers. Adopté.

APPAREIL POUR BAIGNER ISOLÉMENT UNE PARTIE DU CORPS.

M. Mayor, de Lausanne, présente à l'Académie un instrument propre à baigner séparément les membres, et séparément chaque partie des membres, et dans toutes les positions possibles. Cet instrument, dont l'idée première a été fournie à M. Mayor par les appareils dont M. Junod se sert pour l'application de sa méthode hémospasique, consiste en un cylindre creux de cuivre, dont les deux extrémités sont garnies d'un disque en caoutchouc, lequel offre lui-même à son centre une large ouverture par laquelle on introduit le membre, qui n'y entre qu'à frottement. Variés suivant les différentes parties auxquelles ils doivent s'adapter, ces appareils constituent des espèces de manchons, de gants ou de bottines, suivant qu'il s'agit d'y enfermer le bras, la main, ou le pied et la jambe.

Cette espèce de baignoire portative a, suivant M. Mayor, de nombreux avantages. Elle est à bon marché. Elle permet de baigner les membres sans que le malade soit assujéti à garder une position gênante; qu'il s'agisse par exemple de baigner l'articulation du coude, deux pièces correspondant au bras et à l'avant-bras pourront être articulées entre elles de manière à se mouvoir l'une sur l'autre, et le malade, suspendant son appareil à une écharpe, sera libre de se promener, et jouira même des mouvemens de flexion et d'extension de l'avant-bras. Il ne faut qu'une très petite quantité d'eau, et cet avantage de peu d'importance, s'il ne s'agit que de bains simples, devient précieux quand on prescrit des bains médicamenteux; on pourra donc, à l'aide de ce moyen, les ordonner plus souvent et dans toutes les classes de la société. Le liquide conservera plus longtemps sa température, ce qui, joint à la commodité de l'application, favorisera la prolongation du bain pendant un temps plus long qu'on ne le fait d'habitude. On pourra enlever ou ajouter du liquide par deux petites ouvertures percées latéralement en haut et en bas sur la paroi du cylindre. On utilisera aussi cet appareil pour des irrigations continues, en faisant communiquer l'une de ces ouvertures avec un tube qui apporte l'eau, et l'autre avec un tube qui la conduit à l'extérieur.

MM. Duméril et Roux sont chargés d'examiner cet appareil.

DURÉE DE L'EXCITABILITÉ DANS LES NERFS SÉPARÉS DES CENTRES.

M. Longet s'est proposé de résoudre, par l'expérimentation, le problème suivant:

A quelle époque précise un nerf moteur, séparé de l'encéphale ou de la moelle épinière, perd-il son *excitabilité*, c'est-à-dire sa propriété de faire contracter (sous l'influence d'un stimulus) la fibre musculaire?

Afin qu'on soit plus à même de juger les résultats que nous avons obtenus, nous croyons devoir exposer très sommairement l'état actuel de la science sur cette question intéressante. C'est à peine si quelques physiologistes s'en sont occupés; d'ailleurs, aucun n'en a donné une entière solution.

En effet, Legallois détruit la moelle lombaire d'un lapin âgé de moins de dix jours, puis il s'énonce ainsi: « Quoique, dans cette expérience, le train de derrière soit frappé de mort, et que ses nerfs ne puissent plus recevoir aucune influence de la moelle épinière, l'irritabilité musculaire s'y conserve, et l'on peut, *pendant fort longtemps*, faire contracter les cuisses, en irritant les nerfs sciatiques. Il paraît donc qu'il se fait dans toute l'étendue des nerfs une sécrétion d'un principe particulier. » (Œuvres de Legallois, édition 1830, pag. 24 du t. I.)

Dans ce passage, Legallois s'exprime d'une manière tellement vague qu'on ne sait si, par ces mots, *pendant fort longtemps*, il entend parler d'heures, de jours ou de semaines. Pourquoi surtout ce procédé expérimental complexe, pour obtenir un résultat qu'il pouvait constater aussi bien par la résection simple des nerfs sciatiques?

J. Muller et Sticker (Physiologie du système nerveux, par J. Muller, trad. de Jourdan, t. I, p. 70) résèquent d'abord, sur deux lapins et un chien, le grand nerf sciatique; puis, ils essaient de reconnaître l'état réactionnaire de son extrémité inférieure, seulement au bout de *onze semaines* sur le premier lapin, après *cinq semaines* sur le second, et chez le chien *après deux mois et demi*; dans ces trois cas, qu'on la galvanisât ou qu'on l'irritât mécaniquement, cette extrémité ne provoquait plus la moindre contraction musculaire.

Qui ne voit que ces expériences ne résolvent nullement la question, à cause du laps de temps trop considérable qui s'est écoulé entre le moment de la résection et celui de l'expérience principale? De plus, ces physiologistes ayant fait usage d'une simple paire de plaques, au lieu d'une pile galvanique suffisamment

forte, on pourrait objecter qu'ainsi ils n'ont pas reconnu d'une manière décisive l'état de l'*excitabilité* dans le bout libre du sciatique.

Steinrück (DE REGENERATIONE NERVORUM, Berlin, 1838) a procédé à peu près comme Muller et Sticker; seulement c'est au bout de *quatre semaines* qu'il a de nouveau découvert le sciatique, dont l'extrémité périphérique ne lui a plus paru *excitable*.

Dans mes recherches, j'ai adopté une tout autre marche que celle qu'avaient suivie ces expérimentateurs. Ainsi je ne me borne point à opérer la résection d'un nerf et à attendre pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois, pour expérimenter sur l'excitabilité de son bout libre : au contraire, dès le lendemain celui-ci *est essayé*, pendant quelques minutes, par le galvanisme (pile de 20 paires) et par les irritans mécaniques ; les mêmes tentatives sont répétées le surlendemain et constamment son excitabilité est entièrement éteinte *après soixante-douze heures*. Au bout de ce temps, pour mieux juger encore de leur état, les muscles sont mis à découvert, et malgré l'application des deux pôles de la pile à l'extrémité périphérique du nerf, on ne voit éclater aucune contraction appréciable. J'ai voulu savoir si les produits seraient différens, en agissant sur des nerfs seulement musculaires comme l'hypoglosse et le facial, ou sur des nerfs destinés à la fois aux muscles et aux tégumens, comme le sciatique. Les résultats ont été identiques sur quatorze chiens et deux lapins.

Nos expériences ont été variées de la manière suivante : ainsi, tantôt sur un chien, la résection du sciatique étant pratiquée, nous soumettions son extrémité libre, pendant 20 minutes ou une demi-heure, à des décharges électriques fréquentes, d'où des secousses convulsives de tout le membre; tantôt sur un autre chien cette extrémité n'était soumise à aucune espèce d'irritation électrique ou autre. Chose remarquable, *la durée de l'excitabilité a toujours été la même dans les deux cas;* seulement chez le premier chien les contractions du membre étaient moindres que chez le second. Du reste, encore dans ces deux cas, celles-ci décroissaient progressivement, depuis le moment de la résection jusqu'à celui où elles disparaissaient d'une manière complète. Mais, dans l'expérience préalable avec le galvanisme, une portion de la force motrice semble donc avoir été expulsée du nerf, tandis que l'autre portion persistant toujours *pendant un temps déterminé*, paraît avoir été refoulée dans les dernières ramifications nerveuses qui se fondent, pour ainsi dire, avec la fibre musculaire. Cette force motrice, en quelque sorte à l'état latent, peut encore néanmoins se manifester par des contractions, quand on galvanise fortement le tronc nerveux lui-même, alors que l'emploi des irritans mécaniques et chimiques (potasse, etc.) ne produit plus aucun effet sensible.

Ces expériences démontrent donc qu'avec Reil, Prochaska, Legallois, etc., on ne saurait admettre qu'un principe, analogue à celui qui émane de l'axe cérébro-spinal, soit secrété dans toute l'étendue des cordons nerveux qui, au contraire, doivent nécessairement communiquer avec cet axe, pour demeurer excitables.

La question que nous venons de traiter et la suivante : *L'irritabilité des muscles disparaît-elle ou non avec l'excitabilité des nerfs de mouvement*, sont tellement connexes que, dans leur étude, elles ne sauraient être séparées.

Les résultats de nos recherches tendant à donner la solution de ce dernier et important problème feront l'objet d'un autre mémoire qui sera prochainement présenté à l'Académie.

Commissaires : MM. de Blainville, Flourens et Breschet.

COMPOSITION DE L'URINE DANS LA GROSSESSE ET DANS LES MALADIES.

M. Donné soumet à l'Académie un mémoire sur l'urine, considérée dans l'état de maladie et pendant la grossesse. L'urine pendant la gestation contient moins d'acide urique et de phosphate de chaux que dans l'état naturel, et cette différence est facile à comprendre puisque ces principes sont nécessaires à la formation des os du fœtus. La cristallisation des sels de l'urine est donc modifiée d'une manière tellement remarquable que par leur simple inspection, et sans avoir besoin d'examiner les femmes, M. Donné a pu dans plus de 30 cas reconnaître l'état de grossesse à ses diverses époques.

Chez l'homme en bonne santé, l'urine contient du fer; dans la chlorose on ne peut plus le retrouver par les réactifs ordinaires, mais on le voit reparaître dès qu'on a administré des préparations ferrugineuses, et l'examen des urines fournit de précieuses indications sur l'opportunité de cette médication. Ainsi dans certaines formes de chlorose, l'urine contient du fer; on peut être certain alors que les ferrugineux ne réussiraient pas dans ces cas. C'est ainsi encore qu'on n'est assuré d'avoir guéri la chlorose d'une manière durable, que lorsque l'urine contient du fer, bien qu'on ait cessé depuis plusieurs jours d'en administrer à l'intérieur.

Dans la fièvre typhoïde, les cristaux de l'urine présentent un aspect rayonné et nacré qui rappelle l'apparence des cristaux de phosphate d'ammoniaque; mais ce caractère n'est pas très important, car il se rencontre aussi dans d'autres affections telles que la pneumonie.

M. Donné annonce en terminant, qu'il a fait sur des chiens des injections de lait dans les cavités séreuses et même dans les veines, et il s'est assuré que, quand ce liquide est pur, il ne détermine aucun mauvais effet, et circule dans les vaisseaux comme le sang.

Commissaires : MM. Chevreul, Flourens et Breschet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle comprend un document relatif à la vaccination et un mémoire sur une épidémie de fièvre typhoïde observée dans le département du Jura.

M. Desparanche (de Blois) adresse un mémoire sur une épidémie de méningo-encéphalite.

MM. Gautier de Claubry, Alph. Devergie, Colombat et Royer-Collard se portent candidats pour la place vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

VACCINATION.

M. GAUTIER DE CLAUBRY : D'après l'invitation que m'en avait faite M. Bouillaud, je me suis rendu dans les salles de son service à la Charité, et je n'y ai trouvé que trois individus affectés de variole sans avoir été vaccinés, puis une femme, autrefois vaccinée, et ayant maintenant une varioloïde compliquée de délire et de symptômes graves.

M. BOUILLAUD : Il serait très important dans des communications de ce genre de bien entendre ce qui a été dit. Je n'ai jamais voulu donner ce cas de varioloïde comme un exemple de variole après vaccine; j'ai seulement dit que c'était là une observation de varioloïde consécutive à la vaccine et s'accompagnant de phénomènes très graves.

M. MARTIN SOLON : Les faits de ce genre ne sont pas nouveaux. Depuis longtemps on sait que des malades n'ayant que la varioloïde ont transmis la variole à des sujets ou vaccinés ou non vaccinés. J'ai observé un cas semblable à l'Hôtel-Dieu, en 1826, avec M. Dalmas, dans le service de M. Montaign.

M. DESLONGCHAMPS : J'ai eu occasion de voir dans la même famille deux jeunes personnes qui eurent la variole deux fois; leur mère me dit qu'elle était aussi elle-même dans ce cas; et comme j'en doutais, elle m'apporta les certificats que je lui avais délivrés plusieurs années auparavant et desquels il résultait qu'elle avait eu à deux reprises la petite vérole.

M. CASTEL revient sur les questions qu'il a déjà traitées dans la dernière séance.

M. MOREAU : Lorsqu'il s'agit de se prononcer sur une question aussi grave que celle dont nous nous occupons, il convient d'entendre les deux opinions contraires. On vient de vous rapporter des faits qui semblent tendre à diminuer la confiance que l'on a dans la vaccine. (Marques de dénégation.) Laissez-moi vous rappeler que dans l'épidémie de Philadelphie en 1824, qui frappa indistinctement ceux qui avaient eu la petite vérole, ceux qui avaient subi l'inoculation et ceux qui avaient été vaccinés, on observa qu'aucun des sujets vaccinés ne succomba. Chacun de nous a connu M. Eugène Legallois; ce jeune homme qui avait été vacciné 20 ans auparavant par son père s'inocula, en 1825, le liquide pris sur les pustules d'un homme affecté de variole confluente, et l'inoculation fut sans résultat.

M. CORNAC demande pourquoi la commission nommée pour examiner la question des revaccinations ne s'est pas réunie depuis près de deux ans.

M. EMERY : Comme secrétaire de cette commission, je vais répondre à la demande de M. Cornac. La commission a fait un appel aux vaccinateurs des départemens, et jusqu'à présent elle n'a pas reçu un seul document. J'ai par conséquent été obligé de faire moi-même des expériences pour éclairer la question, et déjà j'ai pratiqué 1,440 revaccinations; je prie mes collègues de vouloir bien expérimenter de leur côté, et me faire part du résultat de leurs travaux, et alors mon rapport ne se fera pas attendre.

ABCÈS PAR CONGESTION ET FRACTURE DE CUISSE.

M. VELPEAU fait un rapport sur deux observations envoyées par M. Balot, et relatives, la première à une carie vertébrale profonde avec abcès par congestion; la seconde à une fracture très grave du fémur qui malgré l'extension continue, la demi-flexion et un bandage inamovible successivement appliqués a nécessité l'amputation. Ces deux observations sont surtout remarquables par l'extrême précision des détails et ne contiennent aucune circonstance bien importante. Le seul fait qu'il y ait à signaler, est une hémorragie très grave qui suivit la section de l'os pendant l'amputation et contre laquelle on fut obligé d'employer la compression faite avec des rondelles d'agaric appliquées sur la surface de l'os. M. le rapporteur propose d'adresser des remerciemens à l'auteur et de déposer son travail aux archives. Adopté.

PROJET DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA PHARMACIE.

M. ADELON continue la lecture de son rapport sur le projet de loi relatif à l'exercice de la pharmacie. Il rappelle que la commission chargée de rédiger ce projet a été d'avis qu'il valait mieux corriger la législation ancienne qui ne péchait que par quelques points, que de créer une loi nouvelle et complète. L'Académie a déjà approuvé trois articles de la rédaction préparée par la commission; aujourd'hui il vient proposer le quatrième article. Celui-ci a donné lieu à une assez longue discussion; il s'agissait de modifier l'article 33 de la loi du 21 germinal, an XI, article qui défend aux épiciers et droguistes de vendre aucune composition pharmaceutique. La commission a pensé qu'il y avait lieu à y introduire deux modifications. L'ancienne loi, en effet, ne comprend dans la prohibition que les épiciers et les droguistes, sans y faire entrer d'autres professions qui devraient être assujetties à la même défense, telles que les herboristes. D'un autre côté elle ne proscrit que la vente, mais n'empêche ni la fabrication, ni l'exposition. Partant de ces données la commission propose la rédaction suivante :

§ I. Les épiciers, droguistes, herboristes et toutes personnes autres que les pharmaciens ne pourront fabriquer, vendre, tenir en dépôt, exposer en vente aucune préparation ou composition pharmaceutique, sous peine de 100 francs à 500 francs d'amende.

§ II. Les épiciers et droguistes pourront continuer à faire le commerce en gros des drogues simples, mais sans pouvoir néanmoins en débiter aucune au poids médicinal.

§ III. Les herboristes ne pourront vendre que des plantes ou parties de plantes médicinales, indigènes, fraîches ou sèches.

§ IV. Sont exceptés de cette prohibition :

1° Les docteurs en médecine et en chirurgie, les officiers de santé, dans les cas prévus et les limites fixées par l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI.

2° Les établissemens de charité, à la double condition que les médicamens qu'ils emploieront seront fournis, préparés par des pharmaciens, et qu'ils ne feront que des distributions gratuites de ces médicamens.

3° Les médecins vétérinaires brevetés, à la condition qu'ils n'auront en dépôt chez eux, ne prépareront et ne fourniront de médicamens que pour l'exercice privé de l'art vétérinaire.

M. Nacquart se demande si la loi est assez opportune, assez importante pour occuper les momens de l'Académie. A son avis, il ne faut pas se contenter de proposer *deux ou trois petits articles*, on devrait plutôt songer à faire une loi capable de régénérer d'une manière complète la pharmacie. Il vote donc pour le rejet, ou du moins pour l'ajournement indéfini du projet de la commission.

M. Adelon : Quand il existe déjà sur l'exercice de la pharmacie une loi composée de 38 articles, une loi rédigée par des hommes tels que Thouret et Fourcroy, on ne peut pas dire qu'il y a pénurie de législation. M. Nacquart se plaint de ce que nous ne faisons pas assez, et voilà, d'un autre côté, MM. Bouilland et Rochoux qui nous reprochent de tout bouleverser ; qu'on veuille donc bien s'entendre sur les accusations qu'on nous adresse. M. Nacquart dit que les moyens proposés par la commission sont insuffisans ; s'il veut en apporter de nouveaux, nous lui promettons de les accepter avec reconnaissance.

Les deux premiers paragraphes sont mis aux voix et adoptés.

A l'occasion du troisième paragraphe, M. Virey demande qu'à la suite de « plantes médicinales indigènes, » on ajoute *ou naturalisées*.

M. Mérat : Avant d'adopter cette addition, il faudrait déterminer le temps au bout duquel une plante sera réputée naturalisée ; or, cela n'est pas possible.

Le paragraphe troisième est adopté avec sa rédaction primitive.

La première partie du quatrième paragraphe est également mise aux voix et adoptée.

M. Moreau : A propos de l'exception relative aux établissemens de charité, je ferai observer que la rédaction proposée pourrait avoir des conséquences défavorables pour ces établissemens. Si, comme le demande la commission, vous imposez à un hospice l'obligation de faire fournir les drogues simples par un pharmacien, et de les faire ensuite préparer par un autre pharmacien, vous entraînerez sa ruine ; car il trouverait sans doute plus avantageux d'acheter les substances premières à un droguiste. Je demande donc qu'au lieu des mots *seront fournis, préparés par des pharmaciens*, l'on mette *seront préparés ou fournis par des pharmaciens*.

La seconde partie du quatrième paragraphe avec cette modification est votée.

M. Castel : La partie du projet qui spécifie une exception en faveur des vétérinaires me paraît inutile, et même opposée à leurs intérêts. Leurs droits doivent être égaux à ceux des médecins. Je professe, pour ma part, la plus haute estime pour MM. les vétérinaires ; l'art qu'ils exercent est plus difficile que la médecine humaine, plus difficile même que la médecine des enfans, parce que *la pantomime des animaux est plus restreinte que celle des enfans*. En faisant une exception pour eux, *vous obscurcissez l'auréole qui les entoure*, vous diminuez le relief qui s'attache à leur corps. Ajoutez-les plutôt aux médecins dans le même article qui se rapporte à ceux-ci.

D'après des observations faites par MM. Dupuy, Barthélemy et Husson, la troisième partie du quatrième paragraphe est ainsi rédigée : Les vétérinaires ayant obtenu, dans une des écoles royales vétérinaires de France, un diplôme ou un brevet, à la condition qu'ils n'auront en dépôt chez eux, ne prépareront et ne vendront de médicamens que pour les animaux qu'ils seront appelés à traiter.

Cette troisième partie est adoptée, ainsi que l'ensemble de l'article.

La séance est levée à cinq heures et quart.

CONCOURS

OUVERT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, POUR UNE CHAIRE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE ET UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE STRASBOURG.

SECONDE ÉPREUVE. — QUESTION ORALE APRÈS 24 HEURES DE PRÉPARATION.

Tout le monde est d'accord sur les difficultés de cette épreuve, et malgré le temps dont les concurrens peuvent disposer pour s'y préparer, ce n'est pas une de celles qui leur paraissent le moins redoutables. On a dit et répété déjà bien souvent les causes de cette apparente singularité. L'immensité du cadre à remplir, la fatigue qu'amène une aussi longue contention d'esprit, la diversité, l'abondance des matériaux qu'il faut classer, l'ambition d'être brillant en disant du nouveau, la crainte de se montrer incomplet en négligeant les élémens de la science, enfin et par-dessus tout, la certitude de trouver des juges d'autant plus exigeans qu'ils auront ici le droit de l'être, voilà ce qui explique et justifie l'appréhension des candidats, les nombreux défauts, la médiocrité même de leçons si laborieusement préparées. Mais tout en admettant ces considérations à titre d'excuse pour chaque compétiteur, nous ne voulons pas dire qu'elles doivent modifier le jugement à porter sur leur mérite comparatif. En effet, remarquons-le bien, les conditions sont les mêmes pour le professeur que pour le candidat : ces difficultés, qui l'arrêtent aujourd'hui dans ses actes probatoires, il les retrouvera demain dans son enseignement. C'est même là ce qui fait de l'épreuve actuelle sinon la meilleure pour apprécier la capacité scientifique de chaque aspirant, du moins la plus probante en faveur de son talent de professeur ; car il ne préparera pas son cours avec plus de conscience, plus de zèle qu'il n'en a mis à élaborer sa leçon de concours, et les qualités dont il aura fait preuve, les défauts qu'il n'aura pu dissimuler devant ses juges, seront à coup sûr les mêmes pour ses élèves.

Les sujets traités dans cette épreuve étaient tous relatifs à des questions générales et comportant surabondamment des développemens d'une heure de durée. Aussi y avait-il pour les concurrens deux partis à prendre : indiquer, mais indiquer seulement tous les points qui se rattachaient à la question, ou bien négliger les choses connues de tous, pour approfondir celles qui sont encore en litige. La première méthode a, sans contredit, ses avantages ; mais peut-être la seconde était-elle préférable dans un concours du genre de celui-ci, où on doit supposer que les candidats possèdent les élémens de la science qu'ils aspirent à enseigner, et où on leur demande, en même temps qu'un aperçu de l'état actuel des connaissances, leur opinion personnelle sur les questions qui divisent aujourd'hui les pathologistes.

M. LACAUCHIE.

ANÉVRISME SPONTANÉ.

M. Lacauchie se fait surtout remarquer par sa méthode d'exposition. Point de phénomène qu'il n'analyse dans ses détails, point d'effet auquel il ne cherche à assigner ses causes. Ce genre d'esprit donne à ses leçons un certain caractère d'originalité, qui vient moins de la nature des choses que de la manière de les comprendre et de les enchaîner. Aussi ne pourrons-nous donner qu'une idée imparfaite de cette leçon, dont la bonne disposition des matériaux a fait le principal mérite.

L'anévrisme spontané est cette espèce d'anévrisme qui se développe sous l'influence des causes organiques, ou du moins dans lequel les causes extérieures n'ont qu'une action accessoire. On a proposé des divisions basées sur divers fondemens ; la plus généralement adoptée est celle qui a égard au nombre et à la nature de celles des tuniques artérielles qui ont subi une lésion ; encore faut-il reconnaître que dans cette classification certains ordres sont fondés moins sur l'observation que sur le besoin de compléter un cadre théoriquement établi. En résumé, le débat se réduit à cette question : y a-t-il dilatation seulement, ou dilatation, puis rupture des tuniques internes ? De graves autorités militent en faveur de l'une et de l'autre solution.

Les causes de cette affection agissent en constituant une prédisposition, ce sont : la position superficielle des artères, leur rapprochement du cœur, leur situation près d'une articulation, les diverses diathèses, etc., ou bien, en déterminant directement la formation du sac anévrismal, telles sont les dégénérescences des artères, les contusions, les mouvemens trop brusques, etc.

Le développement de la tumeur anévrismale exige pour être bien compris que l'on se rappelle les fonctions des artères. Ces vaisseaux en effet ne sont pas des tubes inertes : en raison même de leur structure, ils influencent la circulation ; si donc cette structure se trouve modifiée, ne fût-ce qu'en un point, il en résultera une lésion qui d'abord, purement fonctionnelle, pourra devenir le point de départ des altérations les plus profondes. La paroi vasculaire rendue moins flexible dans ce point sera par conséquent plus exposée aux dilacérations que détermine le choc de la colonne sanguine ; une solution de continuité étant ainsi produite, le sang enfilera la voie qui lui est ouverte ; de là une cavité qui s'agrandira incessamment par le même mécanisme, et aux dépens des parties voisines. Il y a cependant une exception à cette règle générale dans la variété qu'on appelle *anévrisme disséquant*, ainsi que dans celle où une tumeur anévrismale, au lieu de s'agrandir, se perfore et donne lieu à une tumeur plus superficielle qui n'est autre qu'une extravasation sanguine.

Une fois développé, le sac exerce sur les parties qui l'avoisinent une influence qui peut produire les effets les plus variés ; le bout inférieur de l'artère ne reçoit plus autant de sang ; de là la dilatation lente mais constante et graduelle des collatérales qui plus tard suppléeront le tronc principal. Les vaisseaux qui naissent à la surface de l'anévrisme sont oblitérés par le mécanisme qu'a décrit M. le professeur Bérard. Les parties situées au-dessus de la tumeur deviennent œdémateuses ; les nerfs y sont aussi comprimés, et déterminent de la douleur, de l'engourdissement. Enfin les os voisins subissent une perte de substance, non par usure, mais par absorption ; les cartilages et fibro-cartilages demeurent les derniers intacts, comme on peut en voir un exemple dans les disques intervertébraux qui conservent encore leur apparence normale, alors même que les vertèbres sont le plus profondément érodées.

L'anévrisme marche toujours ou presque toujours vers une même terminaison, la rupture du sac. Elle s'opère à travers une escarre de la peau, ou par la formation d'un abcès qui se développe d'abord entre les tégumens et le sac, et perfore ensuite à la fois les parois de la tumeur et l'enveloppe cutanée. Il y a cependant quelques exemples de guérisons spontanées qui, le plus souvent, s'accompagnent de l'oblitération du vaisseau, quoique cependant il puisse quelquefois conserver son calibre naturel.

Les signes de l'anévrisme ne sont pas les mêmes à chaque période. Au début, c'est une tumeur placée sur le trajet d'une artère, offrant des pulsations isochrones à celles du cœur, pouvant s'évacuer lorsqu'on la comprime, mais reprenant son volume dès que la pression est suspendue. On connait aussi les effets différens de la compression faite au-dessus et au-dessous de la tumeur sur l'artère qui l'alimente. A mesure qu'on s'éloigne du début, ces signes s'obscurcissent; les battemens sont moins appréciables; on ne peut plus obtenir par la pression une aussi grande diminution de volume; si le diagnostic est alors incertain, qu'on se souvienne qu'il vaut mieux, dans l'application des moyens thérapeutiques, pécher par excès de timidité que par excès de hardiesse.

Le pronostic est toujours grave, mais proportionné cependant au volume du vaisseau affecté, à sa proximité du tronc, à l'existence de plusieurs anévrismes sur le même sujet.

M. DESPREZ.

DES FRACTURES DES MEMBRES.

M. Desprez commence sa leçon en disant que, dans l'impossibilité de traiter la question tout entière, il passera légèrement sur plusieurs points et n'insistera que sur le diagnostic, le pronostic, le traitement, les complications des fractures, leur mode de consolidation, et enfin les fractures des os courts. Il n'est cependant pas resté entièrement fidèle au plan qu'il annonçait. Ne pouvant se borner à une indication stérile, il a voulu ajouter quelques développemens à chacune des parties de son cadre; mais l'étendue de la question qui lui était échue ne permettait pas un semblable partage, de sorte qu'il lui a fallu nécessairement sacrifier aux sujets qu'il n'aurait voulu qu'effleurer la plus grande partie du temps qu'il avait réservé pour de plus importantes questions.

Il établit d'abord les causes des fractures, admet parmi elles la contraction musculaire sur l'autorité de M. Léveillé, et de quelques autres chirurgiens. Les fractures longitudinales lui paraissent aussi être aujourd'hui démontrées. Passant ensuite aux déplacemens, il s'attache à en préciser les divers agens. Ce sont: la continuation de la cause vulnérante, le poids du membre ou l'action musculaire. A ces causes il ajoute aussi les mouvemens exécutés par les articulations voisines dont M. Bonnet a récemment prouvé toute l'influence sur la position respective des fragmens.

Comme signes des fractures, on compte: 1° la déformation; avant de juger d'après ce signe, il faut s'assurer si le membre était bien conformé avant l'accident. La mensuration semble aussi à M. Desprez un moyen difficile et douteux, parce qu'on ne peut pas placer les deux membres que l'on compare, dans une position exactement identique; il n'y a donc à tenir compte de la différence observée dans leur longueur que si elle est considérable; 2° le gonflement du membre, bon signe, mais que d'autres affections peuvent simuler; 3° la crépitation qui présente deux phénomènes distincts: un bruit perçu par l'oreille et une sensation transmise par la main du chirurgien; 4° la mobilité qui est parfois difficile à constater si la fracture siége profondément ou est voisine d'une articulation; 5° la douleur; 6° la perte de la fonction du membre; 7° le craquement senti par le malade.

Dans le traitement des fractures, c'est à maintenir la réduction qu'on trouve le plus de difficultés; c'est pour remplir cette indication qu'on a imaginé le plus grand nombre d'appareils; ils sont au nombre de six: 1° le bandage roulé, qui est généralement abandonné, excepté dans les cas de fracture du membre supérieur; 2° le bandage de Scultet qui permet de panser le membre sans lui imprimer autant de mouvemens; 3° l'extension continue, dont l'application a été soumise par Boyer à des règles si précises; 4° l'hyponartécie, combinée ou non avec la suspension; elle permet de visiter le membre malade sans lui imprimer de mouvemens, mais ne s'oppose pas assez aux déplacemens consécutifs; 5° le double plan incliné fait avec des coussins ou avec des planchettes articulées à angle. En admettant les idées de M. Bonnet sur le déplacement plus ou moins considérable que la demi-flexion entraîne forcément dans les fractures du membre inférieur, cet appareil doit être absolument proscrit pour les fractures de la jambe et de la cuisse. D'ailleurs, fait observer M. Desprez, il est presque généralement abandonné aujourd'hui; et c'est avec raison, car si le support du membre est trop mou, il permet au pied de reposer sur le lit, et amène par conséquent le chevauchement; s'il est trop dur au contraire il expose à des excoriations; 6° l'appareil inamovible, celui de M. Larrey, le seul vraiment inamovible, est trop compliqué pour être conservé. Il a été modifié par MM. Seutin, Velpeau et Laugier. M. Seutin a substitué l'amidon au mélange de M. Larrey, et a imaginé de faire à l'appareil une ouverture pour permettre de visiter et de panser les plaies qui compliquent la fracture, sans avoir à renouveler l'appareil. M. Desprez trouve néanmoins que le bandage amidonné de M. Seutin, est pesant et trop long dans son application, et il lui préfère celui de M. Velpeau qui a simplifié et les pièces qui composent le bandage, et la substance destinée à le convertir en un tout solide.

On a reproché à l'appareil inamovible d'empêcher de visiter le membre fracturé; mais nous avons vu que dans les cas où cela devient nécessaire, on peut très bien disposer le bandage de manière à découvrir à volonté les surfaces malades. Il produit aussi la gangrène, a-t-on dit; mais il est probable que cet accident n'est survenu qu'à la suite d'une application défectueuse. Enfin, il exposerait à la non consolidation des fractures, et il faut convenir que cette accusation est plus fondée que les autres, à cause du vide qui se produit toujours entre le bandage et la surface du membre. Cet inconvénient serait plus à craindre encore, si, comme le disent les partisans de cet appareil, il fallait l'appliquer avant que le gonflement inflammatoire du membre fût dissipé.

Combien de temps l'appareil doit-il être laissé en place? Si l'on a mis le bandage inamovible, il ne faut le renouveler que lorsque des accidens s'annoncent; le bandage de Scultet, au contraire, devra être changé trois ou quatre fois pendant la durée du traitement.

M. SÉDILLOT.

DES TUMEURS ÉRECTILES.

L'esprit synthétique, qui a tant fait pour le progrès de la science, a cependant aussi ses inconvéniens. En classant sous un nombre donné de chefs toutes les maladies avec leurs variétés et leurs formes individuelles si diverses, on a dû nécessairement réunir souvent dans une même catégorie des espèces de nature bien différente. C'est ce dont l'histoire des tumeurs érectiles peut nous offrir un exemple. Ainsi, on définit cette maladie: une hypertrophie des vaisseaux capillaires, compliquée de la dilatation des artères et des veines qui s'y rendent, et forment un tissu érectile normal. Et cependant l'analogie de structure est loin d'être complète entre tous les cas que l'on rapporte à cette définition, et les noms divers qui ont été imposés par les auteurs à cette maladie montrent assez qu'ils n'ont pas eu en vue la même altération. Elle a été désignée sous les termes de taches de naissance, dont Vardrop forme deux classes, *nævus cutaneus* et *nævus subcutaneus*; la seconde seule, d'après lui, offre du danger pour l'avenir; Key l'appelle fungus hématode, nom qui doit être réservé pour désigner la combinaison du tissu érectile avec le cancer mou. J.-L. Petit, le premier qui ait bien décrit les caractères du tissu érectile accidentel, appelait ces tumeurs loupes variqueuses. John Bell, en 1796, a rapproché les tumeurs érectiles du tissu érectile normal; Valther les nomme télangiectasie; d'autres pathologistes, fongus sanguins. C'est Dupuytren qui leur a donné la dénomination actuellement reçue de tumeurs érectiles.

Elles sont le plus ordinairement congéniales; mais néanmoins, et quoique Valther affirme positivement le contraire, il s'en manifeste quelquefois d'accidentelles, qui sont déterminées par une contusion ou une irritation quelconque qui devient un centre de fluxion sanguine. Le plus souvent cependant on est forcé, pour s'expliquer leur formation, d'admettre une prédisposition générale; mais n'en est-il pas ainsi de presque toutes les maladies?

Les tumeurs érectiles peuvent se développer sur toute la surface du corps, mais la peau et en particulier celle de la face, du cou, la conque de l'oreille, comme parties plus vasculaires, y sont spécialement sujettes. Après la peau, c'est dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'elles s'observent le plus communément. On en voit aussi dans les os, dans les parenchymes. Lobstein cite un cas de tumeur érectile du foie; MM. Cruveilhier et Marjolin en ont rencontré dans le cerveau.

Leur apparence extérieure n'est pas constamment la même; tantôt ce sont des taches, tantôt des tumeurs; parfois elles sont largement développées, leur base s'étend au loin; dans d'autres cas, elles sont circonscrites, comme enkystées, distinction importante pour les indications opératoires. Le volume peut varier depuis une simple tache jusqu'à la grosseur *d'une tête de veau*. Une classification plus essentielle à connaître et fondée sur leur nature même, les divise en trois ordres: tumeurs érectiles capillaires, veineuses ou artérielles. M. Roux a montré que la lésion existe en général primitivement dans les capillaires, et suivant qu'elle s'étend vers les veines ou les artères, elle prend les caractères propres à chacun de ces deux ordres. Les troncs artériels des parties où siégent ces tumeurs ne participent pas à la dilatation des petites branches; Dupuytren avait remarqué ce phénomène qu'il est utile d'avoir présent à l'esprit lorsqu'on a à faire leur excision. Des complications nombreuses et diverses peuvent altérer leur structure qui, primitivement, est de tout point comparable à celle du tissu érectile normal. La complication la plus grave est celle du cancer.

Il existe dans la marche de cette maladie trois périodes: celle d'incubation qui, dans les tumeurs congénitales, peut se prolonger très longtemps, celle de développement, celle de terminaison. Elles finissent ordinairement par s'ulcérer à leur surface et donner lieu à des hémorragies mortelles. Dans des cas rares cependant, elles suivent une marche rétrograde, s'atrophient et disparaissent à la longue; Wardrop en a aussi vu être frappées de gangrène.

Les tumeurs érectiles ne constituent pas une maladie dont la nature soit toujours identique; leur symptomatologie doit donc présenter des différences en rapport avec la différence de structure qu'on y observe. Ainsi, la tumeur est-elle artérielle et située à la peau, il y a une tuméfaction qui prend une teinte rouge dans toutes les circonstances où la circulation est activée et dont la coloration devient au contraire plus pâle dans les conditions débilitantes. On sent à la surface des battemens isochrones à ceux du pouls; quelquefois cependant on ne perçoit qu'un simple bruit de souffle. En pressant la tumeur, on découvre de la fluctuation; mais cette sensation n'y est pas aussi parfaite que dans les abcès, parce que le sang qu'elle contient ne peut passer librement et sans obstacle d'une main à l'autre, arrêté qu'il est dans des cellules, ou plutôt dans des vaisseaux qui s'opposent à sa progression. Si l'on presse sur l'artère qui alimente la tumeur, celle-ci ne tarde pas à s'affaisser. On a vu, dans plusieurs cas, la menstruation s'opérer à sa surface. Lorsqu'elle est située dans le tissu cellulaire, ou dans les os, la tumeur est plus difficile à diagnostiquer.

Si elle est de structure plutôt veineuse qu'artérielle, sa coloration est brune, noirâtre; elle n'offre pas de battemens; sa forme est globuleuse, des veines dilatées rampent à son voisinage: tout ce qui gêne la circulation veineuse augmente son volume d'une manière notable.

La tumeur érectile capillaire présente les caractères combinés des tumeurs artérielle et veineuse.

Le diagnostic différentiel de ces tumeurs est très difficile; J.-L. Petit cite des cas où elles ont été prises pour des abcès, et où des hémorragies survenant après l'incision pratiquée pour évacuer ces prétendus abcès firent périr les malades. Dupuytren les a vues confondues avec des cancers. Scarpa parle de tumeurs érectiles du tibia, qu'on regarda comme des anévrismes; mais ici l'erreur était plus excusable, car ces deux affections offrent réellement entre elles une foule de points de contact. La distinction est d'autant plus embarrassante à établir que le siége de la maladie est plus profond, et il existe souvent des circonstances où

l'on ne peut exiger du praticien qu'il précise exactement la nature du mal. Le pronostic est plus grave si la tumeur est artérielle; si elle se trouve actuellement à la période de progrès, compliquée et surtout compliquée de cancer, que si elle est placée dans les conditions contraires.

Le traitement comporte une foule presque innombrable de moyens. On a dit que leur multiplicité prouvait qu'aucun d'eux n'était efficace; mais le reproche est injuste; c'est parce que la nature du mal présente des différences qu'on a été obligé de varier les moyens employés contre lui.

Faut-il opérer toutes les tumeurs érectiles? Beaucoup d'auteurs répondent par l'affirmative; mais la question peut être controversée; on a vu de ces tumeurs suivre une marche rétrograde et disparaître; M. Moreau a communiqué plusieurs observations de tumeurs pour lesquelles Dupuytren avait conseillé l'opération, et qui néanmoins ont fini par s'atrophier complètement. D'après ces exemples, il semble plus convenable d'attendre, tant qu'il n'y a pas, par le fait de la maladie, gêne d'une fonction importante, et tant qu'elle n'a pas fait assez de progrès pour qu'on ait à craindre de ne plus pouvoir l'opérer.

Faut-il opérer chez les enfans? Le danger de l'hémorragie, si grave à cet âge, doit ici faire une loi de temporiser toutes les fois qu'on le peut sans inconvéniens.

Les moyens employés contre cette affection n'agissent pas tous de la même manière; ainsi, on a proposé les résolutifs, les réfrigérans et les styptiques, la compression, qui nécessite que la tumeur puisse être appliquée contre un point d'appui, ou soit assez détachée des parties voisines pour permettre d'appliquer les agens de pression à ses deux surfaces opposées.

D'autres moyens ont pour but d'empêcher le sang d'arriver à la tumeur; on peut remplir cette indication en liant le tronc artériel qui se rend à la partie malade. On cite comme exemple de l'application de cette méthode, des guérisons de tumeurs de l'orbite dues à la ligature de la carotide (Travers, Darlymple, Velpeau, Jobert); quant à celles de la tempe, du cuir chevelu, de la joue, de l'oreille, les succès ont été infiniment moins nombreux, et cette différence dans les résultats se conçoit; car le système capillaire de l'orbite est fourni tout entier par l'artère ophthalmique, tandis que les vaisseaux des autres régions proviennent à la fois des carotides de chaque côté. On a aussi lié les artères de second ordre qui avoisinent la tumeur; mais on n'a obtenu de cette manière qu'une amélioration momentanée. Il y a encore un autre moyen pour prévenir l'abord du sang; il consiste à circonscrire la tumeur par une incision circulaire, qui met à découvert les vaisseaux dont on fait alors la ligature. Lawrence a employé avec succès ce procédé, pour une tumeur érectile du doigt; l'incision faite n'épargna que les tendons et leurs gaînes. On pourrait, afin d'éviter la gangrène, pratiquer cette incision en plusieurs temps successifs.

M. Lallemand a proposé de chercher à provoquer dans la tumeur la formation du tissu inodulaire pour interrompre toute communication entre les vaisseaux du tissu érectile. Ce procédé a réussi à son inventeur; mais d'autres chirurgiens, tels que MM. Blandin et Velpeau, l'ont vu échouer. On a été plus loin: on a divisé la tumeur par le milieu, puis placé des éponges entre les bords de l'incision pour obtenir la cicatrisation isolée de chacun d'eux. La vaccination, le broiement et la galvanisation à l'aide d'épingles profondément enfoncées, la destruction par les caustiques, la cautérisation sous-cutanée avec l'acide nitrique, ont aussi été conseillés. Ce sont là des procédés *fort jolis à lire dans les ouvrages* sans doute, mais insuffisans ou dangereux à l'application.

Un autre moyen plus sûr est l'ablation de la tumeur; elle peut être faite, soit avec la ligature, soit par l'extirpation. Cette opération n'est indiquée que lorsqu'on a la certitude de pouvoir emporter tout le tissu malade, et encore la cicatrice a toujours beaucoup de peine à se former. Enfin, l'amputation de la partie qu'occupe la tumeur est une ressource extrême qui ne convient que dans certains cas, dans ceux, par exemple, où la maladie est compliquée de cancer.

Telle a été la leçon de M. Sédillot; nous l'avons rapportée aussi exactement qu'il nous a été possible. Aussi les lecteurs seront-ils à même d'en apprécier l'ensemble et les détails, et de juger de son mérite mieux que nous ne le pourrions faire ici. Pour continuer jusqu'au bout notre rôle d'historien, nous devons seulement ajouter qu'elle a été suivie d'unanimes applaudissemens.

M. RIGAUD.

DE LA VARICE ANÉVRISMALE ET DE L'ANÉVRISME VARIQUEUX.

Cette question était de sa nature beaucoup plus restreinte que les précédentes; les travaux modernes n'ont pas en effet ajouté beaucoup aux notions qu'on possède sur cette maladie; et pour plusieurs candidats il eût peut-être été difficile de parler pendant une heure sans longueurs ni redites sur les anévrismes variqueux. M. Rigaud n'a point paru embarrassé d'un sujet aussi limité, et malgré quelques omissions, assez peu importantes du reste, sa leçon a été bien remplie et abondante en développemens intéressans.

On connaît la différence qui existe entre les deux lésions décrites sous les noms d'anévrisme variqueux et de varice anévrismale. Cette différence est réelle, et les auteurs même qui, pour plus de simplicité dans la description, veulent réunir les deux maladies sous un même nom, ne laissent pas de la reconnaître. M. Rigaud propose d'ajouter à la dénomination d'anévrisme variqueux, celle de faux consécutif pour indiquer que le sac intermédiaire ne se forme que consécutivement à la communication établie entre la veine et l'artère. Le siége le plus habituel de cette maladie est le pli du coude; néanmoins on en a rencontré ailleurs, et l'on connaît aujourd'hui des observations de varice anévrismale à la cuisse, à la jambe, dans les vaisseaux axillaires et sous-claviers. Nous avons entendu reprocher à M. Rigaud de ne pas avoir ajouté à cette nomenclature les anévrismes variqueux qui s'établissent entre l'aorte ascendante d'une part et de l'autre la veine cave, les cavités droites du cœur, ou l'artère pulmonaire, anévrismes qui ont été récemment indiqués par M. John Thurnam. (THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, n° 68, page 326.)

Les anévrismes variqueux ne sont pas toujours traumatiques, bien que ce soit là leur mode de formation le plus ordinaire. En général, après avoir ouvert une veine dans l'opération de la saignée, on exerce la compression sur le pli du bras, et ceci altère et empêche de bien observer la marche naturelle des phénomènes. Dans d'autres cas, il n'y a pas eu division instantanée des deux vaisseaux; un projectile, par exemple, peut déterminer seulement l'escarre de leurs parois contigües; il n'y a alors ni hémorragie, ni infiltration sanguine, et c'est consécutivement que la tumeur intermédiaire ou que la communication directe se forme. Un caractère assigné par tous les auteurs, c'est que la tumeur ne se manifeste à l'extérieur que quelques jours après l'accident.

Dans le principe, la varice anévrismale apparaît sous forme d'une tumeur ovoïdale d'abord, puis fusiforme, animée de pulsations isochrones à celles du cœur, et accompagnées d'un bruissement particulier que J. L. Petit a fort bien reconnu. Comprimez l'artère au-dessus, les battemens cessent mais le volume persiste; exercez la pression au-dessous, le volume et la rénitence n'augmentent pas. La tumeur disparaît ou diminue par la pression directement appliquée sur elle, ainsi que par la position du membre qui favorise le retour du sang veineux. En serrant circulairement le membre à l'aide d'un ruban soit au-dessus, soit au-dessous de la tumeur, la grosseur de celle-ci ne change pas. Lorsqu'il y a outre la varice anévrismale, un anévrisme variqueux, on sent profondément la résistance qu'offre ce dernier, une fois qu'on a fait disparaître par pression la varice. Par l'effet de cette communication anormale, les veines situées au-dessous deviennent variqueuses, ou du moins se dilatent en même temps que leurs parois s'amincissent. Le membre s'infiltre, s'engourdit, les malades y éprouvent quelquefois un sentiment d'ondulation bien distinct. On observe aussi des palpitations, des syncopes qui ont été attribuées à la pénétration du sang artériel dans les cavités droites du cœur.

Lorsque la varice anévrismale existe seule, elle est peu grave; on n'a jamais observé sa rupture; il suffit donc de moyens simples, et aucune opération chirurgicale n'est nécessaire pour remédier aux inconvéniens qu'elle entraîne. Ses suites sont plus fâcheuses lorsqu'elle siége dans les membres inférieurs, à cause de la position verticale qu'on est souvent obligé de garder et qui gêne la circulation veineuse au point que les malades ne peuvent quelquefois pas la soutenir.

Ce qui vient d'être dit ne s'applique spécialement qu'à la varice anévrismale, quand l'anévrisme variqueux faux consécutif la complique ou existe seul, on est souvent très embarrassé pour distinguer ce cas du précédent, parce que le sac ne contenant que très peu de caillots sanguins, offre à peu près la même mollesse, et se vide presqu'aussi facilement que la varice anévrismale. L'anévrisme variqueux est plus grave que l'autre forme; il peut se terminer par rupture et hémorragie.

Le traitement, sous beaucoup de rapports, est commun aux deux espèces de la maladie. On a proposé la compression au-dessus, au-dessous de la tumeur, directement sur celle-ci, et enfin sur toute l'étendue du membre. Remarquons que, par le fait, on ne l'applique généralement que de cette dernière manière, car il serait impossible, par exemple, d'établir un point de compression à une hauteur quelconque du membre sans entourer sa partie inférieure d'un bandage circulaire pour prévenir l'étranglement. Cette méthode de traitement ne peut pas être mise en usage indistinctement dans toutes les régions où se développe l'anévrisme; car il faut, pour permettre son emploi, des conditions qui ne se rencontrent pas partout. Quant à la ligature, elle devient rarement nécessaire; mais si le mal n'est pas enrayé dans ses progrès par l'emploi des moyens compressifs, il faut intercepter la circulation dans le vaisseau lésé, par deux ligatures placées l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la tumeur. L'insuffisance de la ligature à la méthode d'Anel a été reconnue même par Dupuytren qui l'avait d'abord pratiquée. Un malade, placé dans le service de M. A. Bérard, à l'hôpital Necker, offre l'exemple d'une opération semblable, faite sans succès par un chirurgien de l'armée d'Afrique, dans le but d'arrêter les progrès d'une varice anévrismale.

M. SANSON (ALPHONSE.)

DES ABCÈS.

On donne le nom d'abcès à toute collection de matière purulente ou puriforme quel que soit d'ailleurs son siége. Cependant on a fait une classe à part des collections de pus contenues dans les grandes cavités séreuses, sans y être circonscrites par des adhérences. L'histoire des abcès comprend plusieurs questions générales; plusieurs conditions se rencontrent dans toutes les variétés de ces maladies; ainsi, partout il y a: 1° un travail d'élaboration, de formation du pus, qui a été regardé par tous les auteurs comme lié à l'inflammation et ne pouvant se développer sans elle. Un travail très remarquable de M. Tessier autoriserait cependant à croire que dans certains cas le sang a de la tendance à se transformer immédiatement et sans phlegmasie préalable, en pus. M. Tessier s'appuie, pour soutenir cette opinion, sur l'observation de faits nombreux où on a trouvé des abcès multiples, sans qu'il y eût eu ni plaie, ni inflammation dans aucune partie de l'économie. La pyogénie reconnaît donc pour cause des influences diverses, locales ou générales, internes ou externes qui, par leur union, leur combinaison, expliquent toutes les formes d'abcès, froids, chauds, abcès par congestion, et abcès métastatiques qu'il vaudrait mieux appeler abcès multiples; 2° la structure des organes au milieu desquels se dépose ce pus explique l'apparence diverse qu'offrent les abcès dans les différentes parties du corps; ainsi il y a des pustules, des abcès sous-cutanés, sous-aponévrotiques; il s'en forme dans les cavités splanchniques et à l'intérieur des os. D'autre part les tissus denses et peu vasculaires ne sont que peu accessibles à l'épanchement du pus: ainsi on n'observera presque jamais de dépôts dans la glande lacrymale et le pancréas, tandis que les grands espaces celluleux en offrent les plus fréquens exemples; 3° les abcès tendent en général à se porter au dehors, et cette marche peut s'expliquer par des

raisons empruntées à l'anatomie et à la physiologie. Ainsi les espaces celluleux où le pus se forme ordinairement communiquent tous avec les parties les plus superficielles; les contractions musculaires servent aussi à chasser, à exprimer le pus dans ce sens. D'autre part, il s'exerce à la peau un mouvement de succion qui appelle nécessairement les liquides à l'extérieur; faut-il admettre ici la force par laquelle, suivant Hunter, la plumule des plantes tend invinciblement vers le ciel. Enfin le pus possède une propriété irritante de laquelle résulte nécessairement l'ulcération successive des parties placées sur sa route. Les aponévroses entravent cependant cette progression naturelle des collections purulentes; il existe ainsi des abcès froids, enkystés qui peuvent demeurer indéfiniment stationnaires.

Rien de plus variable, quant à l'apparence extérieure, que le liquide contenu dans les abcès; leurs parois offrent aussi des différences suivant que le travail de pyogénie a été plus ou moins rapide: tantôt ce sont les débris des tissus voisins qui limitent le foyer, tantôt il existe à sa surface interne une couche, d'abord molle et tomenteuse, qui ne tarde pas à se transformer en une véritable membrane Les abcès peuvent exercer sur les parties qui les avoisinent deux actions bien différentes, et ils sont pour elles une cause ou d'irritation ou d'atrophie; de là les effets variés qui résultent de leur présence.

Le diagnostic des abcès est quelquefois très difficile, et c'est pour cela qu'il faut s'entourer de tous les signes propres à diminuer les causes d'incertitude et d'erreurs. Les commémoratifs ne doivent pas être négligés; ainsi, des douleurs ont eu lieu dans un point de la colonne vertébrale, l'épine est déformée, des symptômes de compression de la moelle existent, vous êtes presque nécessairement conduit à soupçonner un abcès par congestion. Il en est de même des phénomènes qui, tels que le frisson, les douleurs pulsatives, apprennent que du pus s'est formé quelque part. Si après l'apparition de ces symptômes on découvre, dans quelque point, de l'œdème, un changement de consistance, on est fondé à croire qu'un abcès se développe là; mais pour être sûr que l'abcès est formé, il faut que la fluctuation soit évidente: or, il y a deux manières d'en percevoir la sensation, soit en se renvoyant d'une main à l'autre le flot de pus, soit en pressant la tumeur d'une seule main contre laquelle le liquide vient frapper au moment où on la retire brusquement. Le pronostic des abcès est variable suivant qu'ils sont l'expression d'un état général de l'économie ou seulement l'effet d'une cause locale.

Dans le cours de cette leçon, à propos des conditions différentes dans lesquelles se présentent les abcès, le candidat avait fait ressortir les conséquences diagnostiques et pronostiques qui s'y rattachent, et fait pressentir les indications qui en découlent; il avait promis de resserrer dans un cadre étroit le tableau de chaque espèce d'abcès, ce qui eût été une sorte de résumé pratique. Il est à regretter que le temps n'ait pas permis à M. Sanson de compléter cette leçon qui a paru s'écarter des voies ordinaires et offrir un caractère de généralité peu commun dans ces sortes d'épreuves.

BIBLIOGRAPHIE.

LEÇONS D'ANATOMIE COMPARÉE, de G. CUVIER; deuxième édition, corrigée et augmentée par M. DUVERNOY, etc. Tom. I à VII.

(PREMIER ARTICLE.)

La destinée des sciences semble reposer, comme celle des empires, bien moins sur l'effort persévérant et réuni des masses que sur le concours des intelligences de haute lignée que leur dispense à long intervalle la fortune des siècles. Le périodes imposantes de gloire et de prospérité qui se déroulent dans l'histoire des nations s'appellent presque toutes d'un nom propre; les progrès accomplis dans la science, les rénovations heureuses opérées dans le domaine des lettres et des arts, émanent aussi le plus souvent de quelque puissante individualité. Il se peut, pour la grande satisfaction des amateurs de la vérité proverbiale, que la voix de la foule soit la voix de Dieu, mais seulement pour l'appréciation de ce qui s'accomplit dans le monde, non à coup sûr pour créer et perfectionner; la parole créatrice, en quelque sphère qu'elle opère et retentisse, ne choisit point pour véhicule la clameur des masses; depuis qu'elle a fait naître la lumière en disant que la lumière soit, efficace et mystérieuse spontanéité! elle ne se manifeste plus que par un organe solitaire, privilégié, lequel est tout simplement le génie. Le génie est à travers les siècles, et sous la figure des grands hommes les plus différens, une unité vivante; il se reconnaît toujours aux mêmes traits; il se dénote toujours par l'étendue même et la profondeur de son action; soit qu'il résume et concentre, au foyer d'une brillante induction, tous les rayons épars dans le passé, soit qu'il déverse sur les esprits une lumière nouvelle et comme soudaine, c'est par lui que la science subsiste, se développe, se continue; c'est par quelques hommes d'élite qu'elle triomphe des difficultés, des erreurs, de l'indifférence, des paradoxes, des faux systèmes: sachons donc reconnaître l'excellence de leur gloire et nous consoler de l'ombre qu'elle projette sur leurs contemporains et leurs prédécesseurs; n'importent les mains qui ont charrié les matériaux, l'édifice achevé ne proclame que l'architecte, et s'il vieillit, c'est encore lui qui en visite les assises et sait conjurer le péril imminent d'une ruine.

Cuvier porte au front le noble stigmate qui le range par droit de naissance et de conquête dans cette famille célèbre d'hommes de génie, d'esprits créateurs. Quand on chemine à travers la science qu'il a cultivée avec tant d'éclat et qu'on arrive à lui, il convient de s'arrêter, de se recueillir, de mesurer ce qu'il a fait, ce qu'on avait fait avant lui.

Avant Cuvier, l'anatomie comparée des animaux ne constituait, pour ainsi dire, qu'une étude accessoire à celle de l'anatomie humaine; on n'avait pas encore comparé, organe par organe, tous les animaux entre eux; on n'avait pas ajouté à l'observation ordinaire, comme une seconde vue par l'examen des rapports et des analogies de structure; mais, en l'absence d'une synthèse, le détail était fouillé par une persévérante investigation. Chaque siècle a compté des anatomistes dont les noms restent attachés à des découvertes. Vésale, dans le seizième siècle, a donné une anatomie de l'homme. On ne peut émettre les noms de Sylvius, de Fallope, d'Ingrassias, d'Eustachi, sans se représenter les organes qu'ils ont découverts ou décrits les premiers avec le plus de lucidité. Spiegel, Pecquet, Glisson, Vieussens, Malpighi, Peyer, Brunner, Warton, Schneider, Willis, Cowper, ont amassé un brillant bagage pour le dix-septième siècle, illustré encore par les découvertes de Harvey, de Leuvenhoeck, de Perrault, de Duverney, de Ruish, de Schwammerdam. Plusieurs de ces anatomistes se prolongent en quelque sorte sur le dix-huitième siècle, par la date de leurs travaux, auxquels il faut ajouter ceux d'Albinus, de Sénac, de Lieutaud, de Winslow, de Meckel, pour l'anatomie de l'homme; de Daubenton, de Pallas, de Haller, de W. Hunter, d'Al. Monro, de Vicq-d'Azir, pour l'anatomie des animaux vertébrés; de Scheffer, de Lyonet, pour les invertébrés.

Mais la fin de ce dix-huitième siècle sera toujours saluée, dans l'histoire, comme l'une des époques les plus remarquables de l'humanité par la singulière coïncidence de la révolution française avec des révolutions correspondantes dans la plupart des sciences.

Tandis que Bertholet et Lavoisier créaient la chimie pneumatique, les sciences naturelles dont le grand Linnée avait si longtemps tenu le sceptre passaient au service du génie français, représenté par Antoine-Laurent de Jussieu; c'est en effet en 1789 que parut le tableau du règne végétal distribué par familles naturelles, publication d'une immense portée, non seulement pour les progrès ultérieurs de la botanique, mais encore pour ceux de la zoologie. Celle-ci attendait aussi sa révolution: elle devait consister essentiellement à établir comme base de toutes les connaissances que l'on peut acquérir sur l'histoire naturelle des animaux, la notion préalable de leur organisation, et montrer que les phénomènes de la vie ne sauraient se comprendre sans une idée juste des instrumens matériels qui les produisent; que les rapports et dissemblances de tous les animaux ne peuvent ressortir que de l'examen minutieux de tous les détails de leur structure; que là gît le secret d'une classification naturelle des animaux comme aussi de leur physiologie. Cette révolution, pas plus que celles qui éclatent dans l'ordre social, ne devait être ni un fait soudain ni la gloire d'un seul homme; elle avait été préparée de loin, en France, par les travaux des premiers membres de l'Académie des Sciences de Paris; en Allemagne, par l'immense tentative du grand Haller qui avait rassemblé dans sa physiologie tous les faits épars dans une foule d'ouvrages, aussi bien que par les recherches de Scheffer et de Blumembach; en Italie, par Scarpa; en Angleterre, par Monro, Hunter et Hawson; la Hollande y apportait, pour sa part, les anatomies des mollusques et des insectes, de Schwammerdamm, et le célèbre ouvrage de Lyonet sur la chenille qui ronge le bois du saule; la Russie elle-même concourait à l'œuvre par les belles anatomies de Pallas qui correspondaient à celles de Daubenton en France.

La mesure des faits relatifs à l'organisation des animaux était au comble vers la fin du dix-neuvième siècle: il fallait un génie qui, par ses propres découvertes, pût juger celles des autres, les réunir en un faisceau systématique, fonder une science nouvelle dont les applications se multiplieraient en quelque sorte d'elles-mêmes, par la fécondité des principes qui lui servent de fondemens. Buffon avait préludé à cette œuvre dans plusieurs de ses discours où le grand mérite d'Aristote sous ce rapport, est apprécié avec une justesse de vues bien remarquable. Vicq-d'Azyr avait essayé de l'entreprendre. LES DISCOURS SUR L'ANATOMIE (livre IV de ses œuvres, Paris, 1805), montrent des vues aussi justes qu'étendues sur l'anatomie et la physiologie des animaux. Malheureusement il avait abandonné dans son système anatomique, le plan vraiment scientifique que ces vues promettaient, pour compiler, classe par classe et par conséquent suivant un plan purement zoologique, tous les faits d'anatomie consignés jusqu'à cette époque, dans un grand nombre d'ouvrages. Les trou-

bles révolutionnaires et la mort de Vicq-d'Azyrs, arrivée le 20 mai 1794, l'arrêtèrent dans cette publication dont le plan, embrassant les plus minutieux détails, aurait exigé une vie plus que séculaire, pour être complètement rempli; encore, de cette besogne formidable ne serait-il sorti qu'un catalogue des faits anatomiques, sans liaison naturelle des faits entre eux.

Ce fut Cuvier qui, à peine âgé de 26 ans, pénétra les besoins de la science et sut la créer. Dès le mois de mars 1791, il avait révélé la nature de son génie et pris l'initiative réformatrice dans ses travaux d'anatomie et de zoologie sur les animaux dits à sang blanc, travaux dans lesquels il n'avait pas hésité de renverser les classifications universellement adoptées depuis Linnée qui les avait établies, et de les remplacer par une classification basée sur une connaissance plus approfondie de l'organisation. Un pareil début fixa d'abord l'attention sur le jeune novateur et lui valut la place de suppléant à la chaire d'anatomie comparée du Jardin des Plantes. Il est intéressant de relire aujourd'hui le discours d'ouverture qu'il prononça en montant pour la première fois dans la chaire de Mertrude; on y entrevoit déjà, par le plan que déploie le jeune professeur, le créateur prochain de l'anatomie comparée; il proclame déjà ce grand principe si fécond, à savoir: que les propositions les plus générales, les plus élevées que puisse fournir à l'esprit la connaissance de l'organisation, ne s'obtiennent qu'en envisageant les mêmes organes et les mêmes appareils d'organes, suivant leurs multiples différences de structure et de complication, non seulement dans une même classe d'animaux suivant la méthode zoologique, mais dans toutes les classes où cet appareil, où cet organe se rencontre. C'est l'adoption de ce plan qui a fondé l'anatomie comparée comme science; c'est pour l'avoir exécuté complètement dans *les leçons* dont M. Duvernoy soigne aujourd'hui une édition nouvelle, que Cuvier mérite d'être considéré comme le créateur de l'anatomie comparée.

Les deux premiers volumes de cet ouvrage, rédigés avec M. Duméril, parurent précisément en 1800; les trois autres, achevés avec la collaboration de M. Duvernoy, ont vu le jour en 1805. Il présente un résumé bien remarquable des connaissances sur l'organisation des animaux, acquises par les anatomistes qui avaient précédé Cuvier, et des découvertes qu'il a faites lui-même, soit seul, soit avec les collaborateurs d'élite qui ont eu la gloire de desservir son génie par l'ingénieuse activité de leurs recherches. Nous engageons le lecteur de lire et de méditer les considérations préliminaires sur l'économie animale, qui composent la première leçon rédigée tout entière par Cuvier; elles présentent une esquisse générale des fonctions dévolues à l'organisme; une idée synthétique des parties qui les constituent, de leur différence dans la série animale, des rapports qui existent dans toutes les variétés d'organisation, enfin un plan de corrections, de perfectionnemens ou de principes nouveaux à introduire, à l'occasion d'une seconde édition, dans le tableau qu'il avait tracé de main de maître au commencement de ce siècle. Telle était donc la sûreté de sa touche, la justesse de ses principes, qu'après trente-cinq ans révolus, il pouvait réimprimer, presque sans une altération littérale, ces considérations préliminaires, prémisse lumineuse de tout ce qu'il a déroulé ensuite dans le vaste cadre de sa classification; style et pensée, tout s'enchaîne et se tient dans cet admirable morceau.

Les leçons que Cuvier professait au Jardin des Plantes avec un si grand succès, l'ouvrage dont il venait de publier les derniers volumes après dix années de professorat, ont eu une influence immense sur l'étude de l'homme et des animaux. Cet esprit d'analyse et de confrontation positive, introduit avec tant d'éclat et d'avantage dans la science de l'organisation normale, a aussi renouvelé jusque dans ses bases la physiologie de l'homme; on a senti dès-lors qu'elle n'était qu'une faible partie de la physiologie générale et que la plupart des propositions particulières concernant la biologie humaine se rattachaient par un lien plus ou moins intime à celle des animaux; et c'est depuis cette époque, que l'on s'est efforcé d'éclairer chacune des fonctions dont le jeu compliqué constitue la vie humaine, par l'étude des instrumens qui remplissent des fonctions analogues dans la série zoologique.

Dans un prochain article, nous signalerons ce que la piété d'une collaboration posthume a fait pour cette nouvelle édition *des leçons*, et le lecteur notera avec nous, non peut-être sans quelque intérêt curieux, ce que trente-cinq années révolues ont mis de faits et d'idées entre l'ouvrage de Cuvier et la science contemporaine.

M. L.

VARIÉTÉS.

ALLAITEMENT ARTIFICIEL.

M. Charrière communique la note suivante:

« Il résulte des remarques qui m'ont été adressées à différentes reprises, soit par MM. les médecins, soit par les personnes du monde, que dans l'allaitement artificiel, le lait afflue parfois avec trop d'abondance dans la bouche des enfans, et que c'est là un inconvénient que je devais faire disparaître de mes biberons, sans toutefois compliquer ces appareils. J'avais pensé tout d'abord à modérer la sortie du lait, à la régulariser même, à l'aide d'une modification apportée dans l'intérieur du mamelon artificiel; mais il est évident que c'eût été une complication de l'instrument qui aurait apporté quelques obstacles à la facilité de son nettoyage. J'ai préféré avoir recours à un autre moyen beaucoup plus simple, et à la portée de tout le monde. Ce moyen consiste à coiffer le bois du mamelon d'un linge avant de l'introduire dans la carafe. On comprend facilement que, suivant que les fils de ce linge seront plus ou moins serrés, le passage du lait aura lieu avec plus ou moins d'abondance, et qu'on aura ainsi une espèce de régulateur de la plus grande simplicité. Ce linge, représentant en outre un crible, ne laissera arriver dans la bouche de l'enfant qu'un lait pur et dégagé de toute espèce de corps étranger; de plus, il fixera d'une manière parfaite le bois à la carafe. »

STRABISME.

M. Jules Guérin consacrera sa conférence de mercredi prochain 2 juin à faire connaître les résultats qu'il a obtenus jusqu'ici de l'application de la méthode sous-conjonctivale au traitement du strabisme, chez les sujets opérés publiquement à l'hôpital des Enfans. La conférence commencera à dix heures précises. M. J. Guérin fera, comme tous les mercredis, plusieurs opérations de ténotomie et de myotomie.

— Nouveau formulaire pratique des hôpitaux, ou choix de formules des hôpitaux civils et militaires de France, d'Angleterre, d'Allemagne, d'Italie, etc., contenant l'indication des doses auxquelles on administre les substances simples et les préparations magistrales et officinales du Codex, l'emploi des médicamens nouveaux, et des notions sur l'art de formuler; par Milne Edwards et Vavasseur. *Quatrième édition*, revue, corrigée et enrichie des formules les plus nouvelles, exprimées avec l'indication des poids décimaux et des poids anciens *en regard*; par Mialhe, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine. Paris 1841; 1 beau volume in-32, édition *pocket*, papier collé. Prix broché: 3 fr. 50 c., et avec jolie reliure, 4 francs.

Paris, chez Fortin, Masson et compagnie, libraires, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

— Histoire académique du magnétisme animal, accompagnée de notes et de remarques critiques sur toutes les observations et expériences faites jusqu'à ce jour; par C. Burdin et F. Dubois (d'Amiens), membres de l'Académie royale de médecine. Prix: 8 fr.

A Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, libraire, Regent-street, 219.

— Elémens de chimie minérale, précédés d'un abrégé de l'histoire de la science et suivis d'un exposé des élémens de chimie organique, ouvrage dans lequel les corps sont classés par familles naturelles; par Ferd. Hoeffer, docteur en médecine de la Faculté de Paris; in-8°. Prix: 7 fr. 50 c.

Paris, chez Dezobry, E. Magdeleine et compagnie, éditeurs, rue des Maçons-Sorbonne, 1.

— Essai pratique sur l'action thérapeutique des eaux minérales, suivi d'un dictionnaire des sources minéro-thermales; par Chenu, docteur en médecine, chirurgien aide-major au corps des sapeurs-pompiers de la ville de Paris. Tome 1er, 1841. Prix: 8 fr. L'ouvrage aura 3 volumes.

Paris, chez Fortin, Masson et compagnie, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

— Erratum. Dans le dernier numéro, p. 330, première colonne, ligne 39, au lieu de: *n'offraient pas une garantie*, lisez: *n'offraient pas une gravité*.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 23. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 5 JUIN 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE TORTICOLIS ANCIEN, ET SUR LE TRAITEMENT DE CETTE DIFFORMITÉ PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES MUSCLES RÉTRACTÉS; mémoire présenté à l'Académie des Sciences le 27 juillet 1840; par M. le docteur JULES GUÉRIN.

La publication de mon MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DU TORTICOLIS ANCIEN m'a fourni de nombreuses et nouvelles occasions d'étudier cette difformité. J'ai pu constater une foule de particularités qui n'avaient pas été notées par les auteurs. Je crois avoir résolu plusieurs questions d'anatomie et de physiologie qui n'avaient été soulevées par personne. L'expérience m'a permis de développer des vues que je n'avais fait qu'indiquer dans mon précédent travail. Enfin j'ai été à même de confirmer plusieurs observations qui m'avaient été contestées, et de généraliser l'emploi d'une méthode qu'on n'avait voulu accepter que comme exceptionnelle. En effet, j'ai appliqué cette méthode à tous les cas que j'ai eu à traiter, et dans des circonstances d'âge, de sexe, de degré, de siége, et de complications très différentes. Pour ramener et soumettre cette diversité de conditions à une même méthode de traitement, j'ai été obligé d'ajouter de notables perfectionnemens à mes premiers procédés. Ces perfectionnemens, dans certains cas, sont devenus eux-mêmes des procédés nouveaux. C'est ainsi que je me suis efforcé de suivre et d'appliquer dans toute sa rigueur cet important précepte de thérapeutique médicale, à savoir, qu'il est indispensable de modifier et de varier les applications d'une même méthode de traitement suivant les modifications et les variations des cas individuels. Les faits extérieurs de la chirurgie, et ceux surtout qui ont trait aux difformités du système osseux, offrent, comme je l'ai souvent fait remarquer, par leurs formes fixes et permanentes, par leurs élémens plus matériels et plus faciles à analyser, des occasions de préciser et d'accorder d'une manière plus rigoureuse les rapports des indications avec les moyens de les remplir. Un art qui ne fait que de naître comme celui dont je m'occupe laisse non seulement à l'invention tous les moyens de s'exercer pour produire les modifications nécessaires, mais à l'analyse méthodique de régulariser leur emploi et de les proportionner incessamment à la somme et à la combinaison des élémens à modifier. A une époque où nous nous occupions de médecine générale, nous ne perdions pas une occasion de signaler cette règle toute pratique; mais nous manquions alors d'exemples propres à en faire apprécier l'importance et la nécessité. Les faits de clinique médicale, proprement dits, sont en effet trop fugitifs, d'une constitution trop complexe, et d'une nature trop peu accessible à l'observation directe, pour permettre à l'analyse thérapeutique de faire la part de toutes les circonstances qui les différencient. Aujourd'hui que nous sommes en possession d'un ordre de faits dont les élémens concrets et tout matériels sont susceptibles de parler à tous les esprits, on nous pardonnera de cher-

Feuilleton.

LE DOCTEUR MATHANASIUS.

(Suite et fin. — Voir les numéros 10, 14, 18 et 21.)

On a dû voir, par les fragmens d'entretien que j'ai précédemment rapportés, combien était enracinée, chez mon vieil ami, la prévention en faveur des anciens et des médecins qui nous ont précédés. Il avait réponse à toutes les objections, soit à cause de ses préjugés, soit, en effet, qu'il eût pénétré sur beaucoup de choses, le fond des idées actuelles. Son point de départ était toujours qu'autrefois les médecins établissaient des doctrines, qui, servant de ralliement aux esprits, constataient à certaines époques l'état de la science, tandis qu'aujourd'hui, soit impuissance, soit impossibilité, à cause de l'étendue même de la science, aucune théorie fondamentale ne peut ni s'établir, ni se propager, ni servir de *criterium*. Le fait le plus simple, pourvu qu'il soit matériel, fixera infiniment plus l'attention des contemporains que la conception médicale théorique la plus profonde. Le doute, l'incrédulité, l'indifférence, peut-être même la moquerie, accueilleront-elles un pareil travail? En tous cas, on commencerait à demander combien l'auteur a ouvert de cadavres? sur quels organes morts et plus ou moins décomposés a-t-il fait ses recherches? Comme si, de l'ouverture d'un cadavre, il fallâ[it] attendre la lumière médicale. Est-ce que cette lumière ne jaillit pas de l'intelligence? Est-ce qu'elle n'est pas le produit d'une haute capacité, qui sait n[on] seulement voir, mais comparer, mais juger, coordonner et conclure?

Si l'on objectait au docteur Mathanasius que les anciens systèmes n'ont p[as] survécu, il répondait invariablement, d'abord que ces systèmes, n'étant que l'expression des idées du siècle, n'avaient que leur temps donné; en second lieu, q[ue] les principaux de ces systèmes font encore loi dans la science sur beaucoup [de] points; enfin que, dans la plupart, en fouillant bien, on trouverait encore [de] précieux et utiles aperçus. Dans tous, disait-il, vit un *esprit* qu'on doit bi[en] connaître pour le juger; et puis, mon cher confrère, rappelons-nous ce mot pl[ein] de justesse de l'illustre et malheureux Bailly, dont je m'honore d'avoir été l'am[i] « qu'il y a toujours un noyau de vérité dans toutes les erreurs. » Mais le tem[ps] de l'étude médicale, parcellaire, fractionnée, est le vôtre; on ne s'occupe qu['à] grossir un travail de menus détails, de faits isolés, de petites descriptions, lors[] qu'on ne sait pas en former un ensemble; on cultive les branches, le tronc et [la] racine sont négligés. Cependant, l'homme est *un*, la science est une, pourqu[oi] ne pas fondre tous les points explorés et connus dans une grande unité? Croye[z-]moi, un peu d'entrain, je dis plus, un peu de hardiesse paradoxale, pour s'élanc[er] dans le vaste et magnifique inconnu de la science, ne siérait pas mal aux conceptions énervées de votre époque. Il faut, dit-on, s'appesantir sur les détails,

cher à éclairer par ces travaux de chirurgie spéciale, la pratique générale de la médecine.

Je me propose donc dans ce travail de faire connaître avec détail les principaux cas de torticolis ancien, que j'ai eu occasion de traiter depuis la publication de mon premier mémoire, de faire ressortir les observations nouvelles de physiologie et de pathologie qu'ils m'ont suggérées, de discuter à l'occasion de chacun d'eux les différentes questions qui s'y rattachent, enfin, d'exposer les perfectionnemens que j'ai apportés dans le traitement chirurgical de cette difformité.

PREMIÈRE PARTIE. — OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

TORTICOLIS CONGÉNIAL A DROITE, PAR SUITE DE RÉTRACTION DU MUSCLE CLÉÏDO-MASTOÏDIEN DU MÊME COTÉ, CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 11 ANS. — INCLINAISON TRÈS PRONONCÉE DE LA TÊTE A DROITE, ET INCLINAISON COMMENÇANTE EN SENS INVERSE DE LA RÉGION CERVICALE SUR LA RÉGION DORSALE, AVEC DÉPLACEMENT DE TOUTE LA TÊTE A DROITE DE LA LIGNE MÉDIANE, SANS ROTATION BIEN SENSIBLE DE LA FACE A GAUCHE. — LÉGÈRE DÉVIATION DE L'ÉPINE A DROITE, DORSALE MOYENNE, INDÉPENDANTE ET DISTINCTE DE L'INCLINAISON DU COU. — RAPPORTS IMMÉDIATS DES VEINES JUGULAIRES EXTERNE ET ANTÉRIEURE AVEC LE MUSCLE A DIVISER. — TRANSFORMATION FIBREUSE DU MUSCLE RÉTRACTÉ. — FAISCEAU DE FIBRES ISOLÉES ET ÉGALEMENT RÉTRACTÉES. — SECTION SOUS-CUTANÉE ET RÉITÉRÉE DU SEUL CLÉÏDO-MASTOÏDIEN. — RETOUR DU MUSCLE DE L'ÉTAT FIBREUX A L'ÉTAT MUSCULAIRE. — GUÉRISON.

(Observation recueillie à la Muette, en juin 1838.)

OBS. I. — Mademoiselle de G..... (Anna), âgée de 11 ans 3 mois, est née à Paris, dans une maison très saine, rue de la Ferme-des-Mathurins. Elle n'a ni frère ni sœur; personne de sa famille n'offre de difformité. Elle est d'une bonne constitution; tempérament nerveux; cheveux châtains-roux; yeux bruns; peau blanche, fine; quelques éphélides.

Dès l'âge de 2 mois, on s'est aperçu que la tête était inclinée. Depuis cette époque jusqu'à ce jour, la difformité a persisté, en augmentant graduellement. Cependant les progrès paraissent avoir été en partie neutralisés par un traitement mecanique, dirigé pendant quatre ans par M. Bouvier, depuis l'âge de 3 jusqu'à 7 ans. Aujourd'hui, mademoiselle Anna présente un torticolis à droite, causé par la rétraction du seul cleido-mastoïdien du même côté. Cette difformité présente :

1° Une inclinaison de la tête à droite, avec très légère rotation à gauche;

2° Une inclinaison légère en sens inverse de la région cervicale sur la région dorsale, avec flexion du cou en avant;

3° Raccourcissement et abaissement de la moitié droite de la face, et obliquité consécutive des lignes horizontales du visage.

INCLINAISON DE LA TÊTE. La tête est inclinée à droite, de manière à former avec la verticale un angle de 30°. Cette inclinaison est bien plus sensible en arrière qu'en avant. La rotation de la tête est peu prononcée : elle peut être évaluée à un angle d'environ 15°. En outre, la tête a subi un déplacement de totalité en avant et à gauche, de sorte que si elle était redressée sans que l'inclinaison latérale et la flexion du cou le fussent également, elle serait portée à environ 3 centimètres à gauche de l'axe du corps. Dans la position actuelle, une ligne verticale abaissée de la symphyse du menton passerait au-devant du quart interne de la clavicule gauche.

La colonne vertébrale est très légèrement déviée à droite. La colonne cervicale est inclinée à gauche et forme, avec la verticale, un angle d'environ 27°. La partie supérieure de la colonne cervicale revient de nouveau à droite et forme une courbe légèrement convexe à gauche. La région sus-scapulaire droite, par suite de l'inclinaison cervico-dorsale, est devenue bien plus longue et bien plus élevée que celle du côté opposé. Sa longueur, depuis le sommet de l'acromion jusqu'à la racine du cou, est de 13 centimètres (4 pouces 9 lignes); à gauche, la même distance est de 9 centimètres (3 pouces 3 lignes).

L'épaule gauche est abaissée, l'épaule droite plus élevée : la différence entre les deux peut être évaluée à 1 centimètre 5 millimètres. Le côté droit du cou est concave dans sa partie supérieure et postérieure, et convexe du côté opposé. De ce côté, les muscles splenius et complexus forment sous la peau une saillie très prononcée qui contraste avec la dépression des correspondans du côté droit. La face latérale droite du cou présente une saillie très remarquable du cleido-mastoïdien ramassé sous un pli de la peau sous forme de lame, qui devient d'autant plus saillante qu'on exagère la rotation de la tête à gauche. Vers la partie moyenne du muscle, on aperçoit plusieurs veines : l'une, la veine jugulaire externe, descend obliquement et coupe le muscle de haut en bas et d'avant en arrière. Une seconde, moins considérable, qui paraît être la jugulaire antérieure, coupe obliquement de haut en bas le sterno-mastoïdien. Une troisième, dirigée presque horizontalement, réunit les deux précédens en passant au-devant du cleïdo-mastoïdien, au niveau de son quart inférieur. On peut rendre ces trois veines très apparentes en faisant faire un effort au sujet. Cette circonstance de la présence des veines croisant et avoisinant le muscle à diviser avait arrêté, une année auparavant, un chirurgien très distingué de la capitale, M. le docteur Deguise, qui devait opérer le sujet par l'ancienne méthode.

Le muscle cleido-mastoïdien du côté droit est fortement rétracté, dur au toucher, très saillant sous la peau; il s'étend en ligne droite de la clavicule à l'apophyse mastoïde; sa direction est à peu près verticale. La saillie qu'il forme sous la peau est bien plus apparente en arrière qu'en avant. Le sterno-mastoïdien est déprimé, mou, et ne peut être étendu par les efforts de redressement du cou. Les muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens gauches sont allongés et légèrement distendus sous la peau, par suite du plus grand écartement de leurs points d'insertion.

La clavicule droite présente, au niveau de l'insertion du muscle rétracté, une forte courbure dont la convexité regarde en haut. Cette courbure paraît être le résultat des fortes tractions du muscle, dues à la contraction volontaire, et à l'extension mécanique à laquelle il a été soumis pendant quatre ans. La clavicule gauche a la conformation normale.

L'inclinaison cervico-dorsale ne peut être considérée comme prolongement de la courbure dorsale. En effet, l'inclinaison cervico-dorsale et la courbure dorsale moyenne ne constituent pas une courbe régulière; mais au niveau de l'articulation de la première dorsale avec la septième cervicale, on distingue manifestement un angle ou une courbure d'un plus petit rayon, formée par la réunion des deux régions, comme un segment d'arc de cercle brisé dans sa portion supérieure et formant en ce point un angle d'inclinaison sur le segment inférieur.

FACE. Les deux moitiés de la face sont inégales : la droite est plus courte et plus étroite que la gauche. La longueur de la moitié droite, de la symphyse du menton au sourcil, est de 11 centimètres 2 millimètres (4 pouces 2 lignes), moitié gauche 12 centimètres 9 millimètres (4 pouces 8 lignes).

Distance du tragus à la pointe du nez,		à droite. . .	12 cent.
Id.	id.	à gauche. . .	13

Toutes les parties droites de la face sont en outre abaissées par rapport à celles de la moitié gauche. Ainsi, l'œil droit est plus bas que l'œil gauche; cependant, il présente ceci de remarquable que son axe transversal se rapproche plus de l'horizontalité que celui de l'œil du côté opposé, tandis que ce dernier est plus oblique de haut en bas et de gauche à droite. Toutefois, l'obliquité des deux yeux n'est pas en rapport avec l'inclinaison de la tête. La vue est plus courte qu'à l'état normal.

Le nez est légèrement dévié à droite. La lèvre inférieure dépasse un peu à droite la lèvre supérieure.

Le menton est légèrement attiré à droite, et forme ainsi l'extrémité d'une courbe représentée par l'axe médian de la face. Cette disposition est également exprimée par les rapports des dents des deux mâchoires; celles de la mâchoire inférieure à

---

pénétrer tous, oui, pour connaître, mais non pour transmettre les résultats. A quoi bon tout dire dans un livre? Il ne s'agit pas de donner matière à lire, mais à réfléchir, mais à porter la pensée au-delà de ce qu'on lit; en un mot, lire, c'est peut-être créer à deux (1). Je vous l'ai dit, un bon ouvrage qui prend la science à son point d'arrêt, pour lui donner une nouvelle impulsion, est une chose d'une très difficile exécution, pour le fond et même pour la forme. La transfusion des idées de la tête d'un homme dans celle d'un autre, par l'intermédiaire d'un livre, exige des qualités infiniment rares pour être utile. Voilà ce que ne comprennent pas la plupart des écrivains. Le vulgaire même des lecteurs, se laisse prendre à des semblans de profondeur, de nouveauté et de progrès. Malheureusement nous avons cinq appareils d'organes pour nous faire sentir le plaisir et la douleur, et pas un seul ne nous a été donné pour nous indiquer le faux et le vrai. Certes, un pareil organe nous serait plus utile que jamais, à une époque où on ne s'occupe que de valeur matérielle. Un peu de cette fumée qu'on nomme gloire, quelques rayons de l'auréole qui couronne les fronts prédestinés, ne sont l'ambition de personne. On se contente d'ébauches, rien ne se traite à fond, rien ne s'achève, tout est jugé au point de vue de la vente, et quand on a tiré de son œuvre un peu de bruit et un peu d'argent, on trouve qu'on a fait une *bonne affaire*.

Au reste, sans entrer dans plus de détails, je puis vous affirmer, reprit le vieux docteur, que, même sur chaque partie de la science, vous trouverez dans nos anciens auteurs des trésors dont la plupart sont inconnus. Tenez pour certain qu'il n'est pas une branche, pas un point, si minime qu'il soit, qui n'ait été sondé, exploré, étudié, examiné plus ou moins par nos devanciers. S'étant exercés dans tous les genres, il n'est pas de sujet profond, grave, elevé, hardi, fécond, et même original, singulier, bizarre, qui n'ait excité leur plume et prouvé leur savoir. Vous trouverez des exemples de ces derniers dans mes AMOENITATES MEDICÆ, manuscrit renfermé dans ce carton vert que vous voyez à gauche de ma bibliothèque. En voici quelques exemples pris au hasard dans ma mémoire.

De Guillaume Ader : ENARRATIONES DE ÆGROTIS ET MORBIS IN EVANGELIO, etc. (Tolosæ, 1621). Dans ce livre, l'auteur recherche si les maladies guéries par Jésus-Christ, auraient pu l'être par les secours de l'art; il conclut pour la négative.

De Gruner : DISSERTATIO DE JESU-CHRISTI MORTE VERA, NON SIMULATA. (Ienæ.)

D'Alberti : DISSERTATIO DE MORIENTIUM CIGNEO CANTU. (Vittenbergæ.)

Id. DE EUTHANASIA MEDICA. (Halæ.)

De Jean Michault : LE BARBIER-MÉDECIN, ou les FLEURS D'HIPPOCRATE, dans lequel la chirurgie a repris la queue du serpent. (Paris, 1672.) Ouvrage curieux pour l'époque.

(1) « J'avoue que je suis né avec un esprit tel, que le plus grand bonheur de l'étude consiste pour moi, non pas à entendre les raisons des autres, mais à les trouver moi-même. » (Descartes, COMMENTAIRES DE LA 10e RÈGLE POUR LA DIRECTION DE L'ESPRIT.)

droite dépassent en dehors les correspondantes de la mâchoire supérieure, *et vice versa*, du côté gauche; mais toutes ces dispositions sont encore peu prononcées.

Mouvemens. Les mouvemens de la tête peuvent s'exécuter dans tous les sens, mais difficilement. La rotation, quoique bornée de chaque côté, s'exécute assez facilement. Elle est plus étendue à gauche, mais paraît déterminer plus de gêne que la rotation à droite. L'extension de la tête se fait assez librement, mais suivant une diagonale. La flexion s'exécute également suivant la même direction, et le menton vient tomber à 3 centimètres à gauche de la ligne médiane.

Respiration. La respiration s'exécute librement. Pendant l'inspiration, les sterno et cleïdo-mastoïdiens du côté droit se relâchent, s'affaissent instantanément et ne paraissent prendre aucune part directe au soulèvement de la poitrine.

Traitement. L'insuccès des traitemens mécaniques et médicaux ayant décidé la famille à recourir à celui que je venais de faire connaître, je le commençai le 7 juin 1838.

L'opération a été pratiquée en présence de M. le docteur Laurencé, médecin ordinaire de la famille, et de différentes autres personnes. Le sujet ayant été couché sur un lit, la tête relevée et maintenue fixée dans la rotation à gauche, je me plaçai à son côté gauche. Ayant préalablement fait gonfler les veines pour m'assurer de leur situation, je fis un pli à la peau, parallèle à la direction du muscle. J'introduisis ensuite mon bistouri à plat, immédiatement au-dessous du passage de la jugulaire externe, c'est-à-dire à 1 centimètre 3 millimètres (6 lignes environ) au-dessus de la clavicule. Lorsque la pointe de l'instrument fut arrivée à l'autre côté du muscle, sans avoir traversé la peau dans ce point, je relevai la lame et divisai les fibres du tendon de dehors en dedans et d'avant en arrière. La division du premier plan des fibres du muscle s'annonça par un craquement et un certain degré de redressement de la tête. Toutefois, l'on sentait encore en dehors du bord externe du muscle divisé, et sous le plan des fibres coupées, des résistances formées, la première par un faisceau détaché du muscle, et les autres par une partie du plan profond de ses fibres. Ces fibres furent immédiatement divisées au moyen d'un ténotome très étroit à pointe mousse, introduit par la même ouverture, les unes d'arrière en avant, les autres d'avant en arrière. Dans ce second temps de l'opération, j'ai divisé le rameau veineux horizontal indiqué plus haut, lequel a fourni environ une cuillerée de sang. Cet accident n'a pas eu d'autres suites : un morceau de diachylon a suffi pour arrêter l'écoulement. Après le pansement, la malade a été remise dans son lit. La tête, maintenue par un bandeau, a pu être facilement fléchie et tournée dans le sens opposé à la difformité. La journée s'est passée dans le plus grand calme. La malade n'a pris qu'un bouillon. Cependant, vers le soir, la face s'anima légèrement et le pouls prit quelque développement. Le lendemain de l'opération, aucun accident n'était survenu, et la malade se trouvait bien. Point de douleur notable, ni fièvre, ni inflammation des environs de la piqûre.

Le troisième jour, on place la malade sur un char à extension sigmoïde, muni d'un casque mobile et de plaques rembourrées, destinées à agir contre la légère déviation de l'épine. L'appareil est parfaitement supporté; il ne détermine qu'une gêne légère due au défaut d'habitude.

Le cinquième jour, on commence à sentir de la résistance dans le muscle divisé : des nodosités, véritable *cal provisoire*, existent entre les deux bouts.

Le sixième jour, les nodosités prennent une consistance plus ferme; déjà le muscle oppose une résistance assez forte.

Le dixième jour, aucun obstacle ne s'oppose au redressement de la tête ; cependant elle a une tendance à reprendre son ancienne position quand la malade est levée. Deux causes concourent à la reproduction momentanée d'un certain degré de la difformité : d'une part, la faiblesse résultant de l'allongement des antagonistes des muscles raccourcis; et, d'autre part, l'habitude des longtemps contractée par la malade d'avoir la tête fortement inclinée, a façonné peu à peu les différens organes, et notamment les deux yeux, à cette inclinaison, de sorte que quand la tête est redressée, les axes visuels sont dérangés, et la vision devient confuse. Pour parer à cet inconvénient, elle est obligée de reporter la tête dans son ancienne position, qui lui semble, du reste, la position normale.

Le quinzième jour, le redressement est complet, et se maintient même quand la tête n'est soutenue par aucun appareil. Le trouble de la vision, consécutif au redressement de la tête, a presque entièrement disparu. Le tissu de nouvelle formation, qui réunit les portions divisées du muscle, offre une très grande dureté, mais il a diminué sensiblement de volume. Quant au corps charnu du muscle, il a augmenté de volume au point de paraître plus développé que celui du côté opposé.

Le vingtième jour, la tête se maintient droite, mais l'inclinaison cervico-dorsale n'a pas entièrement disparu. Les nodosités qui existaient au niveau de la cicatrice ont diminué de grosseur. Le corps charnu du muscle lui-même paraît un peu moins gros qu'il ne l'était précédemment. La cicatrice paraît s'être un peu raccourcie. On continue une extension vigoureuse. L'inclinaison cervico-dorsale est spécialement combattue par un bandeau serré, embrassant le côté gauche du cou et passant sous l'aisselle du côté droit.

Le trentième jour (6 juillet), le redressement a fait de nouveaux progrès. Avec un peu d'attention et sans aucun moyen contentif, la tête se maintient parfaitement droite, et l'inclinaison du cou disparaît complètement. La légère déviation de l'épine qu'offrait mademoiselle de G. ne laisse plus aucune trace. Cependant on continue le traitement mécanique pour consolider ces résultats.

Le 13 juillet, le redressement continue d'être parfait. Cependant, quand la malade veut exécuter la rotation de la tête à gauche, le cleïdo-mastoïdien droit, qui s'est sensiblement développé, devient dur et saillant. Le sterno-mastoïdien reste dans le relâchement. Une extension plus considérable du premier de ces muscles ne parvient pas à le relâcher ; dans la crainte que cette tension ne reproduise par suite de la croissance un certain degré de la difformité, je me décide à faire une nouvelle section du cleïdo-mastoïdien, précisément dans la portion de nouvelle formation. Cette opération est exécutée avec la plus grande facilité, sans la moindre effusion de sang ; dix jours après, la petite plaie était complètement cicatrisée, et le muscle avait cessé de faire saillie sous la peau. Une cravate en carton, plus élevée du côté de la difformité, suffit pour maintenir la tête dans sa situation normale. J'ai revu mademoiselle Anna six mois après l'opération ; elle était parfaitement droite et ne conservait plus de traces de sa difformité ; mais une circonstance très remarquable, c'est que le muscle qui avait été divisé avait acquis un volume sensiblement plus considérable que celui du côté opposé. J'ai revu encore cette demoiselle deux ans après, et la guérison était restée parfaite.

J'ai rapporté cette première observation dans tous ses détails parce qu'elle renferme un grand nombre de particularités dignes de remarque.

Et d'abord c'est le premier exemple que j'aie observé et qui ait été décrit, de torticolis causé par la rétraction du seul cleïdo-mastoïdien. Cette circonscription de la rétraction confirme bien ce que j'ai dit sur la duplicité anatomique, physiologique et pathologique des deux chefs du sterno-cleïdo-mastoïdien des auteurs. Ici le relâchement et l'intégrité des fonctions du sterno-mastoïdien ne laissent aucun doute à cet égard.

Une circonstance propre à éclairer la discussion qui s'est élevée naguère au sujet de l'inclinaison cervico-dorsale en sens inverse de l'inclinaison de la tête sur la première cervicale, c'est la coïncidence de cette inclinaison avec une légère déviation latérale de la colonne chez cette jeune fille. Quelques personnes avaient confondu l'inclinaison que j'ai signalée avec la courbure dorsale qui la suit. J'avais déjà fait remarquer que ces deux faits sont susceptibles de se rencontrer sur le même sujet et d'occuper la même portion de la colonne, mais qu'ils sont très distincts et peuvent être circonscrits dans leurs limites respectives : dans un grand nombre de cas l'inclinaison existe seule, et la colonne à partir de la première dorsale jusqu'au sacrum reste droite. Quand cette inclinaison, ai-je dit, se complique de courbure dorsale, la courbe qui fait suite à l'inclinai-

---

De Henri Vogler : Physiologia historiæ passionnis Jesu Christi. (Helmstadt, 1673.)

De Sturm : Discursus medicus, de medicis non medicis. Le nombre en est bien grand.

De Rodolphe Gogten : Physiologia crepitus ventris et risus. (Francofurti, 1660.)

De Guillaume de La Marche, médecin et chanoine de Coutances : De tribus fugiendis, ventre, pluma et venere. (1580.)

D'Apinus : Eolus microscomi commodans et incommodans, seu disquisitio physico-pathologica de flatibus. (Altdorf, 1687.)

De Baier : Adagiorum medicinalium centuria. (Francofurt.) Ouvrage aussi curieux que savant.

De Thomas Bartholin : De latere Christi aperto, Diss. med. (Lug. Batav., 1646.)

De Jean Devaux : Découverte sans découverte. (Paris, 1664.) Satire piquante contre Blegny et autres charlatans.

D'Ettmuller : Diss. de chirurgia infusoria. (1668.)

De Fyens ou Fienus : De vi formatrice foetus, liber in quo ostenditur, animam rationalem infundi TERTIA DIE. Ni plus, ni moins. (Antuerp., 1620.)

De Fürstenau : Programma de religione medici, etc.
Id. Oratio inauguralis, de fatis medicorum, etc.
Id. De morbis medicorum, etc.

De Galien : De hirudinibus revulsione cucurbitula et scarificatione. Editions latines.

De Fréd. Hoffmann : De eo quod plurimi ægrotorum, moriantur contra leges artis, etc. Cela s'est vu et se voit encore.
Id. De eo quod nemo ægrotorum moriatur ex morbo, etc.
Id. De fato physico et medico, etc.

De Laurent Joubert : Traité du ris (rire), ses causes et merveilleux effets, etc. (Lyon, 1567.)

De G. Liceti, père de Fortunio Liceti : Nobilta de' principali membri dell' uomo. Dialogues, etc. (Bolog., 1599.) Le cœur, le cerveau, le foie, etc., conversent entre eux et s'entretiennent familièrement de leurs prééminences respectives.

De Morgagni : De genere mortis Cleopatræ, epist. duæ. (Roma.)

De Guillaume Plaz : Diss. de morbis ex munditie intempestiva. (1749.)
Id. Diss. de brutorum imaginatione. (1749.)
Id. De illustrium oblectamentis noxiis. (1739.)
Id. De pedantismo medico. (1764.) La dissertation est courte pour le sujet.
Id. De mortuis curandis. (1770.)
Id. De erroribus medicorum invincibilibus. (1776.)
Id. De exiguo ex medicina lucro. (1780.) Grand sujet, toujours digne de curiosité.

son est d'un rayon plus grand que la courbe résultant de la réunion de la colonne cervicale avec la colonne dorsale ; en sorte qu'au niveau de l'articulation de la dernière cervicale avec la première dorsale, le segment cervical s'incline plus ou moins brusquement sur le segment dorsal, et forme en ce point un angle plus ou moins aigu, qui interrompt la régularité de la courbe cervico-dorsale, et atteste l'existence distincte quoique simultanée de l'inclinaison et de la courbure. Le cas que je viens de rapporter m'a offert une entière confirmation de ces remarques. On peut d'autant moins en contester la justesse, que le sujet était fort jeune et que l'inclinaison cervicale était peu prononcée. Or, si la courbure dorsale était une conséquence nécessaire, une dépendance, comme on l'a dit, de l'inclinaison de la région cervicale, on devrait l'observer surtout chez les sujets plus avancés en âge, et en raison du degré de cette inclinaison. On verra par les observations suivantes qu'il peut exister des cas de torticolis datant de quarante et quelques années sans déviation de l'épine, et des inclinaisons très considérables de la région cervicale sur la région dorsale, sans courbure apparente de cette dernière, ce qui détruit toute idée de liaison nécessaire entre les deux faits dont il s'agit.

On aurait pu croire que chez un sujet aussi jeune et aussi délicat un traitement mécanique énergique et longtemps continué, comme celui qui avait été employé pendant quatre ans avant l'opération, eût triomphé de la difformité : cependant il n'en a rien été. On a vu que la clavicule avait plutôt cédé que le muscle. Pourquoi cela ? c'est que plus la rétraction est ancienne, plus la transformation fibreuse est complète ; et quel allongement espérer d'un faisceau entièrement fibreux ? On peut dire même que sous certain rapport l'extension mécanique employée intempestivement comme dans ce cas ne devait qu'accroître les obstacles à l'allongement du muscle. S'il est vrai, comme je crois l'avoir établi, que la condition essentielle de la transformation fibreuse des muscles est leur tiraillement continu et exagéré, on comprendra comment l'extension mécanique appliquée à un muscle déjà à moitié fibreux ne peut que compléter plus rapidement cette transformation. On peut donc tirer de ce fait une indication, que j'ai d'ailleurs confirmée par l'expérience, à savoir, que les difformités récentes produites par la rétraction musculaire sont les seules dont on puisse espérer venir à bout sans le secours de l'opération. Ainsi plus la rétraction est ancienne, moins on a de chance de ramener le muscle rétracté à sa longueur primitive.

Cette considération nous conduit presque indispensablement à établir la limite précise du temps et des circonstances où doit finir l'emploi exclusif des moyens mécaniques, et où doit commencer l'intervention des moyens chirurgicaux. J'ai traité cette question à plusieurs reprises *in extenso* dans mes conférences cliniques : on trouvera les principaux aperçus qui s'y rattachent dans le résumé général de la première série de mes conférences. Cette question est assez importante pour que j'y revienne à plusieurs reprises, à l'occasion des faits pratiques qui pourront l'éclairer. Or le cas de mademoiselle Anna de G.... est bien de cette nature.

Les cas où le traitement mécanique est susceptible de ramener les muscles raccourcis à leur dimension normale sont ceux où il n'y a en que *contracture* et pas encore *rétraction*. La différence entre ces deux états confondus jusqu'ici est capitale : quand il n'y a eu que contracture, le muscle n'a rien ou presque rien perdu de sa texture charnue ; il est simplement raccourci par le plissement de ses fibres, de telle sorte que si l'on pouvait vaincre le spasme qui le maintient contracturé, il reprendrait sa longueur et sa consistance normale. Lorsqu'au contraire le muscle contracturé est passé à l'état de rétraction, il est devenu fibreux, il n'est plus seulement plissé, mais sa texture nouvelle a réduit ses fibres en ligne droite à la longueur de leur trajet. La différence essentielle de ces deux états entraîne la différence des moyens de traitement. Dans le premier cas, quand il n'y a encore que contracture et lorsque la douleur qui accompagne presque toujours cet état du muscle s'est dissipée, on peut espérer le ramener à sa longueur normale au moyen de tractions saccadées et du massage : ce qui vaut mieux que l'extension lente. Au contraire, lorsque la rétraction véritable a remplacé la contracture, la division du muscle devient indispensable. Nous développerons d'ailleurs ce point intéressant de pathologie orthopédique dans un travail spécial sur le torticolis aigu et chronique. Revenons aux circonstances spéciales de l'observation de mademoiselle Anna de G....

La présence des veines jugulaires externe et antérieure, appliquées sur les points qui doivent être le siége de l'opération, n'est pas inutile à signaler. On a vu qu'elle avait suffi pour inspirer des craintes à un habile chirurgien sur les suites de l'opération par l'ancienne méthode, au point de le faire renoncer à l'entreprendre. Cette prudence, très légitimée par les accidens imputés à la blessure des veines du cou dans les opérations, n'a plus de fondement lorsque cette opération est pratiquée par la section sous-cutanée, surtout par le procédé que j'ai employé, section d'avant en arrière. Il suffit de recourir aux précautions que j'ai mises en usage, de faire faire un effort au sujet de manière à rendre les veines saillantes immédiatement avant d'introduire l'instrument. Un aide peut les écarter du siége de l'opération et les soustraire ainsi à la pointe du bistouri.

Un dernier mot sur la seconde opération à laquelle j'ai cru devoir recourir. Cette circonstance, que je signale pour la première fois, s'est représentée assez souvent. Elle n'est pas accidentelle et indifférente, mais repose sur des particularités qui, si elles n'étaient pas connues et bien appréciées, pourraient compromettre le succès de la méthode. Je me borne pour le moment à faire ressortir les causes spéciales qui m'ont conduit à couper deux fois le même muscle dans le cas dont il s'agit : les autres causes se présenteront d'elles-mêmes à propos des cas où j'ai été obligé de recourir à la même pratique. Or, chez Mlle Anna de G., l'extension du muscle divisé n'avait pas été assez forte au moment de sa cicatrisation : le retrait de la cicatrice avait raccourci la portion intermédiaire, et lorsque l'organisation de cette portion eut été complète, il n'eût pas été possible de l'allonger d'une manière suffisante, à moins d'employer des tractions qui auraient pu diminuer la force de cette partie, et entraver le retour du muscle de l'état fibreux à l'état charnu.

Je viens d'énoncer un fait qui mérite toute attention. J'avais déterminé les conditions de la transformation fibreuse des muscles : je n'ai pas dit à cette époque que cette transformation pouvait cesser avec la cessation des conditions qui la produisent. Quoi de plus curieux et de plus confirmatif de la loi que j'ai établie, que cette contre-expérience du retour des muscles de l'état fibreux avant l'opération, à l'état musculaire après leur division, c'est-à-dire après la cessation des tractions de leurs fibres ? Ce résultat, qui s'est présenté dans l'observation de Mlle Anna de G., se

---

De G. Stalh : DE LOGICA MEDICA. (1707.)

Id. DISSERT. DE MEDICINA SINE MEDICO. (1707.) On voit que le titre n'est pas nouveau.

Id. DISS. DE ATTENTIONE MEDICO-PRACTICA. (1711.)

Id. DISS. DE MEDICINA MEDICINÆ CURIOSÆ. (1714.)

Id. DE MOROSIS ÆGRIS PRUDENTIAM MEDICI FATIGANTIBUS ET FLAGITANTIBUS. (1714.)

De Mead : DE IMPERII SOLIS ET LUNÆ IN CORPORA HUMANA, etc. (Londres, 1704.)

De L'estocq : DE REGIMINE FEMINIS HONORATIORIBUS PRÆSCRIBENDO. (1761). C'est-à-dire sur le régime qui convient *aux femmes de distinction*.

Je ne finirais pas si je voulais vous entretenir de tous les sujets sur lesquels les médecins ont écrit, indépendamment de ce qui se lie plus particulièrement à leur profession. Croirait-on que c'est à un médecin, le chanoine Jean Despars, médecin de Charles VII, qu'est dû l'usage de diviser les livres en chapitres, usage inconnu aux auteurs précédens ? C'est encore à un médecin qu'on doit l'invention des journaux en France. Théophraste Renaudot obtint en 1631, le privilége d'un journal, du cardinal de Richelieu, son compatriote. Denis Papin, l'inventeur des premières machines à vapeur était médecin, etc. Il faut dire aussi qu'autrefois les médecins avaient des connaissances plus variées que dans notre époque. Au moyen-âge et bien au-delà, la plupart des chaires de langues étrangères étaient occupées par des médecins. Bosquillon est, je crois, le dernier qui en ait donné l'exemple en France. Non seulement dans la philosophie, mais dans l'histoire de l'antiquité, dans la numismatique, dans la haute critique, dans presque toutes les sciences on trouve des médecins qui s'y sont distingués. Vicq-d'Azyr assure avoir entendu dire à Lieutaud qu'une raucité qu'il a conservée toute sa vie, était due à ce qu'il avait *démontré le ciel* à ses élèves pendant plusieurs nuits très froides. (ÉLOGE DE LIEUTAUD.) Parmi ceux, tant anciens que modernes, qui ont cultivé la philosophie, je remarque Sextus Empiricus, Marsile Ficin, Cardan, ce Raymond de Sebon, dont Montaigne s'est tant occupé, et dont il a dit : « qu'il était espagnol, faisant profession de médecin à Toulouse. » Locke, Mandeville, David, Hartley, Ernest Platnert, Priestley, Cabanis, Rousselle. Comme Cicéron, je puis m'écrier ; *O Socrates, et Socratici viri! nunquam vobis gratam referam!* (EPIST. AD ATTICUM.) Il en est de même des beaux-arts ; beaucoup de médecins, dans leur vie intime, ont sacrifié sur l'autel des Muses. Et pourquoi pas ? Madame de Staël, cette femme illustre de notre temps, l'a dit avec raison : « Il y a en nous un superflu d'âme qu'il est doux de consacrer à ce qui est beau, quand ce qui est bien est accompli. » Thomas Bartholin comptait déjà de son temps plus de trois cents poètes qui avaient été médecins. Armstrong, Akenside, Darwin, Geoffroy, Haller et tant d'autres, en ont beaucoup augmenté le nombre. Boërhaave fut excellent musicien ; de mon temps, un chirurgien célèbre, Sabatier, dont les doux prenoms, *Raphaël-Bienvenu*, annonçaient la mansuétude du caractère, aimait la musique avec passion. Scarpa se connaît aussi bien en tableaux que dans des cas de chirurgie, et sa belle galerie en est la preuve. Barthez a fait un traité sur le beau. Quant à moi, je ne passe jamais devant *la colonnade du Louvre*, sans m'incliner, sans me rappeler avec orgueil, que ce monument d'architecture, le plus beau de la capitale, et les autres ne

généralisera à mesure que les observations suivantes lui prêteront un nouvel appui.

Les conséquences du retour du muscle rétracté à la consistance charnue sont nombreuses: je citerai d'abord la réapparition de la contractilité; celle-ci en amène d'autres. La contractilité favorise et active la circulation capillaire; celle-ci la nutrition et le développement du muscle en tous sens, c'est-à-dire en longueur et en épaisseur. Cette circonstance rend raison de l'allongement rapide du muscle, et d'une quantité supérieure à celle de l'espace mesuré par la substance nouvelle qui s'organise entre les deux bouts du muscle divisé.

TORTICOLIS ANCIEN DU COTÉ DROIT, PAR RÉTRACTION BORNÉE AU CLÉIDO-MASTOÏDIEN DU MÊME COTÉ, SUITE D'UN ABCÈS DE LA RÉGION PAROTIDIENNE DROITE; INCLINAISON ET ROTATION DE LA TÊTE PEU PRONONCÉES; INCLINAISON COMMENÇANTE DE LA RÉGION CERVICALE SUR LA RÉGION DORSALE; DÉPLACEMENT LATÉRAL ET ANTÉRIEUR DE LA TÊTE; ÉLÉVATION DE LA RÉGION SUS-SCAPULAIRE DROITE, SANS DÉVIATION DU RESTE DE LA COLONNE.—DÉFORMATION PEU PRONONCÉE DE LA FACE.—ATROPHIE ET TRANSFORMATION FIBREUSE DU MUSCLE RÉTRACTÉ, AVEC CONSERVATION DES MOUVEMENS DANS LE STERNO-MASTOÏDIEN.—APPLICATION DE LA VEINE JUGULAIRE EXTERNE SUR LE MUSCLE RÉTRACTÉ ET DANS LE SIÉGE DE L'OPÉRATION.—SECTION SOUS-CUTANÉE DES MUSCLES; FAISCEAU PROFOND DE FIBRES RÉTRACTÉES; SECTION IMMÉDIATE DE CES FIBRES.—TRAITEMENT MÉCANIQUE CONSÉCUTIF.—GUÉRISON.

(Observation recueillie à la Muette, en septembre et octobre 1838.)

OBS. II. — Mademoiselle Caroline B., âgée de 13 ans, d'une bonne constitution, tempérament nerveux, bilieux, yeux noirs, peau brune, cheveux noirs. Elle est né à Paris, rue de la Harpe, 41, et y a toujours demeuré. Son père est podagre et rhumatisant; sa mère se porte bien ainsi que ses frères et sœurs. Elle a été vaccinée, n'a point fait de maladie grave.

Elle est venue au monde bien conformée : la difformité qu'elle présente aujourd'hui ne s'est manifestée que vers l'âge de 3 ans, à la suite d'un abcès développé dans la région parotidienne droite; cet abcès s'est ouvert au niveau du tiers supérieur du cleido-mastoïdien; on en voit encore la cicatrice qui est égèrement déprimée et adhérente aux parties profondes.

Elle a un torticolis à droite par suite de rétraction du cleido-mastoïdien du même côté, offrant à considérer:

1° Une inclinaison légère de la tête à droite;
2° Rotation à gauche;
3° Inclinaison cervico-dorsale à gauche commençante, sans déviation sensible du reste de la colonne vertébrale;
4° Déplacement de la tête à gauche;
5° Rétraction très prononcée du seul cleido-mastoïdien droit, avec relâchement du sterno-mastoïdien.

Il n'y a qu'une déformation légère de la face. L'inclinaison de la tête est peu prononcée: dans la position habituelle du sujet, l'axe vertical de la face forme avec celui du tronc un angle de 25°.

La rotation est également peu prononcée. Dans la position habituelle, la tête, tournée de droite à gauche, décrit un arc de cercle d'environ 25 à 30°. Une ligne verticale, abaissée de la symphyse du menton, vient tomber au-devant de l'insertion du cleido-mastoïdien gauche. Une autre ligne verticale, abaissée de la protubérance occipitale externe, viendrait en descendant friser le bord spinal de l'omoplate droite.

L'inclinaison cervico-dorsale est peu prononcée. Elle est accompagnée d'une flexion en avant plus forte. La colonne est parfaitement droite depuis le sacrum jusqu'à la première dorsale. A partir de ce point la colonne s'incline brusquement à gauche, formant avec la verticale un angle de 10°; l'angle de flexion en avant peut être évalué à 30°. Les deux premières cervicales décrivent un mouvement inverse à celui des cervicales inférieures. Elles reviennent à droite et en arrière, de manière à neutraliser une partie du déplacement que la tête aurait éprouvé si toute la colonne cervicale eût décrit le même mouvement. En arrière la moitié droite du cou offre une dépression profonde, tandis que la moitié gauche est très saillante; et les muscles compris dans cette partie sont fortement tendus.

La région sus-scapulaire droite est plus saillante, plus élevée et plus longue que la gauche, et consécutivement le scapulum droit est plus élevé que le gauche d'un pouce environ. La tête en totalité a subi un déplacement en avant et à gauche. La somme du déplacement latéral est de 2 centimètres (9 lignes). En avant, de 3 centimètres (13 lignes).

Il résulte de ces déplacemens que tous les axes de la tête se trouvent en dehors des axes du tronc. Le muscle cléïdo-mastoïdien droit est fortement rétracté, très dur, très saillant, plus apparent encore en arrière qu'en avant. L'épaisseur de ce muscle a beaucoup diminué, ainsi que celle du sterno-mastoïdien. Ce dernier ne peut être tendu dans quelque position que ce soit de la tête; cependant il s'est consécutivement raccourci d'une certaine quantité pour s'adapter à la réduction de son trajet.

Longueur du cléïdo-mastoïdien		droit	7 centim.	(2 p. 7 l.).
Id.	id.	gauche.....	11 c. 4 m.	(4 p. 3 l.).
Longueur du sterno-mastoïdien		droit	9 centim.	(3 p. 4 l.).
Id.	id.	gauche....	12 c. 7 m.	(4 p. 7 l.).

Le muscle cléïdo-mastoïdien gauche est recouvert, dans sa moitié inférieure, par la veine jugulaire externe, qui le croise obliquement de haut en bas, de dedans en dehors et d'avant en arrière. La présence de cette veine pourrait être un obstacle à l'exécution de l'opération, suivant l'ancienne méthode; elle paraît avoir arrêté un des chirurgiens les plus habiles de la capitale, M. Amussat, qui devait faire cette section il y a trois ans.

Les muscles trapèze, splenius, et grand complexus, ainsi que l'angulaire de l'omoplate droite, sont déprimés et n'offrent point de tension anormale, tandis que les mêmes muscles du côté gauche sont tendus, saillans et raccourcis.

Les mouvemens de la tête sont généralement bornés, quoique moins que dans les cas de rétraction au même degré du sterno-mastoïdien. La flexion et l'inclinaison, presque aussi étendues qu'à l'état normal, s'exécutent suivant une ligne courbe, oblique de haut en bas et de droite à gauche. Dans la flexion extrême le menton arrive à toucher l'extrémité interne de la deuxième côte gauche, tandis que dans l'extension la plus forte la symphyse du menton arrive dans la ligne médiane du tronc. La rotation à gauche est normale; à droite elle n'est à peu près que de moitié.

Le muscle cleido-mastoïdien droit paraît avoir perdu sa contractilité. Dans les mouvemens ascensionnels du thorax ce muscle se relâche, tandis qu'il se tend pendant l'expiration. Le sterno-mastoïdien se contracte pendant la rotation de la tête à gauche.

TRAITEMENT. Le muscle cleïdo-mastoïdien étant seul rétracté, complètement inextensible, dur et fibreux dans toute son étendue, et le sterno-mastoïdien ayant conservé ses propriétés musculaires et son extensibilité, je me borne à la section du cleido-mastoïdien, faite à 15 millim. au-dessus de la clavicule, suivant mon premier procédé, c'est-à-dire d'avant en arrière, à l'aide d'une ponction à la peau, dirigée du bord interne du muscle à son bord externe. Cette opération a été pratiquée le 21 septembre 1838, en présence de M. Cafford, chirurgien en chef de l'hôpital de Narbonne. Pour écarter la veine jugulaire, un aide attira, comme dans le cas précédent, la peau en arrière et entraîna ainsi la veine à plusieurs lignes au-delà du muscle. La section fut opérée en quelques secondes. Une petite bride celluleuse, située derrière le bord postérieur du muscle, et qui avait acquis une consistance presque fibreuse, fut divisée d'arrière en avant à l'aide d'un petit bistouri boutonné.

La douleur et l'hémorragie furent presque nulles. La piqûre fut recouverte d'un morceau de diachylon. On appliqua aussitôt après l'opération le bandeau à chef descendant que j'ai décrit dans mon précédent mémoire. Une courroie rembourrée, embrassant la partie gauche du cou, et passant sous l'aisselle

---

sont que des imitations, est dû à un médecin, l'illustre Claude Perrault. Que pensez-vous d'un homme qui, par distraction, par amusement, enfanta un tel chef-d'œuvre? Remarquez qu'il ne négligeait nullement sa profession; il avait pressé la rude mamelle de la science, avant de goûter le miel des Muses; ce régime est salutaire. On assure même qu'il mourut pour avoir disséqué un chameau presque en putréfaction. Il soutint du reste avec chaleur plusieurs opinions hypothétiques, entre autres le système de la *panspermie*, etc. Mon ami, je ne cite qu'au hasard, mais je vous donnerai plus de détails sur les travaux des médecins en dehors de la science; ce sera le sujet spécial d'un de nos entretiens.

Hélas! ce fut en vain que le bon docteur Mathanasins me promit ces précieux renseignemens, le sort en avait décidé autrement. Forcé de faire un voyage, je ne revins qu'au bout de deux ans, et je courus aussitôt voir et embrasser mon vénérable ami. Mais quel changement! quel déclin dans son organisation! une maladie que lui-même jugea tout aussitôt incurable, minait peu à peu ses forces, et je jugeai que sa fin n'était pas éloignée. Toutefois la force et l'aplomb de son jugement, la fermeté de son caractère n'en étaient nullement ébranlés; c'était toujours le même homme, le corps seul avait souffert. Je trouvai même que ses idées avaient pris un essor plus élevé, en raison sans doute de sa situation maladive. Je sais, me disait-il, ce qui m'attend prochainement, mais je suis parfaitement résigné; ainsi que Fontenelle, j'ai pris la vie comme une *trouvaille* et je me suis montré peu difficile avec elle. A mon âge, on ne demande pas de victoires, on n'espère que des trèves; une année, ce grain de poussière, tombant du sablier du temps, m'est à peine accordée, mais soyez certain, mon ami, que je demeurerai enveloppé dans mon manteau de patience, *donec immutatio veniat*. Mon âge, mes infirmités, mes douleurs m'avertissent, comme le disait le docteur Deratte: « Je sens que je me décompose. » Allons! je suis prêt et lorsque cet état transitoire qu'on appelle la *mort*, approche, n'est-ce pas sottise de vouloir se rejeter en arrière; quand on est sur le bord de sa fosse, le pied ne glisse-t-il pas à chaque instant. Il y a bien longtemps que j'ai médité ce beau vers de Perse dont Boileau n'a pu traduire que la moitié.

Vive memor lettri, fugit hora: hoc quod loquor, inde est.

Je sais, physiologiquement parlant, que l'instinct de conservation lutte sans cesse en nous, mais je sais aussi que la raison le domine presque toujours. Le premier est la loi de l'organisation, la seconde, est la loi de l'esprit; or, comme l'a dit Leibnitz: *quod in corpore, est* FATUM, *in animo est* PROVIDENTIA. (EPIST. *ad hansch.*)

Du reste, ma vie a été bien remplie. Quand je jette un coup-d'œil sur les années précédentes, je n'ai à me reprocher que des faiblesses, des défauts qui tiennent à notre nature; où est l'homme complètement juste et saint? Mon ami, la mort est douce, lorsque le cœur est exempt de toute souillure morale, et les mains pures de tout contact d'un or vénal. J'ai même autant que je l'ai pu mis en pratique la grande maxime du médecin Sanchez: « on ne reçoit que pour donner. » Quant aux besoins physiques, vous savez mon opinion à cet égard. Des livres, le nécessaire et une place au soleil, voilà quelle fut en tout temps mon ambition; aussi vous voyez qu'elle n'a barré le chemin à personne. Le prêtre vit de l'autel, le médecin de sa profession, cela doit être, cela est dans l'ordre, mais le

droite, fut dirigée contre l'inclinaison du cou à gauche. A l'aide de cet appareil la tête put être maintenue dans une position presque normale.

Le lendemain, la piqûre était presque cicatrisée. Point de rougeur ni de gonflement, ni de douleur autour de la plaie. On place la malade sur un lit à extension et à casque tournant. On parvient, dès l'abord, à fixer la tête dans une position inverse à celle qu'elle affectait avant l'opération. Le lit est fort bien supporté. Elle y a passé six heures en trois fois, deux heures chacune.

Le troisième jour, la piqûre est fermée. Le siége de la plaie est déprimé plutôt que saillant. La cicatrice musculaire n'offre pas encore de résistance bien sensible. Le sterno-mastoïdien commence à être un peu tendu. La malade peut exécuter avec la tête les mouvemens les plus étendus et les plus variés sans douleur. On continue une extension vigoureuse des deux muscles.

Le quatrième jour, il y a déjà réunion des deux bouts. Les environs de la plaie ne sont plus sensibles à la pression. Quelques jours plus tard tous les mouvemens de la tête sont faciles et complets : cependant la malade conserve, quand elle est débarrassée de tout appareil, une tendance à replacer la tête dans sa position vicieuse ; une attention soutenue peut seule la maintenir redressée; un col en carton plus élevé à droite la force à incliner la tête à gauche.

L'usage du lit à extension de la colonne et à rotation de la tête a été continué pendant six semaines ; la région sus-scapulaire droite s'est promptement abaissée au niveau de la gauche ; la colonne cervicale s'est relevée et replacée dans la ligne de la colonne dorsale. Mademoiselle Caroline B. est restée quelques semaines encore dans mon établissement pour se fortifier par les exercices gymnastiques, après quoi elle en est sortie parfaitement guérie de sa difformité, même sans traces d'inégalité entre les deux moitiés de la face.

Cette seconde observation confirme en tout point les remarques fournies par la précédente, sur la circonscription de la rétraction au seul cléido-mastoïdien, sur l'inclinaison inverse de la région cervicale, sans courbure de la région dorsale, sur la transformation fibreuse du muscle rétracté. Elle prête en outre à quelques considérations qui ressortent des particularités individuelles qu'elle a présentées.

La cause de la difformité a été dans ce cas tout immédiate. Ce n'est plus la rétraction suite d'une affection cérébrale, ou suite de la contracture essentielle du muscle, mais la rétraction causée par une affection circonscrite des parties contiguës ; aussi la difformité était-elle moins générale. C'était néanmoins toujours la rétraction musculaire.

Les causes les plus diverses en apparence se résument ainsi dans un seul et même fait. Je l'avais déjà montré à l'occasion de l'étiologie générale du pied-bot congénital (1); les abcès, les blessures, les contusions des muscles déterminent leur rétraction de la même façon que les affections des nerfs qui les tiennent sous leur dépendance. Que la maladie aille des centres à la périphérie, ou naisse à la périphérie primitivement, le résultat est le même. J'insiste sur cette remarque pour simplifier l'étiologie et le mécanisme de production de toutes les difformités articulaires. Sous un autre rapport, on a pu voir que le développement du torticolis obéit aux mêmes lois que le pied-bot, parce qu'en effet il n'est qu'un même résultat, variant par le siége, d'une seule et même cause.

Le raccourcissement immédiat du muscle, son arrêt de développement consécutif et un certain degré de paralysie président pour leur part chacun à la formation, à la marche et au développement graduel du torticolis, comme les mêmes élémens de la rétraction musculaire président à la formation, à la marche et au développement graduel du pied-bot.

(1) Voir mes QUATRIÈME et CINQUIÈME mémoires sur les difformités du système osseux (ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DU PIED-BOT CONGÉNITAL, et VARIÉTÉS ANATOMIQUES DU PIED-BOT); in-8°; au bureau de la GAZETTE MÉDICALE.

On a vu qu'après la section du corps du muscle il est resté un ou deux faisceaux de fibres profondes, que j'ai divisés immédiatement avec un ténotome à pointe mousse. Cette particularité se présente assez souvent: elle doit être prise en considération sous le rapport anatomique et chirurgical. Lorsqu'il s'agit du cléido-mastoïdien, il arrive fréquemment qu'il existe deux couches distinctes de fibres musculaires, l'une superficielle, l'autre profonde; quoique la rétraction et la tension consécutives aient généralement pour résultat de les ramasser en un seul faisceau tendineux, il arrive quelquefois cependant que les deux couches restent distinctes, surtout lorsque la rétraction n'a pas envahi toutes les parties du muscle à un égal degré. Il arrive encore que, indépendamment des faisceaux musculaires, il existe de petits paquets de fibres celluleuses passées à l'état fibreux, qui résistent après la section des véritables couches musculaires. Dans l'un et l'autre cas, j'ai l'habitude de tout diviser immédiatement, et pour cela je m'assure par le toucher qu'après la section du tendon principal, annoncée par un craquement, il n'existe plus d'obstacle immédiat au redressement. Cette précaution épargne au malade des douleurs et des tractions inutiles. Quant à la manière dont je procède à ce complément de l'opération, elle me paraît la seule bonne et la seule exempte de danger. Je me sers d'un instrument à pointe mousse, parce qu'il faut arriver quelquefois immédiatement sur le trajet de la veine jugulaire profonde, et je fais la section à petits coups d'arrière en avant, et de dedans en dehors, pour être sûr d'épargner ce même vaisseau. J'ai d'ailleurs la précaution de faire arriver directement la pointe du ténotome sur les fibres résistantes; averti par l'obstacle, je le retire un peu en arrière et le fais passer au-dessous du faisceau à diviser ; de cette manière, j'agis à coup sûr dans une région délicate, et je ne laisse aucun obstacle au redressement de la tête.

Je néglige d'autres particularités, qui seront abordées à l'occasion des observations suivantes.

TORTICOLIS CONGÉNIAL DU COTÉ DROIT PAR RÉTRACTION DU SEUL CLÉIDO-MASTOÏDIEN, CHEZ UN JEUNE GARÇON DE 12 ANS ET DEMI. — INCLINAISON INVERSE DE LA COLONNE CERVICALE SUR LA COLONNE DORSALE, AVEC RECTITUDE PARFAITE DE CETTE DERNIÈRE. — GRANDE ÉLÉVATION DE L'ÉPAULE DROITE SANS SAILLIE EN ARRIÈRE. — ALLONGEMENT DE L'APOPHYSE MASTOÏDE CORRESPONDANT AU MUSCLE RÉTRACTÉ. — COÏNCIDENCE D'UN TORTICOLIS CONGÉNIAL CHEZ LA SOEUR AINÉE DU SUJET. — SECTION DU CLÉIDO-MASTOÏDIEN RÉTRACTÉ ET DU STERNO-MASTOÏDIEN PASSIVEMENT RACCOURCI. — TOUX SPASMODIQUE APRÈS L'OPÉRATION. — SECTION RÉITÉRÉE DES DEUX MUSCLES APRÈS UN MOIS. — GUÉRISON COMPLÈTE.

(Observation recueillie à la Muette.)

OBS. III. — M. L., Alfred, âgé de 12 ans et demi, est né à Dormans (Marne), de parens bien constitués et bien portans. Dans sa famille, il n'y a de difforme que sa sœur, qui présente un torticolis également congénital, mais moins prononcé du côté gauche.

Ce jeune homme est d'une très bonne constitution, tempérament sanguin et bilieux, peau blanche, avec éphélides, yeux bruns, cheveux bruns. Sa difformité date de la naissance. Elle a augmenté depuis, à mesure que l'enfant grandissait. Aujourd'hui il se trouve dans l'état suivant :

Il présente un torticolis à droite, par rétraction exclusive du cléido-mastoïdien du même côté, offrant à considérer les particularités suivantes :

1° Inclinaison de la tête à droite;

---

modus in rebus est ici de grande importance. Les Lacédémoniens voulaient qu'on invoquât la Fortune *en tendant la main*, c'est une preuve du grand sens de ce peuple, je m'en suis abstenu. La richesse est bonne, mais il ne faut pas l'acheter trop cher, et j'ai toujours cru que le luxe était la grossière traduction du bonheur. Nous avons besoin de si peu et pour si peu de temps, que ce n'est pas la peine de se tourmenter pour aller au-delà. Plusieurs désirent et cherchent l'argent, les places, les honneurs, moi, j'ai dit comme Montaigne: *mon métier et mon art, c'est vivre*, j'ai donc vécu comme je l'entendais, beaucoup plus par la pensée que par les satisfactions physiques. J'ai tant joui par le travail et par la réflexion, je me suis si souvent enivré des charmes de l'étude, qu'en vérité je n'ai rien à envier à personne. Une singulière faveur m'a été accordée par la providence, c'est de m'avoir inspiré le desir d'être médecin; plus j'ai vécu, médité, réfléchi, plus j'ai compris la noblesse et la grandeur de cette profession. Le corps humain, ses phénomènes infinis, ses mystères sans fond, son étonnante variété d'organes, son incompréhensible unité, n'est-ce pas le plus beau sujet pour exercer l'intelligence? Il y a là une foule de vérités ni complètement ténébreuses ni complètement rayonnantes, et c'est précisément ce qui fait le charme de cette étude. Si philosopher n'est autre chose que chercher la vérité, la médecine est la philosophie par excellence, elle se lie à tout dans la nature et la société. En effet, pourquoi ces recherches si longues, pourquoi cette science si difficile, si pénible à acquérir? Pour être utile et faire le bien, pour être prêt à toute heure, à tout instant, le jour, la nuit, l'hiver, l'été, pour tâcher de guérir, de soulager, de consoler. Docteur, un homme souffre et espère en vous. Allons! me voilà, je vous suis. N'est-ce pas là ce que font journellement les médecins? Or, dites-moi si dans la société, il est une profession comparable à celle-là en magnificence et en charité. Mais les hommes ignorent de telles vertus, ils ne voient que le travail matériel et l'argent au bout. Souvent même la médecine est comme le juste, bafouée, raillée, persécutée par l'ingratitude et l'ignorance. Pour moi, je ne conçois pas qu'à l'entrée de la carrière, quand il s'agit de la pratique de l'art, on n'inculque pas aux jeunes docteurs des idées nettes sur la morale de la profession, sur les sacrifices qu'elle exige. Est-ce donc l'instruction qui manque? nullement; de savans professeurs la distribuent à profusion. Ce qui nous manque, c'est une direction sur la pratique de l'art, en un mot une éducation professionnelle. *Sacra sacris hominibus communicanda*, PROFANIS, *vero nefas* (DE LEGE.) Pesez bien, mon ami, ces admirables paroles d'Hippocrate, et vous comprendrez ce qu'il faut entendre maintenant par le mot *profanes*. Le seul but à atteindre le voici: Chasser les marchands du temple et assurer le triomphe de l'art sur le métier.

Nos ancêtres avaient raison, grandement raison, ils ne conféraient le titre de docteur après de longues épreuves, qu'avec une sorte d'appareil. Frapper le moral de *l'initié* afin qu'il conçût à jamais une haute idée de sa profession, telle était leur intention. De cette manière on portait dans l'exercice de l'art, une gravité, une sorte d'austérité de mœurs, ne permettant jamais de prostituer ce grand et saint nom de médecine. L'importance des réceptions solennelles n'existe plus aujourd'hui, on les a frappées de ridicule; eh bien! qu'y a-t-on gagné? A coup sûr ce n'est pas la medecine; à force de la vulgariser, on l'a rendue, en effet, très vulgaire; on l'a réduite à n'être plus qu'une industrie qui s'apprend, s'exploite, s'escompte et dont le tarif est connu; il n'y manque que des courtiers.

2° Rotation à gauche;
3° Inclinaison à gauche de la région cervicale sur la région dorsale, sans déviation du reste de l'épine;
4° Transport de la totalité de la tête à gauche de la verticale;
5° Asymétrie de la face et du crâne;
6° Élévation particulière de l'épaule droite.

L'inclinaison de la tête est telle que dans la situation la plus habituelle la ligne médiane de la face, au lieu d'être dans la verticale, rencontre cette dernière sous un angle de 35°. Cependant avec un peu d'efforts, le malade peut donner à sa tête une direction verticale, sans pouvoir l'incliner à gauche.

La rotation de la tête est assez prononcée; dans la position habituelle, une verticale abaissée de la symphyse du menton passe au-devant du tiers interne de la clavicule gauche. Dans les efforts de rotation à droite, la ligne indiquée peut arriver presque à la ligne médiane du tronc, mais non aller au-delà.

La région cervicale de l'épine est inclinée à gauche sur la région dorsale, de manière à faire avec la verticale un angle de 20°. Cette inclinaison de totalité est balancée par une inclinaison en sens inverse des trois premières vertèbres cervicales. Elle est accompagnée, en outre, d'une légère excurvation cervico-dorsale, avec incurvation proportionnelle de la région cervicale supérieure. Ces deux derniers élémens de la difformité dépassent un peu les limites de l'excurvation et de l'incurvation alternatives que présentent ces deux régions à l'état normal. Dans ses autres portions, la colonne vertébrale est parfaitement droite; aucune différence dans le relief des deux moitiés du tronc. Celle qui existe entre la hauteur des deux épaules tient à une autre cause, comme nous verrons plus tard.

Par suite de l'inclinaison cervico-dorsale à gauche, la partie supérieure du cou et la tête se trouvent déplacées à gauche et en avant, en sorte que, si la tête était redressée, elle ne serait pas sur le milieu du tronc, mais serait beaucoup plus rapprochée de l'épaule gauche que de la droite. Ce déplacement peut être évalué à 4 centimètres (18 lignes). On peut l'apprécier en mesurant l'étendue transversale de chaque région sus-scapulaire, du sommet de l'acromion à la racine du cou.

Les deux moitiés de la face sont inégales; la moitié droite est plus courte, plus étroite que la moitié gauche; celle-ci est plus convexe que la droite, abstraction faite de l'inclinaison de la tête. Les parties droites sont abaissées, plus obliques de haut en bas et de dedans en dehors que les parties gauches. L'œil droit est un peu plus abaissé et dirigé un peu plus obliquement que l'œil gauche, qui est exactement transversal. Le bout du nez est dirigé à droite. La bouche est oblique dans le même sens. Le maxillaire inférieur présente la même obliquité que les autres parties. L'angle droit de la mâchoire est plus abaissé que l'angle gauche. Toutes ces différences, excepté la dernière, sont moins prononcées que chez d'autres individus affectés au même degré. Elles se répètent jusqu'à un certain point sur le crâne. Ainsi l'apophyse mastoïde gauche est bien plus élevée que celle du côté droit. Cette dernière est beaucoup plus longue, plus aiguë, toujours abstraction faite de l'inclinaison de la tête.

Les deux épaules ne sont pas de niveau : la droite est plus élevée de 4 centimètres (18 lignes) que la gauche. Cette élévation paraît être le résultat de la rétraction du cleido-mastoïdien.

Les muscles cleido et sterno-mastoïdiens du côté droit se présentent dans l'état suivant : le premier offre un exemple de la rétraction la mieux caractérisée, avec transformation fibreuse complète de son plan superficiel, rétraction très prononcée aussi de son plan profond. Il fait sous la peau une saillie très prononcée, est dirigé presque verticalement, et peut être facilement cerné entre deux doigts. Le plan profond de ce muscle est un peu moins évidemment fibreux et moins tendu; cependant il offre une consistance plus forte qu'un muscle normal. D'ailleurs, il s'étend très profondément : on est obligé de porter la tête dans une rotation exagérée à gauche, pour l'éloigner des parties sous-jacentes. Le sterno-mastoïdien est habituellement mou et relâché. Ce n'est que quand on imprime à l'autre muscle une tension considérable qu'il se soulève un peu. Les deux muscles correspondans du côté opposé sont allongés, déprimés. Voici, du reste, les différences de longueur entre les deux côtés :

Sterno-mastoïdien droit, 9 c. 5 m. (3 p. 5 l.); id. gauche, 18 c. (6 p. 8 l.)
Cleido-mastoïdien droit, 7 c. 5 m. (2 p. 9 l.); id. gauche, 15 c. (5 p. 7 l.)
Différence entre les deux sterno-mastoïdiens............ 8 c. 5 m. (3 p. 2 l.)
Id. entre les cleido-mastoïdiens.................. 7 c. 5 m. (2 p. 9 l.)

Les mouvemens de la tête, malgré l'intensité de la rétraction, sont assez libres. Mais la tête, bridée par le cleido-mastoïdien, ne se meut pas dans l'axe de la colonne cervicale. La section des sterno et cleido-mastoïdiens est indispensable pour obtenir le redressement, à cause de l'ancienneté de la maladie et de la transformation fibreuse complète du dernier de ces muscles. Cette opération a été faite le 31 août 1839, en présence de MM. les docteurs Landouzy et Kuhn. Je commençai par le cleido-mastoïdien. Le malade était assis sur une chaise; un aide prit la tête entre ses mains et lui imprima un mouvement de rotation exagérée à gauche, de manière à amener l'insertion mastoïdienne du muscle directement en avant. Par cette manœuvre, il porta la portion supérieure du muscle dans le même plan que l'insertion inférieure. Une traction de bas en haut, exercée sur la tête, et une contre-extension, appliquée sur l'épaule correspondante firent soulever considérablement le muscle et le dégagèrent de toutes les parties profondes. Assis devant le malade, un peu à sa gauche, je fis sur le trajet du cleido-mastoïdien un pli cutané longitudinal, à la base duquel j'introduisis, à 15 millimètres au-dessus de la clavicule, et du bord interne du muscle à son bord externe, la pointe d'un bistouri, sans traverser le pli de part en part. Dans l'ouverture faite par ce bistouri, j'introduisis un petit ténotome convexe, à pointe mousse, à l'aide duquel je divisai le muscle de sa face superficielle vers sa face profonde. Cette section a été très facile, n'a point déterminé de douleur bien sensible, et n'a fourni que quelques gouttes de sang. A peine le cleido-mastoïdien était-il coupé, que le sterno-mastoïdien devint à son tour saillant, et opposa un grand obstacle au redressement.

L'aide, continuant à tenir la tête comme pour la section du cleido-mastoïdien, je me plaçai à la droite du malade, je fis un pli cutané à 2 centimètres au-dessus du sternum; j'enfonçai dans ce pli, du bord externe vers le bord interne du tendon, un petit instrument pointu, à tranchant légèrement convexe, et je le divisai de sa face superficielle vers sa face profonde. Un bruit assez sensible accompagna la division des deux muscles. Après la section du dernier, l'opéré a été pris d'une toux nerveuse, provenant sans doute de la lésion de quelque filet du récurrent. Le pansement a consisté dans l'application d'un morceau de diachylon sur les deux piqûres, fixé par quelques tours de bande. La toux avait disparu au bout d'une demi-heure. La tête a pu être redressée complètement aussitôt après l'opération. L'opéré a été couché sur un lit, où il a passé la nuit et toute la journée du lendemain.

Deuxième jour. Il va parfaitement. On lui fait porter un col en carton, plus élevé du côté droit, pour lui faire incliner la tête du côté opposé; dans la soirée, on le place sur un lit à torticolis.

Troisième jour, cicatrisation de la piqûre. Aucun gonflement sous-cutané. On continue l'extension, en tournant la face à droite, en inclinant la tête à gauche, et exerçant une assez forte traction longitudinale pour redresser la région cervicale de l'épine. Aux heures des repas et des récréations, il remet son col en carton et le bandeau à chef descendant, déjà décrit.

14 septembre. Déjà le tissu intermédiaire a acquis une assez grande consistance. Au-dessus et au-dessous on sent des nodosités correspondantes aux points de jonction du tissu nouveau avec les bouts des muscles divisés. Ces nodosités permettent de mesurer la longueur de la cicatrice des tendons. Cette longueur est de 4 centimètres 5 millimètres.

10 octobre. Il ne reste plus de la difformité qu'un peu d'inclinaison cervico-dorsale et l'obliquité de la moitié droite de la face. Les mouvemens sont parfaitement libres en tous sens; cependant les sterno et cleido-mastoïdiens droits sont encore un peu plus courts que ceux du côté opposé. Dès qu'on incline la tête fortement à gauche, et que l'on tourne en même temps la face à droite, on peut voir la saillie et la tension de ces muscles. La différence d'avec ceux du côté gauche est de 3 centimètres.

Oter de la profession l'élément divin, la charité, et le remplacer par l'élément humain, l'intérêt, c'est en méconnaître absolument le caractère. Il en résulte les plus douloureuses déceptions pour les jeunes médecins. Tous s'attendent à faire fortune, au moins à trouver une large aisance; pourquoi donc ne pas les éclairer, pourquoi ne pas les avertir que pour la plupart c'est une carrière de privations, d'abnégation, quelquefois de martyre; qu'ils se dévouent pour les hommes qui ne leur en tiendront aucun compte; que presque toujours ils ne doivent espérer que le contentement de soi, cette muette et intime approbation que le juste se donne à lui-même, quand il n'a que sa conscience pour juge et le ciel pour témoin.

J'ignore, mon ami, si l'avenir prépare un meilleur sort à notre profession; quant à moi, son état actuel est le seul chagrin que j'éprouve au déclin de ma vie, Que m'importe le reste? Bien des fois je me suis écrié: O Temps!... divinité terrible! ce n'est pas ta faulx cruelle qui m'épouvante; je ne crains que tes hideux enfans, l'isolement, l'oubli, la maladie, qui font une longue mort des trois-quarts de notre existence. Eh bien! j'ai su les braver et maintenant pas un regret, pas un remords, pas une crainte ne m'affligera; j'ai vécu, ma carrière est finie, que d'autres me remplacent, c'est la grande loi des êtres organiques; vous pourrez mettre, si bon vous semble, sur ma tombe, l'épitaphe de Jean Passerat;

Veni, abii; sic vos venistis, abibitis omnes.

En effet, je voyais chaque jour la santé de mon vieil ami décliner de plus en plus, et cette triste circonstance me rendait plus que jamais avide de recueillir ses paroles. Dans mon enthousiasme, elles me semblaient autant d'oracles prononcés par une intelligence supérieure, ne devant passer que peu d'années dans ce monde. Il y avait surtout un certain ordre d'idées sur lequel je n'osais interroger le docteur Mathanasius. Son excessive réserve à cet égard m'avait d'ailleurs fait une loi de me renfermer moi-même dans une prudente circonspection. J'attendais une occasion favorable; enfin elle se présenta et j'en profitai.

Un jour que, le sachant plus mal qu'à l'ordinaire, je m'étais empressé d'aller le voir, je le trouvai lisant attentivement un petit volume d'assez maigre apparence : c'était l'ouvrage de Thomas Brown, RELIGIO MEDICI, si bien traduit en français, par Nicolas Lefèvre, en 1668. Eh bien! lui dis-je, mon docte confrère, que pensez-vous de cet ouvrage et du sujet qu'on y traite? Ce livre, me dit-il, est bien écrit, profondément pensé, mais il est fâcheux qu'on ne s'y occupe que d'idées accessoires. Le titre même est trompeur, car il s'agit moins dans cet ouvrage de la *religion du médecin* que des opinions religieuses du médecin de Norwich, son auteur; or, ce n'est pas là ce qui nous touche le plus vivement. Que n'a-t-il traité ce grand et beau sujet comme il doit l'être, c'est un ouvrage qui manque. Au reste, que dire sur des matières aussi obscures? il ne s'agit peut-être que d'opinions qui agiteront toujours les hommes, sans jamais les réunir. Hors le sens intime qui nous éclaire sur certains points, que savons-nous? Dieu est si grand, l'homme est si petit, le temps si court, l'éternité si longue, que le vrai, le réel, l'essence, nous échappent sans cesse. Dans la profonde nuit où nous sommes des causes, nous nous arrêtons à quelques effets, sur lesquels nous bâtissons de petits systèmes. Quant à moi, je pense que, pour pénétrer dans l'abîme de ces mystères, il manque à l'homme des organes que Dieu réserve à d'au-

Cette circonstance me décide à en faire de nouveau la section. Cette seconde opération n'a offert aucune particularité.

Le lendemain de l'opération, le malade a été replacé sur son lit à extension, et dans les intervalles d'extension, il a porté son col raide et son bandeau destiné à tenir la tête inclinée à gauche et la face tournée à droite.

Troisième jour. Cicatrisation de la piqûre. La matière épanchée dans l'intervalle des bouts divisés a déjà une consistance demi-solide.

Parti guéri le 31 octobre.

Cette observation a beaucoup de rapports avec les deux précédentes; mais elle présente quelques circonstances spéciales qui méritent d'être notées à part.

Et d'abord, le sujet présentait une grande élévation de l'épaule droite, sans saillie en arrière. Cette grande élévation paraît être l'effet de la rétraction plus spéciale du cléido-mastoïdien. Notons toutefois qu'il ne faut pas confondre la grande élévation de l'omoplate avec la saillie en arrière que présente cet os quand il est soulevé par le bombement des côtes correspondantes : ce bombement est alors l'indice certain de la coïncidence d'une déviation de l'épine : ici il n'y avait qu'inclinaison cervicale opposée à l'inclinaison inverse de la tête sur la colonne cervicale.

Notons en second lieu l'allongement de l'apophyse mastoïde du côté du muscle rétracté. On a dans ce fait un exemple de ce que peut produire une traction continue et longtemps prolongée. Cette déformation et cet allongement d'un point osseux, sous l'influence de tractions musculaires continues, nous mettra sur la voie d'un autre ordre de déformations; de celles qui se rencontrent dans le crâne du côté correspondant à l'atrophie de la moitié de la face.

Une troisième circonstance, d'un bien plus haut intérêt, c'est la coïncidence d'un torticolis de même nature chez la sœur aînée de notre jeune sujet. Ce fait, s'il se répétait un assez grand nombre de fois pour accuser un rapport autre qu'un rapport de coïncidence, deviendrait embarrassant en apparence pour notre théorie de la rétraction musculaire. Il n'en est rien cependant. Une même difformité se répétant chez deux enfans des mêmes père et mère constituerait un fait important s'il avait été précédé d'une même difformité chez le père ou la mère. Et alors, au lieu d'y trouver une difficulté insoluble, nous y trouverions l'occasion de discuter une question de la plus haute importance, à savoir si les difformités qui se transmettent ne peuvent pas et ne doivent pas avoir commencé par être le produit de la cause morbide à laquelle j'attribue cette difformité, sauf à se répéter ensuite, suivant certaines lois de reproduction. Cette question, comme on le voit, soulèverait de graves difficultés, mais que nous ne regardons nullement comme insolubles. Avant d'en venir à la discussion de cette question délicate, nous pouvons reconnaître que les difformités causées une fois par la rétraction musculaire peuvent se répéter par l'influence de l'hérédité avec les caractères de leur première origine. Nous espérons mettre en temps convenable ce point de science hors de doute.

On a remarqué que, quoiqu'il n'y eût de rétraction active que dans le cléido-mastoïdien, nous avions fait immédiatement la section des deux muscles. C'est que le sterno-mastoïdien, quoique non activement rétracté, était raccourci à un point tel qu'on aurait été forcé d'employer des efforts mécaniques considérables pour obtenir le retour de ce muscle à sa longueur normale. Nous avons donc préféré en faire la section immédiate, d'autant plus que ce muscle était très peu développé. Nous avons réitéré l'opération un mois environ après la première section, parce que nous sommes de plus en plus convaincu que la répétition de cette opération n'a aucun inconvénient, et qu'au contraire elle a des avantages, en ce sens qu'elle dispense de tractions qui peuvent empêcher le développement du muscle et son retour à la consistance charnue.

Enfin le sujet a été pris de toux convulsive après l'opération. Notons ce premier fait : nous le rapprocherons de plusieurs autres pour en tirer quelques conséquences générales pour la théorie physiologique de la toux.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

II. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Les numéros 67 et 68 (janvier et avril 1841) contiennent les articles suivans : 1° *Cas de hernie étranglée, avec rupture de l'intestin déterminée par le malade dans des efforts de réduction*; par M. Benjamin Travers. 2° *Observations sur les corpuscules du sang et les globules du pus*; par M. G. Gulliver. 3° *Sur les plaques blanches de la surface du cœur, et sur la fréquence de la péricardite*; par M. J. Paget. 4° *Remarques sur l'emphysème du poumon*; par M. G. Budd. 5° *Sur un effet remarquable produit par l'absorption du plomb sur les gencives*; par M. Burton. 6° *Cas de maladie des colonnes postérieures de la moelle*; par M. Edward Stanley. 7° *Sur l'arrangement des vaisseaux sur les surfaces qui sécrètent du pus, avec une note sur la vascularité des cartilages articulaires*; par M. Liston. (M. Liston a pu, dans quelques cas, suivre au microscope, sur des cartilages malades, des vaisseaux fort apparens.) 8° *Remarques sur le diagnostic des corps étrangers dans le larynx*; par M. César Hawkins. (L'auteur pense qu'il n'existe pas de signes propres à faire juger infailliblement de la situation de ces corps; dans trois cas où ils étaient placés immédiatement au-dessous de la glotte, il n'y eut ni paroxismes de toux, ni raucité de la voix, excepté dans un cas, ni douleur locale, ni bruit anormal pendant la respiration; aussi la maladie fut-elle une fois prise pour le croup.) 9° *Histoire d'un cas de trachéotomie*; par M. Benjamin Travers. 10° *Mémoire sur quelques points de la pathologie du système nerveux*; par M. Marshall Hall. 11° *Sur la présence du soufre dans l'oxide cystique*; par M. Bence Jones. 12° *Tumeur osseuse d'un volume considérable dans l'utérus*; par M. Arnott. (Fait trop peu détaillé pour offrir de l'intérêt.) 13° *Sur la rapidité de l'organisation de la lymphe dans la cachexie*; par John Dalrymple. (L'auteur cite en preuve la rapidité avec laquelle la lymphe plastique s'épanche dans l'iritis, chez les sujets dont la constitution a été détériorée par l'usage du mercure ou par de mauvaises conditions hygiéniques; il dit aussi que le développement quelquefois si prompt des tumeurs cancéreuses peut être rapporté à cette cause.) 14° *Cas de guérison d'une plaie comprenant le larynx et le pharynx*; par M. Stafford. 15° *Sur la structure du placenta et sur*

---

tres êtres. Les générations, les écoles se succèdent, mais que se transmettent-elles? Pas autre chose que des opinions, jamais de ces vérités d'un éclat et d'une évidence tels que la controverse n'est pas possible. Il faut donc s'en rapporter beaucoup plus sur ces matières à la conscience, à une sorte d'instinct philosophique, si l'on peut ainsi dire, qu'aux lumières d'une intelligence toujours faible, et par cela même toujours impuissante. J'ai donc pris ce parti, mon ami, et sur cet objet encore, je me suis guidé d'après les anciens médecins et philosophes. Sans m'embarrasser d'arguties plus ou moins subtiles, de systèmes plus ou moins vrais, j'ai sur deux points une conviction fortement arrêtée, et ces deux points ont pour but notre destinée future, ce sublime et inquiétant problème.

Je rejette entièrement et complètement la doctrine de la souveraineté de l'organisation. La volonté est-elle l'esclave passive des organes cérébraux? Voilà la question dans sa plus profonde et sa plus nette expression. Pour moi, je crois qu'une force quelconque préexiste et fait le corps, le pénètre de vie, d'intelligence, comme Dieu a préexisté et fait l'univers. On a beau lancer contre cette doctrine les traits du sophisme, quelquefois du sarcasme, le sophisme ne porte pas à cette hauteur; elle a résisté jusqu'à présent. Dès lors, c'est assez vous dire qu'à mes yeux expliquer *uniquement* le miracle de la pensée, par l'action d'un système d'organes, faire de l'intelligence dans des proportions variables, avec un encéphale d'une perfection relative, c'est ne s'arrêter qu'à la surface, c'est ne voir que certains effets. Quelques savans ont prétendu éclaircir les brouillards de la métaphysique, par les inconnues de la physiologie, ils ont voulu établir une philosophie organique et atomistique, mais le succès n'a nullement couronné leurs efforts. Bien avant eux, Epicure a dit : τὸ πᾶν ἐστι σῶμα, « tout est matière. » Ces terribles paroles ont retenti près de trente siècles dans le monde et la philosophie. Toutefois la conscience du genre humain a constamment protesté contre cette fausse et dangereuse assertion; elle est surtout, quant à notre manière d'être, de vivre, de penser, tout à fait insoutenable. L'homme, autrement dit, le *moi*, habillé de chair et d'os, n'est point une pure machine, que le pain et le sommeil remontent; cet homme, ou ce *moi*, présentera toujours quelque chose d'*ultra organique*, d'insaisissable et d'inexplicable; or, ce quelque chose survit nécessairement à la disgrégation moléculaire du corps. Ainsi, en faisant une légère variante au célèbre enthymême de Descartes, j'ose dire : *je pense, donc je suis* et je SERAI. Conclusion qui me paraît aussi démontrée que quoi que ce soit dans la science humaine; cesser d'être me paraît donc absurde et inadmissible. *La mort d'un esprit!!* Concevez-vous un tel non sens, une pareille impossibilité? Pensez tout ce que vous voudrez, vous n'arriverez jamais à une contradiction si notoire, c'est là ce qui fait que le cœur de l'homme sera toujours plus grand que sa condition terrestre.

Cette difficulté aplanie me conduit au second point sur lequel vous désirez savoir mon sentiment. Les anciens avaient établi, et beaucoup de bons esprits ont depuis adopté une opinion à laquelle j'adhère complètement : c'est la perfection graduelle de l'intelligence dans les mondes. L'homme sur le globe est le *summum* de l'animalité; mais qui oserait soutenir que la force organisatrice ne peut aller plus loin? La vie est partout et dans tout, la mort, nulle part, au moins d'une manière absolue. L'existence du genre humain sur la terre n'est donc qu'un épisode très court de son existence totale, nullement circonscrite dans une période unique et sur une planète unique. Il y a certainement des âmes plus avan-

ses connexions avec l'utérus; par M. W. Bloxam. (L'auteur n'admet pas de communications directes entre l'utérus et le placenta ; il explique le retour du sang de l'enfant à la mère par l'application des ouvertures de la surface placentaire contre celles de la face interne de la matrice.) 16° *Observations sur les blessures des articulations et sur leur traitement*; par M. Alcock. 17° *Sur les anévrismes et spécialement sur l'anévrisme variqueux spontané de l'aorte ascendante et des sinus de Valsalva.* 18° *Observation d'une espèce rare d'hydatide* (*l'échinocoque de l'homme*) *trouvée dans le foie*; par M. Curling. 19° *Observations sur le mode d'union des fractures des os plats*; par M. Méade. (D'après neuf expériences sur les animaux, M. Méade conclut que les fractures de l'omoplate ne guérissent, comme celles des os longs, que par l'intermédiaire d'un cal provisoire, excepté dans les cas où le périoste est demeuré intact au niveau de la fracture.) 20° *Anévrisme de l'innominée, pour lequel les artères carotide et sous-clavière furent liées*; par M. Wickham. 21° *Tumeur dans le bassin faisant obstacle à l'accouchement*; par M. Lever. (Une ponction faite avec la lancette par l'intérieur du vagin donna issue à plus d'une pinte de liquide huileux; l'accouchement se fit alors sans difficulté; quatre mois après, la tumeur s'était reproduite.)

CAS DE HERNIE ÉTRANGLÉE, AVEC RUPTURE DE L'INTESTIN DÉTERMINÉE PAR LE MALADE DANS DES EFFORTS DE RÉDUCTION; par M. BENJAMIN TRAVERS.

Cette observation, relative à une hernie inguinale étranglée chez un jeune homme de 20 ans, n'offre aucune circonstance bien remarquable; l'opération fit reconnaître l'infiltration des matières dans le tissu cellulaire des bourses. Le malade mourut, et on put constater à l'autopsie qu'une portion du tiers inférieur de l'iléon offrait les traces d'un étranglement récent, avec lacération de la tunique péritonéale et extravasation sanguine entre elle et la membrane musculaire. C'était donc là un véritable étranglement, bien que M. Travers désigne plus bas ce cas sous le nom de hernie par engouement.

Dans le même travail, M. Travers expose ses objections contre la méthode d'opérer sans ouvrir le sac, et cite à l'appui de son jugement deux observations. Dans la première, le résultat fut pleinement heureux. La seconde, qui fut terminée par la mort, mérite d'être rapportée avec tous ses détails.

HERNIE CRURALE CHEZ UN HOMME AGÉ DE 55 ANS.

OBS. — Les symptômes de l'étranglement existaient depuis trois jours, et les moyens ordinaires étant restés infructueux, l'opération fut faite sans retard. On trouva au-dessous d'un ganglion lymphatique suppuré un sac peu volumineux, mais très tendu. L'arcade crurale ayant été divisée sur le bout du doigt, il fut encore nécessaire d'inciser les fibres du fascia transversalis pour pouvoir repousser les parties contenues dans le sac qui rentrèrent dans le ventre avec gargouillement. La réduction de l'intestin, et l'affaissement du sac furent des plus complets; ainsi, ce dernier resta intact. Le malade n'éprouva que peu de soulagement; les vomissemens continuèrent par intervalles le reste du jour et la nuit, quoiqu'on eût obtenu par l'usage des lavemens et des purgatifs salins quelques matières peu abondantes et très dures. Les symptômes fâcheux persistèrent jusqu'au neuvième jour où le malade succomba.

AUTOPSIE DOUZE HEURES APRÈS LA MORT. — L'intestin grêle était modérément rempli; le péritoine offrait quelques taches rouges au point de contact des anses intestinales. Une partie du cylindre de l'iléon était désorganisée, en lambeaux, et de couleur gris-cendré; mais une adhésion au collet du sac embrassait cette partie, de manière qu'on ne pouvait la voir en ouvrant l'abdomen, tant que cette adhérence demeura entière. L'intestin était resté libre dans un tiers de son calibre, et ce canal ainsi conservé, dans lequel on pouvait introduire une bougie, permettait aux matières de passer du bout supérieur dans l'inférieur. Un cercle d'adhérences empêchait tout épanchement à l'intérieur de l'abdomen.

Voilà l'observation que M. Travers présente comme une objection contre la méthode de débridement à l'extérieur du sac. Mais cette méthode, comme toutes les règles exceptionnelles, n'étant applicable que dans certains cas bien déterminés, il importe d'examiner si toutes les conditions nécessaires pour en justifier l'emploi se trouvaient ici réunies. Or, il nous suffira, pour mettre le lecteur à même de se prononcer sur cette question, de rappeler trois circonstances de l'observation ci-dessus. L'étranglement datait de trois jours; ses symptômes continuèrent malgré l'opération; l'autopsie fit voir que les deux tiers de l'intestin étaient restés, jusqu'au dernier moment, engagés dans le collet du sac. Evidemment donc, l'ancienneté du mal aurait dû faire pressentir la gangrène et détourner le chirurgien de ce mode opératoire; évidemment encore l'étranglement siégeait au collet, et l'incision de l'anneau ne pouvait rien contre ses symptômes. Il n'y a donc pas lieu, ce nous semble, de rendre la méthode responsable d'un insuccès dont les causes échappaient essentiellement à sa sphère d'action.

RECHERCHES SUR LES TACHES BLANCHES QU'ON VOIT A LA SURFACE DU COEUR ET SUR LA FRÉQUENCE DE LA PÉRICARDITE; par M. PAGET.

Ces taches, sur l'origine desquelles on est si peu d'accord, se rencontrent le plus souvent sur la face antérieure du ventricule droit et suivent encore fréquemment le trajet des troncs des vaisseaux coronaires. On les trouve moins souvent à la face postérieure du ventricule droit et sur l'oreillette gauche; plus rarement sur le ventricule gauche et bien plus rarement encore sur l'oreillette gauche.

Avec ces taches, on trouve presque constamment quelques adhérences produites par de la lymphe organisée entre les surfaces adjacentes du péricarde. C'est sur cette circonstance spécialement que M. Paget s'appuie pour regarder ces taches comme étant, dans tous les cas, un résultat de la péricardite. Ces adhérences sont ordinairement de petits fils qu'on voit traverser le sillon qui sépare l'aorte de la veine-cave supérieure, ou bien entre l'aorte et l'artère pulmonaire, à quelque distance de leur point de départ du cœur. Dans quelques cas, elles sont attachées par une extrémité à l'un de ces vaisseaux, et par l'autre à la surface opposée du péricarde; dans d'autres cas, plus rares, bien que plus tranchés, on voit des bandelettes s'étendre de l'une des taches laiteuses, ou de quelque point adjacent du cœur, à la surface correspondante du péricarde. Enfin, quelquefois on ne trouve que les traces d'anciennes adhérences, qui se présentent sous la forme de petites granulations perlées à la surface de l'aorte ou de la veine-cave et sur la partie correspondante du péricarde. Ces granulations exigent, dans quelques cas, tant d'attention pour être trouvées que M. Paget n'est point étonné qu'elles aient jusqu'ici été méconnues.

Sur 40 cas où il y avait des taches laiteuses sur le cœur, 35 ont pré-

---

cées que les nôtres vers le principe de toute sagesse et de toute lumière : c'est une échelle immense, dont le pied repose sur la terre et dont le sommet se perd dans l'être infini, dans celui dont Newton a dit : *durat ab æterno, ab infinito, in infinitum.* Notre vie a donc un commencement, un progrès, mais non une consommation d'existence.

N'est-il pas vrai, mon ami, la classification des êtres s'arrête à l'homme pour nos faibles yeux, mais la nécessité logique d'une harmonie générale nous emporte au-delà? Est-ce que toute mort, ou séparation organique, n'est pas le commencement d'une succession de vies nouvelles? Pourquoi n'en serait-il pas de même du principe spirituel, persistant dans son unité? Des preuves matérielles, physiques, à la manière des expérimentateurs mécaniciens, il ne saurait y en avoir; c'est autre chose si l'on s'appuie sur l'analogie, sur le bon sens, sur la justice et l'ordre éternel. Il faut croire, se soumettre et attendre, dans peu d'instans tout s'éclaircira. Ainsi la mort, considerée comme elle doit l'être, sous le rapport physique et moral, n'est ni une perte ni une annihilation, c'est à la fois une restitution et une conquête. Que m'importent ensuite les transformations sans fin de la matière et cette suite de cycles palingenésiques qu'elle doit parcourir. Oui, s'écria mon vénérable ami, et dans ce moment sa physionomie avait quelque chose de tranquillement radieux, comme si par la force et l'élévation de sa pensée, il eût déjà touché à la perception de la vie purement spirituelle; oui, je suis convaincu que, par des existences variées, ascendantes, nous atteignons, sous des modifications successives et meilleures, à une part meilleure dans le grand œuvre de la perfectibilité universelle; j'en ai la *foi*, vivifiée par l'*espérance*. Ne vous étonnez donc plus de me voir si calme quand ma fin terrestre approche, lorsque je vois de si près la mort, ce fantôme sans corps, dont le nom seul nous glace. Ce qui doit être sera; Dieu a tout prévu pour la vie des mondes, il a tout prévu pour la vie d'un insecte.

Ce fut là notre dernier entretien. Le docteur Mathanasius languit encore quelque temps, puis il succomba. Selon son désir, il passa du silence de sa vie au silence de sa mort; l'amitié seule en a trahi le secret. Ainsi disparut cet homme d'un caractère droit et pur, d'un savoir prodigieux, dont la vie fut si simple et si honorable. Il eut la persévérance et la fin de Socrate; il ne lui a manqué que sa gloire.

R. P.

— Madame Boivin, ancienne surveillante en chef de l'hospice de la Maternité de Paris et en dernier lieu de la Maison Royale de Santé, et auteur de plusieurs ouvrages justement estimés, est morte à Versailles, le 15 mai, d'une attaque d'apoplexie. Elle s'était retirée dans cette ville depuis plusieurs années, à la suite d'une première attaque de la même maladie qui avait été suivie d'hémiplégie. Née en 1774, elle était décorée de l'ordre du Mérite civil de Prusse et avait été honorée du titre de correspondant par plusieurs sociétés savantes françaises et étrangères.

sente des adhérences anormales, ou leurs débris; dans cinq cas seulement, il n'y avait pas d'adhérences, et dans quatre autres, on a trouvé des adhérences sans qu'il y eût des taches laiteuses. Dans les 35 cas avec adhérence, vingt-trois fois ces dernières étaient entre l'aorte et quelque autre vaisseau, et 19 fois entre l'un des gros vaisseaux et la surface opposée du péricarde. Dans 4 cas, l'auteur a trouvé une bandelette passant d'une tache laiteuse au point opposé du péricarde, et le docteur Budd a recueilli deux faits semblables. Dans beaucoup de cas aussi, on distingue sur le péricarde, vis à vis des taches, quelques inégalités, de petites saillies rayonnantes, ressemblant à une cicatrice superficielle. M. Paget regarde ces petites taches comme la preuve que des adhérences ont existé à une époque antérieure sur ces points. Mais, dans les autres cas, il les considère comme les effets d'une inflammation locale et limitée, qui n'a pu produire d'adhérences, à cause des liquides qui s'étaient épanchés en même temps entre les deux surfaces.

L'auteur attache peu d'importance à la question de savoir si ces taches sont situées dans l'intérieur ou à la surface du péricarde, ce qui ne dépend, selon lui, que de la profondeur et du degré auquel le tissu cellulaire qui enveloppe le cœur a été enflammé. Il explique la fréquence des adhérences autour des gros vaisseaux par l'espèce d'immobilité où ils sont comparativement aux parois du cœur, laquelle permet à la lymphe plastique épanchée de s'attacher et de s'organiser, soit qu'elle soit entraînée sur ce point par son propre poids pendant que le corps est dans la position horizontale, ou qu'elle y soit poussée par les courans que les battemens du cœur excitent dans le fluide qui l'entoure.

« Partant de ce fait, que je regarde comme démontré, dit-il, que les taches laiteuses sont réellement un effet de la péricardite, je trouve que, sur 110 sujets que j'ai ouverts récemment à l'hôpital de St-Bethleem, 58 m'ont offert des lésions qui indiquaient qu'à une époque antérieure ils avaient éprouvé une atteinte de cette maladie. Ce nombre se composait de 40 hommes sur 66 et de 18 femmes sur 44. Quant à l'âge respectif de ces sujets, sur 14 qui avaient moins de 20 ans, 5 présentaient ces lésions; 25 sur 53 avaient de 20 à 40 ans, et 28 sur 43 dépassaient ce dernier âge.

Sur ces 58 cas de péricardite, elles avaient été légères dans 49, n'étant indiquées que par des taches laiteuses et des adhérences, ou par l'épanchement d'une petite quantité de lymphe plastique; dans 9 cas l'adhérence était complète et compliquée d'un épanchement abondant et récent.

Les effets consécutifs des cas de péricardite légère sont inappréciables; dans aucun d'eux, on ne trouve de traces d'altération du cœur qui ne fussent expliquées par quelqu'autre affection coïncidente, comme une altération des valvules. Dans trois cas d'adhérences complètes et internes des deux feuillets du péricarde, dans lesquels il n'y avait pas d'altération coïncidente des valvules, les malades se livraient à des travaux qui exigeaient beaucoup d'activité, et avaient succombé à des maladies sur lesquelles l'état du cœur n'avait eu aucune influence évidente. Dans deux autres cas d'adhérence complète, les valvules étaient malades et paraissaient avoir causé la mort, dans un, au bout de trois années, et dans l'autre un an après la première attaque, qui eut lieu pendant la durée d'une affection rhumatismale. » L'auteur n'a pu connaître les circonstances sous l'influence desquelles ces affections de péricardite ont eu lieu, il les a vues souvent à la suite de la fièvre typhoïde, et pense qu'elles peuvent survenir pendant le cours de bien des maladies différentes. Sur les 66 hommes dont il a examiné le cœur, 24 étaient connus comme adonnés à l'ivrognerie, et sur ce nombre 20 offraient des traces de péricardite, proportion qui suffit pour montrer que l'ivrognerie et ses suites sont parmi les circonstances qui disposent avec le plus d'activité à cette maladie.

REMARQUES SUR L'EMPHYSÈME DES POUMONS; par le docteur BUDD.

Les différentes théories émises jusqu'ici sur l'origine et le mode de développement de l'emphysème n'ont encore expliqué qu'imparfaitement la manière dont se forme cette altération, ou même n'ont rien expliqué du tout. Le but principal que se propose M. Budd dans ce travail est de montrer que la cause de la plupart des phénomènes anatomiques de l'emphysème et du plus grand nombre des symptômes qui traduisent cette affection au-dehors tient à la disparition de l'élasticité du poumon, en d'autres mots, à ce que le tissu pulmonaire a perdu cette disposition naturelle par laquelle il se resserre sur lui-même après avoir été dilaté. L'élasticité du poumon serait donc, d'après ce système, la cause principale, sinon la cause réelle de l'expiration, le poumon revenant sur lui-même en vertu de cette propriété et les parois de la poitrine s'affaissant ensuite.

L'un des premiers effets de cette absence d'élasticité, c'est que les poumons et les parois thoraciques ne reviennent pas sur elles-mêmes, comme elles devraient le faire, pendant l'expiration. Les muscles puissans de l'inspiration s'efforçant toujours à écarter les côtes et à dilater la poitrine, et ne rencontrant pas d'antagoniste naturel, la poitrine reste donc dilatée d'une manière permanente, et souvent même au delà des limites de l'inspiration normale la plus ample. C'est l'élévation permanente des côtes qui donne à la poitrine la forme cylindrique, et c'est la violence avec laquelle s'élèvent continuellement l'omoplate et la clavicule qui donne aux asthmatiques ces épaules hautes et saillantes qu'ils offrent ordinairement.

Quand une fois la poitrine a pris cette conformation, sa capacité ne peut plus guère être augmentée par l'action des muscles qui écartent les côtes, circonstance qui donne un caractère particulier à la respiration des individus affectés d'emphysème. Les côtes étant constamment écartées par la dilatation permanente de la poitrine, la seule augmentation de capacité que l'inspiration peut donner à cette cavité n'est obtenue qu'au moyen du diaphragme, et la respiration est abdominale. C'est pour cela que la position verticale est plus indispensable aux asthmatiques qu'aux individus atteints de pleurésie, ou de pneumonie, chez lesquels la respiration est d'une fréquence égale, sinon supérieure, et que la dyspepsie, en causant un état de flatulence et de distension de l'estomac, qui ne permet pas au diaphragme de s'abaisser, est si fréquemment la cause d'accès d'asthme. Le développement du paroxysme produit la nuit est une circonstance tout à fait particulière à l'asthme et paraît être le résultat, non du sommeil, mais de la position horizontale, qui gêne l'abaissement du diaphragme. La respiration abdominale est même d'autant plus prononcée que la partie du poumon qui est en contact avec le diaphragme est moins sujette à l'emphysème que le reste de l'organe. Ce caractère de la respiration est très tranché chez les chevaux affectés d'emphysème, en raison du peu de développement de leurs flancs, et est bien connu des marchands de chevaux comme un signe de *pousse*.

Une autre circonstance importante, c'est l'immobilité presque complète des côtes, qui restent presque immobiles au milieu de la dyspnée la plus forte.

La toux de l'asthme a un caractère particulier; on remarquera d'abord qu'elle agit peu sur les parois de la poitrine, et qu'elle est courte et interrompue, ce qui produit d'autant plus de gêne que le catarrhe, auquel sont habituellement sujettes les personnes affectées d'emphysème, détermine ordinairement une sécrétion très abondante à la surface de la muqueuse bronchique. Les efforts de la toux restant inefficaces, et l'irritation de la membrane muqueuse persistant, la toux revient alors par quintes. Ainsi, dans cette gênante maladie, non seulement l'air pénètre en moins grande quantité qu'à l'état normal à la surface interne de la muqueuse, mais cette surface elle-même ne peut recevoir le contact de l'air, dont elle est séparée par une couche de liquide sécrété et que la toux ne peut détacher. Aussi le catarrhe est l'ennemi le plus à redouter des asthmatiques, comme le changement de climat est le plus puissant remède.

Quand l'emphysème est moins considérable, ou seulement partiel, les accidens sont aussi beaucoup moins graves. L'air, en pénétrant dans la partie emphysémateuse, y produit encore un faible murmure respiratoire. Une moindre quantité de sang pénètre aussi dans le poumon malade. Le docteur Budd insiste spécialement sur ce point, citant à cette occasion deux cas rapportés par Laënnec, et un qu'il a observé lui-même; le voici en quelques mots :

OBS. — Pendant l'hiver de 1837, un homme fut admis sur le Dreadnough (vaisseau-hôpital), présentant les symptômes généraux de l'emphysème des poumons et du catarrhe pulmonaire, et mourut, peu de temps après son admission, dans un état d'asphyxie.

A l'autopsie, on trouva les poumons extrêmement secs et pâles; il y avait du sang noir dans les grosses veines pulmonaires. Mais sur tous les autres points du poumon on voyait à peine quelques gouttelettes de sang à la surface des incisions qu'on y pratiquait. Il n'y avait pas de traces de pneumonie, mais les petits tubes bronchiques contenaient du mucus jaune.

« Ces cas, dit l'auteur, sont fort remarquables; n'est-il pas étonnant, en effet, de trouver les poumons de personnes qui sont mortes en état d'asphyxie pâles, secs et sans trace de congestion; on est donc obligé de conclure de ces faits que pendant la vie l'injection vasculaire des poumons était beaucoup moins forte qu'à l'état normal, surtout pour ce qui regarde l'artère pulmonaire. Cette restriction est nécessaire, puisque dans les cas cités la membrane bronchique était rouge et tuméfiée. La coïncidence de la pâleur du tissu pulmonaire avec l'état de congestion de la muqueuse bronchique dans le même poumon est un fait fort remarquable, puisqu'il fournit la preuve d'une différence essentielle entre la bronchite et la pneumonie, différence qui a son origine dans la distribution et la destination différentes des artères bronchiques et pulmo-

naires. Les effets principaux de cet état du poumon sont, d'après l'auteur, l'hématose imparfaite du sang et conséquemment la diminution de la chaleur animale, puis le ralentissement de la circulation dans l'artère pulmonaire, qui amène ensuite ces dilatations des cavités droites du cœur et cette disposition à l'œdème général, qu'on observe si fréquemment chez les sujets emphysémateux.

Le docteur Budd, après avoir conclu de l'examen microscopique de vingt chevaux affectés de pousse que cette maladie est le résultat de l'emphysème des poumons, et avoir rappelé les recherches de Jackson, qui ne permettent pas de douter que l'emphysème ne soit une maladie le plus souvent héréditaire, se livre à l'examen de deux théories avancées, l'une par Laënnec et l'autre par M. Louis, pour expliquer la formation de l'emphysème. Le premier avait raison de supposer que la dilatation des vésicules aériennes est causée par un obstacle à la libre sortie de leur contenu, mais il avait tort de croire que cet obstacle était constamment dans les petites bronches, comme M. Louis l'a démontré. Quant à la théorie proposée par ce dernier observateur, elle est encore moins satisfaisante; car qu'est-ce qu'une force différente ou qui se rapproche de celles qui président au développement des organes creux?

Nous pouvons accorder au docteur Budd, tout en admettant les ingénieuses réflexions que nous venons de reproduire, que la perte de l'élasticité du tissu pulmonaire est l'une des conditions physiques de l'emphysème du poumon, et la théorie de l'emphysème n'aura pas fait encore un grand pas, car il restera toujours à déterminer quelle est la cause de la perte de l'élasticité.

Prenant ensuite la théorie de Cullen, celle qui attribue l'emphysème au spasme des ramuscules bronchiques, il lui est facile de montrer qu'elle n'est pas mieux appuyée que les précédentes, en niant l'existence des muscles dans les tuyaux bronchiques, puisque l'excitation galvanique, portée sur ces tuyaux quelques instans après la mort, n'y détermine pas la moindre contraction, ainsi qu'il résulte des expériences de Wedemeyer qu'il a répétées et avec les mêmes résultats. Il reconnaît cependant qu'il y a un certain nombre de cas où on ne découvre aucune altération organique qui puisse expliquer les symptômes observés pendant vie, et qu'on est obligé de regarder comme nerveux ou spasmodiques, et dans lesquels il est disposé à croire que le spasme ou l'aberration nerveuse agit spécialement sur le diaphragme ou les autres muscles inspirateurs.

CAS DE MALADIE DES COLONNES POSTÉRIEURES DE LA MOELLE; par M. EDWARD STANLEY.

Le sujet de cette observation est un homme de 44 ans, qui, sans cause connue, fut attaqué d'une paralysie graduelle du mouvement dans les extrémités inférieures. La sensibilité y demeurait intacte, et les membres supérieurs étaient dans l'état naturel. Malgré les saignées et l'administration du mercure, l'affection alla en augmentant, et le malade s'éteignit trois mois après son entrée à l'hôpital.

On s'attendait à trouver une maladie des faisceaux antérieurs de la moelle; mais l'autopsie démontra le contraire. La moelle seule était le siége du mal: sa substance dans la moitié postérieure et dans toute sa longueur avait subi un changement de couleur et de consistance; elle était de teinte brun foncé, extrêmement molle et comme visqueuse (*tenacious*). La partie antérieure, parfaitement saine, était séparée des tissus altérés par une ligne exacte de démarcation. Les racines des nerfs spinaux n'offraient aucune lésion, non plus que le cerveau.

L'auteur conclut, comme on s'y attend sans doute, que nos connaissances sur les fonctions des faisceaux antérieurs et postérieurs de la moelle sont encore bien incertaines. Mais le fait qu'il rapporte n'est peut-être pas aussi probant contre la théorie généralement admise, qu'il le paraît au premier coup-d'œil. Qu'y voit-on en effet qui soit en opposition avec cette doctrine? La persistance du sentiment coïncidant avec une lésion qui aurait dû, au contraire, suivant les idées communes, amener l'anesthésie. Mais l'étonnement cesse lorsqu'on vient à se demander si cette lésion était bien réellement ici la cause de la paralysie du mouvement? Et précisément les détails de l'observation nous conduisent à résondre cette question par la négative; car il y est dit que l'on trouva la moelle altérée *dans toute sa longueur*, et pourtant les membres supérieurs jouissaient de toute leur myotilité. Dès-lors, plus de contradiction, plus de difficultés; si, comme cela est évident, l'altération de la moelle n'était pour rien dans la perte du mouvement; pourquoi aurait-elle produit la paralysie du sentiment?

Cette explication est incontestable, et malgré cela, nous le sentons, l'esprit n'est pas satisfait. Si la paraplégie ne dépend point de l'affection de la moelle, dira-t-on, à quelle cause faut-il donc la rapporter? Peu importe pour la question principale; aussi nous nous bornons à faire observer que le point de départ des paraplégies n'est pas toujours facile à saisir. Nous avons vu, en 1835, à la Salpêtrière, deux cas de ce genre où, à la suite de paraplégie ancienne et complète, on ne put découvrir aucune altération, aucune trace de maladie dans le cerveau, dans la moelle, dans ses enveloppes, non plus que dans les racines des nerfs spinaux. Nous ne citons ici que ces deux faits, parce qu'ils offrent toute l'authenticité désirable, la dissection des pièces ayant été faite, dans un cas, en présence de M. Cruveilhier, et, dans l'autre, par MM. Hourmann et Déchambre.

SUR LA PRÉSENCE DU SOUFRE DANS L'OXIDE CYSTIQUE, ET DESCRIPTION D'UN CALCUL D'OXIDE CYSTIQUE; déposé au musée du collége de l'Université de Londres, par M. JONES.

Ce travail a pour but de corroborer une assertion qui a été avancée d'abord en France par M. Bandrimont, et confirmée en Allemagne par M. Taulow: que les calculs d'oxide cystique contiennent du soufre en grande quantité. Un de ces calculs se trouvant au musée du collége de l'Université de Londres, l'auteur en a entrepris l'analyse en suivant la méthode recommandée par Liebig. De 10 grains de ce calcul traités par l'ammoniaque, 9 environ furent dissous, ce qui est la quantité propre de l'oxide cystique, le reste ne se composant que de matière animale et de phosphate de chaux. Après que la solution ammoniacale se fut opérée spontanément, il se forma des cristaux dont 6 grains furent traités par de l'acide nitrique entièrement privé d'acide sulfurique. Après l'action, qui fut très vive, il se forma dans la solution des cristaux de nitrate de potasse pur, qui, après qu'on eut tout évaporé jusqu'à siccité, furent soumis à un feu ardent dans un creuset de platine. La masse blanche fondue qui en résulta fut trouvée alcaline, et sa solution, neutralisée par l'acide nitrique, fournit, par l'addition du nitrate de baryte, un précipité abondant et insoluble dans le dernier acide. Ce précipité, recueilli sur une table, lavé et séché, pesait 6,94 grains ou environ 19 pour cent. Cette proportion est beaucoup moins considérable que celle trouvée par M. Taulow; mais, d'après la petite quantité sur laquelle on a opéré et les pertes inévitables, le résultat ne peut jeter aucune espèce de doute sur l'exactitude de l'analyse de M. Taulow, tandis qu'il confirme l'existence du soufre en grande quantité dans l'oxide cystique. L'observation à venir décidera seule si le soufre est en proportion variable, ou si quelquefois il manque même tout à fait.

OBSERVATIONS SUR LES BLESSURES DES ARTICULATIONS ET SUR LEUR TRAITEMENT; par M. ALCOCK.

M. Alcock communique les résultats de sa pratique dans les guerres récentes de l'Espagne et du Portugal. Il basarde peu d'explications, et se contente le plus souvent de donner des tableaux statistiques qui, bien qu'établis sur une base très restreinte, n'en méritent pas moins d'être comptés au nombre des documens à consulter pour les questions si litigieuses encore que soulève l'histoire des amputations.

Sur 82 cas de blessures, il y en eut:

35 au genou;	sur ce nombre	22	furent terminées par la mort.
19 au coude	—	5	—
11 à l'épaule	—	3	—
7 au poignet.	—	»	—
6 au coude-pied,	—	1	—
4 à la hanche.	—	3	—
En tout 34 morts.			

De 65 blessés chez lesquels l'articulation fut immédiatement compromise, 12 guérirent sans amputation, avec conservation plus ou moins parfaite de l'usage du membre, 18 moururent pendant qu'on cherchait à sauver le membre, soit parce qu'on avait l'espoir de réussir, soit ce qui eut lieu plus souvent, que les malades eussent refusé de se soumettre à l'amputation; 21 subirent l'amputation primitive (sur ce nombre 7 morts); 3 furent opérés du troisième au vingtième jour (2 morts), 11 le furent après cette époque (5 morts).

Ces résultats parlent certainement en faveur de l'amputation, et surtout de l'amputation primitive qui, bien que faite pour des lésions certainement plus graves, n'a été suivie de la mort que dans un tiers des cas, tandis que la proportion a été d'un demi, pour les amputations consécutives.

Les principales causes de danger après l'amputation sont les abcès des poumons et du foie, et pour les sujets non amputés, l'hémorragie secondaire, la gangrène, l'érysipèle, etc.

A la suite de ces tableaux, viennent quelques considérations pratiques sur les indications des amputations. Lorsqu'un des os qui composent

une articulation est traversé par un corps étranger, alors même que la capsule serait ouverte en plusieurs points, tant qu'aucun fragment osseux n'aura été détaché, on peut espérer de sauver le membre, et si nulle autre circonstance fâcheuse n'existe, il faut diriger le traitement dans ce but.

Traçant ensuite d'après son expérience les règles qui peuvent approximativement guider le chirurgien en présence des variétés si nombreuses de ces lésions, il les divise en trois classes. La première comprend: les plaies par instrument tranchant ou avec lacération, pénétrant dans la capsule, les plaies pénétrantes avec contusion partielle des surfaces articulaires, les fractures simples des extrémités articulaires avec plus ou moins de déplacement, et les fissures des surfaces diarthrodiales qui sont produites par une fracture siégeant dans le voisinage, mais sans déplacement de l'os dans la cavité articulaire. Dans ces cas, la grande majorité des malades peut être sauvée, et c'est un principe de pratique, de chercher à obtenir ce résultat.

Seconde classe: corps étrangers logés dans les extrémités osseuses, ne faisant pas saillie dans la cavité articulaire, ou étant au niveau de sa surface; corps étrangers traversant les extrémités osseuses, sans avoir détaché de fragmens des surfaces articulaires; dilacération intérieure des ligamens, avec lésion des vaisseaux sanguins, avec ou sans déplacement temporaire entre les os contigus; séparation de la partie superficielle des épiphyses avec lacération peu étendue de la capsule. Ces cas sont douteux; ils constituent une espèce intermédiaire entre ceux où on doit conseiller l'amputation, et ceux où la règle est contraire.

Troisième classe: fracture compliquée dans l'articulation avec déplacement et saillie des fragmens à l'intérieur; corps étrangers dans l'articulation, ou l'ayant traversée avec un grand délabrement; plaies déchirées de la capsule, accompagnées d'une grande contusion et d'extravasation sanguine intérieure. L'indication ici, est d'amputer sans délai à moins que la résection des extrémités osseuses ne soit praticable.

SUR LES ANÉVRISMES ET EN PARTICULIER SUR LES ANÉVRISMES VARIQUEUX SPONTANÉS DE L'AORTE ASCENDANTE ET DES SINUS DE VALSALVA; par M. JOHN THURNAM.

L'auteur a rassemblé 19 observations d'anévrismes de l'aorte, ouverts dans les cavités du cœur ou dans les gros vaisseaux qui sont à son voisinage. Mais ces faits ne présentent pas tous un égal intérêt. Ainsi nous passerons sous silence ceux où la communication existait entre l'aorte et l'artère pulmonaire; on connaît en effet des cas semblables observés par Richerand, Corvisart, MM. Payen et Zeinck, etc.; et M. Thurnam ne les cite d'ailleurs lui-même que pour mémoire. L'objet principal de ses recherches est l'histoire des anévrismes de l'aorte dont la rupture fait communiquer ce vaisseau médiatement ou immédiatement avec les cavités droites du cœur, et qui méritent ainsi le nom d'anévrismes variqueux spontanés. Dans les 7 exemples qu'il rapporte, la dilatation progressive de l'aorte a amené la perforation, une fois de la veine cave supérieure, une fois de la veine cave supérieure à sa terminaison et de l'oreillette droite, une fois de l'oreillette droite, une fois du ventricule droit, et trois fois de la veine cave inférieure. A cette dernière catégorie nous pourrions ajouter une observation semblable contenue dans le JOURNAL D'EDIMBOURG (juillet 1831).

D'après ces documens pris dans sa propre pratique ou recueillis dans les auteurs, M. Thurnam trace l'histoire générale de cette espèce particulière d'anévrisme. La communication paraît s'être effectuée plusieurs fois à la suite d'un violent effort ou d'un exercice prolongé; tel que celui de jouer avec un enfant, de se livrer à une longue marche, etc. Une syncope avec dyspnée, palpitations, sensation de rupture dans la poitrine, quelquefois de la toux avec vomissement ou expectoration de sang, tels sont les symptômes qui ont ordinairement suivi cet accident. Le plus souvent néanmoins l'ouverture s'est faite graduellement par ramollissement et ulcération des parois du sac.

Mais une fois la communication établie, les symptômes se dessinent d'une manière plus caractéristique, et M. Thurnam, pour en rendre l'exposition plus régulière, les divise en trois ordres: 1° ceux qui se rapportent à l'habitude générale du corps; 2° ceux qui ont trait à la respiration; 3° ceux qui se lient avec l'état du cœur et des gros vaisseaux. Ces symptômes servent de base au diagnostic et c'est un motif pour que nous les exposions avec plus de détail.

Tous les malades offraient les signes d'une gêne dans la circulation; ainsi la chaleur animale était toujours plus ou moins diminuée, la surface du corps était livide et bouffie, principalement à la face, et dans un cas cette coloration s'étendait à l'arrière bouche et au voile du palais. Chez un des sujets où l'aorte s'ouvrait dans la veine cave inférieure, les veines des parois abdominales étaient tortueuses et distendues; et dans les deux exemples de perforation de la veine cave supérieure, c'étaient les veines de la face, du cou, et de la poitrine qui présentaient cette disposition. Le même phénomène s'observait aussi pour l'hydropisie ou l'infiltration sous-cutanée qui, dans les deux cas ci-dessus, ainsi que dans ceux où l'oreillette droite était le siége de la lésion, occupait la face et les bras; tandis que dans deux cas où l'ulcération avait eu lieu dans la veine cave inférieure, l'œdème des membres abdominaux contrastait avec l'état sain de la moitié supérieure du corps. Ainsi, d'après M. Thurnam, on peut établir d'une manière générale que l'anasarque, la couleur livide des tégumens, et la dilatation des veines, existent toujours d'une manière beaucoup plus prononcée dans les parties correspondantes à la veine dans laquelle l'ouverture de l'aorte s'est faite. Mais il n'y a pas seulement obstacle à la circulation veineuse; le sang artériel détourné de sa route naturelle, ne remplit plus les artères; par conséquent la nutrition générale languit, la force musculaire diminue, il y a disposition à la syncope, à la gangrène de diverses régions, et même au ramollissement du cœur et des viscères internes.

Quant aux symptômes tirés de l'état de la respiration, ils se rapportent tous à la dyspnée, à la toux, à l'expectoration sanguinolente; l'oppression est en raison de la largeur de l'ouverture et de sa proximité des poumons. C'est donc dans les cas où l'aorte communique avec l'artère pulmonaire, que les phénomènes de cet ordre présentent le plus de gravité. Dans plusieurs de ces observations il y avait un hydrothorax que l'auteur attribue, et avec raison, ce nous semble, à la lésion des gros vaisseaux. Mais d'autre part il est bien certain que cet épanchement, quelle que fût sa cause première, devait augmenter encore l'embarras de la respiration.

Les signes que fournit l'état du cœur et des gros vaisseaux sont un bruit superficiel de souffle ou de scie, accompagné d'un frémissement cataire qu'on entend au niveau de l'orifice inter-vasculaire, et sur le trajet des vaisseaux qui y aboutissent et qui en partent; ce bruit, quoique continu, est plus fort pendant la systole que durant la dyastole ventriculaire, et cela se conçoit puisqu'il dépend de la rapidité avec laquelle le sang passe d'une cavité dans l'autre. C'est aussi pour cela qu'il est d'autant plus perceptible que l'ouverture de communication est plus étroite. Lorsque la lésion existe aux dépens des parois de la veine cave supérieure ou de l'oreillette droite, le bruit s'entendra et le frémissement sera senti le long du bord droit du sternum, et son maximum d'intensité sera au niveau du second espace intercostal à droite. Si, au contraire, l'anévrisme s'est ouvert dans l'artère pulmonaire ou vers le sommet du ventricule droit, le principal siége du bruit anormal sera dans les points correspondans du côté gauche, quoique probablement on puisse aussi l'entendre plus distinctement un peu à gauche de la partie centrale du sternum. Lorsque la communication s'est établie avec la veine cave inférieure, il existe dans l'abdomen une tumeur pulsative qui donne lieu à un bruit continuel de sifflement perceptible pour le malade et pour les assistans.

L'état du pouls mérite aussi d'être noté. Excepté un cas où il est signalé par l'auteur comme étant *dur*, dans tous les autres on a noté qu'il était *bondissant* (*jerking*); les mots vibratoire, hémorragique, rejaillissant, tremblant (*thrilling*), employés par les divers observateurs expriment évidemment tous un seul et même caractère.

Le pronostic peut facilement être établi; il est mortel. La durée de la maladie, à partir du moment où l'ouverture variqueuse s'établit, n'est indiquée que dans 6 des observations. Elle fut, dans un cas, de quelques minutes, dans trois cas, de 9 à 12 heures, une fois, d'un mois, et enfin de 11 semaines et 2 jours.

M. Thurnam indique en terminant deux observations d'anévrisme des sinus de Valsalva, totalement distincts des précédens par le lieu où se fit leur perforation, mais qui avaient probablement avec eux, dit-il beaucoup d'analogie, quant aux signes locaux et généraux. Dans un de ces cas, la communication existait avec l'oreillette gauche, et dans l'autre elle menaçait de s'établir avec le ventricule du même côté.

Ces nouvelles recherches de M. Thurnam pourraient donner lieu à plusieurs réflexions intéressantes. Nous ferons seulement remarquer qu'elles contribuent à éclairer le mécanisme de la cyanose. Lorsque cette coloration livide de la peau co-existe avec un état pathologique qui produit le mélange du sang rouge et du sang noir, on sait qu'il existe deux manières de l'expliquer. Les uns (M. Gintrac) la regardent comme due à l'effet même de ce mélange; les autres (MM. Ferrus et Louis) l'attribuent à la gêne de la circulation veineuse qui en est le résultat. Les faits de M. Thurnam, dans lesquels la cyanose n'occupait que la partie du corps desservie par la veine dont le tronc était comprimé, et où il n'y avait pas mélange des deux sangs, nous paraissent décisifs en faveur du second mode d'interprétation.

ANÉVRISME DE L'INOMINÉE POUR LEQUEL LES ARTÈRES CAROTIDE ET SOUS-CLAVIÈRE FURENT LIÉES; par M. WICKHAM.

OBS. — Richard Colt, âgé de 55 ans, entra à l'hôpital le 17 septembre 1839, pour une tumeur située au-dessus de la clavicule droite. Six mois auparavant, il s'était aperçu dans ce point d'une petite grosseur du volume d'une noisette qui avait disparu dans l'espace de huit jours. Mais 5 mois après, elle se montra de nouveau, devint bientôt douloureuse et pulsative, et s'accompagna de dyspnée. Lors de son admission à l'hôpital, la tumeur avait extérieurement le volume d'un œuf de poule; elle paraissait s'étendre du côté de la carotide, jusqu'au niveau du muscle omo-hyoïdien, se prolongeait aussi vers l'artère sous-clavière, et avait en un mot tous les caractères d'un anévrisme de l'inominée. A part la difficulté de respirer, la santé générale était assez bonne. Le cas fut soumis à A. Cooper qui donna son assentiment au projet de lier la carotide et la sous-clavière.

On commença le 25 septembre par la ligature de la carotide; elle fut faite un peu au-dessus du muscle omo-hyoïdien, que la tumeur avait repoussé en haut. Dès que le fil eut été serré, la tumeur diminua de volume, mais les pulsations continuèrent quoiqu'avec moins de force. La dyspnée cessa immédiatement, et la ligature étant tombée le quatorzième jour, le malade quitta l'hôpital contrairement à l'avis du chirurgien. Au bout d'un mois il revint se faire voir; la tumeur avait alors repris le volume auquel elle avait été réduite immédiatement après l'opération, et les pulsations y étaient aussi sensibles qu'avant la ligature de la carotide. Malgré les instances de son médecin, il ne voulut consentir à la ligature de la sous-clavière que deux mois après la première opération; à cette époque la toux, l'oppression et la difficulté d'avaler étaient extrêmes. La tumeur avait acquis plus du double de son étendue primitive, et s'était spécialement étendue en dehors, de manière à recouvrir presque la moitié de la clavicule.

L'opération fut pratiquée le 3 décembre, malgré l'affaiblissement extrême du malade, et comme seule chance de salut. Une incision faite au-dessus de la clavicule mit à découvert l'artère sous-clavière; mais elle avait été tellement repoussée en bas par la tumeur qu'on éprouva quelque difficulté à la lier. Aussitôt que le fil eut été serré, le pouls disparut au poignet, et il y eut une amélioration subite dans les symptômes du côté de la respiration. Le lendemain, la tumeur avait manifestement diminué, mais les pulsations, quoique moins fortes, y continuaient encore. Augmentation de chaleur dans le bras droit. Le 7 décembre, il se fit tout à coup un grand accroissement de la tumeur anévrismale, avec des battemens dans le cœur et la carotide gauche tellement forts que tout le corps en était ébranlé, et que la tête se soulevait de dessus l'oreiller. Depuis lors l'anévrisme augmenta graduellement de volume. Cependant le malade, trouvant que sa santé se raffermissait, espérait encore la guérison et quitta l'hôpital le 5 février 1840. Le 16 du même mois, il mourut à la suite de deux hémorragies qui se firent par la surface de la tumeur.

AUTOPSIE. — Artère pulmonaire et aorte très dilatée; cette dernière offre sur ses parois des plaques osseuses. L'anévrisme provenait de l'artère inominée au-dessus de sa division, la moitié environ du vaisseau était occupée par l'origine de l'anévrisme. Il aurait été impossible de placer la ligature sur la partie qui touchait à l'aorte. Le sternum présentait à son sommet quelques traces de résorption, ainsi que la clavicule dont l'extrémité interne avait abandonné la surface correspondante du sternum et s'était portée en haut. La sous-clavière droite était oblitérée depuis la clavicule jusqu'à la première côte. La carotide du même côté était oblitérée derrière la tumeur, à partir du bord supérieur du muscle omo-hyoïdien. Le sac anévrismal s'étendait depuis le tronc inominé jusqu'à la partie supérieure du cartilage thyroïde; la rupture avait eu lieu aux dépens du côté gauche, quoiqu'il fît plus de saillie du côté droit.

A la suite de cette observation, le rédacteur ajoute les réflexions suivantes: En ayant égard d'un côté au peu de chances de succès qui accompagne la ligature au-dessous du sac d'une artère aussi voisine du cœur que l'inominée, de l'autre à la probabilité où l'on est de trouver, dans ces cas, l'aorte sinon le cœur lui-même malade, le chirurgien doit être préparé à un revers et étonné d'un succès. Il y a en vérité lieu à délibérer si l'on peut conseiller une pareille opération. Chaque revers nouveau est une réfutation matérielle des raisons que l'on allègue en sa faveur.

De telles conclusions ne nous semblent rien moins qu'admissibles. S'il est en médecine une question irrévocablement décidée par les faits, c'est la proscription de la ligature de l'inominée pour les anévrismes de cette artère. La méthode de Brasdor restant donc alors comme unique ressource, demander si l'on peut la conseiller dans ces cas, c'est mettre en doute s'il convient oui ou non, de traiter une maladie qui serait nécessairement mortelle si on l'abandonnait à elle-même. Le moyen est périlleux et incertain, nous l'avouons, mais c'est le seul à proposer, et partant, quels que soient ses dangers et son insuffisance, la méthode de Brasdor, loin d'être contr'indiquée dans cette région, y est plus indiquée au contraire que partout ailleurs. Du reste, ses effets n'ont pas toujours été funestes, et sans parler du succès obtenu par M. Liston (voy. GAZ. MÉD. 1838, p. 600), on sait que dans les cas de Valentine Mott, de Wardrop (voy. THÈSE de M. Vilardebo), de Fearn (GAZ. MÉD., 1839, p. 253), la mort n'eut lieu qu'au bout de 8, 25 et 27 mois.

La valeur de l'opération ainsi fixée, il n'y a donc plus qu'à préciser les conditions qui peuvent en assurer le succès; et, à ce point de vue, des questions nombreuses restent encore à résoudre. Faut-il, par exemple, lier à la fois les deux artères sous-clavière et carotide, ou au contraire ne les oblitérer que l'une après l'autre, et dans ce dernier cas, existe-t-il des symptômes qui puissent conduire à déterminer celle par laquelle on devra commencer? Quel espace de temps conviendrait-il de laisser entre les deux opérations? A quelle hauteur devrait être placé le fil pour donner le plus de chances possibles contre l'hémorragie ainsi que contre le retour du sang dans la tumeur? Ce n'est point ici le lieu de discuter ces questions; nous signalerons seulement une circonstance digne d'intérêt dans l'observation de M. Wickham. On a vu qu'après la ligature de la carotide, la tumeur anévrismale avait d'abord diminué de volume, puis s'était accrue de nouveau, en se portant surtout vers la partie externe et du côté de la clavicule. Ceci fut dû sans doute à ce que la tumeur, dès qu'elle perdit de son volume, cessa de comprimer la sous-clavière, et que le sang trouvant alors moins d'obstacle de ce côté, la circulation devint plus libre à travers le sac qui s'agrandit de préférence dans ce sens. Cette succession dans les phénomènes morbides n'a rien que de naturel; et les observations de Valentine Mott et de Wardrop nous en offrent aussi un exemple. Dans le cas de Mott, on constata avant l'opération l'absence complète de pouls au bras droit; la carotide fut liée; néanmoins la tumeur ne commença à perdre de son volume que le septième jour, et ce fut précisément à cette époque qu'on recommença à percevoir dans la radiale quelques pulsations. Dans l'anévrisme de l'inominée, observé par Wardrop, c'était la carotide qui parut imperméable avant l'opération; on lia la sous-clavière: une diminution légère mais progressive de la tumeur eut lieu, et le neuvième jour les pulsations avaient reparu dans le tronc et les branches de la carotide droite. Ces faits ne sont pas sans importance; ils apprennent que, si les branches qui naissent du sac anévrismal sont quelquefois bien réellement oblitérées, parfois aussi la circulation n'y est que suspendue par la pression que la tumeur exerce sur leur racine; que, dans ces cas, on aurait tort de compter sur la guérison en liant seulement l'autre vaisseau, puisque cette opération peut, au lieu d'amener de bons effets, avoir au contraire sur la marche de la maladie une influence défavorable, en rouvrant au cours du sang dans le sac une voie qui lui était fermée. Enfin ce sera là une nouvelle circonstance à prendre en considération, lorsqu'on aura à décider s'il faut préférer la ligature simultanée des deux artères, comme l'a faite M. Liston, ou la ligature successive de chacune d'elles, à quelques mois d'intervalle.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu.

M. CHEVALLIER: L'ordre du jour adopté pour la dernière séance n'annonçait pas la lecture du rapport de M. Adelon sur le projet de loi relatif à l'exercice de la pharmacie; aussi plusieurs membres qui avaient cru pouvoir s'absenter n'ont pas entendu ce rapport. Je proteste contre une semblable manière d'agir.

M. GÉRARDIN: Je réponds au nom du bureau à M. Chevallier que l'on a maintenu l'ordre du jour autant que cela a été possible, mais qu'une forte majorité s'étant prononcée pour que la parole fût accordée à M. Adelon, il n'y a pas eu lieu de s'opposer à ce vœu de l'Académie, d'autant plus que l'article 14 du règlement dit positivement que l'ordre du jour peut être interverti toutes les fois que l'Académie le désire.

M. PELLETIER: Je ne conteste pas le droit de changer l'ordre du jour; mais ces modifications devraient être faites au moment où il vient d'être lu, afin que les membres présens puissent connaître les objets qui seront traités pendant la séance, et se déterminer en conséquence.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

La correspondance ne contient rien d'intéressant.

MM. Lachaise, Guerard, Leroy d'Etiolles, Requin et Abraham Lewziski se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE.

M. DOUBLE lit un rapport sur le mémoire de M. Leuret intitulé: DE LA RÉVULSION MORALE DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE. Le travail de M. Leuret, dit M. le rapporteur, se compose, d'une part, de quelques considérations sur le traitement de la folie par les distractions morales; de l'autre, de deux observations qu'il donne comme exemples du succès de cette méthode; il aurait pu rapporter un bien plus grand nombre de cas de guérison, mais, par discrétion, il s'est borné à ces deux observations: et c'est là une sorte de réticence dont l'Académie doit savoir gré à la modestie de l'auteur.

M. Leuret divise en deux séries les moyens dont se compose le traitement moral. Les premiers consistent à agir avec habileté sur les facultés de l'esprit qui sont restées intactes, de manière à leur imprimer un développement, une activité qui les rendent supérieures aux autres. Les moyens du second ordre ont pour

objet de ramener les facultés altérées à leur état naturel, en exerçant sur elles une action directe. Pour remplir ce but, on peut employer les avertissemens, les conseils, l'autorité même exercée avec plus ou moins de rigueur. Mais le système d'intimidation ne saurait être approuvé non plus que désapprouvé d'une manière générale; il est quelques sujets chez lesquels lui seul pourrait réussir, de même que, dans l'éducation des enfans, la diversité de leur naturel oblige souvent d'employer exclusivement les voies les plus opposées.

M. Double rapporte succinctement les deux observations de M. Leuret, dont les détails ont été donnés dans la GAZETTE MÉDICALE du 6 février 1841. On remarquera sans doute, reprend-il ensuite, que, dans ces deux cas, la volonté était restée intacte, et que les malades avaient un vif désir de guérir. Nous insistons sur ce fait, parce que, dans l'aliénation mentale, la volonté est presque toujours abolie, ou même s'exerce quelquefois dans un sens opposé aux efforts du médecin.

M. Leuret n'a traité dans son mémoire que de la révulsion ou dérivation morale; il a donc pu en étudier les effets sans avoir à se préoccuper des autres moyens en usage contre la folie. Cela s'appelle ne pas sortir de son sujet; mais, en médecin éclairé, il sait faire la part des autres ressources que l'art possède contre cette maladie, et il est le premier à reconnaître que lorsqu'une cause physique a précédé l'apparition du délire, et se manifeste encore actuellement par des signes caractéristiques, le traitement moral serait inutile et même nuisible s'il était seul employé. Messieurs, nous partageons la manière de voir de l'auteur; dire que l'aliénation mentale ne réclame jamais qu'un traitement moral, ce serait à la fois une faute et une erreur : une faute, car la thérapeutique de ces affections échapperait à coup sûr à la médecine; bientôt on la verrait livrée aux mains des philosophes, des moralistes, des théologiens, et certainement la science psychologique n'est pas encore assez avancée pour qu'on pût en tirer des moyens suffisamment puissans contre la folie; une erreur, car il est incontestable que souvent des causes physiques ont produit l'aliénation mentale, et que souvent aussi des agens physiques l'ont pu guérir à eux seuls. Ajoutons encore que la monomanie, en particulier, semble être le plus ordinairement produite par des influences morales, ou, du moins, qu'à son commencement et à son déclin elle paraît être une affection purement dynamique.

L'histoire de l'art faite avec soin et conscience prouve que le traitement des aliénés comprend les distractions morales, les travaux manuels et les agens médicamenteux, et que loin d'employer exclusivement l'une ou l'autre de ces méthodes distinctes, il est peu de cas où l'on ne se trouve bien de les associer. L'usage exclusif de l'une de ces méthodes a souvent donné lieu dans la pratique à des erreurs, à des revers; mais de ces revers même ont jailli d'utiles enseignemens sur l'action particulière comme sur la valeur comparative des unes ou des autres.

La folie n'est ni une maladie nouvelle, ni une maladie de la civilisation. Aussi a-t-on depuis longtemps songé à la combattre par les distractions, le raisonnement. C'est dans Plutarque, traduit par Amyot, que nous trouvons le premier exemple de l'application de ce principe. Un certain Antyphon connaissait déjà les avantages de l'isolement et des conversations, propres à rectifier les erreurs, à corriger les passions vicieuses des aliénés. Aussi ne peut-on admettre que ce mode de traitement ait été imaginé par M. Leuret. Mais ce que la commission reconnaît avec plaisir, c'est la persévérance, la force de volonté, et l'opiniâtre sagacité qu'il a déployées dans l'application de son plan thérapeutique; il y a là quelque chose qui vaut certainement mieux que le mérite de l'invention. Pour obtenir des succès dans le traitement des aliénés, a dit Esquirol, il faut les aimer, se plaire avec eux. M. Leuret a mis en pratique cette observation si vraie; et en effet, il est digne de remarque que ce que nous accomplissons de bien, nous le faisons en général plutôt avec notre caractère qu'avec notre esprit. Nous avons visité l'école que M. Leuret a établie à Bicêtre pour donner un peu d'instruction aux aliénés, et surtout pour occuper fortement leur esprit; nous avons vu avec admiration l'ordre qui régnait dans cette institution et les bons résultats qu'on en avait déjà obtenus.

Déjà, en 1831, M. Falret avait fondé à la Salpêtrière une école élémentaire, où près de 80 idiotes ou aliénées en démence recevaient les soins et l'instruction compatibles avec leur état. Plus tard, il organisa une institution semblable pour un pareil nombre de sujets atteints de manie plus aiguë, et les bons effets qu'il obtint de ses soins furent tels que quelques-unes de ces malheureuses furent jugées, par l'aumônier de l'hospice, en état de participer aux pratiques du culte. Malgré ces succès, nous n'approuverions pas cette méthode de la diversion morale poussée trop loin, car on ne ferait que déplacer le mal, et remplacer une monomanie par une autre.

Nous avons parlé de monomanies; mais existe-t-il en effet une manie véritablement exclusive, une altération ne portant que sur un seul ordre d'idées? Nous ne le croyons pas; l'observation attentive des faits prouve qu'il n'en est jamais ainsi, et d'ailleurs toutes les facultés de l'âme ne sont-elles pas dans une étroite dépendance, dans un rapport si intime que la perversion de l'une d'elles ne peut manquer d'influencer les autres? C'est même cette mutuelle connexion de tous les penchans, de toutes les facultés qui rend si difficile l'étude des phénomènes de l'intelligence; et la difficulté d'avoir des notions positives sur ce point est peut-être la cause de l'imperfection que présente encore le traitement de la folie. A-t-on en effet, dans les recherches faites à ce sujet, suivi la meilleure marche pour arriver à quelque chose de certain, et ne s'est-on point écarté ici de la voie qui, dans les sciences physiques, peut seule conduire à un résultat? En physique, avant de chercher à poser des lois, on étudie d'abord les corps ou du moins leurs propriétés. Dans la médecine humaine, on commence par l'observation des phénomènes physiologiques. De même ne faudrait-il point peut-être ici se livrer auparavant à l'étude plus approfondie des facultés intellectuelles?

Les conclusions du rapport sont : d'exprimer à M. Leuret l'approbation de l'Académie, et de renvoyer son travail au comité de publication.

M. DUBOIS (d'Amiens) : Je n'ai aucune objection, tant s'en faut, à adresser au rapport que nous venons d'entendre. Ce n'est que sur le travail de M. Leuret que je veux demander quelques explications à M. Double. Ainsi, je serais désireux de savoir quel est le nombre des guérisons obtenues par ce mode de traitement, si l'on n'a point observé des récidives, si surtout ces guérisons ont toutes été bien réelles; j'insiste sur ce dernier point, car lorsqu'il n'en coûte aux malades qu'un aveu insignifiant pour échapper à la contrainte et même à des traitemens plus ou moins acerbes, on comprend combien ils doivent être portés à dissimuler leur idée fixe, à feindre des sentimens qu'ils n'ont réellement pas. Je vois, au reste, avec plaisir que dans ce nouveau travail, M. Leuret accorde une plus large part aux moyens hygiéniques et pharmaceutiques, et qu'il rentre ainsi dans la méthode de traitement suivie par les grands maîtres.

M. DOUBLE : La commission n'avait à s'occuper que des deux observations consignées dans le travail de M. Leuret; elle ne pouvait donc donner de détails étendus sur le nombre et la solidité des guérisons. Quand on veut voir la méthode appliquée en grand, il faut aller à Bicêtre, où l'on pourra constater que sur 100 individus environ, elle a eu d'heureux effets sur 40 ou 50. D'ailleurs, pour arriver à connaître le chiffre total des guérisons qui lui sont dues, il faudrait ajouter aux faits de M. Leuret, les succès obtenus par d'autres médecins, et notamment par M. Falret.

M. FERRUS : Les essais tentés par M. Leuret, à Bicêtre, ont été faits pendant que je dirigeais dans cet hospice le service des aliénés; ils l'ont donc été sous mes yeux, avec mon assentiment, et même avec ma participation. Je dois par conséquent exprimer librement mon opinion sur ce sujet. Dans cette communication, comme dans les précédentes, M. Leuret s'attache à faire prévaloir le traitement moral; mais sa doctrine manque d'un point de départ fixe : car il n'a pas précisé dans quelle proportion, et surtout dans quels cas, ce traitement devait être ou remplacé par les autres moyens, ou combiné avec eux. M. le rapporteur lui-même a reconnu ce défaut, lorsqu'il s'est demandé si M. Leuret était toujours resté dans une juste limite; je déclare, moi, qu'il l'a dépassée. Il dit positivement, par exemple, dans le mémoire aujourd'hui en discussion, que le traitement pharmaceutique est une erreur et une faute, parce qu'il fait inutilement perdre du temps, et qu'il fatigue le malade, que les travaux manuels, eux aussi, sont insuffisans puisqu'il est d'observation que les aliénés peuvent continuer à délirer tout en s'y livrant; il ajoute que les moyens physiques ne conviennent que lorsque la folie est due à une lésion physique; eh bien! Messieurs, c'est précisément là qu'est toute la difficulté; à quels signes distinguerez-vous cette altération matérielle? Prenons, je ne dis pas un aliéné ni un fou, ces mots sont trop génériques (et je reproche à M. Leuret de les avoir employés), mais un monomaniaque, car c'est le seul cas où la question puisse être agitée. A-t-il seulement une maladie morale ou une affection organique? Je dis que le plus souvent il y a des lésions physiques; dans quelques cas, à la vérité, elles peuvent être survenues consécutivement à la perturbation morale, je suis prêt à le reconnaître; mais, si on examine le malade avec attention, on acquiert la conviction que presque toujours ce sont elles qui ont ouvert la scène; presque toujours il existait une prédisposition, soit acquise, soit plutôt héréditaire; la santé était auparavant sujette à des affections diverses; il y avait eu déjà des altérations de la sensibilité. Le point de départ de l'aliénation est donc une lésion physique; cette lésion, je ne la montrerai pas toujours avec le scalpel, mais dans combien de questions en médecine n'en est-on pas là? Si nous abandonnons la monomanie, l'idiotie, la démence, la manie aiguë nous offriront bien plus caractérisées encore les preuves d'une altération organique concomitante; ces preuves nous les trouvons dans des vices de conformation, ou dans la préexistence de maladies aiguës des centres nerveux. Ce n'est pas ainsi que M. Leuret a envisagé la question; cependant il admettait dans un premier travail que les hallucinations reconnaissaient pour cause une lésion physique, et ne sont-ce pas les hallucinations qui conduisent ordinairement à la manie? Dans la première communication faite à l'Académie, M. Leuret avait cité trois exemples de guérison qu'il attribuait à un traitement justement qualifié depuis du nom de méthode d'intimidation. Eh bien! ces trois guérisons ne se sont pas soutenues; dans un cas il y a eu guérison incomplète et récidive bien constatée; dans le deuxième guérison incomplète et retour de la plupart des anciennes manies, et quant au troisième sujet, M. Leuret avoue lui-même qu'il ne pouvait point passer pour complétement guéri. D'ailleurs je l'ai vue employée, je l'ai employée moi-même à Bicêtre, cette méthode d'intimidation, et je dus en suspendre l'application, parce qu'elle nuisait à la discipline affectueuse et douce quoique ferme du service, moyen si puissant d'agir sur l'esprit des aliénés en général et de modérer leurs écarts. Les cris, la résistance de leurs camarades, les tourmens dont ils étaient l'objet, tout cela agissait sur eux d'une manière défavorable. D'une autre part il fallait du temps et de l'espace pour calculer des scènes, puis les infirmiers dépassaient trop souvent le but dans la mission qu'ils avaient à remplir pour aider à l'effet du traitement moral perturbateur, de sorte que, je puis le dire, appliquée d'une manière générale et sur des malades non isolés, la méthode d'intimidation serait un malheur. La méthode du reste, n'est pas nouvelle, seulement partout où on l'a essayée exclusivement on y a renoncé, et avec raison, ce me semble. En Italie, depuis Savonarolle, les opinions régnantes sur la nature de la folie sont semblables aux nôtres; par conséquent on agit concurremment sur le corps et sur l'esprit. En Angleterre, mêmes principes, mêmes appplications; c'est même après avoir été témoin des succès qu'on y obtient par l'emploi des exercices du corps, que j'ai été conduit à les introduire à Bicêtre sur une large échelle; j'ai eu jusqu'à 450 aliénés se livrant au travail hors de l'hospice dans l'ordre le plus parfait, et c'est surtout à cette nouvelle mesure que j'attribue l'augmentation du chiffre des guérisons qui, fixé avant moi à 95, s'est élevé, pendant que je dirigeais l'hospice, jusqu'à 205.

Faut-il donner aux aliénés des occupations sérieuses, des travaux qui nécessitent une forte contention d'esprit? Pour la musique et même la lecture, passe encore; mais la géographie, mais l'arithmétique, ce serait là les fatiguer bien inutilement et sans aucun résultat, soit pour leur instruction, soit pour leur guérison. Ces moyens ne conviennent que dans des cas exceptionnels, chez des sujets dont l'esprit a été longtemps cultivé. En Allemagne, d'où M. Leuret a importé sa doctrine, on rattache l'aliénation mentale à une perturba-

tion morale. Heinroth, que M. Leuret a tourné en ridicule dans son ouvrage, prétend que la folie dépend de la lutte entre le principe du bien et du mal, alors que ce dernier triomphe, et il la traite par des moyens moraux. Ideler, médecin de l'hôpital de Berlin, professe depuis une vingtaine d'années que le délire provient d'une éducation vicieuse des facultés intellectuelles, éducation dont il faut corriger les effets, en apaisant les penchans qui prédominent, et en excitant ceux qui sont déprimés; mais, Messieurs, permettez-moi de le dire, *ceci est de la fantasmagorie*, on ne joue pas ainsi avec les passions. On ne peut qu'étudier attentivement son malade, le mener doucement, entrer avec lui dans quelques explications lorsque les circonstances le permettent, réveiller les sentimens affectifs et les notions du juste et de l'injuste, etc. C'est là ce que font tous les médecins instruits. Or, M. Leuret ne s'est pas comporté d'une autre manière; il a soumis son malade à l'isolement, il s'est consacré pendant six mois, et avec un zèle qu'on ne saurait trop louer, à diriger son traitement. D'ailleurs, analysons ses observations, rapportées dans ce dernier travail : dans la première, il s'agit d'une demoiselle qui conservait sa volonté, qui prenait avec son médecin des engagemens, et qui tenait sa parole; mais c'est là un cas exceptionnel tel qu'on n'en rencontrerait pas un pareil sur 100, sur 200 malades. Dans la seconde observation, il s'agit d'une malade qui s'obstinait à garder le silence. M. Leuret a cru devoir simuler le mutisme et formuler un traitement physique fort désagréable. Cette prescription a suffi pour rendre la parole à la malade. Je ne vois dans tout cela rien de bien extraordinaire, ni de bien ingénieux. Quant à faire le muet, M. Leuret pouvait s'en dispenser; du reste, cela nuit rarement, et peut-être M. Leuret aurait-il aussi bien fait de continuer ce rôle. (On rit.)

M. Leuret termine son travail en disant que l'établissement des écoles d'aliénés à Bicêtre a déjà produit de si heureux résultats, qu'il faut s'empresser de les introduire partout. Messieurs, à mon tour je ne puis rester *muet* devant une pareille assertion; car il y a à faire dans les hôpitaux d'aliénés d'autres réformes bien plus importantes; les travaux manuels me paraissent plutôt dignes d'être encouragés; j'ai déjà montré les avantages que j'en ai retirés à Bicêtre. Quelques malades délirent encore en travaillant, cela est vrai; mais, ce qui est certain aussi, c'est qu'ils ne délirent pas moins quand on les assujétit à des occupations intellectuelles sérieuses. De plus, ces occupations fatiguent le cerveau, et aggravent ainsi l'affection, tandis que le travail manuel, diversion morale puissante, distrait les malades, modifie profondément l'économie, rappelle l'appétit, et amène ce sommeil réparateur et bienfaisant qui, dans bien des cas à lui seul, détermine la guérison. En définitive, M. Leuret, dont le service, pour le nombre des lits et la nature des maladies, est égal à celui de M. Voisin, a obtenu moins de guérisons que lui, et cependant il n'y a pas d'école pour les aliénés de M. Voisin. J'aurais donc désiré, qu'avant de nous communiquer son travail, M. Leuret eût attendu des résultats plus décisifs.

M. Double : Je veux surtout repousser un blâme que M. Ferrus a cherché à faire peser sur M. Leuret, et qui n'est point mérité. Le principal reproche qu'on adresse à M. Leuret, c'est d'employer exclusivement le traitement moral ; mais il dit bien positivement le contraire, soit dans ce mémoire même, soit dans l'ouvrage qu'il a publié. Il est vrai que son langage n'a pas toujours été le même sur ce point ; mais l'Académie jugera sans doute que je n'avais pas à m'occuper de ses premières communications. M. Ferrus parle de récidives; mais, dans les maladies mentales, quel est le monde de traitement qui n'en compte pas?

M. Ferrus : Je n'ai point voulu dire que M. Leuret emploie le traitement moral exclusivement dans son service, il obtiendrait encore moins de guérisons. Je lui ai seulement reproché de l'avoir préconisé sans spécifier les cas auxquels il s'applique, et surtout d'avoir dit que le traitement physique est une faute, sans avoir précisé les cas dans lesquels on peut s'en abstenir. Quant aux rechutes, je n'ai point prétendu qu'elles fussent rares à la suite de tout autre traitement; mais je pense qu'elles doivent être moins fréquentes quand, par l'effet des moyens employés, la constitution aura été modifiée plus profondément.

M. Rochoux : On ne pense qu'avec le cerveau; par conséquent, que l'on soit matérialiste ou spiritualiste, il faut nécessairement admettre qu'un dérangement des facultés intellectuelles ne peut exister sans un dérangement de leur organe On oppose à ce raisonnement des observations où l'anatomie pathologique n'a pu découvrir de lésion de tissu appréciable. Mais connaissons-nous toutes ces altérations? Est-il en notre pouvoir de toutes les constater par le scalpel? De deux fils métalliques placés sous mes yeux, puis-je savoir lequel des deux est traversé par un courant électrique ou magnétique?

M. Desportes : M. Pariset, déjà chargé à deux reprises d'examiner les idées de M. Leuret, avait fait un rapport dans un sens tout à fait différent de celui que vient de nous lire M. Double. Peut-être l'Académie devrait-elle encore réfléchir avant de voter sur des conclusions dont l'adoption serait le désaveu implicite de l'opinion qu'elle a déjà exprimée en donnant son assentiment aux précédens rapports de M. Pariset.

M. Londe : M. Double a fait un rapport excellent sur un ouvrage qui a pour base un fondement absurde. Soutenir que la folie est une lésion mentale, c'est aller contre les faits. J'ai traité des aliénés, j'en ai traité peut-être plus que M. Leuret, et je puis certifier que les agens pharmaceutiques produisent les meilleurs effets. Je voudrais donc que les conclusions du rapport fussent moins laudatives.

M. Desportes : J'ai cherché en vain dans l'Académie des hommes qui eussent étudié autrefois avec moi l'aliénation mentale, sous Pinel et Landre-Beauvais; leur témoignage aurait servi à confirmer ce que je vais dire. Du temps de Pinel déjà ces questions sur la nature et le traitement de la folie étaient agitées; je rappellerai seulement que pour expérimenter la valeur comparative du traitement moral et du traitement physique, on n'employa que ce dernier exclusivement et pendant tout un trimestre. Eh bien! les guérisons ne furent pas moins nombreuses que quand on raisonnait avec les malades.

M. Ferrus : M. Leuret accorde dans son mémoire que la folie sympathique d'une affection matérielle, réclame le traitement physique; mais il veut que les signes de cette lésion physique soient manifestes. Évidemment nous ne pouvons nous contenter de cette concession, car on ne peut pas toujours démontrer ces lésions anatomiquement; il faut ici, comme on est souvent forcé de le faire pour les autres appareils de l'économie, les admettre là où la marche et les symptômes de la maladie prouvent qu'elles doivent exister.

M. Double : Ni la commission, ni M. Leuret lui-même ne recommandent exclusivement le traitement par la diversion morale. En s'occupant de lui seulement, dans son mémoire, M. Leuret n'a voulu que mettre en saillie ses avantages; mais le rapport dit formellement que le traitement moral employé seul serait une faute et une erreur.

M. Ferrus : Mais c'est là le langage de la commission, et non l'opinion de M. Leuret. La commission, je l'ai déjà dit, a fait mieux que l'auteur, elle a rectifié son travail, et surtout en ce qui touche aux dénominations, puisqu'elle a repoussé le mot de révulsion appliqué à la médecine morale, mot qui, en effet, n'avait été jusqu'ici appliqué qu'à des phénomènes physiques.

M. Dubois (d'Amiens) : Il ne s'agit pas ici pour l'Académie de sanctionner une doctrine, mais d'approuver un travail particulier ; refuser cette approbation ce serait exprimer un blâme, et nous ne le pouvons pas.

M. Begin : Il ne faut pas introduire dans les conclusions le mot, approbation, car on se méprendrait sur sa portée, et tout le monde penserait qu'approuver le mémoire de M. Leuret, c'est adhérer à sa doctrine. Je propose donc de dire simplement que l'Académie accorde des éloges aux efforts de M. Leuret, et que son travail sera renvoyé au comité de publication.

M. Double, au nom de la commission, donne son assentiment à cette modification. Les conclusions du rapport, ainsi rédigées, sont adoptées.

EXCAVATION TUBERCULEUSE DU POUMON COMMUNIQUANT AVEC UN FOYER SOUS-CUTANÉ.

M. Raciborski présente un malade âgé de 34 ans, qui lui a été adressé par M. le docteur Sainlard, et qui est affecté de tubercules pulmonaires. La maladie paraît fixée à un point correspondant à la réunion des trois quarts inférieurs avec le quart supérieur du poumon gauche. La respiration est normale dans toute l'étendue de cet organe même tout à fait au sommet, au-dessus de la clavicule. Au niveau de l'épine de l'omoplate, et près de la racine des bronches, on distingue un gargouillement très fort qui se laisse entendre à distance pendant les quintes de toux. Le foyer pulmonaire communique avec le tissu cellulaire sous-cutané de la région sous-épineuse interne, et la peau s'y trouve soulevée pendant chaque quinte. La main appliquée sur la région correspondante, distingue facilement cette sensation de soulèvement en même temps que celle du déplacement du liquide. La compression fait disparaître la tumeur en donnant lieu à un bruit qui provient du déplacement de l'air et du liquide.

M. Raciborski, considérant que l'affection se trouve extrêmement circonscrite, et que le foyer est superficiel, se propose de pratiquer une opération consistant dans l'ouverture du foyer, au moyen d'une incision ; une fois que l'évacuation du liquide sera complète, il tentera la cicatrisation au moyen d'une compression méthodique et de quelques injections détersives.

L'Académie sera informée du résultat de cette opération.

La séance est levée à cinq heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ COMPLET THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DU FOIE; par AUG. BONNET, D. M. P. — Nouvelle édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. 400 pages in-8°. Paris, 1840. Librairie des sciences médicales de Just Rouvier, rue de l'École-de-Médecine.

L'étude des maladies du foie n'a jamais occupé dans la pathologie la place que semble lui assigner l'importance du rôle que joue cet organe dans l'économie. Aujourd'hui même, malgré les travaux de la chimie moderne, malgré toutes les recherches des anatomistes et des physiologistes, et malgré le nombre continuellement croissant des faits pathologiques qui s'accumulent graduellement dans les archives de la science, cette place n'est pas encore déterminée, et nous croyons ne rien exagérer en émettant l'opinion que cette partie de la pathologie est l'une de celles qui attendent le plus de progrès d'une étude sévère et consciencieuse de tous les faits qui s'y rattachent; car si on peut dire d'une manière générale que l'histoire des maladies du foie a suivi à peu près les mêmes phases que les autres parties de la pathologie, il n'en est pas moins vrai pourtant qu'elle a été négligée comparativement à l'attention qu'ont reçue quelques-unes de ces parties, et surtout, dans ces dernières années, les maladies du tube digestif. Aussi sommes-nous peu étonné de voir le travail de M. Bonnet, la seule monographie moderne que nous ayons en notre langue, sur les maladies du foie, arriver à une seconde édition. Nous allons donc parcourir avec lui le cadre de ces affections, et examiner, s'il est possible, les principales acquisitions que la science a faites sur cette ligne.

Le traité des maladies du foie est divisé en deux parties dont la première comprend les maladies qui dépendent d'un état d'irritation ou de congestion active de l'organe sécréteur de la bile, et la seconde est consacrée à l'étude des affections du même organe, dépendant d'une cause

autre que l'irritation, division qui n'est pas sans inconvéniens, mais qui, après tout, peut cependant offrir aussi quelques avantages, surtout sous le point de vue pratique. Les maladies qui appartiennent à la première classe sont au nombre de trois : l'irritation hépatique, l'hépatite aigue et l'hépatite chronique. Le mot irritation a été pris déjà pour désigner tant d'affections différentes qu'on ne devrait l'employer que dans des cas parfaitement caractérisés, si même il ne vaudrait pas mieux le bannir tout-à-fait de la pathologie, et le réserver seulement pour la physiologie pathologique. L'auteur a donc dû faire tous ses efforts pour préciser exactement la signification de ce mot employé pour désigner une maladie particulière du foie. Pour lui, l'irritation est, comme pour beaucoup de pathologistes, un premier degré ou un degré moins avancé que l'inflammation; mais comme les maladies du foie n'avaient pas encore été considérées de ce point de vue, nous allons chercher à faire connaître la différence qui, d'après M. Bonnet, sépare l'irritation du foie de son inflammation : « Il y a des cas où l'irritation du foie est si légère, qu'elle ne constitue pas une phlegmasie. Il en est d'autres où, bien que ce dernier fait ait lieu, elle est encore si peu prononcée, qu'elle ne présente aucun des traits caractéristiques de l'épatite. Ce sont ces deux nuances que les auteurs ont méconnues jusqu'ici, et que je comprends sous le titre de premier degré de l'irritation hépatite. L'irritation hépatique pourra être considérée comme n'ayant pas revêtu la forme inflammatoire toutes les fois qu'elle sera récente, et que l'hypocondre droit ne sera ni tendu, ni douloureux au toucher. Lorsqu'un individu est atteint de ce que les auteurs ont appelé turgescence de la bile, *état bilieux*, embarras gastrique bilieux, si cette maladie qui le plus souvent consiste, à mon avis, dans une irritation gastro-hépatique, ne dure que depuis très peu de temps, il n'y aura du côté du foie qu'une exaltation légère de la vitalité de ce viscère. Si, au contraire, elle est ancienne, on est en droit de penser que l'irritation a passé à l'état d'inflammation. L'irritation hépatique est-elle légère, les accidens se bornent à l'accroissement pur et simple de la fonction de l'organe qui en est le siége. Fait-elle des progrès, parvient-elle à un certain degré d'intensité, si elle dépend d'une de ces affections qui se déclarent dans les pays chauds, la mort peut survenir avant que l'irritation ait eu le temps de déterminer une congestion morbide, par conséquent avant qu'elle ait eu le temps de constituer une phlegmasie. Dans toutes les autres circonstances, il y a réellement inflammation, et l'on en trouve des traces à l'ouverture des cadavres. » Le plus grave défaut que nous signalerons dans cette manière d'entendre l'irritation, c'est de réunir sous ce nom des états morbides différens, et par exemple de considérer comme un premier degré de l'inflammation certains embarras gastriques où il y a supersécrétion de la bile, et conséquemment un certain excès d'activité du foie, mais sans que cet état pathologique, qui peut dépendre de causes variées, ait le moindre rapport avec la phlegmasie de l'organe.

Pour arriver à la connaissance précise des symptômes de l'hépatite aiguë, M. Bonnet se livre à une analyse exacte des phénomènes morbides produits par cette affection, et de ceux qui sont le résultat d'autres affections dont elle est souvent compliquée, ou qu'elle vient souvent compliquer, et parmi lesquelles la gastro-entérite serait, suivant lui, la plus fréquente. De nombreuses observations sont rapportées à cette occasion, et si elles ne démontrent pas que la nature de toutes les affections du foie dont elles offrent des exemples soit réellement le résultat d'un travail inflammatoire aigu ou chronique, elles jettent au moins du jour sur la marche, l'issue de ces affections, et quelquefois même sur le traitement qui leur convient.

Bien que nous pensions que l'auteur ne s'est pas renfermé dans les bornes de ce qui peut être considéré comme démontré, en rangeant parmi les effets de l'irritation et de l'inflamation du foie un certain nombre de troubles fonctionnels, d'altérations ou d'obstructions de cet organe, qui ne dépendent pas évidemment de cette cause, et qui peuvent être rapportées à des causes d'un ordre différent, cependant nous devons dire qu'il signale une classe assez nombreuse d'affections du foie où l'irritation et l'inflammation n'ont aucune part, au moins comme cause active. Nous allons signaler quelques-unes de ces affections, celles au moins qui offrent le plus d'intérêt, en faisant remarquer pourtant qu'elles n'offrent d'autre point de contact entre elles que l'absence d'une origine inflammatoire. Et d'abord nous dirons quelques mots de l'*asthénie hépatique*. Si la vitalité du foie peut être augmentée et déterminer les phénomènes d'irritation et même d'inflammation, elle peut être diminuée et déterminer des symptômes qui indiqueront un état d'atonie ou d'*asthénie* du foie, parmi lesquels la diminution ou la sécrétion de la suspension biliaire doit être l'un des premiers observés. « C'est ce que pensent, dit l'auteur, les médecins anglais qui attribuent un certain nombre de dérangemeus de la digestion, tels que la rareté, la dureté, la décoloration des selles, une chylification incomplète, une mauvaise nutrition, etc., à ce que la bile ne coule plus dans le duodénum, ou n'y arrive que pâle, décolorée, semblable à de l'eau. Cette opinion est également la mienne. Ainsi donc, un individu dont la langue serait large, humide, point rouge sur les bords, qui n'aurait pas de fièvre, qui n'éprouverait pas de douleur dans l'hypocondre droit, qui ne serait porteur d'aucune lésion organique du foie, et qui néanmoins digèrerait mal, n'aurait pas d'appétit, se plaindrait de flatulence, de dégoûts, de nausées, de rapports de différens genres, qui accuserait la sensation d'un poids dans la région de l'estomac, et chez qui les matières fécales seraient grisâtres, décolorées, semblables à de l'argyle, cet individu devrait être considéré comme atteint d'une asthénie hépatique. »

Après cette description, M. Bonnet rapporte plusieurs cas, dont les symptômes correspondent autant qu'il est possible à ceux que nous venons d'énumérer avec lui, et qui ont été méconnus jusqu'ici, comme constituant une affection spéciale, et dont il n'a pas encore été question, parce qu'elle était confondue avec d'autres affections. Le moyen de remédier à cet état, est de chercher à rétablir le cours de la bile et de rendre au parenchyme hépatique le ton qu'il a perdu, double but qui est rempli par l'emploi des purgatifs; l'irritation qu'ils produisent sur le tube alimentaire devait, par sa transmission au foie, remonter le ton de ce viscère. Pour arriver plus sûrement à ce résultat, M. Bonnet conseille surtout de remplacer, au bout d'un certain temps, les évacuans par des toniques légers, les alimens substantiels, l'exercice et l'usage de la laine sur la peau. Lors même que la théorie sur laquelle s'appuie ici l'auteur ne serait pas fondée, la pratique qui en découle n'en est pas moins la seule qui soit convenable et mérite une préférence marquée sur toute autre. La seconde affection hépatique, indépendante de toute irritation dont parle M. Bonnet, est l'atrophie du foie; il l'attribue à l'affaiblissement de la vitalité de ce viscère, ou à un obstacle apporté à la nutrition par une cause mécanique; dans ce cas, qu'il ne faut pas confondre avec ceux où l'atrophie est la suite d'une phlegmasie chronique, son tissu n'offre aucun changement appréciable.

Les autres maladies de la même classe que signale M. Bonnet sont les congestions sanguines passives du foie, qui dépendent d'autres maladies, certaines hémorragies, certaines lésions, les tumeurs érectiles du foie, les calculs biliaires, sur l'origine desquels nous avons encore si peu de connaissances, la colique hépatique, qui comprend probablement plusieurs affections différentes, certaines névralgies et la vraie colique hépatique, les hytadides du foie, et enfin la phthisie hépatique, que nous sommes étonnés de trouver dans cette classe, puisque la plupart des cas, sinon tous les cas qui ont été recueillis par nos devanciers ne sont, d'après M. Bonnet lui-même, que des cas d'hépatite chronique, qui, après avoir duré longtemps, a fini par amener le dépérissement, la consomption et la mort.

Quelques pages sur l'ictère et sur les altérations de la bile terminent le volume. L'auteur est disposé à attribuer, avec les anciens, le premier, au mélange de la bile avec le sang opéré par les nombreux absorbans du foie; mais il ne parle pas des recherches si ingénieuses de M. Lambron sur les vaisseaux lymphatiques du foie, dans lesquels on a vu l'injection faite dans les canaux biliaires pénétrer avec une extrême rapidité et avant qu'elle ne soit parvenue aux extrémités des canaux biliaires. Ce fait important, qui avait déjà été signalé par Mascagni et Kiernan, mais dont M. Lambron seul a fait connaître toute la valeur, mérite une attention toute particulière. Sans doute, il ne donne pas entièrement la théorie de l'ictère, ni surtout de tous les cas d'ictère; il ne fait pas connaître, par exemple, l'obstacle ou les divers obstacles qui peuvent s'opposer à la sortie des fluides biliaires hors des gros troncs biliaires, mais il explique comment, lorsqu'un obstacle de ce genre existe, l'ictère peut être produit en quelques instans, et donne la solution d'un des problemes qui ont le plus occupé l'attention des médecins.

L'analyse que nous venons de présenter de l'ouvrage de M. Bonnet nous dispense d'entrer dans de nouvelles considérations générales; nous laisserons à d'autres à décider s'il a réussi à démontrer l'existence d'un premier degré, ou de la période d'irritation des phlegmasies du foie; mais son travail, rempli de faits importans et bien choisis, dirigé surtout dans un but pratique, nous paraît devoir appeler l'attention des praticiens, qui y trouveront un résumé assez complet de l'état actuel de la science sur cette partie de la pathologie.

Le Rédacteur en chef, JULES GUERIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CONSTITUTION MEDICALE.

QUELQUES MOTS SUR LA CONSTITUTION MÉDICALE ET LES MALADIES QUI ONT RÉGNÉ A PARIS PENDANT LE PREMIER TRIMESTRE DE 1841.

Quelles sont les principales maladies qui ont régné à Paris pendant les trois premiers mois de l'année courante? quelles formes ont-elles affectées? quelques-unes d'entre elles ont-elles offert ces caractères généraux que l'on désigne sous le nom de constitution générale? à quelle influence doit-on attribuer leur développement et leur disparition? quelle a été leur mortalité? Telles sont les questions que nous nous proposons d'examiner dans le paragraphe suivant, plus à l'aide des résultats d'une observation générale, que par le récit de faits particuliers. Si les études cliniques sont indispensables, si elles seules peuvent faire connaître le mode de développement et de succession des symptômes dans chaque cas particulier, leur influence sur la marche de la maladie et sa terminaison, le rapport des symptômes avec les altérations organiques et enfin l'action des médicamens sur la marche de la maladie et sur les phénomènes morbides, il y a aussi d'autres études plus générales, moins précises il est vrai, et dont l'utilité, moins urgente en apparence, est cependant incontestable, ce sont celles qui s'occupent des maladies considérées sous le point de vue de leurs rapports mutuels, de leur succession et de l'influence qu'elles reçoivent des conditions générales. Ces études qui ont pour but principal de scruter la pathogénie des maladies, de rechercher les causes des nombreuses modifications qu'elles présentent continuellement et dont on chercherait en vain l'explication dans l'examen de faits particuliers ou de circonstances restreintes, ne peuvent être faites que sur un grand nombre de cas soumis aux mêmes influences. Parmi les conditions générales qui agissent à la fois sur une grande masse d'individus, les plus importantes, celles dont on s'est le plus occupé, les seules même dont on ait apprécié les effets avec quelqu'exactitude, sont les influences atmosphériques qui se représentent presque tous les ans, à peu près aux mêmes époques, et sinon avec les mêmes phénomènes au moins avec des accidens et des effets assez analogues pour qu'il doive rester peu de doute sur la cause à laquelle on doit les attribuer. On peut cependant dire, sans crainte de s'éloigner beaucoup de la vérité, qu'on attribue aux conditions atmosphériques et météorologiques des phénomènes morbides qui doivent dépendre de conditions générales différentes et peut-être même inconnues.

Nous commencerons d'abord par rappeler les principales variations

Feuilleton.

ENCORE DU MAGNÉTISME ANIMAL A PROPOS DE QUELQUES PUBLICATIONS RÉCENTES.

Notre dernière élucubration sur le magnétisme animal (voir le n° 22), parait avoir eu le sort de toutes les critiques impartiales; elle a mécontenté, nous dit-on, tous les interessés. Les magnétiseurs qui, malgré tant d'expériences, n'ont pu encore s'accoutumer au ridicule, se sont plaints de nos plaisanteries; ils ont désapprouvé que nous trouvions de l'esprit et du sens à leur formidable antagoniste, M. Fred. Dubois; en somme ils s'estiment maltraités et nous regardent de mauvais œil. D'autre part, ceux qu'on appelle les incrédules, les adversaires décidés du magnétisme, gémissent de nous voir accorder quelque ombre de raison à certains écrivains magnétistes. Le mot de pamphlet appliqué à l'ouvrage de MM. Fred. Dubois et Burdin les a surtout indignés; ils prétendent que nos plaisanteries sur le magnétisme ne sont qu'une manœuvre perfide pour faire passer le venin de notre véritable opinion, et qu'au fond, tout en ayant l'air de nous moquer des magnétiseurs, nous ne valons pas mieux qu'eux. Enfin les indifférens assurent que sur la question du magnétisme animal, la Gazette Médicale est inintelligible. Ils se demandent si nous sommes pour ou contre et demandent des explications.

Nous répondrons séparément à chacune de ces difficultés.

Et d'abord, quant aux magnétiseurs, nous ne pouvons que leur répéter que les plaisanteries leur sont infiniment utiles, et qu'ils ne savent pas combien ils perdraient si on était obligé de parler de leurs faits et gestes avec une gravité rigoureusement scientifique. Il arriverait en effet qu'on n'en parlerait plus du tout. Ne seraient-ils pas bien avancés? Comment ne voient-ils pas d'ailleurs que, tout en nous moquant tout doucement et comme il convient de certains adeptes, nous avons soin de mettre quelque différence entre les personnes et les choses, et que si les unes nous paraissent, à la vérité, parfaitement ridicules, les autres nous semblent avoir une réelle et grande importance; ce qui, en définitive, tourne toujours au profit du magnétisme lui-même! Or, seraient-ils donc à ce point dominés par des considérations égoïstes d'amour-propre, pour ne pas savoir, au besoin, sacrifier leur personne à la bonne cause? Un bon croyant, animé du véritable zèle du prosélytisme, doit, pour faire triompher sa croyance, se soumettre à tous les inconvéniens et accepter tous les moyens. Le ridicule doit-il les arrêter plus que les persécutions? A d'autres époques, et de leur aveu, on les brûlait comme sorciers, et ils n'en continuaient pas moins leur besogne; maintenant qu'il est avéré de reste qu'ils ne sont pas sorciers, on ne les brûle plus, et on se contente de quelques épigrammes ou facéties; ce qui est, ce nous semble, plus facile à supporter que la brûlure par la poix, l'huile bouillante, ou les fagots verts. Quant au reproche d'avoir trouvé de l'esprit à leur adversaire en chef, il n'est pas moins inintelligent. Comment peuvent-ils de bonne foi se plaindre qu'il se trouve un homme d'esprit assez bénévole pour écrire un volume de 800 pages à leur intention? Préféreraient-ils n'avoir affaire qu'aux sots? Et si l'auteur dont il s'agit, grâce aux ressources d'une plume ingénieuse, parvient à faire lire

qu'a éprouvées la température de l'atmosphère pendant les mois de janvier, février et mars, en reproduisant les moyennes de la température, prises de dix en dix jours, et telles qu'elles sont publiées tous les mois dans le BULLETIN DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

	Janvier.		Février.		Mars.	
	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.	Maxim.	Minim.
Moyenne du 1er au 10.	+ 0,8	— 3,8	— 0,9	— 4,7	+ 10,2	+ 2,7
— du 11 au 20.	+ 8,0	+ 3,9	+ 11,0	+ 4,2	+ 16,7	+ 4,1
— du 21 au 31.	+ 5,6	+ 0,4	+ 4,9	+ 0,5	+ 15,4	+ 5,9

Pour compléter les renseignemens fournis par ce tableau, nous rappellerons que, pendant les mois de janvier et de février, le thermomètre est resté durant 27 jours au-dessous de zéro ; qu'il est descendu même jusqu'à — 13,1, et qu'il est resté pendant plusieurs jours à — 9", tandis que, dès les premiers jours de mars, il s'éleva rapidement à + 14, + 16, + 18, + 20 et + 22 degrés, et se maintint à cette élévation pendant les deux derniers tiers du mois.

Il sera facile maintenant de reconnaître dans le tableau que nous allons tracer des affections qui ont régné pendant ces trois mois, la part qu'ont eue ces différences de température dans leur production.

Le froid intense de la fin de décembre dernier et qui a continué pendant tout le mois de janvier et une partie de février a donné aux affections de l'époque ce caractère franchement et uniquement inflammatoire que présentent généralement les maladies sous cette influence; ainsi pendant les deux premiers mois les inflammations des poumons, des plèvres, des bronches, de la gorge se sont montrées plus nombreuses qu'elles ne l'étaient avant et qu'elles ne l'ont été depuis dans les salles des hôpitaux et ces phlegmasies à caractères tranchés ont cédé facilement aux moyens qui réussissent dans des occasions analogues, et n'ont rien présenté d'anormal dans leur marche ni dans leurs phénomènes morbides. En même temps, une épidémie de coqueluche qui avait frappé beaucoup d'enfans et même quelques adultes dans différens quartiers de Paris, et avait atteint son summum d'intensité à la fin de l'automne continuait, malgré la rigueur du froid, à faire quelques progrès, sans que la maladie elle-même augmentât de gravité ; et pourtant les accidens de la coqueluche prenaient plus d'activité toutes les fois que les sujets qui en étaient atteints s'exposaient au froid. Vers la fin de février et surtout sous l'influence des chaudes journées de mars, la maladie a perdu rapidement de son intensité ; aujourd'hui quelques enfans conservent encore des traces de cette longue et opiniâtre maladie qui a cependant fait peu de victimes.

Pendant les mêmes mois, la fièvre typhoïde dont, à d'autres époques, les cas sont si nombreux dans les hôpitaux, en avait presque complètement disparu; mais comme par compensation on y a vu et on a rencontré aussi dans la pratique civile quelques cas de fièvre continue simple qui n'offraient aucuns des symptômes propres à la fièvre typhoïde et qui, après une durée de dix, douze ou quinze jours, ont cédé sous l'influence de médications diverses. Ces faits doivent-ils être rangés parmi les cas que l'on désigne sous le nom de fièvre typhoïde latente et qui offrent après la mort, lorsque les sujets viennent à succomber accidentellement, les altérations propres à la fièvre typhoïde, ou seraient-ils des exceptions à cette loi qui est le résultat d'une observation générale, au moins pour Paris et depuis quelques années, et d'après laquelle tous les cas de fièvre continue, quand ils ne dépendent pas d'une autre lésion organique, se lient à l'altération des follicules intestinaux propres à la fièvre typhoïde? C'est ce qu'il est impossible de déterminer puisque, à notre connaissance, au moins, aucune autopsie n'a été faite; mais le nombre de ces cas, beaucoup plus considérable qu'à l'ordinaire, a été remarqué et mérite sous ce point de vue d'appeler l'attention.

Une maladie plus grave, la fièvre puerpérale a paru menacer d'une invasion qui rappelait des époques désastreuses et encore bien récentes, et qui se sont trop souvent répétées. Cette fois la maladie ne s'est pas renfermée seulement dans les asiles ouverts aux femmes pauvres; on a cité un certain nombre de victimes dans les classes élevées de la société; mais cette épidémie de fièvre puerpérale qui n'a pas atteint l'intensité que nous avons observée dans tant d'autres occasions, est sur son déclin ainsi qu'il ressort des chiffres suivans relevés sur les registres de l'hospice de la Maternité et de l'hospice de l'Ecole.

	Maternité.		Hospice de l'Ecole.	
	Accouchemens.	Décès.	Accouchemens.	Décès.
Janvier	312	12	68	1
Février	302	9	64	0
Mars	332	15	65	2
Avril	285	46	53	1
Jusqu'au 26 mai	261	6	57	8

Sous l'influence des derniers froids de février, les bronchites qui étaient déjà fréquentes ont pris tout-à-coup et à un point fort remarquable, les caractères du catarrhe suffoquant. Les symptômes en étaient surtout très prononcés chez les personnes âgées et se compliquaient souvent de points pleurétiques qui paraissaient dépendre plutôt de la violence de la toux que de l'inflammation de la plèvre ou des tissus qui l'avoisinent. Si de prompts secours n'étaient apportés la maladie ne tardait pas à se compliquer d'accidens fâcheux, de congestion pulmonaire ou cérébrale, d'asphyxie imminente; les malades étaient au contraire rapidement soulagés quand à la suite d'une forte évacuation, soit par des émissions sanguines, soit et plutôt par un éméto-cathartique, on leur administrait un narcotique doux; la toux et les accidens qu'elle déterminait disparaissaient subitement ou au moins avaient perdu cette intensité qui fatiguait tant le malade et ensuite cessaient graduellement.

En même temps que les accidens catarrheux disparaissaient par l'effet des fortes chaleurs qui ont duré pendant la plus grande partie du mois de mars, quelques accidens du côté des voies digestives se manifestaient dans la constitution médicale. Après quelques jours de malaises généraux ou d'une fièvre peu prononcée, les malades restaient sans force, sans appétit, la langue ordinairement très saburrale, la bouche pâteuse et même amère et des malaises accompagnés quelquefois d'un léger dérangement intestinal. La maladie et ses suites disparaissaient rapidement par l'effet d'un simple émétique ou d'un éméto-cathartique. Ces accidens qui n'ont pas été très fréquens, et qui étaient attribués aux chaleurs prématurées de la saison, ont été plus prononcés chez quelques convalescens d'affection grave, et ont même offert chez plusieurs la forme cholérique. On observe encore aujourd'hui ces mêmes formes pathologiques, mais moins caractérisées qu'au commencement du printemps.

---

leurs œuvres, à faire connaître leurs noms, n'est-ce pas là un bienfait inappréciable? Cet écrivain, d'ailleurs, leur a rendu bien d'autres services encore. En mettant en lumière avec toute la sagacité et le zèle d'une hostilité déclarée leurs bévues sans nombre et celles de leurs amis, il a appris à ceux qui cherchent de bonne foi la vérité pour eux, et qui prétendent la démontrer aux autres, à quelles conditions de rigueur logique et expérimentale les faits magnétiques doivent être soumis pour avoir droit de cité dans la science; et eût-il même, comme nous le croyons, dépassé de beaucoup sur ce point les droits légitimes de la critique scientifique, ces exagérations de sa passion ou de son esprit ne diminuent en rien la force et l'utilité de la plupart des règles d'examen qu'il pose et des applications qu'il en fait. Les magnétiseurs ont donc beaucoup à gagner à méditer ce livre qui leur déplaît tant ; et s'ils sont sages, ils se souviendront de la maxime : *Fas est ab hoste doceri.*

Les plaintes des anti-magnétistes nous touchent un peu plus vivement, parce que la foule en est grande et qu'il y a dans le nombre des hommes de grande autorité. Mais toutes ces considérations ne nous empêcheront pas de leur dire qu'ils manquent de tolérance, et comme hommes et comme savans. Il s'en faut que tous les magnétiseurs soient des fous, des niais, ou des jongleurs ; nous croyons même que ceux qui sont tout cela, séparément ou à la fois, ne le sont pas en toute occasion et en tout temps. Il en est aussi de très honorables sous tous les rapports et parmi ceux qui ont écrit et parmi ceux qui pratiquent. Il faut donc soigneusement distinguer ces catégories; il faut plaindre les hallucinés, se moquer des dupes et flageller les fripons, mais il faut respecter les honnêtes gens et écouter les hommes raisonnables. Ce triage est, à la vérité, assez difficile, mais l'équité morale et scientifique exige qu'on le fasse. Jusque-là on n'a, de part et d'autre que de vaines déclamations et des injures gratuites. Nous nous permettrons enfin d'ajouter que, si les assertions des magnétiseurs sont très souvent et à bon droit suspectes, et que, s'ils ont de la tendance à ne pas reculer au besoin devant quelques *fraudes pieuses*, pour le plus grand bien de la cause, les opposans ne sont pas non plus d'une bonne foi si parfaite qu'ils se privent de ces honnêtes ressources polémiques, à l'usage de tous les partis. Il y a des deux côtés de la passion, des préjugés, des partis pris, et par conséquent beaucoup d'illusions et d'injustices.

Quant au mot *pamphlet*, nous ne le retirons pas, mais nous l'expliquons. Pamphlet ne veut pas dire libelle, ni diatribe, ni rien de semblable. C'est un écrit polémique, dirigé contre quelque chose ou contre quelqu'un, dans un but avoué de critique, d'attaque et de réfutation. Le pamplet ne loue jamais, n'examine guère, ne discute même pas dans le sens strict du mot : il attaque, il poursuit, il détruit. Sa portée scientifique, sa valeur littéraire et son caractère moral dépendent de l'application. Or, nous n'avons pas dit que l'écrit en question fût un mauvais pamphlet. Nous ajouterons volontiers que c'est un bon pamphlet, et dès lors personne n'a le droit de se plaindre de l'épithète, et les auteurs moins que personne. Un bon pamphlet est chose rare. P.-L. Courier en faisait grand cas. Il assurait que les LETTRES PROVINCIALES étaient des pamphlets. Le comte de Maistre a écrit contre Bacon et sa philosophie un livre en deux volumes, étincelant d'esprit, de verve, d'acrimonie et de paradoxes; on a dit que c'était un pamphlet. Voilà bien des autorités. L'ouvrage dont il s'agit aurait plutôt le défaut de n'être pas assez pamphlet. Il a une forme et un but en apparence historiques,

Avant de terminer nous dirons quelques mots de la mortalité à Paris pendant les trois mois dont nous venons de parler. Malgré l'intensité du froid, malgré le ralentissement d'une foule de travaux soit par la rigueur de la saison, soit à cause de la stagnation des affaires, le nombre des malades reçus dans les hôpitaux de Paris a été moins considérable pendant les mois de janvier, février et mars de cette année que pendant les mêmes mois correspondans pour les deux années précédentes. Le tableau suivant nous indique le chiffre comparatif.

	Nombre des malades reçus dans les hôpitaux en janvier, février et mars.	Morts pendant ces trois mois.
1839	19,281	2,083 ou 1 mort sur 9 mal. 1/4
1840	21,675	2,383 ou 1 — 9 —
1841	18,751	1,764 ou 1 — 10 — 2/3

Il résulte donc de ce tableau non seulement que le nombre des malades reçus dans les hôpitaux pendant ces deux mois a été moins considérable que pendant les mêmes mois des deux années précédentes, mais encore, ce qui est le contraire de ce que l'on observe dans cette circonstance qu'en même temps la mortalité diminuait elle-même d'une manière appréciable. Quant à la mortalité des trois premiers mois de 1841 comparés l'un à l'autre, les résultats fournis par l'examen des registres de tous les hôpitaux de Paris indiquent que la différence a été très pen importante et que la mortalité a été à pen près la même pendant la saison rigoureuse de janvier et de février que pendant les helles journées de mars.

	Malades reçus dans tous les hôpitaux.	Morts.
Janvier	6,290	593
Février	5,772	539
Mars	6,689	632

Pour apprécier les effets désastreux du froid, ce n'est pas dans les hôpitaux où l'on reçoit nne grande quantité d'adultes qu'on doit le faire, mais hien dans les hospices de vieillards. Là un abaissement peu notable dans la température suffit pour augmenter la mortalité d'une manière très notable. Les hospices de vieillards de Paris en ont donné la preuve pendant les trois mois dont nous parlons.

	Vieillards.	Morts.
Janvier	11,371	331
Février	11,352	267
Mars	11,673	267

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

RÉPONSE DE M. ANDRAL A LA LETTRE QUI LUI A ÉTÉ ADRESSÉE PAR M. LE PROFESSEUR FORGET SUR LES RECHERCHES RELATIVES AUX ALTÉRATIONS DU SANG DANS LES MALADIES.

Cher et honoré Confrère,

La lettre que vous m'avez adressée dans le numéro du 29 mai de la GAZETTE MÉDICALE a vivement excité mon intérêt: puisque des doutes se sont élevés dans un esprit comme le vôtre sur la valeur des résultats auxquels m'ont conduit mes recherches sur les altérations du sang, je dois supposer que ces doutes sont partagés par beaucoup d'autres, et je vous remercie de m'avoir fourni une occasion d'essayer de les lever; je le ferai d'autant plus volontiers que c'est à vous, mon cher confrère, que s'adressera ma réponse, à vous dont je prise si particulièrement et le caractère et le talent. Je m'associe d'ailleurs pleinement à la pensée que vous exprimez en commençant votre lettre. Vous regrettez, et je regrette aussi ces correspondances scientifiques dont nos plus illustres prédécesseurs nous ont donné l'exemple, et où ils engageaient des luttes dont la plupart n'ont pas été sans profit pour la science. Je vous félicite d'avoir invoqué de tels souvenirs, et je désire que votre lettre et ma réponse puissent être aussi quelque peu utiles à cette noble science à laquelle vons et moi nons avons voué notre vie entière.

Il y a deux parties dans votre lettre, mon cher confrère; dans l'une vous posez quelques objections à la méthode même que j'ai suivie avec mon excellent collaborateur et ami M. Gavarret, pour arriver à la connaissance des altérations du sang; dans l'autre, vous vous attaquez à quelques-uns des résultats particuliers que nous avons obtenus. Je vous suivrai tour à tour dans ces deux parties de votre lettre.

Personne ne conteste plus aujourd'hui que dans l'ordre des faits physiologiques comme dans celui des faits pathologiques, l'étude des liquides qui entrent dans la composition du corps humain mérite une attention aussi sérieuse que l'étude des solides, et la part que peuvent prendre les altérations dn sang à la production des maladies ne saurait plus faire, à notre époque, un sujet de discussion. Mais une autre question sur laquelle il semble qu'on soit encore loin de s'entendre, c'est celle de savoir quelle est la meilleure méthode qu'il est bon de suivre, pour arriver à introduire quelque précision dans l'étude des altérations du sang. Permettez-moi donc de m'en entretenir un instant avec vous. Et d'abord, tant que l'on se contentera de chercher à établir la réalité de ces altérations, par le simple raisonnement, soit en invoquant le rôle joné par le sang dans l'état physiologique, l'influence réciproque de ce liquide sur les solides et des solides sur lui, soit en prenant en considération certaines causes et certains symptômes de maladies, on n'arrivera qu'à de simples probabilités; on n'aura pas fait sans doute une œuvre inutile, mais en définitive on se sera à peu près horné à poser l'indication d'un prohléme à résoudre. Dans ces derniers temps, une autre route a été suivie: en modifiant le sang de différentes façons sur des animaux vivans, M. Magendie a développé chez eux un certain nombre d'états morhides plus ou moins semblables à ceux qui se produisent spontanément chez l'homme, et une analogie légitime a pu le conduire à admettre que, chez l'homme le point de départ de plusieurs maladies devait aussi se trouver dans une de ces modifications du sang qu'il créait chez les animaux. Mais pour démontrer qu'il en est réellement ainsi, il faut faire un pas de plus; il faut substituer à l'induction l'expérimentation directe: il faut examiner le sang chez l'homme malade ou chez des animaux malades, et rechercher si alors il a subi réellement quelque sorte d'altération; or, en procédant ainsi, on trouve hientôt qu'il en suhit; et circonstance bien heureuse pour la science, c'est que des expérimentations différentes viennent ici se servir de contre-épreuve, et concourent ainsi à l'institution de la vérité. Ainsi, taudis que de son côté M. Magendie, en retirant au sang d'animaux une partie de sa fibrine, produisait chez eux des congestions et des hémorragies, je trouvais, avec

---

tandis que l'esprit en est essentiellement polémique et critique; et c'est là précisément l'objet et le sens de la remarque dont on nous accuse. Ce n'est pas un traité sur le magnétisme, mais un réquisitoire contre les magnétiseurs. Le réquisitoire est bien fait, mais l'avocat de la partie adverse pourrait en faire un tout aussi triomphant. Ce ne sont là que les plaidoiries; il manque encore le *jugement*.

Enfin, on nous a soupçonné de croire *in petto* au magnétisme et de nourrir au fond du cœur un conpable penchant pour ses adeptes, tout en affectant de ne pas ménager les ridicules de la secte, pour mieux couvrir notre jeu, et faire passer plus facilement notre pensée. C'est sous ce jour odieux que quelques zélés, parmi les opposans, dépeignent nos innocentes démarches. Mais, sur ce point, le feuilleton peut s'écrier comme Hippolyte :

Le jour n'est pas plus pur que le fond de mon cœur,

et nous déclarons ces assertions calomnieuses et mal fondées. D'un autre côté, les indifférens, c'est-à-dire le public medical, personnage très respectable, et qui est censé avoir toujours raison, assurent ne rien comprendre à notre conduite à l'égard du magnétisme. Ils ne nous accusent pas de perfidie, mais d'inconsistance et de versatilité; ils veulent bien nous croire innocens, à condition que nous serons inintelligibles.

Nous ne nous flattons pas de satisfaire entièrement ces derniers, s'ils exigent à toute force une profession de foi explicite et formulée par un oui ou un non décisifs, car tout dépend de la manière de poser la question. On ne nous la pose pas; mais si nous la posions nous-même, voici à peu près à quels termes nous la réduirions.

La question du magnétisme animal comprend, selon nous, trois questions distinctes, parfaitement séparables et dont chacune peut être traitée et résolue à part, à savoir : une question *logique*, une question *historique*, et une question *théorique*. Ces dénominations ne sont pas peut-être les meilleures possibles, mais nous les éclaircirons en les définissant.

1° La question *logique* est celle-ci : est-on en droit de nier *à priori* la réalité de tout ou partie des phénomènes dits magnétiques, en vertu de leur absolue impossibilité, déduite de leur opposition aux lois de la nature; et partant est-on fondé à renoncer à toute recherche et vérification de ces mêmes faits, comme entachées d'avance d'erreur et d'illusion, et essentiellement frappées de nullité?

A cette première question nous répondrons négativement.

2° La question *historique* est celle-ci : les phénomènes dits magnétiques ont-ils été en tout ou en partie constatés *en fait* et comme simples *événemens*, avec de telles conditions de certitude historique, qu'on ne puisse les nier, sans nier en même temps l'autorité du *témoignage* humain en quelque matière que ce soit?

A cette deuxième question faite ainsi en général et en gros nous répondrons affirmativement. Nous ajoutons pourtant que, suivant les cas particuliers, notre affirmation peut varier dans des limites très distantes, depuis la simple présomption, jusqu'à l'entière certitude.

3° La question *théorique* est la suivante: les phénomènes dits magnétiques, étant supposés vrais historiquement et comme simples faits, est-on autorisé à admettre, pour expliquer leur production, l'existence d'un agent spécial physique ou physiologique, comme le veulent en général les magnétiseurs; ou peut-on les faire rentrer légitimement sous l'empire de causes naturelles déjà connues ou du moins admises dans l'état de la science?

M. Gavarret, que le sang d'un scorbutique, dont la peau était couverte de larges ecchymoses, n'avait plus dans son sang que le tiers de la quantité de fibrine que ce liquide doit normalement contenir; et j'établissais cette loi qu'autant les hémorragies sont rares dans les maladies où le sang contient un excès relatif ou absolu de fibrine, autant elles sont communes dans celles où ce principe fait défaut.

Cependant, mon cher confrère, vous n'acceptez ces résultats qu'avec quelque méfiance ; ce n'est pas moi, qui ai passé ma vie à proclamer sans cesse la nécessité du doute, qui m'étonnerai que vous vous teniez en réserve, je trouverai toujours bon que l'on dise avec Haller : *noviter repertarum rerum neque injustum fatum est, ut seriùs aliquantò fidem impetrent. Præstiterit enim aliquantum in dubitationis partes declinasse, quam novas, neque satis firmas undique opiniones, absque judicio aut examine recipere.*

Je ne veux donc pas, mon cher confrère, vous imposer de croire à tel ou tel fait en particulier, avant vérification suffisante, car je serais infidèle à ma propre philosophie. Mais ce dont je tiens à vous convaincre, c'est de la bonté et de l'utilité de la méthode que je prétends suivre, pour parvenir à reconnaître les altérations du sang, et par suite la nature de sa participation à l'état morbide. Or, cette méthode consiste à substituer, avec plus de suite qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, et en mettant à profit les connaissances chimiques, l'étude des altérations de composition du sang à celle des simples altérations de ses propriétés physiques. Dieu me garde de ne pas prendre celles-ci en sérieuse considération; mais je prétends que, si on se borne à leur unique étude, non seulement on n'acquiert que des lumières complètement insuffisantes, mais on s'expose à commettre de graves erreurs; car, par des raisons que j'ai exposées ailleurs, les différences d'aspect du sang sont loin de produire toujours des différences semblables dans sa composition ; il s'agit donc d'isoler, par certains procédés parfaitement connus, les divers élémens du sang les uns des autres, et de rechercher jusqu'à quel point chez les individus malades ces élémens peuvent varier dans leur quantité relative. Procéder ainsi c'est ne faire autre chose, ce me semble, qu'appliquer à l'étude des altérations du sang la méthode qui a été suivie avec tant de succès pour découvrir les altérations des solides. Comment, en effet, a-t-on procédé pour ceux-ci? on a fait de l'anatomie, c'est-à-dire qu'après avoir reconnu, séparé, isolé les uns des autres d'abord les organes, puis les tissus élémentaires qui composent ceux-ci, on a recherché jusqu'à quel point, dans l'état de maladie, ces organes et ces tissus, individuellement étudiés, étaient différens de ce qu'on les avait vus dans l'état physiologique. Le scalpel était là le moyen d'analyse. Mais il y a longtemps que Sylvius de le Boë a dit que l'anatomie était un genre de chimie, et la chimie à son tour un genre d'anatomie ; car dans ces deux sciences, dit l'illustre Hollandais, il s'agit également de séparer et de ramener à leurs élémens les corps composés, le sang à ses principes, un organe quelconque aux tissus qui le constituent. Tout cela veut dire que, pour acquérir une connaissance complète des altérations qui forment les élémens des maladies, il faut porter à la fois l'analyse, d'une part dans les solides par l'anatomie, d'autre part dans les liquides par la chimie. Or, la première de ces analyses est très avancée, la seconde commence, et elle vaut bien cependant la peine que nous nous en occupions, en profitant des ressources que nous offre la science chimique de nos jours. Il me semble que nous en sommes à peu près aujourd'hui relativement à nos connaissances sur les altérations du sang, au point où en était Hippocrate relativement aux altérations des solides eux-mêmes, lorsque, dans son livre de l'ancienne médecine, il signalait comme possible, plutôt qu'il n'affirmait l'existence de désordres dans la forme ou dans les rapports des parties solides du corps. Ce n'était pas même là l'enfance de l'anatomie pathologique; a-t-on fait jusqu'à présent beaucoup autre chose pour le sang? On s'est arrêté sur quelques modifications de son aspect, comme Hippocrate s'arrêtait à la description de quelques apparences extérieures des solides. Mais depuis l'école grecque, la connaissance des altérations des solides s'est successivement perfectionnée par les progrès croissans de l'analyse anatomique. Eh bien! je regarde comme d'une aussi haute importance que l'analyse chimique vienne élever à une égale hauteur la connaissance si indispensable des altérations des liquides en général, et du sang en particulier, et tous mes efforts tendront à y contribuer pour ma faible part. On ne me supposera pas sans doute la pensée de vouloir revenir aux idées chimiques de Paracelse, de Sylvius ou de Boerhaave; je ne veux pas plus rendre la médecine exclusivement tributaire de la chimie que de l'anatomie; mais je prétends qu'on doit demander à la première de ces sciences, tout aussi bien qu'à la seconde, des lumières pour nous guider dans la recherche et dans la détermination des élémens matériels de toute maladie. Je ne comprends pas plus la possibilité de quelque notion précise et véritablement utile sur les modifications du sang, sans l'intervention de l'analyse, que je ne comprends la possibilité de reconnaître, sans le secours des dissections, les modifications des organes. En entrant dans cette double voie d'investigation, on trouve qu'il y a des cas où l'élément matériel de la maladie existe isolément ou dans le sang ou dans les solides. On en trouve d'autres où cet élément existe à la fois dans l'un et dans l'autre; pour moi, par exemple, il n'y a pas plus de pneumonie possible sans augmentation de la fibrine du sang, qu'il n'y en a sans l'une des altérations qui caractérisent l'un ou l'autre des trois degrés de l'inflammation du poumon; et s'il est permis de juger de l'importance d'une altération par sa constance, on attribuera sans doute une bien grande valeur à ces changemens de proportion de la fibrine du sang, que, dans 76 analyses du sang d'individus atteints de pneumonie, je n'ai pas vu manquer une seule fois.

Ainsi donc, sans l'analyse, il est impossible d'arriver à une connaissance tant soit peu approfondie des altérations du sang. Mais, dites-vous, comment se fier aux résultats de cette analyse, alors qu'on les voit si variables et parfois si opposés les uns aux autres? Remarquez, mon cher confrère, qu'il n'est presque pas de branche des connaissances humaines à laquelle un semblable reproche ne puisse être adressé. On a nié l'utilité de l'anatomie pathologique, parce qu'elle avait aussi ses faits contradictoires, ou ses interprétations différentes de faits semblables. On a nié la médecine elle-même, parce qu'on la voyait agitée et comme flottante entre ces systèmes divers qui l'ont dominée tour à tour. On pourrait ainsi arriver à la négation de toute science, et l'on tomberait dans le plus décourageant scepticisme; mais nous n'en sommes heureusement pas là; la Providence ne nous a pas destinés à une telle misère. Malgré les obstacles qui naissent de la difficulté de recueillir les faits et de les interpréter, toute science ne cesse de marcher d'une manière lente ou rapide, et à mesure qu'elle suit la loi nécessaire de son développement, les erreurs qui l'embarrassaient dans son cours sont infailliblement reconnues et disparaissent, en même temps que les vérités qu'elle a conquises devien-

---

Cette question est trop dépendante de la deuxième pour être résolue d'une manière générale. Elle est et sera longtemps encore indécise. On peut sans inconvénient l'ajourner jusqu'à nouvel ordre.

Voilà notre profession de foi magnétique. Elle offre en cet état bien des obscurités que nous n'avons pas le temps de dissiper, car chaque point aurait besoin de développemens étendus. Cependant, pour faire preuve de bonne volonté et éclaircir, autant que faire se peut en si peu de lignes, notre pensée et établir notre position dans ce débat, nous joignons à chacune de ces propositions les remarques suivantes.

La question de *logique* ou de *droit* est de très grande importance, car, résolue affirmativement, elle supprime tout d'un coup les deux autres. C'est, comme disent les jurisconsultes, une pure fin de non recevoir. Nous l'avons déjà plus d'une fois abordée, et notamment à l'occasion des cours de notre honorable confrère M. Berna, et des débats académiques relatifs au magnétisme; mais en pareille matière, il ne faut pas craindre de se répéter.

Les faits magnétiques sont impossibles, donc ils sont faux. Voilà l'argument auquel reviennent sans cesse les adversaires *à priori* du magnétisme. Les magnétiseurs, de leur côté, répondent : les faits magnétiques sont historiquement prouvés, donc ils sont possibles. Voilà donc le droit et le fait en conflit, et se détruisant mutuellement. Pour les accorder, il conviendrait, ce nous semble, de lever d'abord quelques équivoques. Le mot *impossible* est entendu de bien des manières par ceux qui s'en servent. Il en est qui, comme par exemple M. Bouillaud, entendent par impossible toute chose contraire *aux lois de la nature;* mais il est facile de les troubler en leur demandant s'ils connaissent toutes les lois de la nature, et ils oublient en outre que les lois n'étant que l'ordre et l'enchaînement des faits eux-mêmes, dans l'espace et dans le temps, tel qu'il est permis à la faible raison de l'homme de les apercevoir par l'observation et l'expérience, elles ne sont pour nous que l'expression de ces faits mêmes et non leur principe; et qu'en conséquence c'est le fait qui commande la loi, et non la loi le fait. On ne peut donc arguer de la loi contre le fait, car la loi n'est que le fait même. D'autres, et MM. Dubois et Burdin sont du nombre (HIST. ACAD. DU MAGNÉT., p. 638 et suiv.) tournent différemment l'argument : ils prétendent qu'ils *ne veulent pas imposer de bornes à la nature*, ce qui serait mal-seant à de simples mortels, mais ils assurent qu'EN FAIT *la nature elle-même s'est imposée des bornes infranchissables.* Mais comment ne voient-ils pas qu'ils font ici une pétition de principe des plus flagrantes, escortée de deux ou trois hypothèses? C'est en effet supposer ce qui est en question, que de dire que la nature ne dépasse pas *en fait* certaines bornes connues et désignées, et se servir ensuite de ce prétendu fait pour nier la possibilité d'autres faits qui prouveraient eux-mêmes que ces prétendues bornes ne sont pas là où on les avait mises. Il faut donc toujours en venir à l'examen des faits mêmes qui seuls peuvent établir des bornes (si bornes il y a); non pas les bornes du *possible*, mais celles du *réel;* non pas même les bornes absolues de ce réel, mais ses bornes relatives à nous, uniquement et exclusivement déterminables par l'observation et l'expérience. La seule question étant donc de savoir où sont les bornes, et la seule manière d'acquérir cette connaissance étant l'observation des faits, c'est une contradiction que d'interdire à l'observation (seule autorité qu'on invoque) le droit de dépasser telles ou telles limites qu'elle seule avait posées. Quant aux hypothèses impli-

nent chaque jour plus évidentes et plus pures. La chimie organique partage à cet égard le sort de toutes les autres sciences; mais, de plus, elle a tellement modifié, en les perfectionnant, ses procédés et ses moyens d'analyse, qu'on peut, à juste titre, la regarder comme une science toute nouvelle. Ce serait donc une grande injustice que de se méfier de ses résultats actuels, parce qu'ils n'ont presque rien de semblable à ceux que l'on obtenait, alors qu'on ne savait, par exemple, analyser le sang qu'en le traitant dans des appareils de distillation, et en le faisant ou macérer ou fermenter; et cependant, même avec ces procédés imparfaits, plus d'une vérité importante nous a été léguée. Mais, arrivez aux temps postérieurs à Lavoisier, parcourez les travaux de la chimie organique depuis le mémoire de Parmentier et Deyeux sur le sang, jusqu'à ceux de MM. Prévost et Dumas, et Lecanu, et vous verrez la science s'avancer d'un pas continu vers une perfection de plus en plus grande; et plus vous serez près de notre époque, et plus vous trouverez que le nombre des faits contradictoires va en diminuant, de telle sorte que, le plus souvent, il y a plutôt lumière encore insuffisante sur beaucoup de points que divergence d'opinion sur les questions capitales. Il me semble, mon cher confrère, que vous vous êtes exagéré à vous-même le nombre et l'importance des contradictions qui se remarquent dans les travaux modernes sur le sang; il me semble que ces contradictions que l'on trouve à signaler ne sont ni plus considérables, ni plus choquantes que celles qui se rencontrent dans toute science qui se fait, et où chaque jour les travailleurs sont à l'œuvre. Dans cette partie de votre lettre, mon cher confrère, vous citez quelques noms propres, et vous êtes disposé à me prédire qu'un jour peut-être j'irai retrouver MM. Denys, Lecanu, Mandll, au rang où vous prétendez que je les ai relégués. Ici, je ne vous comprends plus, et j'ai vraiment besoin de m'expliquer avec les savans distingués devant lesquels vous m'avez mis en cause. Je m'estimerais fort heureux que mes travaux sur les altérations du sang prissent et gardassent dans la science une aussi belle place que celle que l'opinion publique a justement accordée aux recherches de M. Lecanu sur le sang. Mais, où avez-vous vu que j'aie cherché à ôter le moins du monde à ces recherches la valeur qu'elles possèdent? Loin de là, je les ai prises pour point de départ des miennes; les analyses que j'ai faites avec M. Gavarret ont pleinement confirmé une foule de faits de détails consignés dans le mémoire de M. Lecanu, et elles n'ont détruit aucun de ses principes généraux. Seulement M. Lecanu, dans son travail, n'a pas étudié la fibrine à part; dans nos recherches, au contraire, nous avons toujours isolé ce principe; c'est là une autre manière de faire; c'est un progrès, à ce que je crois; ce n'est pas une contradiction. Je n'ai pas non plus le moins du monde cherché à faire descendre M. le docteur Denys du rang honorable que lui ont assigné, dans la science, ses intéressantes recherches sur le sang; seulement, lui et moi, nous n'avons pas travaillé sur le même terrain. Une des idées principales qu'a poursuivies M. Denys a été celle de ramener à l'identité de nature l'albumine et la fibrine; je ne nie point cette identité; je sais que les chimistes les plus distingués de nos jours inclinent même à l'admettre, et M. Liebig vient de la proclamer. Mais, quelles que soient à cet égard les opinions ultérieures des chimistes, il n'en restera pas moins toujours vrai qu'en battant le sang, on en sépare une matière de forme toute particulière qui peut être au fond de même nature que celle qui reste en dissolution ou en suspension dans le reste du liquide, mais qui, au point de vue physiologique et médical, doit en être soigneusement distinguée; car cette matière, qu'on appelle fibrine, a un rôle spécial comme sa forme, et par son augmentation ou sa diminution de quantité, elle caractérise merveilleusement certaines classes de maladies. Je n'ai donc rien à blâmer dans le travail de M. Denys; il s'est placé sous un point de vue, et moi sous un autre. C'est ainsi qu'en anatomie générale on a cherché à démontrer que tous les tissus, sauf le musculaire et le nerveux, n'étaient que de simples modifications du tissu cellulaire, auquel des procédés particuliers pouvaient les ramener. Mais il n'en reste pas moins vrai que si l'anatomiste peut accepter une pareille idée, elle n'est plus suffisante, bien que toujours vraie, pour le physiologiste et le médecin. Pour eux, le tissu fibreux, le tissu séreux, le tissu muqueux, tout ramenables qu'ils peuvent être à l'état élémentaire de tissu cellulaire, n'en restent pas moins des tissus distincts, parce qu'ils ont chacun une texture secondaire qui leur est propre, et qui est en rapport avec le rôle que chacun d'eux est appelé à jouer dans l'organisme. Quant au docteur Mandll, auquel nous devons de si bonnes recherches microscopiques sur le sang et sur d'autres liquides, je n'ai en à verser ni l'éloge ni le blâme sur aucun de ses travaux en chimie organique; car il ne s'est livré par lui-même à aucune analyse du sang; dans un travail critique, il a seulement cherché à élever des doutes sur la valeur des résultats auxquels M. Gavarret et moi nous sommes arrivés; il a discuté nos faits sans en produire d'autres. J'ai eu donc tout simplement à me défendre contre M. Mandll. Je l'ai fait longuement dans mes leçons, parce que l'attaque d'un homme aussi éclairé que lui ne devait pas rester sans réponse; mais je n'ai accepté aucune de ses objections, et comme ce n'est pas aujourd'hui à lui que je réponds, vous me dispenserez, mon cher confrère, de revenir sur cette discussion, que M. Monneret a bien voulu reproduire en partie dans ses articles sur mon enseignement.

J'arrive maintenant à la seconde partie de votre lettre, à celle où vous me demandez quelques explications, et où vous me posez en même temps quelques objections sur la valeur des modifications que le sang peut subir dans la fièvre typhoïde.

J'ai dit et je maintiens que les maladies désignées depuis longtemps sous le nom de phlegmasies se séparent nettement de celles que les nosologistes ont appelées plus généralement des pyrexies, qu'elles s'en séparent, dis-je, par les caractères très différens que le sang présente à l'analyse dans les unes et dans les autres.

Dans les phlegmasies aiguës, la fibrine du sang augmente d'une manière constante; rien n'est plus commun que de la voir alors doubler et souvent même tripler de quantité. Cette augmentation de fibrine, nous l'avons constatée dès les premiers temps de la phlegmasie, dès le premier jour de son invasion. Je ne possède pas encore de fait qui m'ait montré la fibrine augmentée de quantité, avant la manifestation du travail local qui, dans un solide quelconque, se lie à l'état phlegmasique; et, au contraire, dans plusieurs cas où j'ai eu occasion d'examiner tour à tour le sang d'un même individu la veille même du jour où une phlegmasie venait à sévir chez lui, et, le jour même où cette phlegmasie débutait, nous avons pu parfaitement nous assurer, M. Gavarret et moi, que dans le sang de la saignée faite avant le début appréciable de la phlegmasie, la fibrine du sang n'était point augmentée.

Cette élévation du chiffre de la fibrine, nous l'avons retrouvée dans les maladies les plus différentes par leur siége, mais qui, toutes, par ce caractère commun, venaient à se placer les unes à côté des autres, et signalaient ainsi leur identité de nature. Ainsi, la pneumonie nous l'a of-

---

quées dans l'argument, elles consistent à assurer : 1° que la nature a des bornes; 2° que ces bornes sont infranchissables. La première assertion n'est pas discutable, car elle n'est pas même intelligible. La seconde n'est guère plus claire, car elle participe de l'obscurité de la première; et, en outre, en supposant que le mot de bornes ait un sens, comment peut-on affirmer qu'elles sont infranchissables? C'est là encore une décision *à priori* tout à fait gratuite, et d'autant moins acceptable dans le système même de ces écrivains, qu'ils prétendent vouloir rester dans le *fait*, dans le *réel*. Eh bien! le réel, le fait, n'étant connus et connaissables que par l'expérience, et l'expérience elle-même ne donnant et ne pouvant donner que des faits, il en résulte que ces idées de *bornes*, et de bornes *infranchissables*, de la nature, sont tout à fait inaccessibles à l'expérience, étrangères par conséquent à la question, hypothétiques et inadmissibles. Il ne s'agit que d'une chose, c'est de savoir, *en fait*, comme le disent ceux que nous combattons, ce qui se passe dans cette nature, sans s'inquiéter si elle peut faire plus ou moins que ce qu'elle nous montre, sans se préoccuper de ce qui est possible ou impossible, quelque sens qu'on attache à ces mots, mais seulement de ce qui arrive réellement. Nous pourrions et nous devrions même parcourir en détail les développemens donnés à l'objection *per impossibile* par MM. D. et B., ainsi que les exemples dont ils l'appuient, et nous réussirions peut-être à leur faire voir que leurs raisonnemens pèchent en plus d'un point, et que souvent ils se réfutent eux-mêmes. Nous n'y renonçons que pour aujourd'hui.

Nous insistons sur cette première question parce qu'elle domine les autres. L'influence de sa solution dans un sens ou dans un autre est en effet très puissante sur les esprits. Si on admet la solution de MM. D. et B. il arrivera: ou bien qu'on se refusera à tout examen du magnétisme animal, comme on se refuse à l'Académie des sciences à examiner les prétendues découvertes de la quadrature du cercle, et on fera même cette comparaison (très fausse), pour justifier sa réprobation; ou bien, si on consent à entrer dans la recherche des faits et dans la discussion des questions, on y portera des dispositions d'esprit les plus défavorables à la découverte de la vérité; on fera ce qu'ont fait les honorables confrères avec lesquels nous discutons. Il importe donc, si on veut que la question du magnétisme soit traitée et examinée sérieusement et scientifiquement, de se débarrasser avant tout de ce *non liquet* placé ainsi à l'entrée même de la recherche, comme la douane à la porte des villes pour empêcher l'introduction des marchandises prohibées.

C'est dans ce but que nous repoussons comme illogique et purement gratuite la fin de non recevoir tirée de l'impossibilité de faits magnétiques. Il n'y a d'impossible pour l'esprit humain que le contradictoire. Un cercle ne peut pas être un carré, car poser l'un c'est nier l'autre. Mais de ce qu'un homme parle tout éveillé, il ne s'en suit pas qu'un autre homme, ou ce même homme dans un autre moment, ne puisse pas parler étant endormi; et ainsi de tous les autres faits magnétiques ou non magnétiques. Les faits ne sauraient se détruire réciproquement, ils peuvent subsister à part sans se nuire; ils ne sont pas opposés, mais seulement différens.

On peut ajouter que non seulement les faits magnétiques ne sont pas impossibles dans le sens métaphysique et rigoureux, mais qu'ils ne le sont pas davantage si on mesure leur degré de probabilité sur leur plus ou moins de rapport avec d'autres faits déjà connus et admis comme réels. En effet, les phénomènes

ferte aussi bien que le rhumatisme articulaire aigu, et la péritonite aiguë aussi bien que l'érysipèle, l'amygdalite ou la stomatite couenneuse.

Mais ce n'est pas seulement dans ces maladies que les solides nous présentent les caractères de ce qu'on appelle l'état phlegmasique ou inflammatoire. Dans quel cas est-il plus marqué cet état, que dans ces varioles où, sur toute la périphérie cutanée, s'accomplit une suppuration abondante? Les exanthèmes de la rougeole et de la scarlatine, avec les nombreuses congestions des membranes muqueuses qui les accompagnent et la fièvre intense qui les suit dans tout leur cours, ressemblent tellement encore à l'état inflammatoire que Pinel n'avait pas hésité à les classer, dans sa nosographie, parmi les phlegmasies cutanées, et que ce nom leur a été conservé par Broussais. Enfin, comme vous le faites remarquer vous-même, mon cher confrère, où peut-on trouver des traces plus manifestes de l'inflammation et de toutes ses conséquences anatomiques, que dans l'altération présentée par les follicules intestinaux chez les individus atteints de fièvre typhoïde? Quoi de plus naturel, par conséquent, que de rapprocher cette fièvre typhoïde des autres inflammations, comme tout à l'heure j'essayais de montrer comment, au seul point de vue du solidisme, on pouvait en rapprocher la variole, la rougeole et la scarlatine? Mais l'examen du sang vient détruire ces rapprochemens. Dans ces trois exanthèmes, pas plus que dans la fièvre typhoïde, il ne montre d'augmentation de fibrine; il ne la montre pas, à moins que, dans ces maladies, il ne survienne une inflammation intercurrente, comme une pneumonie. Mais pourquoi celle-ci va-t-elle ainsi élever sur-le-champ le chiffre de la fibrine, et pourquoi ce chiffre ne monte-t-il pas sous l'influence de l'éruption varioliqne ou du travail si actif d'ulcération dont les intestins sont le siége dans la fièvre typhoïde? Comme vous, mon cher confrère, je me suis posé ces questions; comme vous, je m'en suis étonné. Mais, M. Gavarret et moi, nous avons vu maintes fois le même fait se reproduire sous nos yeux; il a donc bien fallu que nous l'acceptions, et nous n'avons point hésité à en conclure, qu'entre ces maladies où nous trouvions toujours une augmentation de fibrine et celles où nous ne la rencontrions jamais, il devait y avoir une différence de nature, quelque analogues qu'elles parussent être sous d'autres rapports. Vous me permettrez, mon cher confrère, de ne point creuser davantage cette question; les recherches que je poursuis avec M. Gavarret ne sont point encore assez avancées pour que je puisse songer à instituer par elles une théorie générale, mais elles le sont assez pour que je sois bien sûr de la réalité des faits que j'ai annoncés, et que chaque jour vient confirmer. Permettez-moi seulement d'ajouter que, dans un assez grand nombre de cas de ces fièvres généralement éphémères, pour l'explication desquelles on ne peut rien constater dans les solides, comme celles qui surviennent par suite d'une forte courbature, ou chez des individus pléthoriques, j'ai aussi examiné le sang, et je n'y ai pas trouvé non plus d'augmentation de fibrine. Ainsi donc, au point de vue des modifications qu'elles entraînent dans le sang, les maladies aiguës fébriles peuvent être distinguées en deux grandes classes, qui se séparent très nettement l'une de l'autre. Mais je me hâte de revenir à la question particulière de la fièvre typhoïde. Ici le fait constant est un fait négatif: *la fibrine n'augmente pas de quantité*. Un fait moins constant, et qui n'est pas le fait général, comme vous le supposez, c'est la *diminution de la fibrine*. Cette diminution n'a lieu que dans les cas qui sont déjà graves, dans ceux où la maladie a véritablement pris par ses symptômes l'aspect d'un typhus. Ne croyez pas, du reste, que cet abaissement, souvent considérable, de la fibrine au-dessous de son chiffre normal dépende de l'affaiblissement et de l'épuisement où la diète et les saignées elles-mêmes ont jeté le malade. En effet, les mêmes causes agissent dans la pneumonie, dans le rhumatisme aigu; et, dans ces affections, quelle que soit l'exténuation des sujets, tant que l'état phlegmasique persiste, la fibrine, loin de diminuer, se maintient au-dessus de son chiffre normal; les globules seuls vont en diminuant, sous l'influence de la diète et de la répétition des saignées, et cela dans toute maladie, dans la pneumonie comme dans la fièvre typhoïde.

La diminution de la fibrine dans la fièvre typhoïde n'est donc ni le point de départ ni la source de la maladie. Cette diminution, le plus souvent postérieure, lorsqu'elle existe, au début de la fièvre, et à plus forte raison au prodrôme, est elle-même un effet de la cause inconnue, qui, par la nature de l'altération qu'elle imprime à l'organisme, va produire dans le sang une modification inverse de celle qui détermine l'état phlegmasique, comme dans l'intestin elle gonfle et ulcère les follicules, comme dans l'appareil respiratoire elle détermine une hypérémie des bronches, comme vers la peau elle développe des éruptions variées, comme dans le système osseux elle jette un trouble fonctionnel si remarquable. Toutes ces modifications secondaires ne se montrent pas, d'ailleurs, avec une égale fréquence, et de toutes, c'est sans doute la lésion intestinale qui est la plus constante, et elle l'est tellement que, depuis un grand nombre d'années, il ne m'est pas arrivé de la voir manquer. Mais, dans le sang, ce qui est aussi constant, comme caractère négatif, c'est, je le répète, l'absence d'augmentation de la fibrine. Du reste, chacune de ces modifications, une fois produite, vient elle-même à jouer un rôle dans le développement des accidens si nombreux et si variés qui accompagnent la fièvre typhoïde, et qui servent plus ou moins à les caractériser. Ainsi, j'ai cherché ailleurs à prouver que c'est de la diminution de fibrine dans le sang que dépend la grande facilité de la production des hémorragies dans la période adynamique de la fièvre typhoïde.

Encore une remarque sur la composition du sang dans cette maladie. Elle est relative à l'état des globules. Nous avons été souvent frappés, M. Gavarret et moi, de la grande abondance de cet élément si important du sang lorsque nous pratiquions des saignées à une époque encore peu avancée de la maladie. Cette circonstance nous a paru être moins le produit de la fièvre typhoïde elle-même que de la constitution très ordinairement forte et de l'âge des individus atteints de cette pyrexie. Le cas le plus commun, au début de la fièvre typhoïde, c'est donc que les globules soient en excès par rapport à la fibrine; puis, par suite de la diminution nécessaire des globules, l'équilibre se rétablit, jusqu'à ce que la fibrine diminue à son tour.

Il me semble, mon cher confrère, que j'ai maintenant répondu aux deux premières questions que vous me posez à la fin de votre lettre, et en même temps, j'ai en grande partie déjà résolu implicitement la troisième, dans laquelle vous me demandez si la diminution de la fibrine implique des modifications fondamentales dans le traitement, et doit faire préférer le régime analeptique aux autres médications, notamment à la médication antiphlogistique modérée. D'abord vous voyez, mon cher confrère, que, puisque la diminution de la fibrine ne se prononce en général qu'à une période avancée de la fièvre typhoïde, le traitement des premiers temps de la maladie ne saurait puiser une de ses indi-

---

du somnambulisme, dit naturel, les instincts merveilleux et jusqu'ici inexpliqués des animaux, plusieurs maladies nerveuses et en particulier la catalepsie, les hallucinations, les songes, offrent une foule de phénomènes qui tous se rattachent par des nuances insensibles, mais très certaines, à ceux attribués au magnétisme. On sait qu'un chat, par exemple, transporté dans un panier fermé et pendant la nuit à trente lieues de distance de son domicile, sait très bien y revenir par le plus court chemin. Qui pourra dire par quel procédé psychique ou physiologique s'accomplit une telle merveille! car on n'a jamais songé à accuser ces pauvres bêtes de supercherie. Si donc par possibilité on n'entend que certaines analogies avec d'autres faits réels (et on ne peut intelligiblement entendre autre chose), cette espèce de possibilité existe de reste; elle est plus que suffisante pour motiver les recherches et disposer l'esprit à l'admission de faits, s'il s'en rencontre.

Quant à la deuxième question *historique* ou de fait, elle n'est pas susceptible, comme nous l'avons dit, d'une solution générale. On peut, suivant ses lumières et suivant le degré d'information qu'on a reçu par soi ou par les autres, admettre certains faits, en rejeter d'autres. Ceux qui les ont tous vus les croient tous; ceux qui n'ont rien vu du tout ne croient rien: c'est dans l'ordre et il n'y a rien là que de fort naturel. Quant à nous, puisque c'est une confession qu'on nous demande, nous n'en nions aucun, parce qu'étant tous possibles métaphysiquement et physiquement, ils n'impliquent pas contradiction. Mais nous n'en admettons positivement qu'un certain nombre, c'est-à-dire ceux-là seulement qui nous paraissent suffisamment constatés. La question de l'autorité relative des faits *positifs* et *négatifs* reproduite par MM. D. et B. (p. 636) a été mieux résolue par eux que celle de l'*impossibilité*. Ils conviennent que les faits *négatifs* ne peuvent rien contre une assertion qui a pour elle des faits *positifs*, et c'est ce que demandent les magnétiseurs; mais ils ajoutent que là ou il n'y aurait que des faits *négatifs*, il n'y aurait absolument rien du tout. Cela était au moins inutile à dire, car cela s'entend de soi. Mais le magnétisme est-il dans ce cas? Telle est la question dernière, et c'est une pure question de fait.

Nous laisserons pour le moment en suspens la question de *théorie*. Non point qu'elle soit sans intérêt aucun, car on est très disposé à admettre ce qu'on peut expliquer; mais nous dirons seulement que tout ce qui a été proposé dans ce genre par les magnétiseurs, depuis Mesmer jusqu'à M. Ricard, n'est guère satisfaisant, et que les théories magnétiques, loin de servir à encourager l'étude des faits, en ont détourné beaucoup d'esprits. Mais il ne faudrait pas croire pour cela que ces théories soient beaucoup plus ridicules et plus hypothétiques que celles dont on se paie dans la plupart des sciences, même dans celles qu'on appelle exactes. Si on voit mieux leurs défauts, c'est uniquement parce qu'elles ont pour prétexte des faits déjà fort suspects par eux-mêmes, et qu'elles en partagent la déconsidération.

Voilà notre profession de foi magnétique, telle qu'il nous est permis de la faire dans un si étroit espace. Nous désirons qu'elle satisfasse les mécontens. Mais si nous manquons notre but, nous ne serons pas inconsolables.

cations dans cette modification du sang qui n'existe pas encore, et qui peut-être, dans tel cas particulier, n'existera jamais. Mais ce qui a lieu le plus souvent au début de la fièvre typhoïde, c'est une grande prédominance des globules. Or, s'il est utile de ramener ceux-ci à leur chiffre normal, la saignée est alors indiquée; car elle ne manque, dans aucun cas, d'entraîner à sa suite une diminution des globules. Mais plus tard ces globules sont revenus à leur chiffre physiologique, et plus tard encore ils sont descendus au-dessous, et en même temps il y a chance pour que la fibrine se soit elle-même abaissée au-dessous de sa moyenne; dès lors la composition du sang n'indiquerait plus la saignée.

Voilà, mon cher confrère, ce qui me semblerait raisonnable de déduire de mes recherches sur le sang dans la fièvre typhoïde relativement à l'indication de la saignée dans cette maladie. Mais ce n'est point ainsi que je pense qu'il faut procéder en thérapeutique. Bien que nous devions, sans doute, faire tous nos efforts pour éclairer le traitement d'une maladie de toutes les lumières que peuvent fournir l'anatomie et la chimie pathologique, là n'est pas notre guide principal; ce guide, c'est l'observation des résultats, bons ou mauvais, obtenus par divers traitements dans un certain nombre de cas donnés; c'est l'empirisme confié, dans son application, à des mains sages et intelligentes. Ainsi se sont instituées à peu près toutes les notions certaines que nous possédons en thérapeutique. Je ne comprends pas d'autre manière de procéder; car, dans les maladies, la plupart des altérations qui tombent sous nos sens ne sont elles-mêmes que des effets, et si en elles ne réside point la cause première de la maladie, qui ne voit que ce n'est point à elles seulement que le thérapeutiste doit s'attaquer? Mais cette cause, ce mobile primitif, nous l'ignorons; par conséquent, nous ne connaissons pas davantage la nature réelle et intime des désordres dont l'organisme devient alors le siége : l'observation seule peut donc nous révéler les moyens les plus propres à remédier à ces désordres. Nous devons ensuite nous estimer heureux si les conséquences relatives à la thérapeutique que l'on peut tirer de l'étude des phénomènes des maladies se trouvent d'accord avec les résultats fournis par l'observation toute simple de ce qui est arrivé à des séries de malades soumis à diverses sortes de traitement. Eh bien! cet accord si désirable, il me semble qu'il existe dans le traitement de la fièvre typhoïde. Je pense que, chez beaucoup de sujets atteints de cette maladie, l'on peut et l'on doit pratiquer au début des émissions sanguines, mais moins abondantes et moins répétées que dans une pneumonie. Je pense qu'on doit en devenir plus avare à mesure que la maladie est plus avancée, et que plus tard encore, à mesure que les hémorragies se multiplient et que les grands désordres d'irritation viennent à prédominer, on doit s'en abstenir. Ces principes de traitement, l'observation me les avait fournis avant que je me fusse occupé d'analyser le sang. Il ne me semble pas que les résultats auxquels m'a conduit ce dernier travail viennent heurter ceux de la simple observation clinique, et s'il arrivait qu'ils ne se trouvassent pas toujours d'accord avec elle, je n'hésite point à dire que, sous le point de vue thérapeutique, ce serait à l'observation clinique supposée bien faite, qu'il faudrait se fier, mais les résultats donnés par les recherches anatomiques et chimiques n'en perdraient pas pour cela à mes yeux leur valeur scientifique. Je m'arrête, mon cher confrère. En causant avec vous sur des questions si délicates et d'un aussi haut intérêt, je laisserais volontiers courir ma plume, mais je sens que, pour être convenablement et utilement traitées, ces questions exigeraient tout autre chose qu'une lettre rapidement improvisée comme celle-ci. Je poursuis avec persévérance, et j'espère pouvoir soumettre un jour au jugement du public et au vôtre un travail plus étendu et plus complet sur les divers sujets dont je viens d'avoir le plaisir de m'entretenir avec vous.

Agréez, etc. ANDRAL.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

(SUITE.)

II. GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Le numéro d'avril 1841 contient les mémoires suivans: 1° *Observations sur l'épilepsie*; par M. Babington. 2° *Sur l'empoisonnement par l'arsenic.* (Quelle quantité de ce métal est nécessaire pour détruire la vie?) par M. Alfred Taylor. 3° *Recherches sur les fonctions des valvules du cœur*; par M. Wilkinson King. 4° *Résumé statistique de l'hôpital gratuit d'accouchement de Guy*; par M. John Lever. 5° *Sur la valeur de l'électricité comme agent thérapeutique*; par M. Bird. 6° *Observations sur les altérations réelles ou supposées de l'urine*; par M. Rees. 7° *Quelques observations sur le rétrécissement de l'urètre, le cathétérisme et les fausses routes*; par Edw. Cock. 8° *Observations sur quelques affections cérébrales des enfans*; par H. Marshall Hughes. 9° *De l'existence de l'arsenic comme élément naturel des os de l'homme*; par M. Rees. 10° *Observations sur le passage des métaux dans le sang, dans les cas d'empoisonnement*; par M. A. Taylor. 11° *Cas d'un fœtus recouvert par une fausse membrane dans l'utérus*; par M. Oldham. (L'auteur regarde ces fausses membranes comme un produit de l'inflammation, et croit, comme le docteur Montgomery, que c'est à la pression exercée par elles sur le corps du fœtus, quand elles se trouvent organisées et roulées en cordes, qu'on doit attribuer les amputations spontanées qu'on observe quelquefois sur le corps des enfans nouveau-nés.) 12° *Cas de plaie du genou par instrument tranchant; de collection de liquide dans le corps thyroïde, et d'anomalie du thymus*; communiqués par sir A. Cooper. 13° *Observations sur les lois que suit la formation des tubercules; suivies d'inductions pratiques applicables au traitement de la phthisie*; par le docteur Barlow. 14° *Développement remarquable de la disposition musicale chez un enfant âgé de 3 ans et demi*; par M. Cull.

OBSERVATIONS SUR L'ÉPILEPSIE; par le docteur BABINGTON.

Ce mémoire contient plusieurs observations intéressantes d'épilepsie, qui sont rapportées comme autant d'exemples des variétés qu'offre cette maladie sous les points de vue de l'intensité, de la distance des attaques et du point de départ de l'aura. Ces cas, que nous ne rapporterons pas, parce qu'ils ne diffèrent point de ceux qu'on observe chaque jour, ont été choisis par l'auteur dans le but de démontrer encore que l'épilepsie est une maladie fonctionnelle et non une affection organique. Il appuie cette assertion sur une série de preuves puisées, les unes dans la comparaison qu'il établit entre l'attaque d'épilepsie et les autres phénomènes physiologiques ou morbides qui ont quelque ressemblance avec elle; les autres, dans l'examen de la constitution et du tempérament des sujets qui en sont atteints, on dans les effets immédiats ou éloignés qu'elle produit sur le vivant, dans les altérations qu'elle laisse sur le mort, ou enfin dans la nature même des moyens thérapeutiques à l'aide desquels on peut quelquefois les combattre efficacement. Nous ne suivrons pas l'auteur dans cette étude qui, après tout, ne l'amène qu'à des conclusions peu positives, et nous nous bornerons à extraire de son travail quelques mots sur l'emploi et sur le mode d'administration du sulfate de zinc, qu'il dit avoir opposé à l'épilepsie plus fréquemment que tout autre moyen, depuis quelques années, et avec succès, dans quelques cas dont il rapporte deux ou trois exemples.

Le sulfate de zinc, comme tous les autres moyens, échoue souvent, mais, qu'il soit utile ou non, il ne fait jamais de mal et peut être continué plus longtemps et porté à une dose plus élevée qu'on ne le pense communément; quelquefois même, ce n'est qu'à ces fortes doses qu'il agit avec efficacité, et on ne peut les atteindre sans déterminer de nausées qu'en s'y élevant graduellement, comme dans le cas du tartre émétique. L'auteur a été obligé de le porter à 2 grammes trois fois par jour, et a pu le faire sans déterminer aucun effet défavorable; mais quand il dépassait notablement cette dose pendant quelque temps, les malades ne tardaient pas à perdre l'appétit et à éprouver des nausées.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC ET DE LA QUANTITÉ NÉCESSAIRE POUR DÉTERMINER LA MORT; par ALFRED TAYLOR.

La question dont M. Taylor se propose la solution dans ce travail ne peut être résolue d'une manière absolue. Il est réellement impossible de déterminer la quantité exacte d'arsenic qui est nécessaire pour faire mourir un individu; car on sait combien de circonstances peuvent favoriser ou combattre l'action du poison. Aussi, y a-t-il une grande différence entre les opinions émises sur ce point, depuis l'assertion de ce médecin anglais dont parle l'auteur, qui, interrogé par un *coroner* sur cette quantité, répondit qu'à la dose de 60 grains, l'arsenic détermine de violens vomissemens, et que 8 grammes suffiraient pour amener la mort, jusqu'à celle d'Hamann, qui assure que 2 grains d'arsenic peuvent faire mourir un homme en quelques jours. Parmi les faits que rapporte l'auteur dans cette discussion, dans le but de l'éclairer, il en est un fort intéressant, c'est celui d'une famille qui, à la suite d'un dîner, prit quelques verres d'une bouteille de vin de Porto, et dont plusieurs membres (ceux seulement qui avaient bu du vin) furent pris de malaise et de vomissemens violens, mais dont aucun ne mourut. Le vin ayant été analysé, on reconnut qu'il contenait pour 24, onces 28 grains 8 dixièmes d'arsenic, outre 66 grains qui se trouvaient non dissous au fond de la bouteille. La pré-

sence de cette quantité d'arsenic dans le vin ne put être expliquée que par la supposition que la bouteille, qui avait probablement servi autrefois à contenir de l'arsenic pour quelque usage domestique, avait passé, sans avoir été complètement débarrassée de ce poison, entre les mains du marchand de vin qui avait livré cette bouteille avec plusieurs autres dont le vin ne contenait aucune trace d'arsenic. D'après la quantité de vin qu'avaient prise les personnes présentes à ce dîner, on put calculer exactement que l'une d'elles avait dû prendre au moins 1 grain et demi d'arsenic, et une antre 2 grains et demi. Or, comme ces deux personnes n'eurent que des malaises et des vomissemens violens, mais sans douleurs, l'auteur en conclut que la dose de 2 grains et demi n'est pas suffisante, dans la plupart des cas au moins, pour amener la mort d'un homme. Nous ne devons point oublier, il est vrai, que le vin n'avait été pris, suivant la méthode anglaise, qu'à la suite du dîner.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS SUR LA MANIÈRE DONT LE CŒUR REMPLIT, DANS LA CIRCULATION, LES FONCTIONS D'UNE SOUPAPE DE SURETÉ; par le docteur WILKINSON KING.

L'auteur a déjà, dans un autre travail que nous n'avons pas en ce moment sous la main, démontré par une foule d'argumens empruntés à la physiologie, que le cœur présente dans son organisation, et surtout dans celle du côté droit, une disposition qui lui permet de jouer, dans quelques cas, le rôle d'une soupape de sûreté. Les nouvelles considérations qu'il présente à l'appui de cette opinion sont puisées dans la manière dont se développe le cœur humain après la naissance, et dans divers faits empruntés à l'anatomie comparée, et que nous ne pouvons reproduire. C'est le ventricule droit qui remplit, suivant M. King, les fonctions d'une soupape de sûreté par la valvule tricuspide, qui permet à une certaine quantité de sang de refluer, soit dans l'oreillette, soit même dans la veine-cave, dans les cas où quelque obstacle s'oppose à son passage rapide à travers les poumons. Chez le fœtus, où aucun obstacle de ce genre ne peut exister, les deux côtés du cœur sont égaux, et le gauche ne prend plus de développement que sous l'influence des plus grands efforts qu'il est chargé seul de faire après la naissance pour porter le sang dans tous les organes par l'aorte, tandis que le cœur droit ferait plus d'efforts peut-être pour résister à la distension opérée par le sang que pour la partie de la circulation dont il est chargé.

RÉSUMÉ STATISTIQUE DE L'HÔPITAL GRATUIT D'ACCOUCHEMENS DE GUY; par M. JOHN LEVER.

Cet établissement, destiné à donner des soins chez elles aux femmes enceintes indigentes, existe depuis 1833. Depuis cette époque jusqu'en 1840, 4,666 accouchemens ont été faits. M. Lever donne plusieurs tableaux fort détaillés sur les circonstances qu'ont présentées le mouvement des naissances, les accidens du travail, la nature des présentations, etc., comparées aux documens fournis par d'autres accoucheurs, cette statistique peut donner lieu à d'utiles considérations.

Le plus grand nombre d'accouchemens s'est fait en mai, et c'est en octobre qu'il y en a eu le moins; viennent ensuite dans l'ordre de décroissance de ce nombre, les mois de décembre, mars, février, septembre, janvier, juillet, avril, août, novembre et juin; ces résultats diffèrent de ceux publiés par MM. Quetelet et Villermé.

L'accouchement a été 4,290 fois naturel, ce qui comprend: 4,266 présentations du vertex, et 24 de la face.

55 fois prématuré; 499 spontanés, et 6 provoqués.

62 fois prolongé, et la délivrance a eu lieu 7 fois par l'action du seigle ergoté, 9 fois par le forceps, 12 fois avec le levier, et 25 fois à l'aide du perforateur.

109 fois non naturel; sur ce nombre 59 présentation du siege, 29 des pieds, 6 de l'épaule, 6 du bras, 3 du bras avec le cordon, 6 du cordon.

93 fois compliqué, savoir: 33 fois de naissance de jumeaux, 13 présentations du placenta, 1 présentation du placenta avec perforation.

37 fois rétention du placenta, 4 cas d'éclampsie, 1 de manie épileptique, 1 de manie puerpérale, 1 de fièvre typhoïde, 3 de rupture de l'utérus.

51 fois accompagné d'hémorragie.

1 fois impraticable.

1 fois avec imperforation du col.

1 fois grossesse méconnue.

1 fois avec hydatides de l'utérus.

1 fois avec maladie de l'œuf.

De ce tableau, il résulte qu'il y eut près de 92 accouchemens naturels sur 100. Les cas de présentations de la face ont été dans la proportion de 1 sur 179.

On a pratiqué 6 fois l'accouchement prématuré artificiel; une fois chez une malade affectée d'ostéo-sarcôme au genou, dans les autres cas pour éviter la perforation du crâne qu'aurait nécessitée un trop grand resserrement des détroits. L'enfant ne survécut qu'une seule fois.

Le nombre des femmes mortes à la suite d'accidens dépendant de l'état puerpéral, a été de 40 ou de 1 sur 117 environ.

Quant aux enfans, il y en a eu 263 morts-nés, savoir:

Dans les présentations du vertex	103
— de la face	6
Dans l'accouchement prématuré	40
Dans les présentations du siege	30
— des pieds	16
— de l'épaule	5
— du bras	3
— du bras avec le cordon	2
— du cordon	4
— du placenta	7
— — avec perforation	1
Dans le cas d'hydrocéphale	1
Avec emploi du levier	1
— du forceps	5
— du perforateur	24
— du seigle ergoté	4
Avec rupture de l'utérus	3
Avec hémorragie	2
Avec naissance de jumeaux	6

RAPPORT SUR LA VALEUR DE L'ÉLECTRICITÉ CONSIDÉRÉE COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE DANS LE TRAITEMENT DE DIFFÉRENTES MALADIES; par le docteur GOLDING BIRD.

Le docteur Bird est chargé, depuis 1836, à l'hôpital Guy, de la direction d'une salle où sont différens appareils électriques toujours prêts à être employés, soit pour les malades du dehors, soit pour ceux de l'hôpital. Le service est fait, dans cette salle, par des élèves et une femme, et des notes sont recueillies sur tous les malades qui y sont traités. Ce travail est le rapport sur les cas nombreux qu'il y a observés, rapport qui nous a paru mériter toute confiance par la retenue avec laquelle les résultats ont été appréciés. Nous dirons quelques mots des maladies dans le traitement desquelles cette médication a été employée avec succès.

CHORÉE. 36 cas de cette affection ont été recueillis complètement, sans compter un grand nombre d'autres sur lesquels on n'a pu obtenir de renseignemens satisfaisans. Sur ce nombre, 3 n'ont été que soulagés. 1 n'a pas été guéri, et tous les autres sont indiqués comme ayant obtenu une guérison complète. Il est vrai qu'en même temps que les malades étaient soumis à l'électricité, ils prenaient aussi quelques médicamens qui se réduisaient le plus souvent à un purgatif de temps en temps; or, on sait que la médication purgative est l'un des moyens que l'on a le plus vantés dans le traitement de la chorée. Dans tous les cas qui ont été traités par l'électricité, on se bornait à tirer des étincelles sur le trajet de la colonne vertébrale, tous les deux jours et pendant cinq minutes, chaque fois et jusqu'à l'apparition de l'éruption papuleuse à laquelle elles donnent lieu. Le plus ordinairement, la frayeur de l'emploi de ce moyen cause, dès le début du traitement, une aggravation des symptômes; mais l'amélioration survient bien vite, et la guérison ne tarde pas être complète, avec l'aide d'un petit nombre de purgatifs. Le seul des 36 cas où il n'y a point eu d'amélioration était probablement un cas d'inflammation des membranes de la moelle spinale.

M. Bird, ne voulant pas admettre que l'électricité agisse dans ces cas comme spécifique, explique son action par l'irritation que déterminent sur la peau et les tissus sous-jacens les étincelles qui en sont tirées, et un fait qui vient à l'appui de cette hypothèse, c'est que la rapidité avec laquelle les symptômes disparaissent est toujours en raison directe de la facilité avec laquelle se développe l'éruption papuleuse dont nous parlons à l'instant.

PARALYSIE. 44 cas de cette affection sont détaillés sur les registres, et, de leur examen, il résulte que, dans tous ceux dans lesquels la paralysie dépendait du froid, se liait à un rhumatisme, ou à quelque affection fonctionnelle locale, ou à un ancien épanchement, et résorbé par un traitement spécial, l'électricité a été employée avec le plus grand succès. Dans tous les cas de paralysie saturnine où la santé n'était pas trop dérangée, l'emploi de l'électricité a été suivi d'un succès remarquable; mais dans ceux où la cachexie était prononcée et où la constitution avait été détériorée par des coliques antérieures, l'électricité ne produisait aucun bien tant que les troubles fonctionnels n'avaient pas été combattus par des moyens appropriés. Dans ces paralysies, l'électricité était employée en étincelles que l'on tirait de la partie supérieure de l'épine, et quelquefois des muscles extenseurs du poignet et de la main qui étaient paralysés; le reste du traitement se compose d'un laxatif que l'on administrait de temps en temps.

Dans les cas de paralysie rhumatismale bien caractérisée, l'électricité

rétablissait le mouvement en très peu de temps quand les muscles des membres n'étaient pas atrophiés par une trop longue inactivité. Sur 10 cas de ce genre, et qui sont réunis dans un tableau, nous voyons que 5 sont indiqués comme ayant été complètement guéris, 3 comme ayant éprouvé une amélioration, et 2 comme n'en ayant obtenu aucune.

Dans les cas de paralysie partielle, où la maladie est bornée à une petite partie d'un membre, souvent même à un seul muscle, M. Bird assure avoir appliqué l'électricité avec les plus heureux résultats. Dans ces cas, c'est surtout le courant d'une machine électrique qu'il employait.

Parmi les cas de paralysie qui dépendent de contusion, M. Bird distingue avec grand soin ceux où la maladie dépend d'une désorganisation complète du nerf de la partie de ceux où le nerf n'a reçu qu'une simple commotion. Dans les premiers, l'électricité sera sans utilité; dans les autres, au contraire, son emploi sera suivi très promptement du retour de la motilité dans la partie affectée. Plusieurs faits très intéressans de ce genre sont rapportés. Nous en dirons autant de deux cas de paralysie hystérique qui guérirent en peu de temps à l'aide de l'électricité.

L'aménorrhée est la maladie dans laquelle l'électricité a produit les plus heureux résultats; mais il est bon de dire que l'auteur ne l'emploie pas indistinctement dans tous les cas; ainsi, il distingue les cas d'aménorrhée simple de ceux où elle est compliquée, ou plutôt le résultat d'une chlorose, d'un trouble général dans la santé. Dans ces derniers, il n'a recours à l'électricité qu'après avoir combattu l'affection primitive. Dans un tableau qui réunit 24 cas d'aménorrhée traités à l'hôpital Guy par l'électricité, nous voyons que 20 ont été guéris et 4 seulement ne l'ont pas été. Et encore, dans ces derniers cas, l'aménorrhée se liait à un état chlorotique ou leucorrhéique qui exigeait un autre traitement.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LE RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE, LE CATHÉTÉRISMES ET LES FAUSSES ROUTES; par M. E. COCK.

Lorsque dans un rétrécissement ancien et de structure très résistante on parvient, après beaucoup d'efforts, à faire pénétrer le cathéter dans la vessie, on se persuade en général avoir dilaté le rétrécissement. M. Cock pense qu'il n'en est généralement pas ainsi. Le tissu de la portion coarctée étant plus dense, plus ferme que celui du canal, l'extrémité de la sonde, pour peu qu'elle soit trop volumineuse, a bien moins de peine à se frayer un passage anormal aux dépens des parties voisines, qu'à enfiler une ouverture dont les bords sont si peu dépressibles. Qu'arrive-t-il alors? L'urine est évacuée; le malade se trouve soulagé; on maintient pendant quelque temps la sonde à demeure; puis, quand elle est définitivement retirée, le canal de nouvelle formation s'oblitère, et les symptômes de rétrécissement reparaissent. Ce sont ces alternatives dans la marche du mal qui entretiennent encore parmi les médecins l'opinion de la presque incurabilité des rétrécissemens de l'urètre.

Il n'est pas douteux que les choses ne se passent fort souvent ainsi, et nous nous rangeons tout à fait de l'opinion de l'auteur, bien qu'elle soit exprimée d'une manière peut-être un peu trop générale. On peut, dit-il encore, soupçonner que cet accident est arrivé, lorsque le cathétérisme a déterminé un écoulement de sang, quand chaque excrétion d'urine est suivie de douleurs et de cuisson, lorsqu'enfin il se développe des abcès au périnée. Ces symptômes peuvent cependant manquer, et l'on voit parfois la maladie suivre la même marche que si la sonde avait rétabli le passage normal. Mais l'auteur cite des preuves plus positives. Chez 5 sujets affectés de rétrécissement ancien et qui avaient subi le cathétérisme, il a constaté à l'autopsie l'existence de fausses routes, de nombre, de largeur et de directions diverses, qui faisaient communiquer la vessie avec la partie de l'urètre antérieure au rétrécissement. Ces 5 observations, il le fait remarquer, n'ont pas été choisies par lui; ce sont là les seuls cas qui se soient présentés à son examen pendant une année. Dans un sixième exemple, le rétrécissement ne fut pas franchi sur le vivant, et l'on reconnut à l'autopsie qu'il était trop serré pour admettre le bout d'une sonde de grosseur moyenne. De cet ensemble de faits, il tire la conclusion qu'un rétrécissement ancien qui est devenu ferme et solide, ne peut être pris d'assaut, *cannot be taken by storm*, et ne peut recevoir un instrument plus large que l'ouverture elle-même. Dans quelques cas où l'obstacle situé dans le canal n'a pu être surmonté, il est rationel, une fois la fausse route faite, de chercher à la maintenir, et l'auteur cite un cas où le malade se trouva fort bien d'avoir échangé un urètre trop rétréci contre un canal de nouvelle formation, et amené par l'usage des sondes à un diamètre convenable.

DE L'EXISTENCE DE L'ARSENIC DANS LES OS HUMAINS, CONSIDÉRÉ COMME UN DE LEURS ÉLÉMENS NATURELS; par le docteur REES.

L'auteur nous apprend qu'ayant été amené à douter de l'exactitude des résultats de MM. Couerbe et Orfila sur ce point si important de médecine légale, par la simplicité de leurs expériences et la manière dont ils les ont expliquées, il résolut de répéter ces expériences, et qu'ayant suivi exactement les procédés indiqués par ce dernier, avec toute l'attention dont il est capable, il ne put arriver à obtenir la moindre tache métallique avec l'hydrogène enflammé. Plusieurs fois, dit-il, le verre s'est couvert, pendant ces expériences, d'une croûte blanche et opaque qui offrait l'apparence d'une tache arsénicale, et qui, à l'analyse, se trouva n'être que du phosphate de chaux que l'hydrogène avait entraîné hors du flacon. Non seulement cette poudre ressemble par sa couleur à l'acide arsenic, mais si on la traite par le nitrate d'argent, et l'expose à la vapeur d'ammoniaque, il se dépose un phosphate jaune d'argent qui offre précisément la couleur et l'aspect de l'arsénite d'argent obtenu par la même voie. Cependant, il ne croit pas que cette erreur ait été commise par M. Orfila.

N'ayant pu arriver par l'appareil de Marsh à constater la présence de l'arsenic dans les os humains, M. Rees résolut d'employer une autre méthode plus délicate encore que l'appareil de Marsh, celle par l'hydrogène sulfuré, qui révèle dans un liquide incolore une quantité si faible d'arsenic, que l'appareil de Marsh ne peut la faire connaître, et, pour arriver à des résultats certains, il résolut d'opérer sur une quantité double de celle qu'avait employée M. Orfila, avec un réactif moins sensible. Après avoir réduit en cendres une quantité considérable d'os humains, il en prit 7,000 grains réduits en poudre très fine, les méla avec 6 onces d'acide sulfurique pur et les étendit dans une suffisante quantité d'eau pour donner au mélange une consistance sirupeuse, et garda ce mélange pendant plusieurs jours, le soumettant de temps en temps à une légère chaleur, et remplaçant par de l'eau distillée celle qui était perdue par l'évaporation. Après avoir soumis ce mélange à une ébullition prolongée, il filtra, lava et fit évaporer le fluide clair obtenu jusqu'à ce qu'il présentât des traces de cristallisation. La solution, concentrée et traitée par l'hydrogène sulfuré, fournit aussitôt un précipité noir qui tomba au fond du tube, et se trouva à l'analyse n'être que du carbone mêlé à une petite quantité de phosphate de chaux. Le liquide restant ayant été filtré, puis saturé d'hydrogène sulfuré, puis soumis à l'ébullition jusqu'à ce que tout le gaz acide fût évaporé, fournit, au bout de quarante-huit heures, des cristaux de sels calcaires parfaitement blancs, et sans qu'on pût y distinguer la moindre teinte jaune par la lumière directe ou réfléchie. Ce liquide et les différentes substances qu'il avait fournies par la précipitation ou par la cristallisation, examinés à diverses reprises par l'appareil de Marsh, ne fournirent pas la moindre trace d'arsenic.

Nous n'avons pas besoin de répéter les conclusions que l'auteur tire de ces expériences, qui paraissent avoir été faites avec tous les soins possibles et en présence du docteur Guy.

OBSERVATIONS SUR L'ABSORPTION DES MÉTAUX DANS LE SANG DANS LES CAS D'EMPOISONNEMENT, ÉCLAIRÉES PAR L'HISTOIRE D'UN EMPOISONNEMENT PAR LE PLOMB CHEZ UNE VACHE; par M. ALFRED TAYLOR.

L'auteur, après avoir rapporté que l'arsenic a été trouvé dans le sang et dans l'urine de l'homme, l'antimoine dans l'urine et les viscères, et le cuivre dans les viscères seulement des animaux empoisonnés avec ce métal, tandis que le mercure n'a encore été rencontré ni dans le sang, ni dans les fluides sécrétés de l'homme ou des animaux, donne les détails d'un empoisonnement par le plomb, observé sur une vache, et où il a constaté la présence du plomb dans le lait. Voici les principales circonstances de cet empoisonnement, qui ne manque point d'intérêt sous le point de vue de la toxicologie et de l'hygiène. Une vache avale une certaine quantité de carbonate de plomb, qui avait été préparé pour la peinture, et que les peintres avaient laissé négligemment à la portée de cet animal; il y avait environ une demi-livre d'une couleur verte très foncée. Peu de temps après, la vache parut être dans un état de vives souffrances, restant dans un état de contracture prolongée et les cornes fixées contre la muraille; elle eut une constipation opiniâtre et le huitième jour une paralysie générale du tronc et des membres, qui ne permettait plus à l'animal de se tenir sur les jambes. De fortes doses de sulfate de magnésie, de carbonate d'ammoniaque et d'essence de térébenthine lui furent administrées, puis des quantités considérables de sulfate de soude en solution. La vache fut promptement soulagé, mais ne fut guéri complètement qu'au bout de dix semaines. Elle était, à l'époque de l'accident, pleine de deux mois et demi, et, trois semaines après, mit bas un veau, qui avait toute la force de son âge et qui n'offrait aucune trace de souffrance.

Pendant que la vache souffrait des accidens de l'empoisonnement, on remit à l'auteur une pinte de son lait, pour qu'il l'examinât. Il le trouva riche et très crémeux. Après en avoir séparé la crème, il en traita une once par l'hydro-sulfure d'ammoniaque, qui n'y révéla aucun indice de l'existence du plomb. Pensant alors que le métal ne devait y être qu'en

très petite proportion, il fit passer un courant de gaz hydrogène sulfuré à travers dix onces du même lait, et, au bout de peu de temps, tout le liquide prit une teinte d'un brun très foncé, et au bout de quelques heures, il y avait au fond du vase un précipité noir et floconneux, mais en si petite quantité qu'on ne put le traiter par aucun des moyens propres à faire reconnaître le sulfure de plomb. Cependant M. Taylor, croyant devoir faire quelques expériences comparatives avec le lait d'autres vaches, fit passer dans deux échantillons de lait, et d'égale quantité, un courant de gaz hydrogène sulfuré, pendant plusieurs heures, sans y déterminer la moindre altération. Mais, y ayant mis une très petite quantité d'une solution d'un sel de plomb, il ne tarda pas à voir apparaître la couleur brune qu'il avait observée dans le lait de la vache empoisonnée. L'auteur fait remarquer en terminant combien la couleur blanche du lait favorise, dans cette analyse, la découverte de petites quantités de sulfure de plomb noir. Il n'en serait pas de même si on opérait sur le sang ou sur l'urine.

DÉVELOPPEMENT REMARQUABLE DE LA DISPOSITION MUSICALE CHEZ UN ENFANT AGÉ DE 3 ANS ET DEMI; par M. COLL.

Le fait suivant, dont rien ne nous autorise à mettre en doute l'exactitude, bien qu'il ait été communiqué à la société phrénologique de Glascow, nous paraît offrir assez d'intérêt pour que nous croyions devoir le rapporter ici.

OBS. — Louise Vinning, surnommée l'enfant Sapho, est née en 1836, à Kingsbride dans le Devonshire. Son père, J. Vinning, est un bon musicien; il chante bien et est d'une certaine force sur le piano et le violon. Comme chez lui aussi le goût de la musique se manifesta dès les premières années, M. Garrow lui fit donner une éducation musicale à ses frais. M. Vinning a deux frères qui ont un talent musical fort remarquable et qui ont quitté leur profession pour se livrer entièrement à leur goût pour la musique. L'un est violoniste et l'autre organiste. Le père de M. Vinning a également pour la musique un goût remarquable et tout à fait naturel; il en donna la preuve en jouant de la flûte pendant plusieurs années dans un régiment de volontaires. N'ayant aucune connaissance des règles ni du langage de la musique, il ne jouait que par l'oreille et remplissait très bien sa partie.

Louise Vinning manifesta son goût pour cet art dès sa première enfance; son père rapporte qu'à peine âgée de 9 mois, elle paraissait déjà entendre avec plaisir la musique. « Lorsqu'elle criait, le bruit d'un instrument musical la calmait immédiatement; tout son petit corps s'agitait en mesure et d'accord avec l'instrument, et sa figure exprimait la plus vive joie. Je consultai plusieurs médecins pour savoir si je devais lui accorder fréquemment ce genre d'amusement; leur avis fut que je pouvais lui faire cultiver le chant, mais qu'elle ne devait pas chanter tard le soir. Elle chanta avant de parler; sa passion pour le chant s'exalta au point qu'elle semblait ne pouvoir vivre que dans une atmosphère de musique. »

Au commencement de 1839, on s'aperçut qu'elle se promenait pendant son sommeil; il lui arrivait fréquemment de chanter en dormant, et, un soir, à l'âge de 2 ans et 8 mois, elle chanta d'une manière à la fois douce et distincte une mélodie, entièrement nouvelle pour son père, et la répéta à plusieurs reprises, au point qu'il put l'écrire et la donner ensuite à M. Blockley qui l'arrangea, y ajouta une poésie, des symphonies et des accompagnemens, et l'appela le *Songe de l'enfant*. M. Thalberg, le célèbre musicien, parle, dans une lettre du 11 décembre 1839, de son chant étonnamment correct et de l'agrément de sa voix. M. G. Smart dit, en parlant d'elle dans une lettre de la même époque: « Je regarde cette enfant comme un vrai prodige pour son goût si prononcé pour la musique et l'exactitude avec laquelle son oreille saisit la mesure et le ton; son chant est tout à fait naturel, sans efforts. » M. Moschellès dit, dans une lettre du 24 mars 1840: « Cette enfant me paraît douée, non seulement d'une voix d'une étendue extraordinaire, mais d'une sensibilité d'organisation vraiment remarquable pour retenir exactement les mélodies. »

Elle a chanté devant la reine et la cour du palais de Buckingham, le 3 août 1840, et chante maintenant trois fois par semaine dans l'amphithéâtre de l'institution polytechnique. Elle chante les sons musicaux des mélodies sans les mots, et quand elle a entendu un air italien trois ou quatre fois, elle le répète avec la plus grande facilité. Sa manière de chanter ressemble d'une manière remarquable à celle des premiers chanteurs de l'Opéra; son geste gracieux, quoique enfantin, est très expressif, mais comme la plupart des chanteurs en public, elle y met trop d'action.

Tout son talent est naturel, car, jusqu'ici, elle ne s'est livrée encore à l'étude d'aucune partie de la musique; sa voix comprend deux octaves, ses notes les plus basses sont très douces et elle peut donner une grande force à sa voix. Lorsque pour l'essayer, on laisse passer quelques fausses notes, elle s'arrête et témoigne de la colère. Cette enfant est fort gentille et l'élégance de ses mouvemens lui attire beaucoup d'admiration; elle danse également fort bien, a beaucoup de caractère et d'activité; elle est extrêmement sensible et excitable; elle est très volontaire, très impatiente et aime beaucoup à causer.

Elle est brune, a la taille mince et l'agitation continuelle de son corps et de ses yeux indique une activité cérébrale considérable. Elle est d'un tempérament bilioso-nerveux. La région basilaire est large et le coronal prédominant. Le profil ressemble beaucoup à celui de Clara Fischer. Dans une tête aussi forte il n'y a pas d'organes faiblement prononcés.

Ce cas déjà intéressant par lui-même l'est plus encore quand on rapproche l'enfance de cette jeune fille de celle de Mozart, de Cratch, et de Kellner qui, eux aussi, étaient nés de parens musiciens.

III. THE FOREIGN AND BRITISH REVIEW.

DE L'ASTHME NERVEUX OU SPASMODIQUE; par le docteur GRAVES.

Tandis qu'en France on n'ose prononcer le mot asthme, et qu'on croit avoir banni de la pathologie, cette affection. qui offre cependant des caractères si tranchés, on va un peu moins vite en Irlande, où l'on croit encore que l'asthme n'est point un simple symptôme d'une affection organique du cœur ou du poumon et ne peut être confondu avec la dyspnée, Telle est surtout l'opinion du docteur Grave, qui ne croit pas nécessaire de supposer une altération organique, ni une affection du diaphragme ou des muscles intercostaux, pour expliquer les symptômes spasmodiques de l'asthme, et pense que les muscles de la trachée et des bronches suffisent pour en donner l'explication. Les pathologistes qui croient encore que l'asthme est une affection nerveuse ne commettent donc pas une erreur aussi grossière que le prétendent les médecins organiciens, Dans les cas mêmes où le paroxisme est remarquable par sa durée et son intensité, dans ceux où le malade est obligé de rester assis une grande partie de la nuit, où la moindre tentative pour se tenir dans la position verticale amène des symptômes d'asphyxie, dans ceux où le malade passe des heures entières dans un état de suffocation imminente, avec lividité des lèvres et de toute la face, et turgescence extrême des vaisseaux sanguins de la tête et du col; dans ces circonstances si graves, la maladie peut encore n'être qu'une simple attaque d'asthme spasmodique. Un individu peut, après avoir éprouvé tous ces accidens pendant une nuit entière, obtenir quelques heures de sommeil le matin, se réveiller franc et presque sans dyspnée, et, pendant la journée, monter plusieurs étages, courir, aller à cheval et même chasser, sans gêne ni embarras. J'ai connu plusieurs jeunes gens, sujets à de graves paroxismes d'asthme, qui duraient pendant cinq ou six nuits de suite, et qui, aussitôt que le paroxisme avait cessé, pouvaient se livrer à des exercices actifs avec la même vigueur que les mieux portans de leurs compagnons.

Ces faits démontrent qu'il y a une maladie qui mérite le nom d'asthme spasmodique, et que de violens paroxismes de dyspnée peuvent être éprouvés par des personnes entièrement libres de toute affection organique du cœur ou des poumons. Lorsque cependant il se forme dans l'appareil de la respiration quelques lésions permanentes, alors ces lésions déterminent des accès de dyspnée, qui ressemblent beaucoup à ceux de l'asthme spasmodique vrai, mais dont on peut cependant les distinguer, si on examine avec l'attention convenable l'histoire du malade et ses souffrances, ainsi que son état pendant l'intervalle des accès. J'ai, continue le docteur Graves, déjà observé tant de cas analogues chez des personnes jeunes chez lesquelles il n'y avait aucune trace de lésion organique, qu'il me paraît certain que l'asthme spasmodique n'est pas une affection aussi rare qu'on le pense communément. Un jeune enfant, qui avait de fréquentes et violentes attaques d'asthme spasmodique, ayant éprouvé une attaque très forte de goutte au pied (qui était héréditaire du côté du père et de la mère), cessa aussitôt de ressentir les attaques d'asthme, et depuis quatre ans on n'en a pas trouvé la moindre atteinte, bien qu'il prenne part à tous les ébats et à tous les jeux de son âge dans une école publique. J'ai donné des soins, conjointement avec M. Philip Crompton, à un jeune homme âgé de 12 ans, qui était sujet à de violentes dyspnées, que le moindre exercice augmentait beaucoup, au point même que, pendant plusieurs mois, il ne pouvait sortir de sa chambre, bien qu'avec beaucoup de précautions, sans s'exposer à une suffocation imminente, accompagnée de palpitations, d'enrouement et de tous les symptômes d'une asphyxie commençante. Un nombre considérable de moyens différens furent essayés pendant une année entière, et avec la persévérance la plus opiniâtre, sans le moindre avantage; mais, ayant contracté une fièvre typhoïde, qui fut extrêmement grave, il n'a pas ressenti depuis la guérison la moindre trace de sa première indisposition. Ces deux cas indiquent d'une manière bien évidente l'influence que l'état général de la constitution exerce sur les affections locales.

L'asthme, comme toutes les autres maladies nerveuses, est sujet aux variations les plus inexplicables, et les médicamens et autres agens physiques sont loin de produire les mêmes effets pendant sa durée. Le fait suivant est un exemple frappant de cette inconstance. En décembre 1839, je donnai des soins à deux messieurs qui demeuraient dans la même rue, et avaient tous les deux environ 45 ans; ils souffraient tous les deux de l'asthme et non d'aucune autre maladie; tous les deux étaient d'une taille peu élevée et très robuste. Par une froide matinée, je trouvai l'un d'eux souffrant beaucoup; il n'avait pas fermé l'œil durant la nuit, et avait été à chaque instant sur le point d'étouffer. Il attribuait la violence extrême du paroxisme à ce que la cheminée de sa chambre à coucher avait fumé

pendant toute la nuit, et à ce que, le temps étant très froid, il n'avait pas osé ouvrir la fenêtre pour la faire dissiper. Je lui dis de quitter la chambre où il fumait ainsi, et fus voir son voisin, que je trouvai assis dans une pièce pleine de fumée; il s'excusa de me recevoir dans une atmosphère aussi désagréable, m'assurant que, quand l'accès d'asthme devenait très violent, le seul moyen d'obtenir du soulagement qu'il connût était de faire faire sur le gril un bon feu de charbon de terre, et, quand il était allumé, de faire arrêter de temps en temps le cours de la fumée dans la cheminée par son domestique, de manière à avoir constamment une épaisse fumée dans sa chambre, ce qui, dit-il, ne manque jamais de lui procurer du soulagement. Ce dernier avait une existence très occupée et très active; il était chargé de la direction de plusieurs grandes propriétés et conséquemment était obligé de faire de fréquens voyages à la campagne. Il avait acquis la connaissance par l'expérience que la fumée de tourbe ne lui procurait aucun soulagement; aussi ne descendait-il jamais dans une auberge où on ne brûlait que de la tourbe, ne se croyant en sûreté que dans les lieux où il était assuré de pouvoir se procurer de la fumée de charbon de terre, dans le cas où il aurait eu une de ses attaques d'asthme. Des idiosyncrasies de ce genre déjoueront toujours les recherches des anatomo-pathologistes, et, au contraire, fourniront une utile leçon au médecin-praticien.

L'étude des phénomènes de cette maladie doit jeter quelque lumière sur la nature de ce qu'on a appelé l'enrouement (wheezing). Un individu, sujet à des attaques d'asthme, après avoir eu la respiration tranquille pendant toute la soirée, est pris tout-à-coup, vers minuit, d'une forte dyspnée, accompagnée d'un bruit de côtes si fort qu'on l'entend dans toute la maison. Cet état dure pendant plusieurs heures, et se termine chez quelques-uns par une abondante évacuation de crachats, et chez d'autres sans aucune trace d'expectoration. Si on ausculte la poitrine pendant l'accès, on entend un râle bronchique très fort, qui indique que les grosses et les petites bronches sont engorgées. C'est ce qu'on observe fréquemment, même dans les cas d'asthme sec, où il n'y a pas d'expectoration et où l'accès se termine au bout de quelques heures, ne laissant pas la moindre trace d'altération pulmonaire. Aussi doit-on conclure de ces faits que ces bruits de différens genres et d'une intensité remarquable peuvent être produits sans qu'il y ait d'inflammation, et en réalité sans qu'il y ait d'altération remarquable dans les fonctions sécrétoires de la muqueuse bronchique, et que ces bruits peuvent disparaître sans qu'il y ait eu d'expectoration, et conséquemment sans que les tuyaux bronchiques aient été évacués. C'est là un fait qu'il n'est pas inutile de se rappeler. On est très disposé, en général, à attribuer à l'inflammation les râles que l'auscultation découvre dans la poitrine; mais, dans ces cas, vous avez des preuves évidentes de l'absence d'inflammation, bien que vous trouviez des râle bronchiques au *maximum* d'intensité, lesquels râles disparaîtront complètement dans l'espace de quelques heures. Il est donc évident que quelques-unes des doctrines émises au sujet de la production des râles bronchiques sont susceptibles d'être revisées. Quant à la conclusion pratique que l'on peut tirer de ce fait, c'est que nous devons étudier ces râles avec la plus sérieuse attention, mais sans les distraire des autres signes et des autres symptômes ou des circonstances dans lesquelles ils sont produits, afin de ne pas nous laisser entraîner à traiter par les antiphlogistiques des cas dans lesquels les évacuans seraient inutiles ou même nuisibles, erreur que commettent fréquemment ceux qui tiennent trop exclusivement compte des signes physiques.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 MAI.

INFLUENCE DES PROFESSIONS ET DES LOCALITÉS SUR LA PHTHISIE ET LES SCROFULES.

M. FOURCAULT lit un travail relatif à l'influence que les professions et les diverses conditions hygiéniques peuvent exercer sur le développement de la phthisie pulmonaire et des scrofules. La plupart des maladies qui amènent la destruction lente de l'homme produisent surtout leurs effets en agissant sur la peau, dont elles modifient la fonction d'élimination. C'est, en définitive, une altération des liquides qui donne lieu à ces affections chroniques. La phthisie, en particulier, est plus fréquente dans les grandes villes, chez les individus à profession sédentaire; elle entre alors pour un cinquième, à Londres, pour un quart même, dit-on, dans le chiffre de la mortalité. En supposant qu'il y eût dans cette proportion quelque chose d'exagéré, il faudrait toujours reconnaître qu'elle est plus forte que celle des villes dont la population est de 2,000 âmes, et qui sont situées dans un lieu sec et élevé. Avec ces conditions favorables, à peine la phthisie enlève-t-elle un quarantième des habitans; et, dans les villages moins peuplés, elle ne compte que pour un soixantième ou un centième dans les causes de décès.

Rouen est situé sur un sol marécageux, entouré de montagnes, et l'air y est habituellement humide; aussi, le quart des malades de l'hôpital meurent-ils de phthisie. Les marins, les teinturiers, qui travaillent sur les bords d'une petite rivière, n'en sont presque jamais atteints; et le Hâvre, ville si voisine de Rouen, mais placée sur les bords de la mer, et où la circulation de l'air se fait plus librement, en est presque exempt.

Les mineurs de houille de la Belgique ne sont pas sujets à la phthisie, et cela semble au premier coup-d'œil une contradiction avec ce que nous avons établi; mais on s'explique cette immunité par la température douce du milieu où ils vivent, par l'exercice continuel auquel ils sont obligés, et par l'aérage qui est entretenu dans les puits; cependant, s'ils y restent trop longtemps, ils sont atteints de rachitisme, de déformation des os, etc.

A Lille, on rencontre toutes les maladies propres aux vallées profondes et humides : le rachitis, les scrofules, la phthisie. L'hôpital, sur une population de 1,200 personnes, renferme des enfans qui ont tous passé leurs premières années à la campagne. Lorsqu'ils reviennent à l'hospice, leurs occupations varient suivant le sexe; les jeunes filles se livrent dans l'intérieur de l'établissement à des travaux sédentaires, tandis que les garçons vont travailler au-dehors. Eh bien! pendant que ceux-ci conservent leur santé, les jeunes filles périssent en grand nombre par le carreau, la chlorose, les scrofules, la carie vertébrale.

Les conséquences pratiques à tirer de ces remarques sont les suivantes : pour prévenir le développement de la phthisie, des scrofules, du rachitis, on doit éviter de donner aux jeunes sujets qui en sont menacés une profession trop sédentaire; les promenades, la gymnastique, l'équitation, le travail, la danse et les courses à la campagne sont au contraire indiqués, et ces divers exercices devraient entrer au nombre des moyens d'éducation dans les colléges et des moyens de traitement dans la plupart des hôpitaux.

M. Becquerel, docteur en médecine, dépose un paquet cacheté qui contient la moitié d'un ouvrage déjà imprimé et intitulé : SÉMÉIOTIQUE DE L'URINE, OU TRAITÉ DES SIGNES QUE PEUT FOURNIR L'EXAMEN DES URINES DANS LE DIAGNOSTIC DES MALADIES. M. Becquerel prie l'Académie d'accepter ce dépôt, afin qu'on ne puisse lui reprocher d'avoir profité, dans son ouvrage, des idées sur l'inspection de l'urine, que M. Donné a communiquées dans la dernière séance.

M. Mercier écrit qu'il a cru remarquer dans le dernier mémoire, lu par M. Civiale, plusieurs idées tout à fait conformes à celles que lui, M. Mercier, a déjà émises dans un ouvrage publié depuis quelque temps.

SÉANCE DU 7 JUIN.

M. DUMAS lit un travail qui lui est commun avec M. Boussingault, sur la composition de l'air atmosphérique. (Nous publierons ce travail en entier dans le prochain numéro.)

M. Civiale répond à la réclamation faite par M. Mercier dans la séance précédente, en lui reprochant à lui-même d'avoir emprunté plusieurs pages à un de ses livres publié dès l'année 1837, et sans indiquer la source où il les avait puisées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle comprend : 1° l'envoi fait par le ministre d'un rapport du médecin de la prison de Périgueux, sur une épidémie de rougeole et de fièvre miliaire. 2° Divers travaux sur la vaccination.

M. Mottard présente ses titres pour la place vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale, et de police médicale. (Nous avons omis, dans le compte-rendu de la dernière séance de compter M. Brierre de Boismont, au nombre des candidats.)

TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE.

M. le secrétaire annonce que M. Leuret a écrit à l'Académie une lettre contenant des éclaircissemens et des rectifications sur plusieurs des objections qui ont été adressées contre sa méthode, dans la dernière séance.

M. GERDY : Faut-il permettre la lecture de cette lettre? Ceci me paraît une question sérieuse. Faites attention qu'il s'agit ici d'une discussion; et jusqu'à présent, il n'a pas été dans les usages de l'Académie d'engager une discussion avec les personnes qui lui sont étrangères. Je me borne à cette observation.

M. DUBOIS (d'Amiens) : De deux choses l'une; ou cette lettre apporte de nouveaux documens pour la question scientifique; dans ce cas, il faut la renvoyer à la commission. Ou bien l'on veut rouvrir la discussion, et l'Académie ne peut le permettre, puisqu'elle a déjà voté les conclusions du rapport.

M. LOUIS : Je suis tout à fait étranger au fond de la question qui se débat en ce moment; mais il me semble néanmoins que si M. Leuret veut seulement donner des éclaircissemens, nous ne pouvons guère nous refuser à en entendre la communication.

M. FERRUS : S'il s'agit en effet de rectifications, il ne peut qu'être instructif d'en prendre connaissance, et je n'y vois aucun inconvénient.

M. ADELON propose le renvoie au comité de publication.

L'ordre du jour est mis aux voix et adopte.

HEUREUX EFFETS DU NARCOTISME DANS QUELQUES CAS DE NÉVRALGIES RÉFRACTAIRES.

M. LEVRAT aîné lit nn mémoire sons ce titre. D'après les résultals de sa longue pratiqne, l'opinm porté jusqu'à prodnire le narcotisme réussit très souvent à guerir des névralgies contre lesquelles les médications les plns variées et les plns actives étaient restées impnissantes. Ce mode de traitement peut effrayer au premier abord; mais quand il est dirigé par un médecin qui peut snrveiller la marche des phénomènes, régler l'administration dn médicament, combattre ses effets lorsqn'ils menacent de dépasser la limite, il perd toute gravité et ne conserve qu'une efficacité incontestable. Les exemples suivans, observés par M. Levrat, sont autant de prenves en faveur de cette pratique.

OBS. I. — Une religieuse hospitalière de l'hospice de la Charité, à Lyon, avait par suite des fatigues de son service, contracté une sciatique grave; le membre atrophié, avait perdn un tiers de son volume. Tous les moyens en nsage avaient éebonė contre cette affection. L'opinm donné de manière à produire le narcotisme, calma immédiatement les douleurs, et au bout d'un mois de ce traitement la maladie avait entièrement disparu.

OBS. II. — Madame Fanre, âgée de 62 ans, était affectée d'nne sciatique depnis trois ans. Il fallut dans ce cas porter la quantité d'opium jusqu'à 3 grains pour produire le narcotisme. Le résultat fut le même que dans le cas précédent.

OBS. III. — M. Moretti était tourmenté depuis plnsienrs années d'une sciatiqne du côté ganche. Il ne ponvait marcher qu'avec des béquilles, et le membre était fort amaigri. Aucun remède n'avait réussi à calmer les donleurs. Denx grains d'extrait d'opium suffirent pour amener le narcotisme avec tous ses symptômes; vertiges, nausées, injectious de la face, etc. Deux saignées copieuses devinrent nécessaires; mais dès qne le malade put se rendre compte de son état, il déclara ne plus sentir d'élancemens dans la cnisse qui en était auparavant le siége principal; il n'y éprouvait plns qu'une sensation comme de pression, mais sans ancune douleur. Aujourd'hni, deux ans après, la guérison s'est maintenue; le membre a repris son volnme primitif.

OBS. IV. — Une dame de 42 ans, affectée d'asthme nerveux très ancien, avait inutilement essayé de tous les médecins et de tous les remèdes. M. Levrat, appelé à la soigner, avait prescrit nne pilule composée d'nn demi-grain d'extrait d'opium et d'un demi-grain d'extrait de belladone. Par suite d'nne méprise, la quantité fut portée à denx grains de chaque substance. Deux heures après l'ingestion dn médicament, le narcotisme se prononça. A partir de ce moment, la suffocation et les autres symptômes cessèrent, et depuis deux ans la guérison a persisté.

OBS. V. — Un commis voyageur était affecté de névralgie ancienne fixée à la tempe dn côté ganche. Désespéré, autant par l'inutilité des remèdes mis en usage, que par la violence des douleurs, il forme le projet de se détruire, et dans ce but avale d'un seul coup 6 pilules composées chacune d'un grain d'extrait d'opinm et d'un grain de thridace, qu'on lui avait prescrites à titre de calmant. Presque anssitôt après, les symptômes habituels du narcotisme paraissent et necessitent une large saignée. M. Levrat ne pouvant faire passer d'émétique dans l'estomac est forcé de provoquer le vomissement en chatouillant l'arrière-bouche avce une plume. Il y a aujonrd'hui trois ans que ceci s'est passé, et depuis le moment de l'accident, les douleurs de la névralgie sont complétement dissipées.

MM. Bricheteau et Jolly sont chargés d'examiner le travail de M. Levrat et d'en rendre compte.

TRACHÉOTOMIE DANS LE CAS DE CROUP.

M. Maslienrat communique à l'Académie deux observations de trachéotomie faite à la dernière période du cronp. Dans le premier cas, l'enfant, âgé de 22 mois, était dans un état de véritable asphyxie, lèvres décolorées, pouls rare, intermittent, presqne insensible. Jugeant, avec tous les assistans, qu'il avait au plus denx heures encore à vivre, M. Maslieurat prit sans hésitation le parti d'opérer. Il attendit pour inciser la trachée que le sang des vaisseaux divisés eût complètement cessé de couler, et dès que les voies aériennes eurent été ouvertes, l'introduction de l'air se fit avce sifflement, et l'enfant parut immédiatement rappelé à la vie. Mais n'ayant pas de canule, M. Maslienrat fut obligé d'employer deux épingles dont il courba les extrémités en forme de crochet; il fixa alors leurs pointes sur les bords de la plaie, et à l'aide de fils, les maintint écartées. Le soir même les épingles avaient exercé nne traction si forte qu'on put les enlever, et l'ouverture n'en demeura pas moins béante. Le malade guérit.

Il s'agit dans la seconde observation d'un enfant de 22 mois, dont l'état était tellement désespéré à l'arrivée de M. Maslieurat qu'il n'eut pas le temps de s'arrêter à lier les vaisseaux, et dut se hâter d'onvrir la trachée, sans se préoccuper de l'épanchement du sang dans les voies respiratoires. Néanmoins le malade loin de se ranimer sembla avoir tout à fait cessé de respirer. M. Maslieurat, chercha à ranimer les mouvemens d'inspiration, en exerçant sur la surface thoracique une compression saccadée et alternative. An bout de cinq minutes d'inutiles efforts, les femmes qui l'entonraient se retirèrent, en le priant de ne pas tourmenter inutilement un cadavre. Il continua néanmoins, et vingt minutes après, la respiration s'etait rétablie. Une quinte de toux chassa un cylindre pseudo-membraneux alongé et bifurqué à son extrémité inférieure. Loin de regarder cet événement comme heureux pour le malade, M. Maslienrat y vit an contraire un signe de manvais augure, annonçant que la maladie s'était propagée jusqu'à l'origine des bronches. Anssi ne fut-il point étonné d'apprendre que l'opéré avait succombé le lendemain matin.

M. Maslieurat fait remarquer que l'expnlsion du cylindre pseudo-membraneux se fit avec bcaucoup de facilité. Peut-être fant-il l'attribuer à ce que la plaie était largement onverte, ses bords n'étant tenus écartés qne par des épingles, comme dans le cas précédent. Ne serait-il pas avantagenx de préférer ce mode de pansement à l'emploi de la cannle, du moins pendant les premiers jours, et tant qu'il y a des tubes membraniformes à expulser? M. Maslieurat présente un instrument exécuté, sur cette donnée, par M. Charrière, et montre, en l'appliquant snr le larynx de snjets de différens âges, qu'il serait très propre à remplir cette indication.

Commissaires : MM. Guersant, Blandin et Bérard.

REMARQUES SUR LA VISION DES SOMNAMBULES ET DES MAGNÉTISÉS.

M. GERDY lit nu travail snr cette question. Des circonstances particulières, dit-il, m'ont mis dans la nécessité d'etudier ce snjet, qne j'avais négligé jusqu'alors. Je vais simplement raconter à l'Académie les faits dont j'ai été témoin, et s'il y a quelque inexactitnde dans mon récit, elle ne pourra provenir que d'une omission involontaire.

J'ai assisté à six expériences de ce genre. La première dont je fus spectateur avec MM. Arago, Orfila, Adelon et plusieurs autres personnes, est celle de mademoiselle Pigeaire, dont on connaît les principales circonstances : l'appareil à peine posé, elle se livra, sons prétexte d'agitation nerveuse, à des monvemens si nombrenx et si désordonnés, qne le bandeau ne tarda pas à se déplacer en divers points. Néanmoins, comme après une beure d'inutiles efforts elle ne voyait pas encore, je m'en allai sans avoir rien vu moi-même. Dans une seconde séance, elle recommença encore ses plaintes et ses contorsions; il paraît que cela était indispensable an succès de l'expérience. Ces manœuvres m'avaient déjà inspiré beancoup de défiance, lorsque je la vis passer sans façon le doigt sons le bandean. Au bout d'une heure et demie, elle annonça qu'elle ponvait voir; je tronvai qu'elle avait assez travaillé pour cela. Elle joua anx cartes, lut dans un livre, mais avec la précantion de placer toujonrs les objets en dessons et jamais directement en face des yeux. On procéda alors à la levée de l'appareil, et l'emplâtre de taffetas gommé ayant été décollé par son bord supérieur, on put voir la manière dont le bord inferieur adhérait, et constater que des intervalles s'étaient formés entre la peau et lni. M. Pigeaire prétendit que ces intervalles étaient insignifians; je trouvai seulement, moi, qu'il était plus facile de voir par ces trons que de voir à travers un bandeau opaque.

J'en étais là, et d'autres soins m'avaient détourné de cet objet, lorsque je reçus nne lettre de M. Frappart, qui me proposait de me montrer nn somnambnle possédant la facnlté de lire et d'écrire à travers un bandeau. J'acceptai, en me réservant de faire assister quelques personnes à l'expérience. M. Frappart amena chez moi nu somnambule nommé Caliste. Après qu'il eut été magnétisé, j'appliquai moi-même sur ses yeux du coton maintenu par nn monchoir plié en bandean. Caliste, doué de la physionomie la plus mobile, fit tant et tant par ses grimaces, que le bandeau fut déplacé; je le remis avec les mêmes précautions, mais en un instant il tomba encore; bref, malgré tous mes efforts, le somnambule était aussi habile à déranger le bandeau que je l'étais à le remettre. Je voulus le réappliquer encore une fois; mais, tout endormi qu'il était, le magnétisé me déclara qu'il ne ponvait lire si l'on touchait sans cesse à l'appareil. Pendant nn seul instant, il parvint à deviner quelques cartes, mais dès que le bandeau eut été replacé, la lucidité cessa. M. Frappart convint que son somnambule avait échoué; il demanda pourtant une seconde séance, mais il voulnt m'imposer la condition de ne pas toucher au bandean, de ne pas même approcher dn sujet au-delà d'une certaine distance. Je ne pouvais accepter; mais, malgré les réserves que je fis, on procéda à l'experience, et l'on répéta sans obstacle les mêmes jongleries que la première fois.

Dernièrement, au mois de février 1841, M. Frappart me proposa encore d'assister à de nouvelles expériences magnétiques, et voilà ce dont je fns témoin : je vis magnétiser une femme, mademoiselle Prudence; pnis, quand elle fut endormie, on colla sur ses paupières plusieurs bandelettes de taffetas gommé; on appliqua par dessus un morceau de peau, et enfin une dernière pièce de taffetas; le tout avait été préalablement imbibé d'eau. Je ne lui vis pas faire de mouvement, mais je n'assure point cependant qu'elle n'en ait pas fait. Au bout de dix minutes elle prit les cartes, et, après un quart-d'heure d'efforts, elle parvint à les reconnaître; elle put même les distinguer à une faible lumière, mais à une lumière telle cependant, notons-le bien, que je pouvais moi-même parfaitement lire. Je fus encore témoin d'nne seconde séance, et je finis par déconvrir, qu'en séchant, le taffetas gommé se décollait et laissait de petites ouvertures entre la peau et lui. Je fis part de mes doutes; M. Frappart ne les trouva pas fondés; car, en supposant, me dit-il, que l'emplâtre le plns snperficiel se fût effectivement décollé par quelques points de sa circonférence, les pièces de taffetas placées au-dessous ne pouvaient-elles pas suppléer à son défaut, et remplir l'espace vide? Mais, Messieurs, on ne fait pas la science avec des peut-être : je demandai, ponr éclaircir mes soupçons, qu'on décollât les bandelettes, non en les mouillant, comme on s'apprêtait à le faire, mais à sec. On ne voulut pas y consentir, sous prétexte des douleurs que cette opération causerait à la somnambule, et je m'en allai, me promettant d'étndier le phénomène avec plns de soin que je ne l'avais encore fait.

On sait qu'il est est possible de lire à travers nn trou percé dans une carte avec l'extrémité d'une épingle, lors même qu'il n'y a qu'nn seul tron, à plns forte raison, par conséquent, quand il y en a plusieurs. Partant de ces données, j'engageai nn de mes amis, M. Say, à se laisser convrir l'œil exactement comme je l'avais vu faire chez les somnambules; l'appareil fut appliqné par un chaud partisan du magnétisme, et dès que l'opération fut achevée, M. Say déclara que la lumière lui arrivait de tous côtés, et que le plus leger monvement des paupières lui procurait assez de jour ponr qu'il pût lire dans un livre et reconnaître des cartes. J'ai repété plusieurs fois snr moi-même ces experiences, et elles m'ont mis à même de déterminer les conditions dans lesquelles se prodnit le phénomène.

Pour que la vue s'établisse librement à travers le corps opaque, il est avantageux que l'emplâtre ne dépasse pas beaucoup le pourtour de l'orbite. On peut voir à travers les intervalles qui s'établissent entre lui et la peau, plus difficilement par ceux qui ont lieu du côté de la tempe, mais avec une grande facilité par ceux qui se forment en bas. Un degré un peu prononcé de presbytie favorise encore ce genre de vision, et l'on comprend quelle influence exerceraient sur son accomplissement certaines maladies de l'appareil oculaire, telles que la nyctalopie, par exemple. Ces essais ont été répétes par trois autres personnes avec un résultat semblable. J'en ai conclu que, mes amis et moi, nous voyions par le même mécanisme que mademoiselle Prudence, et même mieux qu'elle; car nous sommes toujours parvenus à apercevoir les objets au bout d'une demi-heure au plus; et soit que mademoiselle Prudence dissimulât sa clairvoyance afin de faire croire que le phénomène avait dans ses causes quelque chose de capricieux et de bizarre, soit qu'elle jugeât à propos de mettre quelque retard, afin d'aiguiser le désir par l'attente (vraie pensée de femme), toujours est-il que la lucidité a nécessité, pour s'établir, plus de temps chez elle que chez nous. Quant à mademoiselle Pigeaire, l'expérience se faisait d'une manière si grossière, qu'il est inutile d'y revenir. On peut poursuivre ces recherches; quant à moi, elles m'ont paru tellement simples, que je n'aurais pas pris la peine d'en communiquer le resultat à l'Académie, si elles ne pouvaient servir encore à démasquer plus d'une jonglerie.

Autrefois, Messieurs, les somnambules avaient de merveilleuses prérogatives; on les regardait comme des êtres privilegiés, ils dirigeaient à leur gré le peuple et dominaient les rois; c'était la fable d'Argus réalisée, ils voyaient, disait-on, par les yeux, la nuque, l'épigastre, l'ombilic, et par cent autres endroits (On rit.) Ils sont bien déchus aujourd'hui de ce prestige; pendant trois ans le prix Burdin les a en vain défiés, et il restera bien et dûment constaté que pendant trois ans, il ne s'est pas trouvé un seul somnambule en état de remplir les conditions du programme. Ils cherchent maintenant à se relever de cet échec en s'efforçant de tromper la bonne foi publique par des expériences mensongères, dont je viens de faire voir toute l'inanité. A propos de ces expériences cependant, il se trouve des ergoteurs (qu'on appellera d'un autre nom, si l'on veut), qui viennent vous soutenir que le somnambule dont on a fermé les yeux peut continuer de voir par les pommettes, au moyen des divisions du nerf ophtalmique, etc. Mais, Messieurs, ils sentent bien le vide de pareilles interprétations; aussi, devant les médecins et les savans, ils n'en hasardent aucune, et avouent que c'est un phénomene dont l'explication est impossible. Mais avec les gens du monde, ils abandonnent toute réserve: ce n'est plus seulement à travers un bandeau de taffetas, c'est à toutes les distances, malgré toutes les barrieres, dans les organes les plus cachés de l'économie que le somnambule possède la faculté de voir distinctement. Pourquoi cette différence dans leur langage? C'est, Messieurs, comme on le dirait en physique, que le pouvoir des somnambules est en raison directe de la confiance et du peu de sevérité des spectateurs.

La séance est levée à 5 heures.

M. Leuret nous a adressé, en nous priant de l'insérer, la lettre suivante, qu'il avait envoyée à l'Académie de médecine.

Monsieur le président,

Le rapport de M. Double, lu dans la dernière séance de l'Académie royale de médecine, a donné lieu à de nombreuses objections de la part de plusieurs membres de cette compagnie contre la doctrine que je professe sur le traitement de l'aliénation mentale.

On a prétendu

1° Que je négligeais l'emploi des moyens physiques pour me servir exclusivement des moyens moraux.

J'ai, au contraire, déterminé positivement quels sont les cas où ce mode de traitement était applicable; j'ai dit qu'il convenait quand la folie n'est pas compliquée de symptômes physiques, et j'ai prouvé par des exemples qu'il guérit des aliénés dont la maladie a résisté à l'action des médications ordinaires.

2° Que j'usais envers les aliénés de rigueurs inutiles.

Cette accusation dont on me poursuit, je ne m'attendais pas à ce qu'elle fût reproduite devant l'Académie, et surtout en présence de la commission qui a visité mon service et vu mes malades. Je dirai, pour y répondre, que par l'emploi de quelques douches dont la durée n'a jamais été au-delà de trente secondes, et à l'aide de tracasseries suscitées à propos, j'ai détruit des idées délirantes d'un homme qui, précédemment, et avec un médecin partisan des méthodes usitées, avait résisté à des douches d'une demi-heure et à trois applications de fer rouge sur la tête et à la nuque.

3° Que j'avais modifié mon opinion sur l'emploi du traitement moral contre les hallucinations.

J'ai en effet modifié mon opinion sur ce point. Je regardais, avec tous mes confrères et mes maîtres, les hallucinations comme étant un symptôme purement physique, devant être combattu par des moyens physiques. Mais voyant l'insuffisance de ces moyens, j'ai eu recours au traitement moral, et la première fois que je l'ai fait, ayant obtenu en un seul jour la guérison d'un halluciné, qui, traité depuis trois mois par les moyens ordinaires, avait conservé toutes ses hallucinations, j'ai étendu aux hallucinés l'emploi du traitement moral.

4° Que j'obtenais moins de guérisons que mes confrères.

Je vais répondre par des chiffres. Au mois de juillet dernier, j'ai été nommé médecin en chef de l'une des sections d'aliénés de Bicêtre, et à dater de cette époque, j'ai dressé des tableaux statistiques pour les malades de ma section. Depuis le 1er juillet jusqu'au 31 décembre, j'ai reçu 132 individus, dont 4 doivent être retranchés parce qu'ils simulaient la folie, et 14 autres parce qu'ils étaient épileptiques non aliénés. Le nombre est de 114 pour les aliénés et les imbécilles admis pendant le dernier semestre de 1840. Pendant le même temps, j'ai eu 59 guérisons et 5 améliorations assez notables pour que les malades pussent être rendus à leur famille. 59 est à l'égard de 114 comme 1 est à 1,93, c'est-à-dire un peu plus de moitié. J'ai donc guéri un peu plus de la moitié de mes malades.

Plusieurs médecins d'aliénés, en rédigeant leurs statistiques, ont retranché du nombre des aliénés mis en traitement ceux qui sont évidemment incurables. Or, les individus en démence sénile, et ceux qui sont atteints de paralysie générale sont regardés comme incurables; j'en ai reçu 38 qui, retranchés de 114, nombre des aliénés entrés, laissent 76 malades en traitement. (Notez que parmi ces 76, je compte encore des imbéciles.) Or, 59 guérisons sur 76 entrées, c'est une guérison de 1,29 centièmes de malades entrés.

A ceux qui ne trouveraient pas satisfaisante cette proportion dans les guérisons comparées aux entrées, j'opposerais une statistique de Bicêtre publiée par M. Ferrus dans son ouvrage intitulé: Des aliénés. A la page 172 de cet ouvrage on lit: que pendant les années 1831, 32 et 33, la proportion entre les guérisons et les admissions a été, pour les malades curables, de 1 sur 2,55; pour les malades reputés incurables de 1 sur 73,66 et pour tous les malades réunis, de 1 sur 3,80, presque 1 sur 4. Or, si M. Ferrus n'a guéri que le quart de ses malades et que je guérisse la moitié des miens, et cela dans le même hôpital, pourra-t-on dire que le mode de traitement que j'ai suivi soit inférieur à celui de mes prédécesseurs et de mes confrères? Non assurément, et je prendrais volontiers pour juge, dans cette question, M. Ferrus lui-même.

5° Enfin, on a avancé que tous ceux dont j'avais annoncé la guérison étaient retombés malades.

Sur 27 cas qui ont été publiés, soit par moi, soit par un de mes élèves, M. Millet, il y en a un où l'effet du traitement a été nul, six où la guérison m'a paru douteuse, deux qui ont eu des rechutes, l'un après plus d'un an de bonne santé, l'autre après quelques semaines tout au plus (ce dernier est un ivrogne); reste donc 18 guérisons sur la solidité desquelles j'ai lieu de compter. Parmi les guérisons douteuses, j'ai placé deux cas qu'il eût peut-être été plus convenable d'appeler de nature douteuse, car il est des hommes bizarres, qui, devenant aliénés, ne peuvent être guéris que de leur aliénation et qui conservent après la guerison l'étrangeté de leur manière d'être habituelle. L'un était l'époux de la duchesse de Berry, il ne l'est plus; on lui devait 500,000 francs, on ne les lui doit plus; il a vociféré pendant huit ou dix ans, il ne vocifère plus; mais il a encore des idées fausses, des prétentions exagérées, il écrit sur la politique des choses décousues, soit; mais ne le faisait-il pas avant d'être réputé aliené? Et tous ces changemens heureux qui se sont opérés en lui, ne sont-ils pas le résultat du traitement moral? L'autre était l'Alcyon des hommes, Napoléon, etc., etc., il est simplement M. tel; il appelait Paris la ville de Langres, c'est maintenant Paris; il regardait tous les hommes comme des femmes déguisées; il distingue, sans se tromper jamais, les hommes des femmes; il était incapable d'attention, il est attentif, réfléchi, calculateur; il a composé des comédies et des contes, et passe une partie de son temps dans les bibliothèques publiques où il compulse les ouvrages anciens; il ne voulait pas avoir été militaire, il sait si bien l'avoir été qu'il a demandé un secours au ministre de la guerre, secours qui lui a été accordé; il ne reconnaît à l'argent aucune valeur, et il compte sous par sous son petit pecule; il économise si bien aujourd'hui qu'on pourrait l'appeler avare. Mais il a encore des bizarreries, il fuit la société, il est égoiste, soit; mais ne l'était-il pas avant d'être aliéné et toutes les convictions délirantes qu'il n'a plus, convictions que les traitemens ordinaires mis en usage pendant quinze ans n'ont pas empêchées de s'aggraver ou de se multiplier, par quels moyens ont-elles été detruites? par des moyens moraux.

Je n'accepte donc comme valable aucune des objections qui ont été faites contre le traitement moral de la folie. Ce traitement est basé sur la raison; il a déjà pour lui la sanction de l'expérience, et le temps n'est peut-être pas éloigné où l'on s'étonnera de l'opposition qu'il rencontre aujourd'hui.

Veuillez, Monsieur le président, me pardonner la longueur de ma lettre, et agréer l'hommage de mes sentimens respectueux.

Leuret.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons de clinique médicale faites a l'Hôtel-Dieu de Paris; par M. le professeur Chomel, recueillies et publiées par M. Sestier, D. M. P.; 1 vol. in-8° de 592 pages. Paris 1840, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

L'auteur nous apprend dans un court avant-propos que, bien que son travail porte le titre de Leçons de clinique médicale faites par M. le professeur Chomel, cependant il a cru pouvoir sortir du cercle dans lequel ce titre semblait devoir le renfermer, et qu'il a tenu compte de tous les travaux des contemporains sur la pneumonie. Nous ne serons donc point étonné de voir dans cet ouvrage des discussions sur des points que, nous le savons, l'habile professeur de la Faculté évitait avec attention, soigneux du temps des élèves qui lui étaient confiés et persuadé que ces discussions n'amènent à aucun résultat avantageux; mais nous savons gré à M. Sestier d'avoir compris dans son cadre tout ce qui pouvait jeter quelque jour sur le sujet de son travail et d'avoir puisé des matériaux à toutes les sources où il a cru devoir en trouver d'utiles. La

pneumonie est une affection si commune, et qu'il est si facile d'étudier sous la plupart des points de vue, qu'on devrait croire que c'est celle qui est la plus connue et qu'il doit rester peu de points en discussion. Il ne sera peut-être pas sans intérêt d'examiner s'il en est ainsi, ou en d'autres termes, si la connaissance du *siége*, de la nature et des lésions d'une maladie implique presque nécessairement celle de tout ce qu'il importe au médecin de savoir. Cette monographie, en tête de laquelle se trouvent des noms dont on ne récusera ni l'autorité ni le savoir, nous paraît une bonne occasion d'examiner si au moins, sur ce sujet si populaire, si journalier, si matériel enfin, la science est arrivée réellement à des résultats pratiques qui puissent la satisfaire complètement; si, sur ce point au moins elle a atteint des limites qu'il paraisse difficile de dépasser. Une analyse sommaire de ce volume, tout en nous permettant de mettre sous les yeux de nos lecteurs les matériaux qui y ont été amassés, nous facilitera l'examen de cette question qui nous semble de quelqu'importance, surtout après les beaux travaux que l'école anatomique a accumulés depuis trente ans sur ce sujet spécialement. Nous voyons avec plaisir les premières pages consacrées à des considérations générales sur la structure du parenchyme pulmonaire, regrettant pourtant que ce sujet n'y ait pas reçu tout le développement qu'il nous paraît mériter et que l'auteur ait passé immédiatement à l'étude des lésions du parenchyme pulmonaire dans la pneumonie considérée aux différens âges.

Chez le nouveau né, elle n'a point encore été décrite avec toute l'attention désirable, ou au moins la description qu'on en a donnée ne diffère pas assez des lésions trouvées à un âge beaucoup plus avancé pour qu'on ne doive pas attendre des résultats différens de nouvelles recherches et d'un examen plus attentif.

Les travaux de MM. Rilliet et Barthez sur la pneumonie des enfans ont fourni à l'auteur la distinction de la pneumonie à cet âge en vésiculaire, lobulaire et mamelonnée qui ne sont, suivant M. Sestier et les auteurs que nous venons de citer, que des modifications de la même maladie et qui elles-mêmes se lient d'une part avec la bronchite capillaire, et de l'autre avec la pneumonie lobaire, en sorte que l'inflammation des bronches d'un certain calibre engendrerait la pneumonie vésiculaire, celle-ci engendrerait la pneumonie lobulaire (mamelonnée ou partielle), et la dernière se lierait à la pneumonie lobaire commune. Cette transformation successive, qui peut en effet s'opérer dans quelques cas, ne peut point être admise d'une manière absolue quelque belle et flatteuse pour les théoriciens que soit la généralisation sur laquelle elle repose; car dans le plus grand nombre des cas on ne peut suivre cette propagation de l'inflammation de tissus à tissus. Un autre motif, d'ailleurs, nous porte à ne pas donner trop de valeur à cette espèce de filiation; c'est l'analogie ou plutôt l'identité qui existe entre la pneumonie lobulaire des enfans et la pneumonie par suite de résorption purulente chez l'adulte, et le fait bien connu que la pneumonie chez les enfans n'apparaît le plus souvent que concurremment pendant le cours d'une autre maladie. Ces deux circonstances, rapprochées de l'invasion trop brusque chez les enfans des symptômes généraux de la pneumonie pour qu'on puisse admettre la propagation de tissus à tissus, ne permettent-elles pas de croire que la pneumonie lobulaire chez eux est produite par une cause analogue à celle qui détermine chez l'adulte le développement de la pneumonie à la suite d'absorption purulente? Nous nous contentons de poser cette question et laissons le soin de la décider à ceux que leur position met à même de se livrer à des recherches sur ce point.

Quant aux lésions de la pneumonie chez l'adulte, elles sont si connues que nous ne nous y arrêterons que pour signaler ici un vide, c'est la difficulté que l'on éprouve à distinguer dans l'état actuel de la science les caractères anatomiques du premier degré de la pneumonie, de l'engouement simple et de l'apoplexie pulmonaire diffuse et récente; difficulté qui a donné lieu à la création de pneumonies spéciales, dont l'existence est réellement encore douteuse pour nous.

La raréfaction du tissu pulmonaire sous l'influence de l'âge imprime au tissu pulmonaire pneumonisé chez les vieillards, des caractères qu'il est indispensable de connaître et qui ont été signalés par MM. Hourmann et Deschambre, lesquels ont admis chez le vieillard deux espèces de pneumonie, l'une non granulée qu'ils appellent *inter-vésiculaire*, et l'autre ordinairement granulée et qu'ils désignent sous le nom de *vésiculaire*. Tous les observateurs ont reconnu que la pneumonie est plus fréquente du côté droit que du côté gauche, et dans le rapport d'environ trois à deux; mais le même accord n'existe plus quand il s'agit d'expliquer les causes d'une différence aussi notable; la plus probable cependant de celles qui ont été avancées est l'activité plus grande du membre thoracique droit. Ce qui vient à l'appui de cette explication qui est loin d'être démontrée, c'est que chez les femmes, chez lesquelles l'action du membre droit est beaucoup moins marquée que chez les hommes, les pneumonies gauches sont beaucoup plus fréquentes que chez ces derniers; car d'après un calcul de M. Lombard, tandis que chez les hommes les pneumonies gauches forment à peine le cinquième du nombre total de ces affections, elles en représenteraient plus d'un tiers chez les femmes. Le même auteur attribue cette prédominance des pneumonies du côté droit sur celle du côté gauche, au volume de l'artère pulmonaire qui est plus considérable à droite qu'à gauche et à sa direction qui est plus transversale, et d'où il résulte que la quantité du sang qui afflue dans le poumon droit pendant un temps donné, doit être supérieure à celle qui passe par l'artère pulmonaire gauche pendant le même espace de temps; de là, selon lui, plus d'activité fonctionnelle et par conséquent plus de disposition à l'inflammation dans le poumon droit que dans le poumon gauche.

La fréquence de la pneumonie n'est pas non plus la même dans toutes les parties du poumon; on l'observe bien plus souvent dans les lobes inférieurs que dans les supérieurs et dans le rapport de 131 contre 49 ou de 3 : 1 environ. Cette différence, qu'il était d'un grand intérêt d'étudier à l'époque où il était question de rattacher la phthysie pulmonaire à l'inflammation du poumon, n'a plus d'autre importance aujourd'hui que de rentrer dans cette loi de la pathologie générale qui veut que les organes dans lesquels la circulation doit lutter contre le poids des fluides soient, toutes choses égales d'ailleurs, les premiers frappés de congestion même active. Chez le vieillard, la différence entre la fréquence de la pneumonie du lobe supérieur et inférieur paraît moins prononcée que chez l'adulte, tandis que chez l'enfant et chez le nouveau né, elle est à peu près la même. Il résulte aussi des mêmes recherches que chez le vieillard et pendant les premiers âges de la vie, la pneumonie double est beaucoup plus fréquente que chez l'adulte.

Si, pour préciser davantage le siége de la pneumonie, on demande à M. Sestier quel est dans cette maladie l'élément du parenchyme pulmonaire qui est spécialement affecté d'inflammation, il répond en divisant la pneumonie en vésiculaire et inter-vésiculaire, dénominations qui indiquent que les vésicules pulmonaires et le tissu inter-vésiculaire peuvent devenir séparément le siége de l'inflammation; celle du tissu inter-vasculaire paraît n'être primitive que chez les vieillards chez lesquels MM. Hourmann et Deschambre l'ont observée.

Un long chapitre sur les abcès du poumon se trouve ici placé, nous ne saurions dire pourquoi, entre le *siége* de la pneumonie et la pneumonie gangreneuse, et n'offre d'autre intérêt que l'histoire de quelques cas rares qui y sont consignés; il y a surtout une partie de ce chapitre qui aurait demandé plus de développement qu'elle n'y en a reçu, c'est celle où M. Sestier présente l'histoire de ce qu'il appelle assez improprement les abcès métastatiques, désignant sous cette dénomination les petits abcès qui succèdent assez fréquemment à la pneumonie lobulaire chez les adultes et même chez les enfans, ainsi que l'ont fait observer MM. Rilliet et Barthez et que l'ont remarqué tous ceux qui ont étudié avec quelque attention la pneumonie chez les enfans. Quelle que soit l'opinion que l'on se forme sur la manière dont se développent ces petits abcès, soit qu'on admette que le pus est transporté en totalité des autres parties du corps vers lesquelles il est produit, dans le parenchyme du poumon, soit, ce qui est plus probable, qu'on pense qu'une petite quantité de pus transportée par la circulation au milieu du parenchyme pulmonaire, suffise pour y déterminer une phlegmasie qui elle-même produira plus tard du pus, il est certain que le parenchyme du poumon sur les points où l'on trouve des abcès a éprouvé avant la formation de l'abcès les autres altérations qui précèdent la suppuration dans la pneumonie lobaire simple, ainsi qu'il est facile de l'observer à l'autopsie des sujets dont les poumons sont criblés de ces pneumonies lobulaires aux différentes époques de leur développement, depuis la simple tache sanguine qu'on prendrait pour un petit épanchement de sang autour de deux ou trois vésicules pulmonaires, jusqu'à l'abcès parfaitement formé et déjà séparé quelquefois du tissu pulmonaire voisin par une fausse membrane plus ou moins consistante.

M. Sestier admet une terminaison de la pneumonie par gangrène, ou une pneumonie gangreneuse; mais comme il n'apporte à l'appui de cette opinion, qui ne compte aujourd'hui qu'un très petit nombre de partisans, aucune nouvelle preuve, et qu'il ne fait aucune mention de quelques travaux qui ont été faits depuis quelques années dans une direction tout à fait opposée, nous ne nous arrêterons pas davantage sur ce point.

Nous ne nous arrêterons pas non plus sur ce que dit l'auteur des lésions concomitantes de la pneumonie aiguë, sinon pour dire que l'auteur, à l'exemple de la plupart des pathologistes, semble confondre la rougeur des bronches qui s'observe sur un si grand nombre de cadavres, avec l'inflammation des bronches, et, qu'avec M. Bouillaud, il paraît faire jouer un rôle important aux caillots trouvés dans le cœur après la mort, sur les derniers instans de la vie des sujets qui meurent de la pneumonie, hypothèse soutenue de nos jours avec chaleur et talent, mais que nous croyons reposer sur des faits inexactement observés, ou plutôt mal in-

terprétés. Nous pourrions en dire autant de cette prétendue loi que rappelle M. Sestier, et d'après laquelle le ramollissement qu'on trouve si souvent dans l'estomac, et bien plus rarement dans les intestins de ceux qui ont succombé à la pneumonie comme à toute autre affection, hâterait plus ou moins la mort des sujets, ou en deviendrait quelquefois la véritable cause, et rappeler que ces ramollissemens de la membrane muqueuse sont loin d'être regardés aujourd'hui par tous les pathologistes comme l'effet d'une phlegmasie ; mais nous opposerions des assertions sans preuves à d'autres assertions également sans preuves, et nous nous bornerons à faire remarquer que ces opinions, émises d'une manière tranchée et sans aucune apparence de doute, appartiennent à une époque de la science déjà bien éloignée de nous, bien qu'à peine passée depuis quelques années.

Outre les formes que nous avons déjà signalées, la pneumonie en offre d'autres que M. Sestier décrit à part, et que nous allons indiquer sommairement : 1° la pneumonie hypostatique décrite par le professeur Piorry, et qu'il n'est pas toujours facile de distinguer, même sur le cadavre, du simple engorgement hypostatique passif ; 2° celle qui se développe dans le cours de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives, et qui, selon nous, n'est autre que la pneumonie lobulaire des adultes, et n'est peut-être qu'un degré peu avancé de ce que l'auteur a décrit déjà sous le nom d'*abcès métastatique ;* 3° la pneumonie concomitante de la grippe, qu'il serait peut-être plus convenable d'appeler pneumonie avec bronchite pseudo-membraneuse.

La pneumonie chronique est d'une si faible importance pour la pratique, que si nous en parlons ici, c'est uniquement pour dire que l'auteur nous a paru avoir exposé sur ce point l'état actuel et réel de la science,

La symptomatologie de la pneumonie est si généralement connue, que nous ne nous arrêterons que quelques instans sur cette partie du travail de M. Sestier, partie indispensable, et qui, du reste, a été traitée d'une manière tout à fait convenable. Sans refuser à quelques recherches modernes la juste importance à laquelle elles ont droit, l'auteur ne s'est point laissé entraîner par ce penchant si commun à tout innover. Tout en tenant compte des signes fournis par la différence des bruits respiratoires et de l'étude plus exacte qui a été faite de la respiration supplémentaire, il n'a cependant point abandonné les conquêtes déjà anciennes de l'auteur de l'auscultation, reconnaissant, par exemple, que la crépitation pneumonique est encore, dans l'immense majorité des cas, le signe le plus certain et le plus appréciable de l'inflammation du tissu pulmonaire.

Une question qui pouvait embarrasser l'auteur est celle des crises ou des efforts critiques, dont ont tant parlé les anciens, pendant la durée de la pneumonie, et que les modernes, qui ne les nient pas, sont très disposés à ne pas voir ; nous pensons même qu'il a signalé la vraie cause de la confusion qui règne aujourd'hui sur ce point, lorsque, après avoir indiqué les diverses formes sous lesquelles les crises se sont opérées, et après avoir cité quelques cas rapportés par les auteurs, il dit : « Ces diverses assertions, que nous aurions pu facilement multiplier, ne trouvent, dans l'observation faite de nos jours, qu'un faible appui ; mais, il faut bien le répéter, l'étude des crises est aujourd'hui fort négligée, et il est probable que des faits nombreux et favorables à cette doctrine ont passé inaperçus. » M. Sestier a ici parfaitement raison ; au milieu de l'activité et de la turbulence de la vie moderne, il faut chercher les choses pour les voir, sinon elles passent inaperçues.

D'après le plan qu'avait adopté l'auteur, il a dû être embarrassé pour donner place à certaines formes de pneumonie qui, bien que rebelles au système des anatomo-pathologistes purs, ne pouvaient cependant être négligées dans un travail dont le but principal est d'être éminemment pratique. Eh bien ! c'est à l'occasion du diagnostic qu'il est question de ces formes, parmi lesquelles nous citerons la pneumonie adynamique, la pneumonie ataxique, la pneumonie bilieuse ; puis nous en retrouvons quelques autres moins importantes ou dont il a déjà été question, la pneumonie métastatique, celle qui se développe dans le cours de la fièvre typhoïde, des exanthèmes, la pneumonie intermittente, et enfin la pneumonie épidémique. Non seulement ces formes différentes sous lesquelles apparaît la pneumonie sont comme cachées dans une partie de l'ouvrage où on ne se serait peut-être pas attendu à les trouver, mais encore elles sont tracées en caractères incertains et peu tranchés. Il est vrai que la seule admission de ces formes est déjà le signe d'un retour à une meilleure direction, à des études plus profondes. Disons quelques mots sur plusieurs d'entre elles.

La pneumonie adynamique comprend, suivant M. Sestier, des états pathologiques bien différens, suivant qu'on l'observe chez un vieillard ou un enfant, chez un sujet dont le sang a été pénétré par quelque substance plus ou moins délétère, ou dont le système nerveux a été bouleversé par quelque circonstance particulière ; enfin, suivant qu'on l'observe chez un individu dont les forces ont été réellement épuisées, ou au contraire ne sont que dissimulées, comme dans les cas de pseudo-adynamie, et reparaissent aussitôt qu'une saignée ou tout autre moyen convenable a été employé. L'un des caractères les plus certains de la pneumonie adynamique, et qui appartient également, nous pensons, à la pneumonie ataxique, est la disproportion qui existe entre l'étendue et l'intensité de la pneumonie et la faiblesse du malade.

La pneumonie bilieuse n'offre pas moins de divisions que la précédente, car l'auteur distingue cinq catégories de cas qui pourraient être désignées sous ce nom, qu'il pense devoir être réservé à une seule. Voici ces cinq catégories :

1° Pneumonie simple avec ictère, résultant de quelque obstacle mécanique au cours de la bile, ou de quelque vive émotion.

2° Pneumonie compliquée d'hépatite.

3° Pneumonie compliquée de gastro-duodénite ictérique.

4° Pneumonie compliquant une fièvre typhoïde de forme bilieuse.

5° Pneumonie avec trouble spécial dans la sécrétion biliaire et dans les fonctions du tube gastro-intestinal, et qui diffère de l'inflammation réelle de cet appareil.

C'est à cette dernière forme seulement que M. Sestier conserve le nom de pneumonie bilieuse. Dans les cas de ce genre, on observe une teinte ictérique plus ou moins prononcée de la peau, en même temps que les sueurs, le sang, l'urine, les crachats, contiennent certains matériaux de la bile, comme le démontre la teinte verte que prennent ces liquides lorsqu'on les traite par l'acide nitrique ; la langue présente sa forme, sa mollesse ordinaires ; elle se couvre d'un enduit jaunâtre ou verdâtre souvent fort épais ; la bouche est amère ; le malade recherche les boissons froides et acidulées ; la soif est assez vive, l'inappétence complète ; des vomissemens plus ou moins abondans amènent des matières bilieuses ; toutefois, la région épigastrique et l'hypochondre droit ne sont le siége d'aucune douleur, et les vomissemens, bien loin d'exaspérer la maladie, sont accompagnés au contraire d'un mieux très marqué ; des matières également bilieuses sont rendues par le bas, à la suite de coliques légères et passagères. Ces différens phénomènes gastro-intestinaux sont heureusement modifiés par les vomitifs et les purgatifs, et cette action favorable s'étend également à la pneumonie, tandis que les vomitifs simples n'obtiennent point les mêmes avantages. Ajoutons, dit M. Sestier, que cette forme de pneumonie est plus fréquente pendant les chaleurs de l'été que dans les autres saisons, et qu'elle revêt parfois, sous des influences peu connues, la forme épidémique.

Quoique les traits de ce tableau soient bien adoucis, et qu'ils représentent plutôt les cas isolés et peu prononcés de pneumonie bilieuse qu'on rencontre quelquefois sous les influences ordinaires, dans les hôpitaux de Paris, que les cas tranchés qui s'observent en grand nombre sous une influence épidémique ; cependant, il suffit, pour donner une idée de la complication bilieuse qui se mêle assez souvent aux maladies de la saison, et qui les domine.

La pneumonie qui survient pendant le cours de la fièvre typhoïde se présente sous des formes tout à fait différentes, et sur lesquelles M. Sestier n'a peut-être pas assez insisté. L'une arrive dans la première, ou, au plus tard, dans la seconde période de la maladie ; c'est une pneumonie lobaire, dont les phénomènes morbides et les caractères anatomiques diffèrent beaucoup de ceux de la pneumonie simple ; l'autre, qui n'apparaît habituellement que pendant la troisième période, et qui n'est autre, à notre avis, que la pneumonie lobulaire que l'auteur décrit d'un autre côté sous le nom de pneumonie métastatique, de pneumonie exanthémateuse, etc. Quant à la pneumonie épidémique, sur laquelle nous trouvons ici quelques considérations historiques intéressantes, nous reconnaissons que ce n'est point à Paris, ni surtout dans les hôpitaux de Paris qu'on peut l'étudier.

Le diagnostic de la pneumonie chez les vieillards et les enfans offre des difficultés qu'on ne rencontre pas chez l'adulte ; aussi occupe-t-il, dans l'ouvrage de M. Sestier, une place importante, où les travaux de MM. Hourmann et Dechambre, Rilliet et Barthez, sont reproduits presque littéralement. Les détails dans lesquels nous sommes entrés en rendant compte des recherches de ces observateurs nous dispensent de nous arrêter sur ce point.

Nous ne trouvons rien sur le pronostic qui mérite d'être cité. La partie statistique même, qui aujourd'hui a une si grande importance aux yeux de beaucoup de praticiens, et qui réellement peut être d'une grande utilité pour l'étude du pronostic, est faiblement traitée, et les résultats obtenus, ne reposant que sur des séries de chiffres peu importantes, sont nécessairement de peu de valeur ; nous en exceptons pourtant ce qui est relatif à l'âge du malade, circonstance qui exerce une remarquable influence sur la mortalité de la pneumonie. « On peut, dit M. Sestier, sous ce rapport, établir deux échelles, l'une ascendante, l'autre descendante,

toutes deux partant de l'âge de 6 ans. Dans la première, on voit la pneumonie devenir d'autant plus grave que le malade est plus âgé; dans la seconde, la maladie devient au contraire d'autant plus grave que le sujet est moins âgé»; le tableau suivant démontre l'exactitude de cette assertion pour ce qui regarde une partie de la première échelle.

De 30 à 40 ans......	7 morts sur	39 malades	1/5
40 à 50 ans......	7	—	21	—	1/3
50 à 60 ans......	10	—	25	—	1/2
Au-dessus de 60 ans...	17	—	27	—	2/3

D'un autre côté, chez les enfans de l'âge de 12 à 6, on voit la pneumonie devenir remarquablement bénigne et se terminer heureusement dans l'immense majorité des cas. Il paraîtrait même, d'après des recherches faites pendant plusieurs années à l'hôpital des Enfans, que la mortalité de la pneumonie chez ceux qui ont passé l'âge de six ans serait de 1 sur 30. Ce chiffre nous paraît, nous devons l'avouer, fort extraordinaire, et n'est appuyé ici sur aucun document positif. L'étude de l'étiologie de la pneumonie, cette maladie si fréquente, dont les cas affluent, pour ainsi dire, pendant toute l'année dans les hôpitaux, est encore peu avancée; et, pour donner une preuve de l'indifférence avec laquelle on laisse passer tous les faits incontestables qui en contiennent les élémens, nous citerons une cause occasionnelle, sur laquelle il y a le plus d'accord et le plus de facilité à obtenir des renseignemens des malades, nous voulons parler de l'influence du refroidissement; eh bien! malgré toute l'ardeur de nos statisticiens, qui devaient en quelques années faire faire plus de progrès à la science qu'elle n'en avait fait depuis l'origine des siècles, et qui devaient donner la solution de toutes les questions agitées, l'influence du refroidissement sur la pneumonie n'a pas encore été appréciée, et M. Sestier, après avoir opposé sur ce point les chiffres de M. Chomel à ceux de M. Bouillaud et de M. Briquet, est obligé d'en appeler à de nouveaux observateurs. « De nouveaux faits; dit-il, sont indispensables pour résoudre numériquement cette question importante.» Ce que nous disons de la question du refroidissement, nous pourrions le dire d'une foule d'autres, également importantes, et sur lesquelles les recherches statistiques auraient pu jeter quelque jour.

Quant à la pneumonie épidémique, tout en admettant avec l'auteur que le froid peut contribuer à sa production, nous pensons pourtant qu'il faut en chercher ailleurs la cause, au moins pour la plupart des épidémies, que dans une différence de quelques degrés de température.

Nous voici arrivés à la partie la plus intéressante du travail de M. Sestier, au traitement de la pneumonie. Si on demandait à une personne étrangère aux études médicales quelle est la maladie dont les médecins connaissent le mieux le traitement, il est probable qu'elle répondrait : ce doit être la pneumonie. Et pourtant nous avons quelque raison de douter de l'exactitude de cette réponse; car quand tant de méthodes différentes, qui se divisent elles-mêmes en tant de procédés différens, arrivant à peu près toutes au même résultat, on a quelque droit de douter de leur efficacité définitive et réelle. L'embarras de M. Sestier dut être grand quand il se trouva vis à vis toutes ces méthodes opposées, sur lesquelles il devait se prononcer et faire choix d'une ou de plusieurs d'entre elles, suivant sa manière de voir; il ne s'est cependant pas laissé arrêter par cette difficulté, et au lieu de l'attaquer de front, il a mieux aimé laisser ce soin à d'autres, et s'est contenté de la tourner; au lieu donc de donner le traitement de la pneumonie, il a passé en revue assez fidèlement tous les différens traitemens qui ont été employés contre cette maladie, laissant à ses lecteurs le soin de les critiquer et d'en faire un choix, et enfin ne donnant à aucune de ces médications, on plutôt à leurs auteurs, le droit de se plaindre de ses procédés à leur égard. Ainsi, à l'occasion des *émissions sanguines*, M. Sestier fait connaître la manière dont elles ont été et sont encore employées aujourd'hui, et nous voyons passer successivement devant nous les principaux praticiens qui les ont employées, Laënnec, MM. Chomel, Husson, Louis, Grisolle, Bouillaud et autres. Le mémoire dans lequel M. Louis avait tenté, il y a quelques années, de démontrer que la saignée est presque sans effet dans le traitement de la pneumonie se trouve rapporté presque en entier et textuellement à côté des conclusions générales auxquelles M. Bouillaud est arrivé sur la mortalité de la pneumonie traitée par la formule des saignées coup sur coup, et qui sont rapportées aussi textuellement. Entre des opinions aussi opposées, il n'est pas d'accommodement possible. « Quel parti prendre, dit l'auteur, dans cette circonstance difficile? Sans nous étonner de trouver des résultats *différens* et quelquefois *opposés* là où la méthode générale *n'a pas été la même*, et convaincu que les résultats thérapeutiques ne peuvent en statistique être résolus qu'à l'aide des *grands nombres*, et en ayant soin de diviser et de subdiviser les groupes des maladies, suivant les circonstances, qui modifient plus ou moins la marche, la durée, la terminaison de leur affection, nous attendrons que de nouvelles observations soient venues confirmer ou infirmer les résultats précédemment indiqués.» Nous ne savons si cette solution, qui pourrait être bonne pour un problème de simple spéculation, pourra satisfaire une science aussi éminemment pratique.

Si M. Sestier n'est pas encore éclairé sur la manière d'employer les émissions sanguines dans le traitement de la pneumonie, il paraît l'être davantage sur l'efficacité de l'émétique à haute dose, bien qu'il ne rende compte que d'une manière diffuse et embarrassée du mode d'action de cette médication; car, après avoir attribué à la dérivation produite par les vomissemens et la diarrhée les heureux effets de l'émétique à haute dose, il dit : « enfin, suivant quelques auteurs, l'émétique à haute dose exercerait une action *spéciale* et *occulte*, » entendant probablement par cette *action occulte* l'action contro-stimulante de l'émétique à haute dose. Puis, quelques lignes plus bas, il dit, toujours en parlant de l'émétique à haute dose : « un médicament qui, même sans déterminer de vomissemens ni de diarrhée, diminue l'irritabilité de l'appareil respiratoire, affaiblit et ralentit les mouvemens du cœur, exerce une action sédative sur le système nerveux, rend plus active l'absorption interstitielle, augmente les sécrétions salivaire et urinaire, ainsi que l'exhalation cutanée, ne peut que devenir utile dans le traitement de la pneumonie. » Mais la plupart des effets que l'auteur attribue ici à l'émétique à haute dose constituent précisément cette action contro-stimulante, qui n'est ni plus occulte ni plus mystérieuse que toutes les autres actions thérapeutiques que nous ne connaissons que par leurs effets.

Autant nous trouvons d'incertitude dans l'exposé général des médications destinées à combattre la pneumonie, autant, au contraire, l'auteur a mis de soins à indiquer clairement le traitement qui convient à chacune des formes spéciales sous lesquelles se montre souvent la pneumonie, ce qui termine le volume. Nous regrettons vraiment qu'au lieu de cet exposé historique, dans lequel on croirait reconnaître que l'auteur a eu pour principal but de ne critiquer aucun système, il n'ait pas indiqué cette bonne et large médication qu'emploie M. Chomel, et avec lui tous les bons praticiens de l'époque, et qui consiste dans l'emploi des évacuans (émissions sanguines et cathartiques), proportionné à la force et à l'âge des malades, ainsi qu'à la résistance de la maladie, et aidé, suivant les circonstances, des autres moyens thérapeutiques dont il parle à l'occasion du traitement des différentes formes spéciales.

Si, avant de terminer cette notice, nous jetons un regard sur l'ensemble de l'ouvrage de M. Sestier, nous reconnaîtrons que le principal défaut qui domine sur tous les points est le défaut de critique. Il se contente trop souvent d'exposer les opinions, sans exprimer celle qui lui est propre, sans faire connaître son choix. Cette absence de spontanéité, qui est très fâcheuse dans l'histoire du traitement, l'est aussi dans toutes les autres parties. L'écrivain doit avoir la force de ses opinions, et le lecteur, pensant que celui qui se détermine à écrire sur une question doit avoir au moins quelques idées arrêtées sur les points principaux, aime à trouver des opinions raisonnées, arrêtées, autant qu'il est possible. L'auteur a bien fait d'être sobre d'histoires d'observations. Les cas longuement détaillés ne sont utiles que pour les faits nouveaux, des aperçus neufs et de quelque importance. Le travail de M. Sestier, malgré les imperfections que nous venons de signaler, et bien que contenant moins de recherches originales que le premier volume des LEÇONS DE CLINIQUE (fièvre typhoïde), et bien qu'écrit avec moins de verve et d'indépendance que le second volume de la même collection, n'en est pas moins la meilleure monographie que nous ayons sur la pneumonie, et présente réellement sur tous les points, à l'exception toutefois du traitement, l'état actuel des connaissances sur cette grave et fréquente affection.

G.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 25. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 19 JUIN 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tons les samedis; chaque nnméro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. poor 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que dn commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau dn Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Sonscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renonveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Ponr ne pas décompléter les collections, ancun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'anraient pas donné avis de leur renonvellement avant le 1er juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directenrs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficnlté et les frais de reconvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés an domicile des Abonnés des départemens, ce mode de sonscription ne pent avoir lieo que ponr des abonnemens de six mois, de nenf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

MALADIES MENTALES.

MÉMOIRE SUR LA RÉVULSION MORALE DANS LE TRAITEMENT DE LA FOLIE; par M. le docteur LEURET, médecin en chef de la deuxième section des aliénés de Bicêtre — Rapport par MM. PARISET, LOUIS et DOUBLE, rapporteur ; lu et adopté dans la séance du 1er juin.

L'Académie a entendu lire en totalité le mémoire dont nous allons lui rendre compte. En débntant de la sorte, nous ne prétendons point nous affranchir, même en partie, de nos devoirs de rapporteur ; nous donnerons l'analyse de ce travail. Mais nous voulons avant tout rappeler et constater à la fois l'attention sontenue, l'intérêt vif et prolongé qne cette lectnre obtint dans l'assemblée. Nous tronvons dans notre remarque un moyen honorable et sûr de légitimer et de rehausser beancoup les éloges qne nous aurons à donner à ce travail. Ajoutons qne si, dans notre rapport, nous étions conduits à quelques réflexions critiqnes, nous en serions absous, nons osons l'espérer, et par l'Académie et par l'anteur, à la favenr de la remarqne.

Dans cette même remarqne, nons tronvons encore l'occasion de faire observer combien ces tableaux dramatiques de l'aliénation mentale ont de puissance pour nous émouvoir, et de dire jusqu'à quel point nous nous trouvons tous disposés à compatir à cette ruine on partielle ou totale des trésors de l'intelligence, trésors dont, à juste titre, nous sommes

Feuilleton.

ZOOLOGIE GÉNÉRALE.

Nous profiterons aujourd'hui de la liberté que s'est dès longtemps acquise le feuilleton de la GAZETTE MÉDICALE de conduire ses lecteurs dans des régions, sinon tont à fait étrangères à la médecine, du moins quelque peu lointaines et écartées, pour appeler lenr attention sur une publication récente d'un de nos zoologistes les plus distingues, M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire (1). La médecine, d'ailleurs, considérée comme science, ne pent que gagner braucoup à l'étude de la nature bumaine en général, et celle-ci, à son tour, n'est en definitive qu'une branche de la science de la nature animale, c'est-à-dire de la zoologie. Mais, en l'absence même de ces rapports réels, qnoique éloignés, les questions traitées dans le livre dont nous parlons offrent un grand attrait de curiosité scientifique à tons les hommes qui cultivent lenr science avec un esprit philosophique. Pour notre part, la lecture des savantes et ingénieuses dissertations de M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire nous a inspiré tant d'intérêt, et apporte tant d'instruction, qu'il nous a parn utile d'en donner, dans les limites de notre compétence, une conrte analyse, à laquelle nous joindrons quelques remarques.

Cet ouvrage se compose de deux parties distioctes et séparées, d'une partie *historique* et d'une partie *dogmatique*. Dans la première, l'auteur expose, dans une série de morceaux matériellement detachés, mais logiquement enchaînés, l'histoire de la zoologie, on plutôt (pour ne pas ôter à ce travail son véritable caractère) l'bistoire de la marche de l'esprit bumain dans la formation successive de la science zoologique. C'est une histoire philosophique des idées, et non une histoire technique des faits, et, sous ce rapport, le travail de M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire a le double mérite d'être, pour ainsi dire, neuf par le but, et en ootre de ne pas rester au-dessous de ce but. Il est en effet aussi difficile d'expliquer philosophiquement nne science que de la faire techniquement ; car, d'une part, cenx qui l'étudient et la cultivent spécialement out rarement la conscience bien refléchie de ce qu'ils font et encore moins de ce qu'ont fait les autres, et, d'autre part, les hommes qui sentent le besoin de ces explications générales, les philosophes, manqnent souvent des connaissances spéciales indispensables. Il y a en outre comme obstacle général aux travaux de cet ordre, un préjugé commun aux savans qui pratiquent et aux philosophes qni méditent, qui fait croire aux premiers que la spécnlation et les déductions rationnelles sont tout à fait chimériques, et aux seconds que les études techniques sont à la fois sans terme et sans lnmière véritable pour l'esprit. Et s'il arrive même souvent que ces deux classes d'esprit consentent à s'accorder en principe et théoriquement sur l'egale importance de leurs points de vue, leur opposition primitive ne tarde pas à reparaître dans la pratique, et on les voit, dans le fait, chacune obéir à sa tendance spéciale, et s'éloigner d'autant plus de celle de l'autre, qu'elle suit la sienne avec plus de profondeur et de consequence.

(1) ESSAIS DE ZOOLOGIE GÉNÉRALE, OU MÉMOIRES ET NOTICES SUR LA ZOOLOGIE GÉNÉRALE, L'ANTHROPOLOGIE ET L'HISTOIRE DE LA SCIENCE. Chez Roret, 1841, 1 vol. in-8°.

si fiers, et qui nous placent si haut au-dessus de tout ce qui a reçu le don de la vie.

Le travail de M. Leuret se compose, d'une part, de quelques considérations générales sur le traitement moral de la folie, et en particulier sur la valeur des diversions morales pour combattre l'aliénation mentale. Il se compose, d'autre part, de deux observations individuelles, qui offrent deux exemples mémorables des avantages de la méthode des diversions. Point n'est besoin de dire que M. Leuret aurait pu facilement communiquer un bien plus grand nombre d'exemples de pareils succès. On concevra sans peine et chacun ici interprétera en bien cette discrète réticence.

M. Leuret divise en deux séries les moyens moraux propres à redresser les égaremens de la raison, à guérir les monomaniaques.

La première série de ces moyens moraux consiste à produire une diversion bien calculée, adroitement combinée, dirigée sur une ou sur plusieurs des facultés intellectuelles restées intactes, en donnant à ces facultés une activité insolite, qui absorbe toutes les autres, et qui fixe principalement, d'une manière sérieuse et soutenue, l'attention des malades. C'est, en principe de morale, un point, que personne ne contestera, savoir, que l'on vient plus aisément à bout des passions extrêmes par la diversion que par l'opiniâtreté à les attaquer de front, à les combattre directement. M. Leuret a fait l'application de ce principe au traitement de la folie; on verra bientôt les avantages qu'il a su retirer de cette sorte de stratégie morale.

La deuxième série des moyens moraux a pour objet de ramener les facultés altérées à leur état normal, en agissant par voies directes sur ces facultés elles mêmes. Ces moyens sont les avertissemens, les exhortations, les conseils et aussi l'autorité exercée avec plus ou moins de vigueur, selon les circonstances. En vain, dans notre opinion, on reprocherait à M. Leuret ce que l'on nomme son système d'intimidation. On conçoit bien que, dans quelques circonstances et envers certains caractères, ce système devienne indispensable et qu'il soit alors d'une grande utilité pratique. Entre les individus dont la raison est perdue et les individus dont la raison n'est pas encore développée, entre les aliénés et les enfans, il existe plusieurs points d'analogie; il ne convient pas plus d'adopter un système de traitement moral exclusif envers les aliénés qu'il ne convient de suivre un système uniforme d'éducation pour tous les enfans. La douceur est ici, sans doute, la bonne méthode générale; mais la rigueur, comme exception, devient souvent nécessaire.

Deux observations, nous l'avons déjà dit, sont destinées, dans le mémoire que nous examinons, à mettre en relief et à réduire en exemples les préceptes touchant la révulsion morale appliquée aux aliénés.

Nous arrêterons-nous un instant à ces termes, impropres, suivant nous, de révulsion morale? Avouons que, si la pensée nous plaît beaucoup, l'expression nous est quelque peu choquante. M. Leuret a aussi employé plusieurs fois le mot diversion. Celui-ci nous paraît mieux sonnant; il est, d'ailleurs, usuel en cette matière, et nous l'adoptons de conviction.

Puisque les deux observations que nous avons annoncées sont, comme le résumé pratique, des préceptes concernant la diversion morale, faisons d'abord renaître en peu de mots le souvenir de ces deux observations.

Obs. I. — Une dame, âgée de 28 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé physique, avait eu, avant son mariage et à plusieurs reprises, de singuliers scrupules; assistant un jour à la prise d'habits d'une de ses amies qui se faisait religieuse, elle crut avoir elle-même prononcé les vœux. Elle fit part de sa persuasion à sa mère, et celle-ci, dans la vue de convaincre sa fille, se livra avec elle à toutes les démarches capables de la dissuader. Plus tard cette malade, dans la cérémonie du contrat de mariage d'une autre amie, crut, parce qu'elle avait apposé sa signature au contrat, que c'était elle qui se trouvait engagée. Dès lors, nouvelles confidences à la mère, et de la part de celle-ci nouvelles tentatives pour éclairer et pour persuader sa fille. Cette jeune personne se maria dans ces entrefaites, et quelque temps après, durant une absence que fit le mari, étant momentanément retournée auprès de sa mère, elle fut prise de nouveau de plus violens et de plus absurdes scrupules. Elle se crut successivement religieuse, puis prêtre, et finalement pape. Et comme la mère, inintelligente et faible, ne combattait jamais ces folles pensées que par de malencontreuses condescendances, l'imagination de la malade en était persécutée si souvent et avec tant de violence qu'elle avait plusieurs fois songé au suicide pour s'en délivrer.

Il est essentiel d'ajouter que la malade éprouvait des crises nerveuses. Elle se débattait, criait et se mettait dans des états propres à effrayer tous les assistans; elle avait d'ailleurs de l'insomnie et une céphalalgie habituelle. Ses règles n'étaient en rien dérangées, il est vrai; mais à l'époque de leur apparition, il y avait une exacerbation presque constante de la manie.

C'est au milieu de ces circonstances que M. Leuret entreprit le traitement de cette maladie. Il exigea de la malade la promesse solennelle de suivre aveuglement tous les conseils de son médecin. Placée au sein d'une famille autre que la sienne, la malade s'engagea à ne jamais parler de ses croyances, de ses scrupules. Elle fut assujettie à prendre chaque jour plusieurs leçons d'arithmétique, de géographie, d'histoire; leçons que M. Leuret donnait lui-même; un traitement pharmaceutique fut simulé. Il était assujétissant, désagréable, mais au fond il n'avait aucune valeur réelle. Toutes ces contraintes gênaient et contrariaient fort la malade; mais comme elle voulait guérir, elle se soumit. Peu à peu elle devint plus attentive à tout ce qu'on exigeait d'elle; elle dépouilla par degré les pensées fausses qui l'obsédaient si cruellement, et au bout de quelques mois elle se trouvait en pleine voie de guérison.

Cependant une recrudescence eut lieu. Par sa présence d'esprit et par la vigueur de son caractère, M. Leuret parvint bientôt à en triompher à l'aide de la même méthode. En six mois de temps environ, la guérison de cette singulière maladie était assurée.

On le voit par ce fait, Locke a eu raison lorsqu'il a remarqué que de violentes liaisons d'idées sont souvent l'origine de la folie: et Condillac s'est peu écarté de la vérité quand il a fait consister la folie dans une imagination qui, sans qu'on soit capable de le remarquer, associe des idées d'une manière tout à fait désordonnée et influe quelquefois dans nos jugemens et dans notre conduite.

Obs. II. — Une demoiselle de 35 ans est prise de monomanie ambitieuse, de folles espérances de fortune et de mutisme volontaire. Elle refuse opiniâtrement de communiquer avec qui que ce soit, même pour ses propres besoins, autrement que par écrit; attendu qu'il lui est impossible, écrit-elle, de parler. Ce mutisme résolument observé, durait depuis 18 mois, lorsque M. Leuret entreprit de le combattre; pour cela il se constitua muet lui-même; ses visites à la malade se faisaient par signes. Un pareil stratagême, dressé et mis à exécution de telle sorte que la malade ne pouvait le prendre que très au sérieux, frappa d'abord vivement l'imagination de cette demoiselle, effrayée d'ailleurs par un appareil de moyens pharmaceutiques multipliés, assujétissans, fastidieux; mais du reste sans action aucune. Ce plan de conduite médicale, modèle d'invention et d'adresse eut un merveilleux succès. Le rétablissement ne se fit pas longtemps attendre et en peu de semaines la guérison parut achevée.

Egalement éloigné de ces deux directions exclusives et par la nature de son esprit, et par ses laborieux et longs travaux de détail, M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire a pu à la fois se placer à la hauteur nécessaire pour embrasser l'ensemble de la science dont il raconte et explique la marche et le développement, et appuyer ses déductions sur la solide base des faits. Ses recherches historiques sont distribuées en six mémoires dont le premier offre un tableau général de l'histoire de la zoologie depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, et les autres des investigations particulières: 1° *sur les naturalistes compilateurs du* XVI*e et du* XVII*e siècle*; 2° *sur les travaux de Linné dans la nomenclature et la classification zoologiques*; 3° *sur le règne animal de Cuvier et sur la classification adoptée dans cet ouvrage*; 4° *sur les travaux zoologiques et anatomiques de Goëthe*; 5° *sur la Tératologie*. M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, quoique placé comme zoologiste sur la limite des deux écoles rivales qui se disputent en ce moment l'empire, dont l'une, au nom de l'observation et de l'analyse, reconnaît pour dernier chef Cuvier, tandis que l'autre, au nom du raisonnement et de la synthèse, a pour maîtres Buffon, Goëthe, et de Lamarck, pour ne parler que des morts, a, comme philosophe et historien, une sympathie non équivoque pour cette dernière. Et s'il apprécie avec justesse, et impartialité les travaux de la première, il a pour la seconde un sentiment plus vif d'admiration et de reconnaissance. L'esprit général de sa critique est inspiré, mais non dominé, par cette préférence. Or, cette préférence, nous la partageons nous-même. Tout en nous associant en général à ses sympathies et à ses jugemens sur ces deux écoles, nous différerions peut-être sur la manière de considérer leur tendance, leur but, leur rôle et même leur date, ou du moins nous exprimerions différemment notre pensée sur ces divers points. Sans entrer dans la discussion directe d'une question de cet ordre, absolument inabordable ici, nous indiquerons seulement quelques-uns des motifs de notre divergence, sinon de notre dissentiment, en prenant pour texte quelques passages de notre auteur.

Dans sa *préface*, M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire cherchant à caractériser l'esprit de ces deux écoles, et à bien préciser leur différence, établit que l'une appelée *positive* se distingue par la recherche exclusive des *faits* à l'aide de l'*observation*, l'autre *systématique* ou *philosophique* par la tendance vers la *généralisation* et *l'abstraction*. Cette première détermination, réduite à ces termes généraux, serait jusqu'à un certain point assez fondée; mais en la développant, M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire lui donne un sens qui ne nous satisfait pas complètement. Il semble croire, en effet, qu'il existe dans les procédés de ces deux écoles une ligne de démarcation telle, qu'il y a entre elles une sorte d'*hiatus*. Traçant une ligne rigoureuse entre les *faits* et les *rapports* ou *lois*, entre l'*observation* et la *raison*, il suppose que l'une de ces deux écoles ne cherche et ne trouve que des faits particuliers, n'a d'autre moyen d'information que le témoignage des sens et ne reconnaît d'autres vérités que les phénomènes sensibles, tandis que l'autre, tout en ne repoussant pas les *faits*, s'occupe avant tout des lois et des rapports, et découvre des vérités abstraites et générales par la seule force de la pensée et du raisonnement. Poursuivant cette distinction dans l'histoire, il les fait naître à la suite l'une de l'autre, de manière que là où l'une finit l'autre commence. Dans ce point de vue, l'école dite positive, ayant pour mission unique de rassembler des matériaux par l'observation, a dû venir la première, mais elle doit aussi se retirer dès que sa tâche est accomplie et faire place à la

Le dirons-nous, à titre d'utilité d'application, cette deuxième observation ne saurait guère devenir profitable autrement que par voie d'analogie plus ou moins indirecte. Une fille muette pendant 18 mois, par la seule force de sa volonté ; et à côté d'elle un médecin muet par esprit d'état, il ne faut pas espérer de rencontrer cela bien souvent, même durant le cours d'une longue et nombreuse pratique.

Dans les deux faits que nous venons d'analyser, on l'aura remarqué, la volonté est restée intacte, en ce point que les deux malades ont toujours vivement désiré de guérir. C'est sur ce principe du vouloir que roulent et que reposent les moyens mis en usage et aussi la possibilité du succès de ces moyens. Nous insistons à dessein sur cette réflexion. La volonté qui n'est autre chose que la faculté de prendre une détermination, d'après des motifs réfléchis, est presque toujours pervertie chez les individus actuellement soustraits à l'empire de la raison. Quelquefois il existe un attachement moral, qu'il y a absence totale de volonté. Dans d'autres cas il faut lutter contre une volonté délirante insurmontable ; on bien on a contre soi une volonté négative telle que ces malheureux n'ont de volonté que pour ne pas vouloir. Mais aussi longtemps que l'intelligence conserve chez les aliénés une volonté, et que cette volonté, par rapport au fait même de leur maladie, reste plus ou moins soumise à l'empire de la raison, l'aberration de l'esprit est-elle bien déclarée, bien forte, bien opiniâtre ? c'est là une question que nous soumettons aux hommes courageux livrés à la douloureuse spécialité qui nous occupe.

M. Leuret, on l'a vu par le titre de son mémoire, n'a voulu aborder dans cette circonstance que la question des diversions morales ; il a pu par conséquent, il a dû même jusqu'à un certain point, parler de cette méthode et l'exalter à l'exclusion de toute autre ; cela s'appelle ne point sortir de son sujet. Mais il ne faudrait pas croire pour cela qu'il veuille condamner et proscrire toutes les autres méthodes ; son esprit est trop judicieux, sa raison trop profonde et sa pratique trop éclairée. On en trouve d'ailleurs des preuves réitérées dans ses divers ouvrages, et nous en avons une démonstration péremptoire dans le mémoire même que nous rapportons en ce moment, dans lequel nous lisons les lignes qui suivent : « Lorsque quelque cause physique appréciable a déterminé l'apparition du délire ; quand des symptômes somatiques l'entretiennent ; si le cerveau est malade ; si il est altéré dans sa texture, dans ses propriétés physiques, la folie sera-t-elle traitée par des moyens moraux ? Le traitement moral employé seul dans les cas de ce genre serait inutile et pourrait même devenir nuisible. »

Les idées absolues, rigoureuses, sans restriction et sans réserve sont rarement de mise dans la vie pratique en général ; elles sont bien moins admissibles encore en fait de médecine appliquée, où nous opérons trop souvent sur des phénomènes fugitifs, variables et qui échappent si facilement. L'éclectisme aime les expressions qui amollissent et tempèrent la témérité des propositions ; et comme le disait Montaigne : « Il se plaist aux façons de parler enquestantes et non résolutives. » Tenir pour principe que les diversions morales suffisent seules au traitement de la folie, ce serait commettre à la fois et une faute et une erreur.

Et d'abord, ce serait une faute ou même un dol véritable envers la médecine. Songeons-y bien, Messieurs ; par une conséquence inévitable de ce principe que les aliénés ne réclameraient aucun secours tiré de la pharmacie, l'étude et le traitement de toute altération des facultés intellectuelles échapperaient bientôt au domaine de la médecine ; les philosophes, les moralistes et les théologiens se hâteraient de s'en arroger les attributions. La science et l'humanité en souffriraient à l'égal ; car, dans notre opinion, si la physiologie de l'entendement humain est encore à faire, si l'analyse des fonctions de l'intelligence n'a que peu ajouté à nos connaissances sur les aliénations mentales, cela tient beaucoup à ce que, jusqu'alors, la psychologie n'a pas été cultivée d'une manière assez grave, assez sérieuse par des hommes profondément versés à la fois et dans les sciences médicales et dans la pratique de la médecine.

Par bonheur l'adoption absolue, exclusive du traitement moral des aliénés serait aussi une erreur capitale. Plus d'une fois dans les écoles, parmi les solidistes ou les matérialistes surtout, il a été soutenu que la folie dépend toujours de causes matérielles : *omnia dementiæ genera causas corporeas agnoscere patet* (1). Nul ne l'ignore, des sensations internes causées par les mouvemens intestins de nos organes donnent aussi naissance à des déterminations morales, à des idées, à des passions. Il est incontestable que la manifestation d'un grand nombre de monomanies a lieu sous l'influence de causes purement physiques, de dérangemens matériels de l'organisme ; et d'un autre côté des modifications physiques variées ont plusieurs fois servi de moyen de solution suffisante, définitive, à des monomanies opiniâtres. Lorry raconte l'histoire d'une femme qui tombait en aliénation mentale chaque fois qu'elle devenait enceinte. La folie se dissipait en entier dès que l'accouchement était terminé. Mead rapporte le cas d'une femme atteinte de manie et qui en fut délivrée par une ascite accidentellement survenue. La monomanie se présente quelquefois avec des rémissions très marquées qui se montrent à de courts intervalles d'une manière très caractérisée et assez longtemps persistante : le quinquina dans ces cas, est le remède le plus efficace. Un flux hémorroïdaire abondant, soutenu, a quelquefois servi de solution à des crises graves de mélancolie. Il serait facile de multiplier beaucoup ce genre de citations. Il importe d'ajouter que les mouvemens qui semblent appartenir le plus essentiellement au domaine moral, présentent le plus souvent de notables dérangemens de quelques-unes des fonctions de la vie organique ; ici l'agitation, l'insomnie, un appétit extrême, la constipation ; là une grande apathie physique, des somnolences, le manque d'appétit, la diarrhée, etc. Et comment n'en serait-il pas ainsi ? voyez l'influence énorme de l'intelligence sur la santé. Les penchans, les affections de l'âme, les passions, les travaux de l'esprit constituent une des causes les plus fréquentes et les plus actives des maladies en général et de leurs plus éminens dangers : par contre dans presque toutes les maladies, la paix du cœur, la tranquillité d'esprit et la sérénité de l'âme sont de puissans motifs de guérison. Qui ne sait l'action débilitante des passions tristes ; et au contraire l'excitation causée par les affections joyeuses de l'âme ou plus généralement la puissante influence des idées et des passions sur les fonctions de tous nos organes ? Disons de plus que dans les traitemens dirigés de la manière la plus formelle contre le moral, on voit toujours d'une part les nombreux et les puissans secours empruntés à l'hygiène y prendre une large part et la série des moyens pharmaceutiques venir prêter aussi leur efficace assistance.

Des agens thérapeutiques employés dans l'origine, à l'exclusion de tous autres, complètement abandonnés plus tard, et repris de nos jours avec

(1) Gorter. Oratio de animi et corporis consensione mirabili tam in secundâ quam adversâ valetudine.

seconde qui emploie *enfin* le raisonnement. Puis généralisant ces différences, M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire ajoute : « que la science ayant deux ordres de vérités à connaître aura *désormais* deux méthodes. » (Préface *passim*.) Enfin pour compléter sa pensée il établit plus loin, en principe (p. 55), que toute science résulte essentiellement de *deux* ordres de faits, les faits *particuliers* et les faits *généraux* dont les uns sont exclusivement donnés par l'observation et les autres par le raisonnement.

M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire établit donc entre les deux écoles une distinction radicale ; il les croit non seulement différentes, mais même opposées. Il leur assigne deux buts, deux ordres de moyens, deux méthodes, deux époques. Or, selon nous, cette division nous semble trop tranchée et un peu forcée, du moins dans les termes. Nous admettons qu'il y a bien deux directions ou tendances, ou, si l'on veut, deux écoles ; mais nous verrions entre ces deux écoles une différence de degré plutôt que de nature. La distinction entre l'observation et le raisonnement, entre les faits particuliers et les faits généraux ou les lois, est juste, mais c'est une distinction purement logique ; ces choses, bien que séparables logiquement, sont toujours réunies dans l'application, et la science, à son origine comme à son plus haut degré de développement, et dans toutes les phases successives de son élaboration, n'a invariablement qu'un procédé, qu'une méthode. Le sauvage qui applique le même nom à deux oiseaux qu'il voit voler successivement devant lui a déjà généralisé ; il a en effet déjà aperçu le *semblable dans le divers* ; il a établi abstraitement un rapport d'*unité* entre *deux* êtres différens ; il a déjà fait de la science et de la zoologie, car il a nommé un genre ; or, ce nom *unique*, imposé à des êtres *multiples*, est un nom *général*, car il désigne, non tels ou tels individus, mais tous les individus observables, c'est-à-dire une classe ; et la notion acquise est par conséquent celle d'un fait général. Lorsque ce même sauvage, après avoir nommé du même nom le perroquet qu'il mange et l'aigle qui lui mange son perroquet, s'aperçoit d'une différence dans ces deux êtres d'abord confondus par lui parce qu'ils avaient tous deux des plumes et qu'ils volaient, il fait une opération inverse de la première, il voit le *divers dans le semblable*, la *multiplicité* dans l'*unité* ; et comme la parole accompagne indissolublement la pensée, dont elle est le signe et le corps, le sauvage ajoute à sa langue deux mots pour nommer ces deux êtres, non plus comme semblables, mais comme différens : il a découvert des espèces. Mais chacun de ces deux nouveaux mots est encore un mot général, car il ne désigne pas tel ou tel perroquet, tel ou tel aigle, mais tout perroquet ou aigle quelconque. Remarquons encore que, tout en inventant ces deux nouveaux noms spécifiques, il n'abandonne pas le premier nom générique ; ils restent ensemble dans sa langue et dans sa pensée. A mesure que les observations s'étendent, des différences de plus en plus nombreuses se révèlent, les noms se multiplient pour les exprimer, et, au bout de peu de temps, le sauvage a nommé, c'est-à-dire classé (car tout nom général est une classification) tous les oiseaux de son île. Il a subordonné les classes les unes aux autres sous des noms qui expriment divers degrés de généralité, depuis les noms propres qui désignent les individus, jusqu'au nom le plus universel qui désigne le genre tout entier. Cette classification sera, si l'on veut, très mauvaise, très imparfaite et très grossière ; mais, en définitive, elle ne diffère pas en essence, et comme procédé logique, des classifications construites par la science la plus avancée. Elle constate des rapports de ressemblance entre

ardeur sous l'influence des déductions fournies par les travaux récens de l'anatomie pathologique :

Les ressources infinies de l'hygiène constamment invoquées avec succès et au nombre desquelles il faut placer en très bon rang les travaux agricoles et les occupations analogues, mais moins rudes et plus relevées de l'horticulture :

Et finalement les modifications, les directions morales diversifiées, multipliées, agrandies suivant les circonstances.

Telles sont les trois grandes sources où de tous les temps on est allé puiser les secours offerts aux malheureux atteints d'aliénation mentale.

L'histoire de l'art, faite avec soin, comprise avec justesse, le prouve ; chacune de ces méthodes compte des succès légitimes avérés. La science est trop avancée aujourd'hui pour qu'il soit besoin de discuter laquelle des trois méthodes mérite la préférence par dessus les autres. La question ne peut plus rester sur un pareil terrein. Tout a été dit, tout a été fait sur ce sujet. Mais, ce qui reste à faire, et ce que l'Académie doit recommander aux hommes d'étude qui se livrent à cette spécialité de travaux, c'est de bien déterminer les circonstances où une des trois méthodes doit obtenir la prééminence sur les autres, et de préciser l'ordre, le mode et les degrés suivant lesquels les indications appellent la combinaison rationnelle de ces divers moyens. Dans notre opinion, on citerait bien peu de cas où il n'eût pas été utile et sage d'associer, de combiner les trois ensemble, soit simultanément, soit successivement.

Qu'on ne demande donc pas s'il faut préférer le traitement moral an traitement pharmaceutique et les exercices de l'intelligence aux travaux manuels. Il ne faut rien admettre ni rien rejeter d'une manière absolue, exclusive : sachons user de tout à temps et à propos. Acceptons ces diverses méthodes pour les employer avec discernement et les choisir, les associer, les manier, selon que l'exigent de rationnelles indications. Trop souvent, sans doute, on a préconisé, à l'exclusion des autres, une seule de ces méthodes. Il en est résulté alors une grave erreur de principes, il est vrai ; mais il en a jailli, en récompense, une démonstration plus vigoureuse et plus frappante des avantages de cette méthode en particulier. En approfondissant ainsi d'une manière, non point exclusive, mais très spéciale, l'importance du traitement moral, M. Leuret a mis en nouvelle évidence la condition éminemment morale de certaines monomanies, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles la monomanie existe primitivement, essentiellement dans les facultés intellectuelles, et sons la dépendance de causes non matérielles, de lésions non organiques.

C'est là, plus qu'on ne le penserait d'abord, un service rendu à la science et à la vérité ; car une école qui compte un assez grand nombre de disciples, et qui a puisé son influence dans les services, immenses d'ailleurs, rendus par l'anatomie pathologique, une école recommandable par les noms autant que par les productions dont elle se glorifie, soutient que la démence, considérée quant à son étiologie, n'est jamais dynamique ou vitale, et qu'elle est toujours organique ou matérielle. Cette opinion, vraie dans quelques cas, mais erronée dans certains autres, aurait des conséquences fâcheuses sur la direction du traitement, qui serait rendu alors beaucoup trop pharmaceutique. Le cerveau est bien certainement l'organe indispensable de la pensée; mais il n'est peut-être qu'une des conditions absolument nécessaires à la manifestation des actes de l'intelligence. Dans tous les cas, le matériel de son organisation, la mesure de son volume, ne sont pas le critérium unique de la perfection de ses facultés, et ces conditions physiques ne peuvent point rendre raison suffisante de la grande inégalité que l'on remarque dans les esprits ; il est évident qu'il faut surtout tenir compte, dans cette appréciation, du degré d'énergie vitale. Or, il arrive souvent que cet organe n'est atteint que dans ses propriétés vitales.

Une jeune personne est plongée dans la mélancolie la plus profonde par un amour contrarié ; elle a, de plus, de l'insomnie, de l'inappétence, des céphalalgies ; elle tombe dans le marasme. Après quelques mois de maladie, son amant se présente à elle avec la demande et la promesse d'un mariage certain. Aussitôt tous les symptômes de la mélancolie cessent, et la guérison est définitive.

C'est surtout aux premiers débuts et vers la fin de la convalescence de la monomanie que l'affection est toute dynamique. Comme la plupart des maladies, la folie a sa période d'imminence, appelée assez improprement par Georget et par Esquirol, période d'incubation. On a tout avantage à attaquer la maladie dès cette première période. Il n'y a encore que de simples et de légères modifications des propriétés vitales du cerveau, de faibles dérangemens de l'intelligence. Il en est de même pour les convalescences avancées; la folie ne consiste plus alors que dans des troubles peu considérables d'une ou de plusieurs des facultés intellectuelles.

En résumé, sur cette question capitale de l'histoire médicale de la folie, tantôt le point de départ de la monomanie est dans l'intelligence, et alors il faut surtout recourir au traitement moral ; tantôt, au contraire, il gît dans des lésions physiques de l'organisme, et, dans ce cas, c'est au traitement physique qu'il faut se hâter de recourir. La folie, qu'Erasme, ce nouveau Démocrite, appelle, dans son humeur satirique, la donneuse de biens, la folie, quoi qu'on en ait dit, n'est ni une maladie nouvelle ni une maladie de la civilisation. Des faits bien observés constatent que les animaux peuvent en être atteints.

Pour saisir les premiers et les plus anciens indices concernant l'isolement et le traitement moral appliqués à l'aliénation mentale, il faut remonter beaucoup plus haut que Willis, si profondément médité par Georget, que Daquin, que Pinel. Chacun a lu Plutarque. On le lit d'abord pour tout ce qu'il enseigne ; on le lit aussi pour l'entraînante naïveté que prête à ses récits son traducteur, l'immortel aumônier de François I[er].

Eh bien ! c'est dans Plutarque, et c'est dans Amyot, que nous avons puisé le premier fait venu à notre connaissance concernant l'isolement et la curation morale des aliénés.

Antiphon, l'un des dix orateurs dont Plutarque nous a laissé les vies, Antiphon, qui vivait depuis environ la 78[e] jusqu'à la deuxième année de la 92[e] olympiade, 411 ans à peu près avant J.-C., Antiphon, qui fut certainement le premier avocat de profession, fut aussi peut-être le premier médecin spécial des aliénés. Mais lisons dans Plutarque le passage même de la vie qui nous intéresse :

« En mesme temps qu'il vacquoit à la poësie, Antiphon composa aussi un art de remédier aux ennuis et maladies de l'esprit, ne plus ne moins que les médecins guarissent les maladies et douleurs du corps : et de faict ayant basti une petite maison à Coryuthe, sur la place, il meit un billet sur la porte qu'il faisoit profession et avoit le moyeu de guarir de paroles ceux qui estoient ennuyez et attristez, et leur demandant les causes de leurs ennuis, il les reconfortoit et consoloit leurs douleurs ; toutefois, de-

---

des êtres différens, et des rapports de différence entre des êtres semblables ; ces rapports sont *naturels*, c'est-à-dire donnés comme *faits* par l'observation sensible ; ils sont de plus *généraux*, car ils concernent des classes et non des individus ; les procédés logiques sont alternativement ou concurremment l'*analyse* et la *synthèse*, l'*observation* et le *raisonnement* ; et l'ensemble des notions acquises constitue la science du sauvage. Aristote, Linné et Cuvier ont fait autre chose que le sauvage, mais ils n'ont pas fait autrement. Ils ont exactement suivi la même méthode. L'école dite philosophique n'en a elle-même pas d'autre. Seulement le savant diffère du sauvage en ce qu'il a la conscience de ses opérations et l'intuition d'un but déterminé; en ce qu'il coordonne et régularise les procédés naturels en vue de ce but; en ce que ce but lui-même n'est pas un but pratique, donné par l'impulsion machinale née des besoins et nécessités fortuites de la vie, mais un but purement intellectuel, à savoir l'acquisition de la science pour elle-même et comme science; ce qui le porte à étendre incessamment sa recherche et à donner à son œuvre toute la perfection logique dont elle est susceptible.

De ce qui précède, nous pouvons tirer deux conclusions : 1° que la distinction, communément adoptée depuis Bacon dans la philosophie des sciences, et reproduite par M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire, entre deux ordres de faits, les particuliers et les généraux, et deux ordres de procédés logiques, l'observation sensible pure et le raisonnement, quoique admissible logiquement, ne se montre dans aucune application actuelle et réelle de l'intelligence humaine, et qu'au contraire la fusion indissoluble de toutes ces choses est impliquée dans tout acte de connaissance, et, par conséquent, dans toute notion scientifique; 2° que dès-lors cette distinction inexacte ne peut pas servir à caractériser convenablement l'esprit et la méthode des deux écoles zoologiques rivales, et que si ces écoles diffèrent, c'est sous d'autres rapports.

Pour sortir des généralités et mieux fixer le sens de notre observation, nous pouvons prendre pour base de discussion la grande question de l'*unité de composition organique*, qui est en ce moment le champ de bataille des deux écoles. M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire y attache une grande importance. Il pense que c'est là une question toute nouvelle, que son avènement dans la science marque la séparation de l'ère zoologique antique et de la moderne, et il attribue la gloire de cette découverte à l'école dont il fait partie, qui en a en quelque sorte la propriété. Nous penchons à croire pourtant que les champions des deux partis ne sont pas aussi loin les uns des autres qu'ils se le figurent. Les unitaires disent : il n'y a qu'un animal, ou, si l'on veut, il y a l'idée de l'animal dont tous les animaux sont des réalisations plus ou moins complètes, et ils presentent tous, sous les variétés infinies de dimension et de formes, la marque d'un plan primitif et commun à tous. Mais ils confessent en même temps qu'il y a des différences, que ces différences sont réelles et parfaitement réductibles à des termes assez fixes et assez tranchés pour constituer des genres et des espèces, pour légitimer en un mot le travail de classification de l'école opposée. D'autre part, les autres disent : il y a autant d'animaux qu'il y a d'espèces, et autant d'espèces qu'il y a de différences assignables entre les individus. La prétendue unité du type animal est une chimère. Mais ils conviennent néanmoins qu'il y a des ressemblances et des points communs entre toutes les espèces, tous les genres, et ils ne font aucune difficulté d'adopter, sous le nom de *règne*, un dernier genre *animal* qui

puis, estimant que cet art et profession là estoit trop petite et trop basse pour lui, il se remeit à enseigner la rétorique. »

Citation à part, M. Leuret le sait bien et il le déclare d'une manière fort explicite, ni le traitement moral en général, ni le système des diversions morales en particulier ne sont neufs dans la science. Ce qu'il y a de nouveau, ce que M. Leuret ne dit point, et ce que la commission de l'Académie se hâte de proclamer, c'est l'activité, l'énergie, la persistance et la perspicacité que M. Leuret a déployées dans la conception, dans la combinaison et dans l'application du système des diversions morales. Il y a là, sous ce rapport, une sorte de mérite d'invention, une sagacité d'application et une force de volonté auxquelles nous sommes heureux d'avoir à rendre justice. Pour être utile aux aliénés, il faut, a dit notre si estimable et trop regrettable Esquirol, il faut les aimer beaucoup et savoir se dévouer pour eux. M. Leuret a merveilleusement profité de cette leçon, dictée par le cœur généreux et compatissant de son illustre maître. En définitive, ce que nous faisons de saillant et de bien dans la vie, nous le faisons avec notre caractère, plus peut-être qu'avec notre esprit, et la vigueur de caractère dont la nature a doué M. Leuret ne peut manquer de faire avancer beaucoup et de mieux régulariser la médication par les diversions morales. Nous avons visité l'école élémentaire que M. Leuret a instituée à Bicêtre, et nous avons été émerveillés de son organisation. Nous avons vu et nous avons entendu là des aliénés et des idiots de divers âges et de différente nature d'aliénation, recevoir et donner par une sorte d'enseignement mutuel, des leçons de lecture, d'écriture, de calcul, de géographie, d'histoire, de dessin linéaire et de chant. Près de cent aliénés ou idiots prenaient part, soit comme acteurs, soit comme auditeurs, à ces leçons, et nous avons été frappés du calme profond et de l'attention soutenue qu'ils y prêtaient tous. Nous avons admiré surtout leur attention, cette faculté élémentaire de l'intelligence par laquelle ou va à toutes les autres, source primitive de nos idées, à laquelle on s'adresse toujours lorsqu'il s'agit de développer l'intellect dans l'enfance, et qu'il faut pareillement chercher à dominer quand on veut redresser l'intelligence faussée, égarée des aliénés. On ne saurait trop le répéter, l'attention, qui est comme la pierre angulaire de l'édifice intellectuel, en est aussi le meilleur criterium. Poisson, le géomètre illustre, durant les derniers jours de la longue et cruelle maladie à laquelle il a succombé, calculait comme mathématiquement les dégradations successives de ses forces physiques et de son intelligence, par l'intensité et par la durée de sa capacité d'attention aux problèmes les plus épineux de la géométrie.

Hâtons-nous de le dire, notre honorable et digne collègue, M. Falret, avait depuis longtemps établi à la Salpêtrière une école élémentaire pour les femmes aliénées. Déjà, en 1831, M. Falret réunissait en école comme 80 idiotes, imbéciles ou aliénées chroniques, choisies sur une population d'environ 400 folles, et des succès chaque jour plus encourageans couronnaient sans cesse de pareils essais. Un peu plus tard, le docteur Falret organisa, pour les aliénées à l'état aigu, une semblable école, composée de 80 élèves environ, prises parmi 200 de ces aliénées. Dans l'un comme dans l'autre cas, ces généreuses tentatives ont bien réussi. Des folles complètement abandonnées, des intelligences demeurées jusque-là stériles, ont pu recevoir une éducation inespérée, comme instruction, comme morale et comme religion. Plusieurs d'entre ces filles ont paru assez éclairées, assez raisonnables à l'aumônier de la maison pour qu'il les ait admises à participer au sacrement de l'Eucharistie : quelques-unes même sont rentrées dans la société et s'y rendent utiles par des travaux profitables. Ces renseignemens, ces données statistiques, nous les devons aux soins obligeans de notre recommandable confrère M. le docteur Herpin, de Tours, ancien interne à la Salpêtrière.

Sera-t-il nécessaire à présent de le faire observer ; est-il surtout besoin de le dire dans cette enceinte? Il faudrait bien se garder de jamais exercer l'esprit des aliénés dans le sens de leur délire; il faut éviter d'aiguillonner un peu vivement leur vanité, dans la crainte d'irriter leur amour-propre, soit en exaltant, soit en humiliant leur orgueil. Toutes les folies humaines seraient justement ramenées peut-être à une ambition exagérée, et l'ambition n'est-elle pas aussi de la vanité? Nous blâmerions par de semblables motifs la méthode des diversions morales poussées trop loin et surtout mal dirigées. On ne ferait que déplacer le mal et substituer une monomanie à une autre monomanie. On associe avec avantage à la vie sédentaire et aux études sérieuses des écoles élémentaires la vie distraite et secouée du travail manuel, et mieux encore du travail des champs. Sous ce dernier rapport, la ferme Ste-Anne, située aux portes de Paris, et confiée par les conseils de notre estimable et considéré confrère M. Ferrus aux soins et aux bras d'un grand nombre de travailleurs aliénés, mérite des éloges, autant par le bien qui s'y fait que par les améliorations dont elle nous a paru susceptible.

En rapportant le mémoire de M. Leuret, nous avons parlé quelquefois de monomanie. Mais existe-t-elle en réalité, la monomanie proprement dite, celle où les malades ne délirent que sur un seul et même objet? A cette grave question, la logique des faits, judicieusement interprétés, répondrait, selon vraisemblance, d'une manière négative. Sans doute, dans quelques mélancolies, le délire s'exerce souvent avec plus de vivacité sur une seule et même chose; mais toujours on finit par reconnaître que, chez les malades, la raison s'égare aussi sur divers autres points plus ou moins divergens. Boërhaave a considéré un des premiers la mélancolie sous le point de vue de l'idée fixe; mais, avec l'esprit sévère qui le caractérise, il a amoindri, adouci la proposition, ainsi qu'il convient presque toujours de le faire, en médecine appliquée surtout. Voici comment Boërhaave définit la mélancolie : *Morbus in quo æger delirat diu ac pertinaciter, sine febre, uni et eidem* FERE *cogitationi affixus.*

Que si nous soumettons à présent la question de l'existence de la monomanie proprement dite à la logique des doctrines générales de la médecine intellectuelle, nous trouverons que, plus peut-être encore que nos fonctions physiques, nos facultés morales, sont étroitement liées, unies, dépendantes, solidaires. Par l'attention, ce principe générateur des idées, à la faveur duquel nous découvrons les faits, on marche à la comparaison au moyen de laquelle nous rapprochons ces faits pour en saisir les rapports. Celle-ci, la comparaison, nous mène au raisonnement qui les réduit en système; à la mémoire qui, par sa merveilleuse propriété de faire revivre le passé dans le présent, enregistre ces faits et les reproduit quand on veut; au désir, qui nous porte à préférer et à vouloir, après délibération, selon nos intérêts ou nos besoins ; au jugement, indispensable et solide apanage des hommes adonnés aux sciences d'application ; à l'imagination, ce magnifique témoignage de la sublimité et de la faiblesse de l'esprit humain; et, finalement, à la raison, qui couronne si bien l'intelligence, qui résume et qui suppose toutes les autres facultés, dont elle est une juste conséquence ou un merveilleux abrégé.

Ce qui retarde peut-être nos progrès en fait de maladies mentales,

---

comprend tous les animaux sans exception. Ils sont d'accord donc, en fait, sur cette vérité incontestable que tous les animaux se ressemblent en quelques points, et diffèrent en quelques autres, et que ces points de ressemblance et de différence peuvent et doivent être assignés. Ainsi, les uns proclament en principe l'*unité*, mais sans pouvoir ôter la diversité ; et les autres proclament aussi en principe la *diversité*, mais sans pouvoir non plus méconnaître l'unité. Ils se partagent ainsi la double fonction de l'esprit scientifique, qui consiste, d'une part, à tendre sans cesse vers l'unité pour effacer les différences ; et, de l'autre, à multiplier sans cesse les différences pour détruire l'unité. La science humaine ne peut prétendre, en effet, saisir ni l'absolue unité, ni l'absolue diversité des choses; car une unité sans différences, et des différences sans unité, sont des notions complètement inintelligibles. Arrivées à l'un ou à l'autre de ces termes, toute connaissance, toute science, toute pensée, cesseraient à l'instant. Mais il n'est donné à nulle intelligence, à nul système d'arriver là. C'est entre ces deux pôles que marche et doit marcher la science zoologique, comme toutes les autres ; elle ne peut en sortir. Son rôle consiste à déterminer de plus en plus rigoureusement les points de rapports, soit positifs, soit négatifs, des êtres organisés, à les suivre dans toutes leurs circonstances les plus apparentes comme les plus cachées, et à mettre de plus en plus d'accord la pensée scientifique avec la réalité des choses.

Il convient d'ajouter que, tout en se plaçant logiquement à ces deux points de vue opposés, chacun des deux systèmes ne peut poursuivre le but auquel il aspire qu'en faisant, pour ainsi dire, les affaires de l'autre; car d'une part les uns ne peuvent prouver l'unité qu'en montrant comment elle se réalise différemment dans le particulier, et les voilà plongés aussitôt dans l'étude des différences; et d'autre part, les autres pour démontrer la variété sont obligés de faire voir comment elle converge vers des unités de plus en plus compréhensives et enfin vers une unité totale. Ils travaillent donc les uns et les autres à la même œuvre en commençant, si l'on nous permet cette expression, chacun par un bout; et c'est de ce travail commun que résulte la science.

La question de l'unité de composition organique est donc, à la vérité, fondamentale, comme le dit M. Geoffroy-Saint-Hilaire, mais il faut ajouter qu'elle est en fait la seule question zoologique possible, car la question opposée, celle de la diversité organique lui est toujours nécessairement corrélative. Aussi n'est-elle pas aussi nouvelle qu'on le dit. M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire a rassemblé avec beaucoup de soin dans Aristote, dans Bélon, dans Newton, dans Herder et autres philosophes ou naturalistes des traces plus ou moins précise de cette idée à laquelle le panthéisme moderne allemand a donné tant de retentissement, et il en a trouvé plus d'une. Mais en cherchant ailleurs il en aurait trouvé bien davantage. Si dans les siècles qui ont précédé la renaissance des sciences physiques et naturelles, la question n'a pas été explicitement posée sur le terrain de la zoologie, c'est que cette étude, comme toutes les autres sciences naturelles, était tout à fait négligée, et qu'on ne posait à cet égard ni cette question, ni aucune autre ; mais elle a été posée avec le plus grand éclat, et débattue avec fureur pendant près de mille ans dans toutes les écoles de l'Europe. Elle se retrouve en effet tout entière dans la grande querelle du Nominalisme et du Réalisme qui est l'expression même de l'anthitèse originaire et ineffaçable de l'esprit humain dans toute ses applications. L'école zoologique, dite positive ou expérimentale,

c'est l'oubli dans lequel les médecins ont paru laisser l'étude et l'analyse de l'entendement humain. Ne nous tenons-nous pas trop bornés à recueillir des faits d'une manière en quelque sorte empirique; et n'avons-nous pas négligé ici les méthodes, les élémens et la marche de toute science positive? Dans les sciences physiques, on étudie d'abord les corps dans leur état primitif ou de simplicité naturelle avant de passer à l'examen de leurs transformations successives, de leurs combinaisons accidentelles. En médecine même c'est par la physiologie que l'on va à la pathologie. Sans doute la physiologie de l'entendement humain est un sujet difficile, scabreux, réfractaire; mais le moyen de vaincre une difficulté sans l'aborder? Un pareil oubli, une si fâcheuse lacune pourraient bien être imputés en grande partie à l'homme laborieux, au médecin philosophe qui contribua d'ailleurs d'une manière si puissante et si salutaire à relever, à systématiser les études médicales, à cette mémorable époque de l'histoire de France, où pour renouveler de fond en comble l'éclat social, tant intellectuel que matériel, on eut la hardiesse de tout attaquer et de tout détruire. Pinel commence ainsi son fameux TRAITÉ DE LA MANIE: « Ce serait faire un mauvais choix que de prendre l'aliénation mentale pour un objet particulier de ses recherches en se livrant à des discussions vagues sur le siége de l'entendement et la nature de ses lésions diverses, car rien n'est plus obscur et plus impénétrable. »

A la manière des œuvres remarquables, l'œuvre de M. Leuret soulève une foule de grosses questions. Certes, nous n'avions pas mission de les agiter toutes; mais il était de notre devoir d'en discuter quelques-unes. La difficulté gît dans la limite; et cette limite, le rapporteur ne l'aurait-il pas dépassée? *Senes sunt garruli.*

Arrêtons-nous donc; l'étendue que nous avons donnée à notre rapport, et les discussions auxquelles nous nous sommes livrés, disent assez le cas que nous faisons du travail qui en est l'objet. Si tous les membres de l'Académie n'en avaient déjà la conviction profonde, si surtout nos précédens académiques pouvaient le permettre, nous dirions combien M. Leuret mérite de trouver un rang distingué parmi les hommes éminens restés encore en dehors de l'Académie et que nos vœux ainsi que leurs travaux appellent dans cette enceinte. Bornons-nous aujourd'hui pour l'ouvrage que nous venons d'examiner, aux conclusions suivantes:

L'Académie donne des éloges aux heureux efforts de M. Leuret, et renvoie son travail au comité de publication.

LOUIS, PARISET, DOUBLE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les cahiers de janvier, février et mars 1841 contiennent : 1° *Nouvelles recherches sur l'action des muscles obliques de l'œil;* par M. C. Radcliffe Hall. 2° *Œdème de la face et de la langue; ulcération, etc.;* par M. Syme. (Ces accidens furent la suite d'une salivation produite par 20 centigr. de calomel, administrés dans l'espace de 48 heures.) 3° *Sur la position du placenta;* par M. Joseph Bell. (Il rapporte un cas où le placenta était implanté sur la paroi antérieure de l'utérus). 4° *Sur le chyle et la lymphe;* par M. O. Rees. 5° *Note sur l'épidémie actuelle de la variole et sur la nécessité d'en arrêter les ravages;* par M. W. Farr. 6° *Sur le traitement des ulcères des extrémités inférieures;* par M. Joseph Bell. (L'auteur, après avoir cité 12 cas d'ulcères irritables et d'ulcères variqueux guéris par la méthode de Baynton, se plaint du discrédit dans lequel elle est tombée, et attribue les récidives qu'on lui impute à ce qu'elle n'est généralement pas employée dans toute sa rigueur et spécialement à ce qu'on néglige l'usage de l'eau froide en lotions, qui fait partie de ce mode de traitement.) 7° *Structure des cartilages;* par M. James Douglas. (Pour bien apercevoir la structure des cartilages, il faut scier la rotule, en se bornant à diviser la portion osseuse; puis on écarte les deux pièces, et les fibres perpendiculaires du cartilage paraissent alors à découvert.) 8° *Blessure grave de la tête;* par M. J. Forner. (Cas tout à fait ordinaire.) 9° *Luxation en dedans du tibia et de l'astragale, avec fracture du péroné;* par M. G. Coombe. (Réduite au bout de cinq jours par l'extension.) 10° *Sur la phlébite des sinus cérébraux, considérée comme résultat de l'othorrée purulente;* par M. Bruce. (Mémoire déjà traduit dans la GAZ. MÉD., 1841, n° 17.) 11° *De la coagulation du sang après la mort.* (Voyez la traduction de ce mémoire GAZ. MÉD., 1841, n° 21.) 12° *Cas de luette double;* par M. George Bolster. (Le sujet de l'observation suivante est une enfant de 8 ans, dont la voix, malgré ce vice de conformation, était claire et forte. L'auteur note aussi, comme fort extraordinaire, qu'elle pouvait avec beaucoup de facilité, parcourir en chantant trois octaves. 13° *Quelques remarques sur le strabisme, avec l'analyse de 200 cas;* par M. Radcliffe Hall. 14° *Nouvel instrument de chirurgie;* par M. Croxton Foulkes. (Il s'agit de sondes de différens diamètres, qu'on introduit dans l'urètre, emboîtées les unes dans les autres, de manière à pouvoir présenter au rétrécissement celle dont le volume convient le mieux à sa largeur. Cette indication avait déjà été saisie et beaucoup mieux remplie par M. le docteur Béniqué.) 15° *Nouvel appareil de suspension pour les fractures;* par M. J. Luke. 16° *Dissection d'un cas de strabisme après l'opération;* par M. G. Hervett. (Strabisme divergent. Le sujet, opéré depuis un mois, était à peu près guéri. Le muscle droit externe, rétracté de trois quarts de pouce, était attaché au globe de l'œil, par une forte bande de tissu cellulaire, à 2 lignes en arrière du point d'insertion normal.) 17° *Sur le mécanisme de transmission du son dans l'oreille humaine;* par M. W. Shaud. 18° *Sur l'opacité de la cornée, produite par l'acide sulfurique;* par M. Dundas Thomson, (Travail insignifiant.) 19° *Sur l'emphysème pulmonaire;* par M. Goolden. 20° *Quelques cas d'étroitesse considérable de l'aorte, avec les conséquences de ce vice de conformation, et quelques observations sur les causes qui produisent une communication entre les deux côtés du cœur;* par M. Wilkinson King. 21° *Sur les globules transparens de la couenne du sang;* par M. Adisson. 22° *Mort occasionée par l'acide carbonique;* par M. Ch. Collambell. 23° *Sur les mouches volantes;* par M. Wigan. (L'auteur attribue ce trouble de la vision à l'opacité du fluide lacrymal et s'appuie sur ce que les images fantastiques disparaissent dès que l'on a cligné.) 24° *Opération pour la cure du torticolis;* par M. Henry Symes. (Observation d'un cas de guérison par la méthode sous-cutanée; l'auteur a noté l'existence d'une courbure latérale de la colonne cervicale, mais elle dépen-

---

représente la secte des nominaux qui elle-même se rattache à Aristote; aussi Aristote est-il resté son vrai chef, et Cuvier reconnaissait Aristote pour son maître. L'école philosophique allemande ou française est la reproduction de l'ancien réalisme qui procède de Platon, chef moins reconnu, mais non moins certain, des réalistes scholastiques ou zoologiques. M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire n'a donc pas tort de dire que l'idée d'unité de composition organique n'a jamais cessé d'avoir des partisans; elle en a eu toujours comme l'idée opposée et toujours dans la même proportion. Quant à Aristote en particulier, sans nier la valeur des passages cités et de bien d'autres, il est certain que l'esprit général de sa philosophie en général et de sa logique spécialement n'est pas favorable au point de vue des zoologues unitaires; mais il arrive souvent à Aristote de platoniser par distraction.

On voit donc que si les deux écoles, comparées dans leur manière de considérer la question fondamentale de la science, diffèrent, ce n'est pas en ce sens qu'elles auraient deux méthodes de recherche et de démonstration tellement opposées, que l'une se servît d'instrumens et de moyens non employés par l'autre et réciproquement. Elles emploient l'une et l'autre, et de la même manière, et pour le même résultat définitif, les mêmes procédés logiques; seulement elles les emploient en quelque sorte dans un ordre inverse. L'une veut qu'on pose les faits avant d'arriver à l'idée; l'autre, au contraire, veut poser l'idée avant d'en venir aux faits. Pour les uns, les faits sont les prémisses nécessaires de l'idée, pour les autres ils n'en sont que la vérification. Mais ils s'accordent en ce point capital que l'idée n'a de valeur qu'autant qu'elle est démontrée par sa réalisation dans les faits, et que les faits ne sont rien scientifiquement s'ils n'expriment une idée. Et pour remplir cette double condition ils sont obligés, les uns d'observer, et les autres de raisonner.

Ces deux écoles, si opposées théoriquement en apparence et sur les hauteurs de la spéculation, neutralisent ainsi leurs prétentions sur le terrain de la science pratique. Mais il est vrai de dire que si leurs procédés et leurs méthodes sont les mêmes, le point de vue logique qui les inspire étant différent, leurs travaux s'en ressentent. Les uns seront plus timides, plus circonspects, les autres plus hasardeux, plus hardis; ceux-ci découvriront moins de rapports, mais ceux qu'ils établiront seront toujours d'une rigueur démonstrative; les autres en découvriront de plus vastes et de plus éloignés, mais ils les démontreront plus difficilement et ils en imagineront souvent de fantastiques; les uns pécheront par impuissance, les autres par témérité. Ces deux routes sont toutes deux légitimes, mais elles ne conviennent pas également à tous les esprits; et on en rencontrera toujours de très éminens et sur l'une et sur l'autre.

Toutefois, nous avouons que le point de vue de l'école dite systématique a l'avantage de provoquer beaucoup plus vivement que l'autre la recherche scientifique, et de donner à la science un horizon plus vaste et un but mieux défini. Mais nous n'admettons pas, nous le répétons, les distinctions établies par M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire, du moins dans toute leur étendue et dans le sens que nous avons cru y voir.

Quoi qu'il en soit de ces réflexions, que nous avons étendues outre mesure, et que nous soumettons à l'excellent jugement de ce savant, elles n'ont certes pas pour but de modifier en rien l'opinion que nous avons exprimée en débutant sur le mérite de son ouvrage, et dans un autre article nous aurons occasion de rendre en détail à ses belles et très intéressantes recherches, la justice qu'elles méritent.

dait, dit-il, seulement de la contraction du sterno-mastoïdien.) 25° *Sur la coxalgie et les abcès lombaires*; par M. Oliver Chalk. 26° *Sur l'arsenic dans l'acide sulfurique*; deux mémoires, l'un par M. O. Rees, l'autre par M. Henri Watson. 27° *Tableau statistique de l'hôpital du Collége Royal*; par MM. Guy et Cantah. 28° *Remarques sur la physiologie des muscles obliques et sur le strabisme*; par M. Hocken. 29° *Sur l'emploi du seigle ergoté*; par M. Hodgson. (Dans un cas d'accouchement prématuré, provoqué à sept mois de grossesse, l'auteur voyant que le travail n'avançait pas, et craignant pour la vie de l'enfant, continua l'administration du seigle ergoté, même après avoir rompu la poche des eaux. Le succès fut complet.) 30° *Cas rare de vice de conformation du cœur*; par M. Napper. (Persistance du trou de Botal; aorte naissant des deux ventricules à la fois; artère pulmonaire très resserrée à son origine.) 31° *Quelques remarques sur la pneumonie qui accompagne les opérations et les lésions traumatiques*; par M. Erichsen. (La pneumonie, qui est donnée ici comme une forme particulière, n'est autre que l'engorgement hypostatique, qui survient chez les sujets âgés, soumis à des conditions débilitantes, et forcés, par la nature de leur maladie, de conserver longtemps le décubitus dorsal.) 32° *Cas où la mort est survenue à la suite d'un accouchement naturel*; par M. John Chatto. (Femme très nerveuse et affaiblie par une maladie antérieure.) 33° *Abcès étendu situé entre les muscles crico et thyro-aryténoïdiens et la membrane muqueuse qui les recouvre*; par M. Cowan. 34° *Cas de rupture de la trompe de Fallope par l'accumulation du sang des règles*; par M. W. Munk. (Il existait une oblitération du vagin, dont les parois étaient réunies par une cicatrice ferme et solide.) 35° *Sur l'usage du taffetas huilé*; par M. Alexandre Leigh. 36° *Cas de luxation en devant des condyles du tibia, et du péroné*; par M. Herbert Mayo. (Le tibia chevauchait de 4 pouces sur le fémur; il y avait une légère flexion du genou. La réduction s'obtint en peu de temps par l'extension faite sur la jambe.) 37° *Acide oxalique accidentellement avalé dans une boisson effervescente*; par M. Babyngton. 38° *Sur la pathologie et le traitement de l'amaurose*; par M. Hocken. 39° *Sur l'hydropisie suite de la scarlatine*; par M. Browne Steele. 40° *Cathéter particulier pour le traitement du rétrécissement de l'urètre*; par M. Buchanan. (Cet instrument, composé de plusieurs pièces, a beaucoup de rapports avec celui de M. Foulkes, dont nous avons parlé plus haut. 41° *Sur la vaccination*; par M. Gregory. 42° *Cas de névralgie*; par M. Lambert. 43° *Nouvelle opération pour la cure du bégaiement*; par M. Yearsley. 44° *Cas d'opération du bégaiement suivant le procédé de M. Dieffenbach*; par M. Franz. 45° *Sur le traitement du bégaiement*; par M. James Braid.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACTION DES MUSCLES OBLIQUES DE L'ŒIL; par C. RADCLIFFE HALL.

L'auteur a pratiqué sur les yeux d'un singe une série de recherches, dont nous allons faire connaître les résultats. L'œil gauche fut opéré le premier. Le droit inférieur ayant été coupé, la cornée se tourna en haut, mais seulement un peu plus que celle de l'œil sain. On divisa ensuite le droit interne, et l'œil fut d'abord tiré en dehors; mais il reprit immédiatement sa première situation. Le droit supérieur fut coupé à son tour et la cornée se plaça dans l'axe directement central de l'orbite. L'œil pouvait encore se tourner un peu en dedans, se diriger obliquement en haut et en dedans; mais la rotation directement en haut était impossible. L'œil se dirigeait aussi complètement en dehors, obliquement en bas et en dehors, mais non directement en bas. Le droit externe fut divisé; toute faculté de rotation en dehors disparut de suite, mais la cornée pouvait encore se porter en bas et en dehors, quoique ce mouvement fût devenu limité. On coupa alors le tendon de l'oblique supérieur, ce qui fit porter la cornée en haut et en dedans; seulement quand l'œil du côté opposé exécutait des mouvemens latéraux, on percevait dans le globe de l'œil gauche une légère vacillation, mais qui n'allait jamais jusqu'à faire passer la cornée en dehors de l'axe orbitaire. Aucun changement notable dans les dimensions de la pupille ne suivit la section d'aucun des muscles droits, non plus que de l'oblique supérieur.

Sur l'œil droit, on commença par diviser le tendon du droit externe; aussitôt la cornée se porta du côté interne, produisant un strabisme convergent, sans pouvoir exécuter d'autres mouvemens de latéralité qu'obliquement en bas et en dehors. Le droit interne fut coupé et la cornée revint au centre; seulement quand l'attention de l'animal était attirée, la cornée regardait encore en dedans, quoiqu'à un degré beaucoup moindre qu'avant l'opération. On divisa le tendon du droit inférieur, et l'œil se dirigea immédiatement en haut. Il était difficile de déterminer l'œil à se mouvoir en bas et en dehors; quant aux mouvemens en haut et en dedans, ils s'exécutaient ensemble et séparément, mais surtout ceux dans le premier sens. On coupa alors l'oblique inférieur, mais l'œil resta tourné en haut, sans pouvoir être ramené en dedans. Dans le cours de ces expériences, jamais la cornée ne se porta aussi fortement dans une direction quelconque qu'on l'observe dans les cas de strabisme.

De ces expériences, l'auteur conclut que les muscles obliques ne sont pas tout à fait involontaires. L'oblique inférieur, suivant lui, produit la rotation en haut et en dedans; mais ce mouvement n'est jamais aussi marqué dans ce cas que lorsqu'il est dû à l'action combinée des droits supérieur et interne. Sur ce point il est en contradiction formelle avec Ch. Bell. De même il croit que la rotation en bas et en dehors peut être déterminée et par l'oblique supérieur, et par les droits inférieur et externe, mais jamais dans une étendue aussi grande par la seule contraction de l'oblique que par celle des deux autres muscles. Une autre différence pour le résultat entre l'action d'un oblique et celle des deux muscles droits correspondans, c'est que, dans le premier cas, le globe oculaire subit un mouvement comme de torsion sur le nerf optique, tandis, dans le second, il s'infléchit seulement à angle plus ou moins aigu sur ce nerf.

Eu égard au strabisme, lorsque toutes les fibres du droit interne ont été coupées, la rotation en dedans persiste à un léger degré, qui peut être encore augmenté par l'effet de la volonté. Dans d'autres cas, la cornée, après l'opération, est dans l'axe de l'orbite, mais elle peut être ramenée en dedans jusqu'à un certain point. La faculté de tourner volontairement l'œil en dedans doit, dans les deux cas, être rapportée à l'action du grand oblique. Quant à la rotation incomplète, qui persiste même après la section la plus exacte du droit interne, elle est probablement due, comme le pensent aussi MM. Liston et Duffin, à l'état de contraction des fibres internes des muscles droits supérieur et inférieur.

Nous ne pouvons partager sur ce dernier point l'avis de l'auteur. Nous avons vu trop souvent dans les opérations de strabisme une convergence persistant après la section du droit interne cesser dès que l'aponévrose était largement débridée, pour ne pas croire qu'il y a erreur de la part de M. Hall sur les causes de cette déviation, et qu'on ne doit en accuser que la division incomplète de la capsule fibreuse, dont MM. J. Guérin et Bonnet ont si bien démontré les connexions avec les muscles du globe oculaire.

ANALYSE DU CHYLE ET DE LA LYMPHE; par le docteur REES.

Il y a de si grandes différences entre les diverses analyses qui ont été faites jusqu'ici de ces deux liquides, que nous sommes dans une ignorance presque complète sur tout ce qui les concerne, et que la cause même de la couleur du chyle est encore un objet de discussion entre Muller, Tiedmann et Gmélin; les expériences suivantes nous semblent donc mériter quelque intérêt.

A midi, on tue, par un coup porté sur la tête, un jeune âne auquel on avait fait manger à cinq heures du matin une bonne quantité de fèves et d'avoine, et on recueille immédiatement le chyle et la lymphe, le premier par les vaisseaux lactés qui vont des glandes lactées au canal thoracique; la seconde, par les lymphatiques des extrémités inférieures. Avant de faire connaître l'analyse de ces deux liquides, qui a été faite par la même méthode, voici le résultat de quelques observations faites sur une certaine quantité de chyle.

1° L'acide acétique rend ce liquide plus transparent.
2° Le papier tournesol indique qu'il est à l'état neutre.
3° L'acide nitrique et l'ébullition y déterminent un fort caillot.
4° Sa pesanteur spécifique est de 1,012.
5° L'acide nitrique très fort rend tout à fait transparent le caillot obtenu par l'ébullition, et en y ajoutant de l'eau, on voit ce dernier se dissoudre partiellement.

Voici les résultats fournis par ces deux analyses:

		CHYLE.		LYMPHE.
	Eau	90,237	......	96,536
	Matière albumineuse	3,516	......	1,200
	Matière fibrineuse	0,370	......	0,120
	Matière animale, extraction soluble dans l'eau et l'alcool	0,332	......	0,240
	Matière animale, extraction soluble dans l'eau seulement	1,233	......	1,319
	Matière grasse	3,601	......	1 trace.
SELS.	Chlorure alcalin, sulfate et carbonate, avec traces de phosphate alcalin, oxide de fer	0,711	......	0,585
		100,000	......	00,000

La matière albumineuse du chyle était d'un blanc mat, et qu'elle devait probablement à son mélange avec une matière d'une nature particulière dont nous parlerons plus loin. Les deux matières albumineuses fournirent, par l'incinération, un phosphate terreux. Celui qui venait du chyle contenait une quantité considérable d'oxide de fer.

La matière fibrineuse du chyle et de la lymphe réagissait chimiquement comme l'albumine.

Les matières grasses étaient l'oleïne et la stéarine, et ne fournirent pas, par l'incinération, une quantité appréciable de cendres.

Tout le carbonate alcalin obtenu dans les analyses a été fourni par les extraits alcooliques, ce qui indiquait une quantité considérable de lactate de soude. L'existence du fer dans la matière extractive soluble dans l'eau, est un fait intéressant et porte à se demander si cette circonstance n'a pas quelque rapport avec l'absence de la matière colorante dans le sang.

La matière qui donnait à l'albumine de chyle la teinte blanc mat dont nous avons parlé et qui a été comprise avec l'albumine dans l'analyse précédente, peut en être séparée, et alors elle présente les caractères suivans : insoluble dans l'alcool à chaud et à froid et dans l'éther, elle se mêle avec l'eau et est soluble dans la potasse. Quand on la sèche sur une plaque de platine, elle se mêle avec l'eau dont on la sépare facilement sous forme de flocons par l'acétate de plomb. Ces propriétés et les caractères physiques de cette matière, indiquent une forte ressemblance avec la matière muqueuse que l'on obtient de la salive. Il est probable que la couleur d'un blanc laiteux du chyle dépend de la grande quantité de cette matière qu'il contient, et non de la matière grasse seule, comme le pensent Tiedmann et Gmelin, ce qui vient fortement à l'appui des observations de Muller.

Si, dit M. Rees, on agite avec l'éther la salive ou le chyle, le liquide se sépare en trois couches, dont la première est formée, pour la salive, d'éther presque pur et, pour le chyle, d'éther avec la matière grasse, tandis que l'inférieure contient les matières propres à chacun des deux liquides traités et que la couche moyenne est composée d'une matière insoluble dans l'éther, qui flotte à la surface de la couche, renferme et constitue un seul et même principe qu'on trouve à la fois dans le chyle et la salive.

L'auteur pense qu'en comparant ces deux analyses celle du chyle et de la lymphe, on peut arriver à reconnaître les parties du sang qui ont besoin d'être renouvelées le plus fréquemment, celles en d'autres termes, dont il est fait une plus grande consommation dans la circulation capillaire pour le besoin de la nutrition, puisque le chyle est le nouvel aliment qui reçoit l'organisme et que la lymphe est une partie du sang qui a besoin d'être mêlée avec d'autres ingrédiens avant de pouvoir servir de nouveau à la nutrition.

L'eau, par exemple, est en bien plus grande quantité dans la lymphe que dans le chyle, aux dépens de l'albumine, de la fibrine et de la matière grasse surtout.

Les sels sont aussi en quantité beaucoup moins considérable dans la lymphe. La grande quantité des matières grasses dont la présence paraît indispensable pour la nutrition, ne peut qu'exciter notre étonnement et nous oblige, dit l'auteur, à penser que la plus grande partie de cette matière doit éprouver une modification par la transposition de ses principes, avant qu'elle puisse coopérer à la nutrition ; car la graisse n'est pas le principe que séparent avec le plus d'abondance les organes de sécrétion et il n'en existe que de petites quantités dans le sang comparativement à celles de la fibrine et de l'albumine que contient ce liquide. L'auteur se trouve ainsi amené à examiner quelles sont les conditions qui peuvent faire passer une matière grasse ou un corps hydrocarboné à l'état d'albumine, ce qui ne peut s'opérer que par l'addition de l'oxigène et de l'azote, et si la respiration est exclusivement chargée de cette fonction et comment elle l'accomplit ; il entre à cette occasion dans quelques détails intéressans sur l'absorption de l'azote par la surface pulmonaire et exprime le regret qu'on n'ait pas tenu compte dans les expériences sur ce point des heures des repas, car il suppose que les différens résultats obtenus par les divers expérimentateurs, ont pu dépendre de cette circonstance.

QUELQUES REMARQUES SUR LE STRABISME AVEC L'ANALYSE DE 200 CAS ; par M. RADCLIFFE HALL.

Parmi les observations de M. Hall, en voici une qui nous a paru offrir de l'intérêt, sous le rapport de l'étiologie du strabisme : Samuel Beech, sommelier, était sujet à des accès de ce qu'on appelle improprement congestion de sang vers la tête. Dans une de ces occasions, où je fus appelé auprès de lui, il avait eu plusieurs symptômes d'apoplexie, et ne pouvait parler qu'avec hésitation. Une saignée de 20 onces le fit tomber en syncope, et lorsqu'il revint à lui, on remarqua qu'il ne pouvait plus articuler ; sa bouche était un peu déviée à droite, sa langue se dirigeait à gauche lorsqu'il la portait en avant ; les deux yeux étaient parfaitement droits, quoique le malade eût depuis cinquante ans un strabisme convergent de l'œil gauche. A mesure qu'il recouvra l'exercice des muscles de la langue et de la face, le strabisme se rétablit au degré où il était précédemment. Dans ce cas, il y eut probablement un léger épanchement produisant la paralysie de la troisième paire, de la portion dure et du nerf lingual du côté gauche. Le strabisme provenant de la paralysie du droit externe ou de l'hypertrophie du droit interne ne pouvait subsister, lorsque les muscles antagonistes se trouvaient paralysés. Mais lorsque la cause de cette dernière lésion disparut, les puissances adductrices reprirent leur première supériorité.

SUR LA COXALGIE ET LES ABCÈS LOMBAIRES ; par M. OLIVER CHALK.

M. Chalk, frappé de voir guérir, et guérir avec le libre usage de leur membre, une foule de malades qui avaient présenté les signes locaux et généraux de la coxalgie, fut amené à concevoir des doutes sur la nature de l'affection qu'ils avaient éprouvée, puis il en vint ensuite à douter d'une manière absolue de la certitude du diagnostic dans les maladies de la hanche. Le cas d'un malade traité dans son service, pour une coxalgie, et sur lequel on ne trouva après la mort pour toute lésion qu'un abcès du muscle psoas, le confirma dans ses soupçons. En conséquence l'opinion qu'il soutient aujourd'hui, c'est que le diagnostic différentiel de la coxalgie et des abcès lombaires est très difficile, et que souvent les chirurgiens ont pris la seconde de ces deux affections pour la première. Il s'appuie sur l'autorité de Ch. Bell qui s'exprime à peu près dans les mêmes termes, et sur une observation racontée par Boyer, et dans laquelle il croit trouver l'exemple d'une méprise de ce genre, (Voyez BOYER, t. IV, p. 344.)

Analysant ensuite les signes indiqués comme caractérisant la coxalgie, surtout à sa première période, il cherche à montrer que la plupart peuvent manquer, ou être également fournis par une collection purulente provenant soit de la carie vertébrale, soit de tubercules déposés dans le voisinage du muscle psoas. C'est ce que l'on peut dire, par exemple, de l'aplatissement de la fesse, de la claudication, de la douleur occasionnée par une pression dans l'aine, de la tuméfaction des glandes inguinales, de l'alongement apparent du membre, et par dessus tout de la douleur du genou. Ce dernier signe a été regardé comme suffisant à lui seul pour établir le diagnostic ; mais l'auteur affirme que souvent il l'a observé au début des abcès lombaires, et y manquer au contraire, à la première et même à la seconde période de la coxalgie ; et il explique cette circonstance par les rapports des nerfs du membre inférieur, qui, passant auprès de la partie affectée, doivent, dans l'un comme dans l'autre cas, se trouver compromis et transmettre au cerveau une sensation douloureuse. Il reproche encore le même vague aux mouvemens de rotation, de flexion et d'extension ainsi qu'à la pression derrière le trochanter, lorsqu'on exerce ces manœuvres dans le but de juger du siége de la maladie d'après la douleur qu'elles produisent. D'après lui, il vaudrait mieux faire coucher le sujet sur le côté sain, puis frapper directement sur le grand trochanter, et si ce choc fait souffrir le malade, on pourra le plus souvent considérer ce signe comme un indice de coxalgie. Encore chez les enfans, sur qui on observe les exemples les plus nombreux de cette affection, devrait-on peu compter sur cet élément de diagnostic, parce que la crainte que leur inspirent les moyens de traitement, les porte à dissimuler une souffrance même très vive.

Pour prouver par des chiffres la vérité de ce qu'il vient de dire, M. Chalk fait suivre son travail d'un tableau où sont inscrits tous les cas de coxalgie et d'abcès lombaires qu'il a eu à traiter depuis 1827 jusqu'en 1840. Ce ne fut qu'en 1833 qu'il commença à concevoir des doutes sur la sûreté des moyens qu'on a pour distinguer ces deux maladies ; aussi dès que son attention fut éveillée sur ce point, le nombre des cas de coxalgie diminua singulièrement dans son service ; et pour les huit dernières années il fut inférieur de 83 au nombre des abcès lombaires dont il avait dépassé le chiffre de 168 pendant les six années antérieures à 1833.

M. Chalk rapporte aussi dans le courant de son travail, deux observations intéressantes de coxalgie dans lesquelles le raccourcissement du membre inférieur était dû à ce que l'angle formé par le col avec le corps du fémur était devenu tout à fait droit. Les sujets de ces deux observations étaient âgés de 6 et de 9 ans.

REMARQUES SUR LA PHYSIOLOGIE DES MUSCLES OBLIQUES ET SUR LE STRABISME; par M. EDWARD HOCKEN.

Une divergence bien singulière règne parmi les physiologistes de notre époque sur les fonctions des muscles obliques. Et cette question que l'expérimentation seule peut résoudre, le raisonnement et l'intérêt des doctrines diverses sont parvenus à l'embarrasser de telle sorte qu'il existe aujourd'hui presque autant d'opinions distinctes que l'on pouvait en former sur un sujet aussi restreint. Ainsi M. Hocken, faisant le catalogue des différentes idées émises à cet égard rappelle que, suivant quelques physiologistes, le grand oblique tourne l'œil en haut; d'où sa dénomination de muscle pathétique. La doctrine la plus généralement reçue est que le grand oblique porte le globe oculaire en bas et en dehors, et le petit oblique en haut et en dedans. M. Duffin croit que le premier détermine un mouvement en bas et en dedans, et le second, la rotation en haut et en dehors; suivant M. Walker, l'oblique supérieur fait rouler l'œil sur son axe de manière à amener la pupille directement en dehors, tandis que l'inférieur la conduit dans la même situation, mais par un mouvement en sens inverse. Enfin quelques auteurs pensent que le grand oblique dirige l'œil en haut et en dedans, et d'après ce principe, ils le divisent, ou essaient de le diviser dans les cas de strabisme affectant cette direction.

M. Hocken, après avoir rapporté ces opinions opposées, cherche à fonder la sienne sur des notions anatomiques exactes et sur l'expérimentation. Il rappelle d'abord le point précis du globe de l'œil où se fait l'insertion des deux muscles obliques, et d'après les lois de la mécanique il conclut que le grand oblique tourne le globe de l'œil obliquement en bas, en dedans, puis en dehors, par une traction qui amène sa partie postérieure externe en dedans et en avant, et repousse au contraire sa moitié inférieure externe en haut et en arrière; en même temps la pupille quitte sa position naturelle et se rapproche du côté interne de l'orbite en décrivant une courbe composée de mouvemens successifs en bas, en dedans et enfin en dehors. Quant à l'oblique inférieur, il imprime à l'œil un mouvement en haut; en dedans, puis en dehors, la pupille suivant, comme dans le cas précédent, une ligne courbe dans le sens correspondant. En un mot l'action finale de chacun de ces muscles est de tourner le globe oculaire et la pupille en dehors; seulement le grand oblique détermine en même temps la rotation en bas, et le petit oblique la rotation en haut. En mettant à découvert ces deux muscles sur le cadavre, on s'assure que tel est le mouvement qui résulte de leur raccourcissement. On peut même répéter l'expérience avec une pomme ou une orange sur laquelle on figure les insertions et la direction de ces muscles avec de petites bandes de papier fixées par un clou.

Si les deux obliques agissent simultanément, l'œil ne tourne pas, mais il est tiré en avant et comprimé contre l'os planum de l'ethmoïde; d'où résulte une élongation du globe oculaire proportionnée à la violence de la contraction musculaire. Cet aplatissement est l'état opposé à celui que détermine l'action combinée des muscles droits qui a pour effet de raccourcir le diamètre antéro-postérieur du globe oculaire. L'auteur pense que ces deux modifications si contraires dans les conditions de l'œil, sont destinées à favoriser l'exercice de la vue à diverses distances. Ainsi les muscles obliques seraient les agens de la vue des objets éloignés, leur action exagérée produirait la presbytie; les muscles droits au contraire agiraient lorsqu'on veut apercevoir des corps tout à fait rapprochés, et la myopie suivrait leur exercice trop répété.

Lorsqu'un œil strabique est notablement proéminent, on ne peut l'attribuer qu'à l'excès de contraction des obliques ou au défaut de force des muscles droits. Il y a donc alors lieu à poser cette question: sera-t-on obligé de couper l'un des obliques, ou tous les deux? Cela peut être quelquefois indiqué; mais, continue l'auteur, dans aucun des cas que j'ai vus, ni de ceux dont j'ai ouï parler, jamais cette opération n'a été nécessaire.

Lorsqu'après avoir fait l'opération d'un seul côté on s'aperçoit au bout de quelque temps que l'autre œil est aussi strabique, il ne faut pas tarder à l'opérer; car autrement, on verrait bientôt, d'après le consensus qui régit les mouvemens musculaires des deux côtés, l'œil primitivement opéré redevenir louche, et empêcher par la suite le redressement complet de celui qui aurait été opéré en second lieu.

La division du muscle rétracté ne suffit pas toujours pour amener la guérison; mais l'insuccès ne tient pas constamment à ce qu'on a épargné des fibres du tissu cellulaire condensé. Dans plusieurs cas, il n'y a pas de doute que cela vient de ce qu'on n'a pas complètement divisé la *tunique albuginée* qui unit les bouts des quatre muscles droits en passant du tendon de l'un à celui de l'autre.

La doctrine de M. Edward Hocken sur les fonctions des muscles obliques a beaucoup de rapports avec celle que professe depuis longtemps M. Jules Guérin, et qui a été exposée pour la première fois, il y a plus d'une année, à l'Hôpital des Enfans. Comme cet auteur se propose de publier prochainement un travail spécial sur cette question, nous nous abstenons de signaler les ressemblances ou les différences que présentent les opinions de l'auteur anglais avec les siennes.

OBSERVATION D'UN CAS DE RUPTURE DE LA TROMPE DE FALLOPE PAR L'EFFET DE L'ACCUMULATION D'UNE GRANDE QUANTITÉ DU FLUIDE MENSTRUEL DANS LES CAVITÉS UTÉRINES; par le docteur MUNK.

OBS. — Le 24 octobre 1837, je fus appelé de grand matin auprès de R. L., âgée de 18 ans, que je trouvai à la dernière extrémité. Son pouls pouvait à peine être perçu et était d'une fréquence extrême; la peau était couverte d'une sueur froide et gluante; elle marmotait quelques paroles interrompues entre les dents, offrait le *facies hippocratica* très prononcé, faisait entendre le râle trachéal, et avait des déjections alvines continuellement involontaires. Elle mourut quelques heures après. J'appris que cette jeune fille n'avait jamais été réglée, qu'environ dix-huit mois auparavant, à l'époque où le développement des organes externes de la génération et des mamelles annonçait qu'elle ne tarderait probablement pas à voir ses règles s'établir, elle avait beaucoup souffert de la tête, des reins et des membres, se plaignait d'avoir toujours les extrémités froides, d'un sentiment de lourd tiraillement dans la région pelvienne, et de violentes douleurs expultrices. Ces symptômes avaient disparu après quelque temps, et étaient revenus cinq ou six semaines ensuite; puis ils avaient de nouveau disparu et étaient encore revenus après un plus court intervalle. Cet état de choses continua ainsi pendant trois ou quatre mois, les symptômes persistant plus longtemps à chaque nouvelle apparition et augmentant d'intensité, pendant que les intermissions devenaient plus courtes et moins parfaites, en sorte qu'à la fin même il n'y avait plus d'intermission, mais seulement des exacerbations qui revenaient toutes les quatre ou cinq semaines.

En janvier, la partie inférieure de l'abdomen avait commencé à se développer; une douleur profondément située et avec tension se fit sentir dans le bassin, tous les autres symptômes s'aggravèrent et quelques vomissemens eurent lieu de temps en temps. Cependant elle avait continué ses travaux habituels et avait pris, d'après les avis d'un médecin du voisinage, quelques médicamens qui étaient probablement des ferrugineux. Sous l'influence de ce traitement, son état empira rapidement.

Le 20 octobre, pendant qu'elle était à la garderobe, elle sentit quelque chose s'ouvrir en elle (c'est son expression), et son ventre diminua immédiatement, de même que les douleurs de tension et de tiraillement déjà indiquées. Dans la soirée, elle se plaignit de douleurs qui s'étendaient dans tout l'abdomen, et qui, le lendemain, étaient devenues si vives, qu'elle ne pouvait supporter la moindre pression. Il y avait eu beaucoup de chaleur à la peau, de céphalalgie, un peu de dyspnée; les genoux avaient été fléchis sur l'abdomen; les traits s'étaient contractés presque aussitôt; des nausées, des vomissemens et une grande difficulté à uriner avaient apparu successivement.

AUTOPSIE 24 HEURES APRÈS LA MORT. L'abdomen contient une immense quantité d'un fluide d'un rouge foncé et épais ressemblant un peu à du sang qui serait épanché depuis quelque temps. Ce fluide est dans la cavité du péritoine, et il n'y en a pas moins de 12 à 14 onces. Partout où le péritoine est en contact avec ce fluide, il est teint en rouge, et quand on enlève le fluide qui le recouvre, on reconnaît une congestion vasculaire de cette membrane, qui, sur quelques points même, est couverte d'une couche mince de lymphe plastique.

L'utérus est beaucoup plus gros que le poing d'un homme fort, et, en même temps, il est flasque. L'ayant ouvert, on y trouve 5 ou 6 onces du même fluide, qui existent dans le péritoine. Les trompes de Fallope sont énormément distendues, au point même qu'on peut y introduire facilement le petit doigt. On voit, près de l'extrémité frangée de la trompe gauche, une fissure d'environ 2 lignes de long, à bords inégaux, formant ainsi une communication libre de la cavité de l'utérus à celle du péritoine, et par laquelle il est évident que le liquide que contient l'abdomen a dû passer. La membrane interne de l'utérus est d'un rouge léger, et qui paraît dépendre de son contact avec le fluide qui y était contenu. En examinant la matrice plus loin, on trouve un obstacle qui s'oppose au passage du doigt et de la sonde dans le vagin. Cet obstacle est produit par l'apposition des parois du canal et par leur réunion à l'aide d'une forte adhérence. Cette cicatrice, qui a de 1 pouce à 1 pouce et demi de longueur, contient une substance très dure, et qui ressemble beaucoup à un cartilage. On ne trouve rien qui rappelle l'existence de l'hymen.

Ce qui paraît étonner le plus l'auteur de cette importante observation, c'est le temps qui s'est écoulé entre la rupture de la trompe et la mort de la malade; mais, outre que, dans un certain nombre de cas de perforation intestinale, avec épanchement de matières fécales dans l'abdomen, on a vu la mort n'arriver qu'à une époque encore plus éloignée de la perforation, la nature du liquide, qui, bien que ce ne fût pas du sang à l'état normal, ne devait cependant pas être doué de propriétés très irritantes, a pu contribuer à ce retard.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE OXALIQUE PRIS ACCIDENTELLEMENT AVEC UNE POTION GAZEUSE; par le docteur BABINGTON.

Le cas suivant, dans lequel le poison avait été pris à une dose assez

faible pour ne pas tuer immédiatement le malade et pour permettre d'étudier ses effets sur l'économie, doit offrir quelque intérêt à une époque où l'on commence à étudier sérieusement les effets de différens poisons sur l'économie.

Obs. — Marguerite, âgée de 24 ans, prend une potion gazeuze qu'elle croit composée de carbonate de soude et d'acide tartrique. En l'avalant, elle éprouve une sensation d'une chaleur brûlante qui l'inquiète et la porte à montrer à sa maîtresse la substance qu'elle avait prise pour l'acide tartrique. Cette dernière, soupçonnant qu'elle avait pris l'acide oxalique pour l'acide tartrique, lui fait immédiatement avaler de grands verres d'eau tiède, qui provoquent des vomissemens, et m'envoie chercher.

Arrivant à midi, je reconnais immédiatement que la substance suspecte est de l'acide oxalique, et que la jeune fille en a pris une cuillerée à thé (environ 2 scrupules), combinée avec du carbonate de soude. J'administre immédiatement une forte solution de tartrate d'antimoine, qui amène d'abondans vomissemens, et je prescris deux cuillerées de mixture de chaux à prendre tous les quarts d'heure.

A deux heures après midi, elle a pris 14 onces de mixture de chaux; elle se sent très froide et faible; son pouls est faible et fréquent; elle se plaint d'une sensation de forte chaleur dans la gorge et l'œsophage. On fait des applications chaudes sur les extrémités, à l'épigastre et aux aisselles; on continue de donner la mixture de chaux toutes les demi-heures, et la malade prend immédiatement une prise composée d'esprit de mindérérus, de teinture d'opium et d'eau de cannelle.

A dix heures du soir, il y a eu des douleurs spasmodiques dans l'estomac, le côté gauche et le long du colon; il y a dans les reins et le long de la cuisse gauche une sensation d'engourdissement et de picotement à la fois. Il y a de la soif, un sentiment de chaleur à l'épigastre, mais pas de sensibilité à la pression, ni vomissement. Le pouls donne 86 est faible et tremblant. (Un opiat et de l'huile de ricin pour le lendemain matin de très bonne heure.)

Le 4, à dix heures du matin, il n'y a pas eu de repos, mais beaucoup de délire pendant la nuit. Céphalalgie, battemens dans les tempes; pouls 80; bouche et gorge rouges et douloureuses; la malade ne souffre plus de l'estomac ni du ventre depuis l'effet de l'huile de ricin. (Lotions froides sur les tempes.)

A dix heures du soir, elle a été extrêmement faible, nerveuse, excitable pendant toute la journée; elle a perdu connaissance une fois; la céphalalgie est diminuée. Pas de douleur à l'épigastre.

Le 5, à dix heures du matin, le sommeil a été mauvais, troublé par des douleurs spasmodiques des entrailles et une sensation de picotement très incommode le long de l'épine et de la partie antérieure des cuisses. Il n'y a pas de sensibilité à l'épigastre; mais l'introduction des alimens est très douloureuse. Céphalalgie. (Une once d'huile de ricin.)

A dix heures du soir, depuis que l'huile de ricin a agi, il y a de l'amélioration.

Le 7, il reste de la faiblesse; la malade n'a pas pris son opiat la veille au soir.

Le 8, elle se plaint de faiblesse d'estomac, d'anorexie et d'éructation, accidens qu'elle n'avait pas encore ressentis. (Infusion de gentiane avec bi-carbonate d'ammoniaque.)

Le 10, elle est convalescente. Sous l'influence d'une boisson amère et d'un laxatif, elle recouvre graduellement l'appétit et les forces. Mais elle resta longtemps avant de pouvoir reprendre les travaux de domestique.

Les symptômes les plus frappans, dans ce cas, ont été la dépression de la circulation et les accidens nerveux très prononcés. Il paraîtrait donc que l'acide oxalique, pris à une dose assez faible pour ne pas amener immédiatement la mort, affaiblit d'abord l'action de la circulation, dans la quelle il pénètre rapidement, et agit ensuite par elle sur le cerveau et le système nerveux.

Cas de névralgie; par M. Lambert.

Le sujet de cette observation est une femme de 63 ans, qui, depuis plusieurs années, était affectée d'une névralgie occupant le côté de la face, névralgie dont les accès revenaient surtout vers la nuit. L'emploi d'une foule de remèdes n'avait pas même apporté un soulagement temporaire. Le mal occupait principalement la joue, descendant parfois vers la mâchoire inférieure, et remontant aussi vers la tempe, M. Lambert crut pouvoir l'attribuer à une maladie du facial, et résolut en conséquence de couper ce nerf *entre l'apophyse mastoïde et le lobule de l'oreille*; ce qui fut accepté par la malade. Mais l'opérateur tomba du premier coup sur un filet nerveux dont la traction réveillait les douleurs névralgiques; considérant alors que la division de ce filet n'était qu'une bagatelle en comparaison de celle du facial, M. Lambert se décida à le couper. Les souffrances ne reparurent plus dès lors, et quatre mois après, quoique la malade eût été exposée à toutes les intempéries d'un hiver rigoureux, il n'y avait eu qu'un accès insignifiant. M. Lambert croit que le nerf qu'il a divisé était le grand nerf auriculaire, l'une des branches ascendantes du plexus cervical.

Voilà incontestablement un cas où le malade et le chirurgien ont été mieux servis par le hasard que par la réalisation du plan d'opération arrêté d'avance. Que voulait en effet M. Lambert? Couper un nerf moteur, un nerf qui non seulement n'est pas sensitif, mais même est dépourvu de sensibilité propre, sinon dans tout son trajet, du moins dans le point où on se proposait de le diviser, un nerf, en un mot, dont la section aurait amené une paralysie incurable, tout en laissant subsister le tic douloureux. Il peut donc, à juste titre, se féliciter d'avoir rencontré à sa place un filet provenant de la branche auriculaire du plexus cervical, puisque cette branche étant, comme on le sait, exclusivement sensitive, sa division donnait des chances de guérison plus certaines, et qui, dans tous les cas, n'étaient pas balancées par la crainte d'une difformité aussi désagréable.

Nouvelle opération pour la cure du bégaiement; par M. Yearsley.

Cas d'opération pour le bégaiement, suivant le procédé de Dieffenbach; par M. Franz.

Sur le traitement du bégaiement; par M. James Braid.

Nous réunissons sous un même chef ces trois articles qui traitent des opérations nouvellement imaginées pour la cure du bégaiement. M. Yearsley, et M. Braid, proposent la section des amygdales, et, ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'ils paraissent avoir été conduits à la découverte de cette méthode dans le même temps, par les mêmes considérations, et qu'ils ont aussi obtenu des résultats à peu près semblables. Leur point de départ est que l'expiration se trouve gênée chez les bègues, soit par le rapprochement des tonsilles, soit par une étroitesse congéniale de l'arrière-bouche, ce que semblent prouver les mouvemens d'expiration auxquels ils se livrent, mouvemens dont la violence détermine quelquefois un état convulsif général. Une autre remarque intéressante sont plusieurs rapports, c'est qu'il existe beaucoup de sujets chez lesquels la tuméfaction des amygdales entretient à la fois la surdité et le bégaiement, et qui ont été délivrés par l'opération de l'une et de l'autre incommodité. Si ce fait se confirmait, on y trouverait une curieuse analogie avec l'effet qu'une surdité congéniale produit sur les organes de la prononciation chez les sourds-muets. Quoi qu'il en soit, M. Yearsley, comme M. Braid, dit avoir guéri un grand nombre de malades par ce procédé; ce dernier seulement avoue que, dans certains cas, il n'y a eu qu'amélioration; aussi propose-t-il une autre opération, la section du filet, qui aurait pour but de remédier à la rigidité de la langue, qui constitue, suivant lui, un obstacle au libre jeu de l'épiglotte. Ces deux opérations ont été pratiquées en France, et, il faut bien le dire, le résultat n'a jamais été qu'un amendement passager, facilement explicable par la modification qu'elles font subir au système nerveux.

M. Franz s'en tient aux idées de Dieffenbach, et il rapporte une observation où il a employé le troisième procédé décrit par le chirurgien de Berlin (section horizontale transverse de la racine de la langue, avec excision d'une partie de son tissu en forme de coin. V. Gaz. Méd., 1841, n. 11). Le succès, dit-il, fut complet; malheureusement il ne rend compte de l'état du malade que jusqu'au septième jour après l'opération, tout en promettant (suivant l'usage consacré en pareil cas) de faire connaître ultérieurement le résultat définitif. D'ailleurs, l'auteur reconnaît lui-même toute la gravité de ce mode de traitement; car il prévient les médecins de ne l'employer qu'après avoir examiné 1° si le système nerveux est assez fort *pour résister à un semblable choc*; 2° si l'âge et la constitution du patient lui permettent *de supporter une hémorragie aussi considérable que celle qui est ici inévitable*; 3° si le cœur et les gros vaisseaux sont en bon état. A Dieu ne plaise qu'en France nous voyions jamais adopter contre une maladie de pure incommodité un procédé qui, de l'aveu de ses partisans, exige de pareilles précautions!

Observation de dégénérescence granuleuse des reins, suivie de réflexions; par M. Thomson.

Les faits analogues à celui que nous allons analyser sont assez nombreux dans la science pour qu'ils eussent dû, déjà depuis longtemps, exercer une certaine influence sur quelques opinions trop prématurément admises et spécialement sur cette facilité avec laquelle nous sommes disposés à attribuer à des lésions de l'appareil vasculaire, non seulement toutes les altérations, mais presque toutes les maladies.

Obs. — Mathilde, âgée de 25 ans, pâle, ayant l'air maladif, me consulta le 17 février 1840, pour un gonflement qu'elle portait aux chevilles et une grande faiblesse générale. Sa santé avait toujours été passable, bien qu'elle fût très déli-

cate. A l'âge de 10 ans, elle avait perdu une sœur jumelle. Depuis trois mois elle était accouchée d'un enfant qu'elle nourrissait encore; son pouls était faible et elle n'offrait d'autre signe d'état morbide qu'une débilité extrême. Je lui prescrivis la mixture de Greffith qu'elle prit pendant une semaine et sous l'influence de laquelle elle recouvra des forces et son pouls prit plus de résistance. Les garderobes étaient naturelles et régulières et elle rendait chaque jour une demi-pinte d'urine d'une apparence normale. Au bout de quelques jours cependant remarquant que le gonflement des jambes ne diminuait pas, j'examinai l'urine avec l'acide nitrique et j'obtins un précipité qui formait bien le quart de la quantité du liquide examiné. A cette époque, la malade se rappela qu'un mois après son accouchement elle avait été mouillée par la pluie lorsqu'elle était en transpiration, et que depuis elle avait toujours été malade; je lui prescrivis 4 grains de poudre de Dover toutes les 24 heures, 20 gouttes de vin d'antimoine dans une potion d'acétate d'ammoniac trois fois par jour, et de temps en temps une petite dose d'huile de ricin.

Le 6 mars, on cessa l'antimoine parce qu'on crut avoir remarqué qu'il avait déterminé de l'irritation sur l'estomac, et on continua l'acétate d'ammoniaque dans une potion mucilagineuse, puis la poudre de Dover. Au bout de quatre jours l'urine était augmentée de quantité et chargée de moins d'albumine et la peau offrait un certain degré de moiteur; l'état de la malade continua encore de s'améliorer ainsi pendant huit jours quand, après être sortie par un temps froid, cette amélioration disparut et l'albumine reparut dans l'urine en aussi grande quantité qu'à l'époque du premier examen. Je lui conseillai de garder le lit, et jusqu'au 31 mars, malgré l'emploi des moyens précédemment indiqués, elle n'éprouva pas d'amélioration manifeste. A cette époque, comme elle se plaignait d'un peu de mal de tête avec pesanteur dans la région lombaire, je lui prescrivis six sangsues aux lombes et remplaçai la poudre de Dover par la poudre de Jams; mais au bout de huit jours je la trouvai beaucoup plus mal; il y avait de l'œdème à la face et une faiblesse extrême; lorsqu'on parlait à la malade, elle levait les yeux d'un air langoureux et les fermait immédiatement, comme si elle eût été à demi éveillée seulement; ses réponses étaient lentes et incomplètes; sa respiration était gênée, l'inspiration était accompagnée d'un léger râle et l'expiration d'un sifflement aigu, et de temps en temps il y avait de légers mouvemens spasmodiques dans le bras droit. Les carotides battaient avec force, le pouls était bondissant, mais sans résistance. Depuis 24 heures la sécrétion de l'urine avait été presque nulle. Quelques sangsues appliquées aux tempes, un vésicatoire à la base du col, quelques doses de calomel et de jalap ou quelques gouttes de teinture de cantharides n'empêchèrent pas l'état de la malade de s'aggraver. Le soir elle avait perdu toute sensibilité. Un médecin du voisinage appelé lui fait une saignée de deux pintes et pendant laquelle la respiration parut devenir un peu plus facile, mais sans que la connaissance lui revînt. Dans la matinée, cependant, elle la recouvra pendant une dernière heure, après quoi elle mourut. Le sang de la saignée était couenneux et le sérum y était dans une proportion si considérable que je dus demander si on n'y avait pas mis de l'eau; ce sérum, analysé par M. Rees, lui a fourni 1/24 de grain d'urée et 58 grammes seulement d'albumine.

AUTOPSIE 28 heures après la mort.

Le corps est très maigre, sans œdème, mais extrêmement pâle; l'arachnoïde n'offre rien d'anormal, les vaisseaux des membranes sont presque vides; la substance cérébrale est exsangue et ferme; le côté gauche du cervelet est peut-être un peu moins ferme que le droit.

La plèvre gauche contient de 8 à 16 onces de sérosité sanguinolente; cette membrane n'offre pas la moindre trace de rougeur, mais est en partie couverte de masses de lymphe molle. La gravité spécifique de la sérosité épanchée était 10,25.

Le cœur est flasque et distendu; le poumon gauche offre à son sommet quelques cicatrices qui correspondent à des dépôts calcaires. Les intestins sont très pâles, le foie est à l'état normal et la vésicule pleine d'une bile foncée. Les reins sont remarquablement petits et paraissent imparfaitement développés, les papilles en sont très petites et chaque artère au lieu de former un bassin se divise en plusieurs branches et pénètre dans les reins. Ces organes paraissent cependant avoir réellement éprouvé un travail d'atrophie. Leur tissu est fortement adhérent à la tunique propre qui, lorsqu'elle est enlevée, laisse voir leur surface très distinctement tachetée. Le tissu des reins est uniformément pâle, ce qui tient surtout à la grande quantité de petites granulations qui sont surtout très nombreuses dans la partie corticale et qui ont presque partout pris la place de la subtance tubuleuse.

Le point de vue le plus remarquable sous lequel se présente cette observation, c'est sa simplicité. Nous y voyons en effet un exemple très tranché et libre de toute espèce de complication de la maladie décrite par le docteur Bright; car, si l'on excepte l'altération peu prononcée qu'ont offerte les plèvres et qui n'a été produite que dans les derniers temps de l'existence de la malade, tous les organes, autres que les reins, étaient à l'état normal.

Elle nous offre en outre un exemple de mort par le coma, sans aucune trace d'épanchement dans le cerveau ni l'arachnoïde et qu'on ne peut attribuer qu'à la suppression de la sécrétion de l'urine et à la présence de l'urée ou à quelqu'autre altération survenue dans la composition du fluide sanguin. Si la quantité de l'urée que contenait le sérum de cette malade était moins forte qu'elle ne l'est quelquefois chez certains sujets qui échappent à cette affection, il ne faut point oublier que chez quelques personnes très irritables, la rapidité de l'introduction de cette substance augmente notablement le danger. L'amélioration obtenue pendant les premiers jours de l'emploi des diaphorétiques fait connaître ce que l'on pourrait attendre, à une époque convenable, de l'application de cette méthode que le docteur Osborn, de Dublin, a si vivement recommandée et qui paraît réellement être celle qui offre le plus de chances de guérison.

Ce même fait met aussi en évidence la circonstance qu'on peut regarder comme la cause excitante la plus fréquente dans cette affection des reins, c'est-à-dire l'exposition au froid et à l'humidité. Suivant l'auteur, la cause prédisposante la plus commune serait la constitution scrofuleuse, tandis que l'abus des liqueurs alcooliques serait à la fois une cause prédisposante et excitante d'une grande énergie.

OBSERVATION D'UN CAS DE DIABÈTE GUÉRI PAR L'EMPLOI DU FER ET DU ZINC; par le docteur HOWARD.

Nous reproduisons le fait suivant sans critique ni commentaire, car il s'agit ici d'une maladie trop souvent rebelle aux traitemens les plus rationnels et les plus actifs, pour que la science n'invoque encore de nouvelles expériences et que nous n'enregistrions les faits qui paraissent appelés à jeter quelque lumière sur ce point de pratique.

OBS. — J., âgé de 30 ans, agriculteur, me fit appeler vers la fin du mois dernier, se plaignant d'une faiblesse considérable et rendant depuis deux mois une quantité d'urine bien plus considérable que d'habitude. Il se plaignait d'un sentiment de pesanteur à l'épigastre, augmentant beaucoup après l'ingestion des alimens d'une grande irrégularité dans l'action du tube digestif et d'éructations acides. La langue était blanche au centre et rouge sur ses bords. Le pouls donnait 84 et était très faible. L'appareil pulmonaire paraissait être à l'état normal. Le malade rendait 18 pintes d'urine en 24 heures, d'un goût sucré très prononcé donnant pour pesanteur spécifique 1,23 à 60° Fahr.... et fournissant par l'évaporation plus de 6 grains par pinte d'extrait solide; en sorte que chaque jour il rendait 108 grains de matière solide. Je lui ordonnai le régime animal et lui prescrivis de prendre trois fois par jour une des pilules suivantes:

Prenez extrait d'opium...... 4 grammes.
— de jusquiame.. 4 —
Pour 24 pilules.

Le malade suivit pendant quelque temps ce traitement auquel fut associé l'usage des diaphorétiques (poudre de Dover), mais sans effet avantageux; l'uva ursi, l'alun, et le cachou n'empêchèrent pas également la maladie de faire de nouveaux progrès. J'eus recours alors aux toniques minéraux combinés dans l'ordre suivant:

Prenez sulfate de fer...... 4 grammes.
— de zinc...... 4 —
extrait de pissenlit.. 8 —
Faites 30 pilules. Le malade en prendra 3 par jour.

Sous l'influence de cette médication, les symptômes diminuèrent graduellement et, au bout d'environ deux mois toutes traces de la maladie avaient disparu. Vers la fin de juin cet homme put reprendre ses travaux habituels, et depuis il n'a éprouvé aucun indice de rechute.

DE QUELQUES PROPRIÉTÉS D'UNE COMBINAISON DE L'ALBUMINE AVEC LES ACIDES; par M. BENN JONES.

Les faits suivans, que nous empruntons à cette communication, ne sont, s'ils sont exacts, pas sans intérêt, pour ceux qui s'occupent de l'étude des altérations de l'urine. On sait que les alcalis et leurs carbonates empêchent la coagulation de l'albumine par la chaleur; il paraît que la présence d'un acide libre produit le même effet dans l'urine albumineuse. L'urine d'un malade de l'hôpital St-Georges, qui était fortement acide, ne se coagulait pas par la chaleur seule, mais fournissait par l'acide nitrique un précipité que la chaleur ne pouvait plus dissoudre. On savait depuis longtemps que l'acide acétique prévenait la coagulation; l'auteur a observé qu'il en est de même de l'acide hydrochlorique et de l'acide nitrique, dont une petite quantité dans une urine albumineuse, ou dans un sérum étendu, empêche qu'il ne se coagule par la chaleur. Si sur 4 grammes d'urine albumineuse ou de sérum étendu on verse une goutte d'acide fort, il se forme immédiatement un précipité qui se dissout quand on agite le tout et qu'on ne peut obtenir par la chaleur seule. L'auteur assure même avoir observé qu'en cherchant à faire coaguler par la chaleur de l'urine dans un tube ou verre, dans lequel il en avait auparavant traité d'autre par l'acide nitrique, et qu'il n'avait pas lavé avec tout le soin désirable, la petite quantité d'acide qui y était restée suffisait pour empêcher la coagulation, même à la température de l'ébullition. L'explication de ce phénomène a été donnée par M. Berzelius, qui dit que le nitrate d'albumine est soluble dans l'eau et insoluble dans un excès d'acide; aussi doit-on verser de nouveau de l'acide pour obtenir un dépôt permanent d'albumine. Un enfant, admis, en mai 1840, à l'hôpital St-Georges, présentait un anasarque avec urine coagulable; le sérum d'une saignée qui lui fut pratiquée était alkalin, laiteux, opalescent; sa gravité

spécifique était de 1,0158; son urine était alkaline; des portions de ces deux liquides, chauffées séparément, se coagulèrent légèrement, mais sans fournir de précipité distinct. Une petite quantité d'acide acétique ayant été ajoutée à tous deux, on en obtint alors, à l'aide de la chaleur, un précipité abondant; mais un excès d'acide empêchait cette coagulation de s'opérer. Dans ce cas, l'albumine était probablement combinée dès le principe avec un alkali et se coagulait lorsque cet alkali lui était enlevé par une petite quantité d'acide, tandis que, si l'on ajoutait une trop grande quantité de ce dernier, le nitrate d'albumine y redevenait insoluble.

STATISTIQUE DE LA PETITE VÉROLE EN ANGLETERRE; par M. G. GREGORY.

L'institution de *l'enregistrement*, dont nous regrettons de n'avoir pu encore entretenir nos lecteurs, commence à produire ses fruits en Angleterre. Tandis que parmi nous, où l'on peut dire que l'on a réellement créé l'application de la statistique à la médecine, nous en sommes encore à compter des séries insignifiantes de cas et à tirer de leur rapprochement des conclusions trop souvent sans valeur, lorsqu'elles ne sont pas erronées, nos voisins se sont emparés, eux aussi, de l'application de la statistique aux études médicales, non pour lui demander des révélations que ne pourra jamais faire le calcul des nombres sur la nature et tant d'autres points de vue des phénomènes pathologiques, mais pour étudier leur succession, l'ordre dans lequel ils se développent et surtout la marche des maladies épidémiques, leurs causes et leurs effets, questions qui ont été à peine examinées jusqu'ici, et dont la statistique peut seule, en agissant sur de grandes masses, donner la solution. Aussi n'est-ce pas sur quelques cas seulement, avec des vues étroites et sans but d'application, qu'agit l'enregistrement en Angleterre; ses opérations reposent sur des milliers de cas, et quand les faits qu'il recueille auront acquis toutes les qualités qui conviennent aux faits statistiques, et qu'ils ne possèdent pas encore, on conçoit avec quelle puissance la statistique pourra agir sur l'avenir de la science et sur le bonheur de l'espèce humaine. Avec les renseignemens incomplets qu'a déjà fournis cette institution depuis trois ans qu'elle existe, les résultats auxquels on est arrivé sont assez importans pour ne devoir pas être négligés. Les chiffres suivans, relatifs à la variole, en fourniront la preuve :

Il est mort de la variole en Angleterre et dans le pays de Galles :

Dans le 3e trimestre	de 1837......	2,513	individus.
4e —	—	3,289	—
1er —	de 1838......	4,242	—
2e —	—	4,489	—
3e —	—	3,685	—
4e —	—	3,851	—
1er —	de 1839......	2,982	—
2e —	—	2,505	—
3e —	—	1,533	—
4e —	—	1,730	—

Le chiffre total des individus morts en Angleterre de la variole pendant deux années et demie a donc été de 30,819, ce qui donne une moyenne de 12,200 morts par an, et élève à plus de 154,000 le nombre de ceux qui ont été affectés de variole pendant la durée de cette épidémie, en évaluant la mortalité de cette maladie à 25 pour cent, résultat vraiment effrayant, et qui s'éloigne bien de ce que l'on a le droit d'attendre des heureux effets de la vaccination.

Les mêmes faits fournissent d'utiles renseignemens sur les variations d'intensité qu'a présentées l'épidémie aux différentes époques de sa durée, et aussi sur la direction qu'elle a suivie dans sa marche, ayant envahi d'abord les villes de l'ouest, puis celle du sud, et n'ayant gagné celles de l'est qu'au commencement de 1839; ils font voir qu'après avoir parcouru successivement toute l'Angleterre, l'épidémie apparut de nouveau dans ses premiers foyers.

La comparaison de la mortalité de la variole dans les comtés et dans la métropole est loin d'être en faveur de cette dernière; sur aucun point elle ne fut aussi forte qu'à Londres. La connaissance de l'âge qui a été le plus maltraité par la variole est encore un point important. Voici quelle est la proportion des différens âges sur 9,762 individus morts de la petite vérole, et dont l'âge a été constaté.

Au-dessous de 5 ans.......	7,340
De 5 à 15 ans.......	1,668
De 15 à 30 ans......	528
De 30 à 70 ans......	210
Au-dessus de 70 ans......	16

Ainsi la mortalité a donc frappé principalement sur les très jeunes enfans, ce qui prouve en quel discrédit était tombé le vaccin en Angleterre, et donne le motif du bill par lequel le parlement a cherché tout récemment à étendre les bienfaits de cette opération préservatrice de la variole.

DE L'EMPLOI DE L'HYDRIODATE DE POTASSE DANS LE TRAITEMENT DES DENTS VACILLANTES; par le docteur GRAVES.

Parmi les causes qui produisent l'ébranlement d'une ou de plusieurs dents, il n'y en a pas de plus commune que l'inflammation de la membrane alvéolaire. Quelquefois le point de départ de cette inflammation est dans la dent elle-même ou dans les gencives; d'autres fois, au contraire, elle part du périoste qui tapisse l'alvéole et gagne la racine de la dent et la gencive, causant beaucoup de douleur, de gonflement, un état spongieux de cette dernière, repoussant par le gonflement des tissus la racine de la dent hors de l'alvéole, et même faisant tomber entièrement la dent, bien qu'elle ne présente aucune trace d'altération.

La marche de cette affection est ordinairement accompagnée d'une vive douleur et d'un écoulement puriforme, qui s'établit entre les gencives et le périoste enflammé. Souvent on se borne à l'application de quelques sangsues sur la partie douloureuse, et dans les cas graves à des excisions profondes, pratiquées sur les gencives et le périoste enflammés. « L'an dernier, dit l'auteur, un de mes malades, atteint de cette affection, en fut traité par cette méthode, et bien qu'entre les mains d'un habile chirurgien et d'un dentiste éminent, il perdit successivement une canine gauche et une molaire de la mâchoire supérieure. L'extraction de ces dents lui procura un soulagement momentané; mais, au bout de quelques jours, les douleurs revenaient aussi fortes qu'auparavant, et on ne lui proposa d'autre moyen de salut que d'arracher ainsi toutes les dents, à mesure qu'elles perdraient leur solidité. Après divers essais, il vint me trouver, et, me rappelant que l'année précédente je l'avais traité avec succès d'une affection périostique du sternum et des côtes par l'hydriodate de potasse, je lui recommandai d'en prendre dix grammes trois fois par jour, et aussitôt il éprouva une amélioration manifeste; la douleur et l'inflammation disparurent immédiatement, et, au bout de 10 jours, les dents étaient tout à fait consolidées. La périostite qu'avait eue ce monsieur était de nature rhumatismale; sa constitution était saine, et il n'était âgé que de 44 ans.

ÉPILEPSIE GRAVE CAUSÉE PAR UNE HYPERTROPHIE DU NERF ET GUÉRIE PAR L'AMPUTATION.

OBS. — M. D., âgé de 21 ans, a, dans la soirée du 18 février 1840, la main lacérée par le mouvement d'une machine qui lui enlève les trois premiers doigts et la moitié de l'auriculaire, et lui déchire la face interne du pouce, la paume et la face dorsale de la main. On enlève les os brisés dans les articulations les plus voisines, en ménageant des lambeaux dont on recouvre la plaie. Le malade va bien jusqu'au 6 mai au soir, où il fut pris, sans cause appréciable, de convulsions irrégulières. Le lendemain, il ne pouvait parler (il y avait trismus), mais il montrait la région du diaphragme; son pouls était régulier, mais faible. On lui prescrit 6 grains de calomel suivis de forts lavemens purgatifs, des lotions d'eau et de vinaigre sur la tête après qu'elle aura été rasée, un vésicatoire à l'épigastre, et, pour le soir, une potion de teinture de valériane et de muriate de morphine. Le lendemain, le trismus offrait de temps en temps un peu de rémission; les yeux étaient fixes, tournés en haut, et la poitrine s'élevait quelquefois comme à un certain degré d'episthotonos. Ces symptômes persistèrent pendant trois ou quatre jours, puis cessèrent, et la main continua de bien aller; le malade se plaignant beaucoup de la tête, des vésicatoires et des sangsues furent appliqués à deux reprises différentes sur le cuir chevelu, et le malade sortit de l'hôpital le 7 avril, guéri, mais après avoir éprouvé une nouvelle et moins forte attaque de tétanos.

Ce malade rentra à l'hôpital le 24 juin, rapportant qu'après sa sortie il était resté bien portant pendant huit ou dix semaines, mais qu'alors il avait éprouvé une attaque qui s'était reproduite plusieurs fois depuis huit jours. Maintenant il en a cinq ou six par jour, qui durent environ cinq minutes, et à la suite desquelles il reste longtemps dans un état de stupeur. Comme il est pléthorique, on lui tire 400 grammes de sang par des ventouses appliquées à la base du col, et on prescrit des purgatifs.

Le 26, il n'y a aucun changement; les accès sont d'une telle violence qu'on est obligé de lui mettre la camisole de force. Les sangsues et les vésicatoires sur la tête rasée, les purgatifs et les opiacés n'amenant presque aucune amélioration, on a recours au nitrate d'argent, qui est administré jusqu'à la dose de 25 milligrammes par jour. On pratique la saignée jusqu'à la syncope, et il y a un peu d'amélioration; on remarque alors que les attaques, qui sont légères, sont bornées au bras qui a été lésé. Si on touche légèrement la cicatrice des doigts, le malade retire son bras d'un mouvement convulsif, et si on le fait pendant qu'il est en stupeur, de violentes convulsions agitent aussitôt son bras. Il dit aussi, lorsqu'on l'interroge sur ce point, qu'il éprouve souvent, avant le commencement de ses attaques, une sensation qui, de la main blessée, va à la tête.

Le 10 août, les accès sont très violens, souvent bornés au bras; mais chaque jour, il y a au moins deux accès de convulsion. Comme il paraissait évident que la maladie était produite par une affection de l'extrémité des nerfs de la main

mutilée, on discuta dans une consultation l'amputation de la main ou la résection des troncs nerveux qui s'y rendent, et la première de ces deux opérations ayant été préférée, l'amputation est pratiquée le 12, au milieu de l'avant-bras. Les lambeaux qu'on a menagés se réunissent par première intention, et la cicatrisation est à peu près complète le 30 août. Depuis l'opération, le malade n'a pas éprouvé la plus légère apparence d'attaque épileptiforme, et il sort guéri le 8 septembre.

En disséquant les nerfs de la main mutilée, on trouve la branche digitale du médian et celle du cubital, qui fournit l'annulaire, augmentées de trois à quatre fois leur volume ordinaire, à un tiers de pouce environ de leur terminaison, et leurs extrémités sous forme de bulbes, et enveloppées de toutes parts au milieu des cicatrices.

Cette observation, qui aurait pu être plus complète, nous semble d'une grande importance pour l'étude des maladies des nerfs, car il n'est pas douteux que le point de départ des accès ne fût réellement dans les extrémités des nerfs qui étaient enveloppées dans les cicatrices. Quant à l'altération appréciable qu'avaient éprouvée ces nerfs, l'hypertrophie, et à laquelle l'auteur semble disposé à attribuer les accidens éprouvés par le malade, nous pensons que ce n'est pas là qu'on en doit chercher la cause, car les anatomistes qui ont disséqué des moignons ou des membres mutilés savent que les extrémités des troncs nerveux présentent ordinairement, vers leur extrémité, un renflement considérable, souvent même de forme bulbeuse, et où viennent se réunir quelquefois différens rameaux.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 JUIN.

TRAITEMENT DE LA SURDI-MUTITÉ PAR LE MAGNÉTISME ANIMAL.

M. Magendie fait, au nom de MM. Becquerel et Breschet, et au sien, un rapport sur une annonce de guérison de surdi-mutité par le magnétisme animal. Le 1er février 1841, M. Dupotet annonça à l'Académie qu'il avait traité avec succès un sourd-muet, et nous présenta l'enfant, qu'il prétendait guéri de cette infirmité. Comme nous ne l'avions pas connu avant qu'il fût soumis au traitement, nous n'aurions rien pu conclure de sa guérison, alors même qu'elle eût été complète. Malheureusement pour lui, il n'en était pas là ; c'était tout simplement un sourd-muet de l'espèce de ceux qui perçoivent des bruits un peu forts et parviennent à faire entendre quelques sons inarticulés.

Pour juger de l'efficacité de son traitement, nous proposâmes à M. Dupotet de l'essayer sur trois sujets de l'institution des sourds-muets dont on pourrait constater l'état d'avance. Les trois sourds-muets qu'on lui confia n'étaient pas insensibles à toute espèce de bruit, car la surdi-mutité portée à ce degré est très rare. Ils reconnaissaient les sons, sinon par l'oreille, du moins par les vibrations des corps environnans ; ils prononçaient aussi quelques syllabes, comme *papa*. M. Dupotet, après les avoir examinés, les accepta et demanda 8 jours pour les guérir ; nous lui en accordâmes 15. Au bout de 8 jours, ils nous furent représentés comme guéris et comme étant capables, s'ils recevaient une éducation convenable, de reprendre dans la société le rang auquel ils avaient droit. Nos trois malades avaient, en effet, acquis un peu plus de sensibilité de l'ouïe. Les paroles explosives telles que *papa*, *Dupotet*, étaient aussi prononcées avec plus de facilité ; mais là se bornait tout le changement.

Les élèves eux-mêmes n'en étaient point émerveillés, et le médecin de l'établissement ainsi qu'un surveillant nous dirent que cette amélioration n'était pas d'une nature différente de celle qu'on est sûr d'obtenir sur les sourds-muets toutes les fois qu'on fait pendant un certain temps l'éducation de leur faculté auditive, en exerçant son organe par une gymnastique spéciale ; que du reste le changement opéré par ce moyen ne persiste jamais au-delà d'un temps fort limité, et que les sujets reviennent alors à leur état primitif. M. Magendie dit à ce sujet qu'il a revu récemment Honoré Tresel, sourd-muet de naissance guéri par des injections dans la caisse du tympan. Quoique la guérison date chez lui de fort longtemps, et qu'il ait reçu des soins assidus et prolongés, la parole est chez lui extrêmement imparfaite, et il ne peut guère répéter que les mots qu'il a l'habitude d'entendre prononcer autour de lui. Il ne suffit donc pas de rendre aux sourds-muets la faculté d'entendre et de parler, il faudrait leur donner aussi ce désir instinctif de parler qui porte les enfans à s'exercer d'eux-mêmes et sans y être sollicités. Quant aux trois sujets dont nous entretenons l'Académie, ils n'ont pas continué le traitement commencé, bien qu'on eût offert à M. Dupotet de les envoyer chez lui trois fois par semaine pour qu'il pût achever, s'il y avait lieu, la guérison. M. Dupotet s'y refusa : depuis lors nous n'avons plus entendu parler de lui, et les trois malades n'ont pas tardé à retomber dans leur état primitif.

Nous déclarons donc que la cure de la surdi-mutité, annoncée par M. Dupotet n'est point fondée, et ne mérite en aucune manière d'attirer l'attention de l'Académie.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

M. Regnault fait un rapport sur différens travaux relatifs à l'emploi de l'appareil de Marsh, en médecine légale. Nous insérerons ce rapport dans le prochain numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Mélier se porte comme candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

M. Brierre de Boismont écrit pour annoncer qu'il renonce à sa candidature.

Plusieurs médecins de Mirande protestent contre la lettre qui a été adressée à l'Académie par M. Broca, à propos d'une épidémie de fièvre typhoïde traitée par le sulfate de quinine.

MAGNÉTISME ANIMAL.

M. le secrétaire donne lecture d'une lettre de M. Frappart, conçue dans les termes suivans :

« Messieurs,

« Jamais je n'ai présenté aucun travail à l'Académie, jamais je n'ai demandé aucun rapport, jamais je n'ai dérobé un seul des momens de l'Académie, et cependant un honorable professeur m'a traîné devant vous sur la sellette. Entre l'assertion de M. Gerdy et la mienne l'équité veut des juges. Je demande donc que l'Académie délègue trois commissaires pour venir constater des phénomènes très curieux que présente une jeune personne en état de somnambulisme. »

M. le Président : Le comité d'administration a pensé qu'il n'y a pas lieu à prendre cette demande en considération, puisqu'il a été décidé qu'on ne s'occuperait plus des questions de magnétisme. (Appuyé, appuyé.)

M. Londe : On vous a dit que M. Frappart a été dupe ; il a été accusé par devant vous d'erreur ou d'imposture ; aujourd'hui il ne demande que des commissaires pour vérifier des faits qu'il annonce comme concluans : vous ne pouvez le refuser sans injustice.

L'Académie, consultée sur cette question, décide, à une forte majorité, qu'elle n'entendra plus rien de relatif au magnétisme.

L'ordre du jour appelle la continuation du rapport de M. Adelon sur le projet de loi concernant l'exercice de la pharmacie.

M. Gerdy : Je n'ai rien voulu dire dans le débat qui s'est élevé tout à l'heure ; mais j'avoue qu'après avoir entendu annoncer dans la dernière séance qu'on s'occuperait aujourd'hui de mon mémoire sur la vue des magnétisés, il me semble singulier de voir qu'on cherche maintenant à couper court à toute discussion. Je ne pense pas d'ailleurs que le vote actuel de l'Académie puisse lui imposer l'obligation de ne jamais entendre, même incidemment, parler du magnétisme.

M. Bouillaud : On ne m'accusera certainement pas de partialité en faveur du magnétisme ; mais il y a cependant quelques observations à faire sur la résolution que vient de prendre l'Académie. J'ai écrit autrefois sur cette matière, et je déclare qu'aujourd'hui comme alors, il y a pour moi dans le magnétisme des choses qui ne sont que du charlatanisme et de la jonglerie, mais qu'il s'y trouve aussi des observations et des phénomènes qui appartiennent à la science physiologique, et méritent par conséquent d'être approfondis. Je ne crois donc pas qu'il soit convenable d'arrêter d'une manière absolue que l'on ne s'occupera plus d'aucune des questions relatives à ce sujet.

M. Cloquet : Il y a déjà eu assez de faits de magnétisme rapportés par des gens qui n'étaient ni dupes ni fripons, pour qu'on ne doive pas prendre l'engagement de repousser à jamais toute discussion ayant trait à cet objet. Certes, on ne s'explique pas tout, Messieurs, et les particularités que nous offre le somnambulisme naturel sont-elles donc si faciles à comprendre que nous puissions avoir de notre intelligence une idée assez haute pour rejeter comme absurde ce qu'elle ne peut saisir ? Une Académie ne doit pas mettre d'avance un *veto* sur des questions qui ont un côté scientifique, quelque absurdes qu'elles puissent paraître au premier coup-d'œil.

M. Rochoux : Ce que vient de dire M. Cloquet est on ne peut plus juste, on ne peut plus philosophique ; mais cela prouve qu'il importe de prendre un parti formel à l'égard de cette question, et de décider si on l'examinera ou si on passera à l'ordre du jour. L'Académie est dans cette alternative, et je demande qu'elle déclare à quelle résolution elle entend s'arrêter.

M. Adelon : Je proteste maintenant, comme j'ai protesté il n'y a qu'un instant par mon vote, contre la mesure que l'Académie a prise. Vous ne pouvez, ce me semble, refuser votre examen, votre contrôle à des faits qui intéressent à un si haut degré la science de l'homme.

M. Londe : J'approuve en tout point le langage de M. Adelon ; j'ajouterai seulement sur la question particulièrement en discussion, que, dans la lettre de M. Frappart, le mot de magnétisme n'est pas même prononcé. Ce n'est certes pas lui qui a le premier pris la parole ; il a, au contraire, été attaqué et mis en scène, de sorte que sa demande d'aujourd'hui n'est qu'une réponse aux imputations dont il a été l'objet.

M. Bouvier : Il a été décidé dans la dernière séance que la discussion sur le mémoire de M. Gerdy aurait lieu aujourd'hui. Je demande donc à l'Académie si elle prétend revenir sur un vote aussi récent que formel, ou si, au contraire, elle veut, comme il a été résolu, consacrer une partie de son temps à la discussion de ce travail.

M. Breschet : Comment se fait-il que l'Académie oublie aussi vite la résolu-

tion qu'elle vient de prendre? On a décidé il n'y a qu'un instant qu'il ne serait plus entendu aucune communication sur le magnétisme animal, et voilà que la discussion recommence et continue comme si aucune délibération n'avait été prise à cet égard. L'Académie des sciences a arrêté, avec raison, qu'elle passerait constamment à l'ordre du jour sur tout ce qui a trait à la quadrature du cercle et au mouvement perpétuel. Eh, Messieurs, il me semble à moi que le magnétisme animal mériterait bien un accueil semblable. (Bruit prolongé.)

M. Gerdy : Je n'ai pas demandé la parole pendant qu'on délibérait sur la réclamation de M. Frappart. Je ne voulais pas user de mon influence, quelque minime qu'elle soit, pour nuire au succès de sa demande. Mais à présent que l'Académie a voté sur ce point, il y aurait de ma part faiblesse et lâcheté si j'abandonnais les propositions que j'ai avancées dans la dernière séance. Je demande donc formellement que la discussion de mon mémoire ait lieu, et qu'elle s'ouvre aujourd'hui même. M. Londe dit que j'ai attaqué le premier M. Frappart ; non, Messieurs, il avait, avant moi, commencé le combat, en vous faisant distribuer un écrit sur ses expériences magnétiques ; c'est donc réellement lui-même qui a ouvert la discussion, et je n'ai fait, quant à moi, que répondre à ses argumens.

L'Académie décide qu'elle passera à l'ordre du jour.

M. Gerdy : Je voudrais que l'Académie fût consultée de nouveau, et après avoir été à même de bien savoir sur quoi elle est appelée à se prononcer. Il est évident que l'ordre du jour est la discussion de mon travail, puisque cette discussion a été annoncée dans la dernière séance comme devant être commencée aujourd'hui. Beaucoup de membres ont donc pu croire qu'en demandant l'ordre du jour, ils votaient pour que la discussion eût lieu.

M. le président : L'observation de M. Gerdy a, j'en conviens, quelque chose de juste. Il y a eu un peu de vague dans la manière dont la question a été posée, et plusieurs membres ont réellement pu se méprendre sur ce que l'on appelait ordre du jour. Je vais donc mettre directement aux voix la question de savoir si l'Académie veut entendre la discussion du travail de M. Gerdy.

L'Académie, consultée de nouveau, décide que cette discussion sera ouverte immédiatement.

M. Rochoux : Vous devez bien penser, Messieurs, que je ne suis nullement dans l'intention d'attaquer le mémoire de M. Gerdy. Ce que je veux seulement dire, c'est qu'il n'était nullement besoin de se mettre en frais de recherches et d'expériences pour contrôler des phénomènes portant à un aussi haut degré le cachet du merveilleux. Quant à moi, lorsqu'on me parlera de miracles semblables, je ne prendrai même pas la peine d'examiner, et je me contenterai de répondre qu'il ne peut y avoir d'effet sans cause, de vision sans les yeux. Je remarque aussi que, dans cette question, l'Académie n'est pas fidèle à ses précédens, puisqu'elle revient encore au magnétisme, après avoir décidé, au moins à deux reprises, qu'il n'en serait plus question.

M. Bouvier : Quoique je m'associe volontiers aux idées que renferme le travail de M. Gerdy, il y règne cependant une tendance contre laquelle je veux m'élever. C'est cette propension qui conduit à nier d'une manière absolue certains phénomènes physiologiques de l'ordre de ceux que nous examinons ici. Tout le monde sait que le sommeil est complet, et incomplet ou partiel (tel, par exemple, qu'il l'est pendant les rêves et dans l'état de somnambulisme naturel) ; or, ce ne sont pas les mêmes organes qui fonctionnent ou qui reposent dans l'une et dans l'autre de ces deux espèces de sommeil. Cette distinction bien posée, il en est encore une qui s'applique aux causes même du sommeil. Il peut être provoqué ou spontané. On a nié la première forme, mais je ne comprends pas ces doutes. Depuis vingt ans que je me suis livré à des expériences de somnambulisme, j'ai souvent été à même de voir avec quelle facilité on parvient à endormir certains sujets. Ce qui a inspiré des soupçons à cet égard, c'est que le sommeil artificiel est souvent simulé, mais en résulte-t-il qu'il ne soit jamais véritable? Pour constater la réalité de ce phénomène, on n'a qu'à aller dans un hôpital, et de préférence dans une salle de femmes, parce que le système nerveux est chez elles plus sensible. Il y en aura toujours un certain nombre que l'on parviendra à endormir après quelques passes, et on en trouvera aussi bien certainement qui jouiront de la faculté de parler durant leur sommeil. Voilà les faits qu'il m'a souvent été donné d'observer, et je ne puis consentir à admettre que j'aie toujours été dupe d'une mystification. L'effet de ces passes se conçoit du reste parfaitement d'après les lois physiologiques. Toutes les sensations monotones sont susceptibles de provoquer à la longue le sommeil ; les passes agissent tout à fait de cette manière. Je comprends aussi très bien que le sommeil ainsi produit soit léger, et on peut remarquer qu'il en est ordinairement ainsi chez les somnambules naturels. Lorsque j'étais élève à l'hôpital St-Louis, une femme offrait des accès de catalepsie très nombreux; je parvins, à l'aide de quelques passes, à la faire tomber dans un sommeil tranquille, et ce qui me conduisit à l'explication du mécanisme suivant lequel ces manœuvres produisent leur effet, c'est qu'un jour que j'étais absent, la religieuse de service réussit également à endormir la malade en lui faisant respirer un flacon d'odeurs. Il n'y a donc, dans l'action des passes magnétiques, rien autre chose qu'une sensation tout à fait comparable aux bruits continus dont la monotonie dispose si puissamment au sommeil ; seulement ici elle s'adresse à un autre organe, mais elle est également faible et produit le même résultat. Je pourrais encore citer comme exemple l'influence du chatouillement.

Un phénomène du somnambulisme naturel a paru difficile à comprendre. On sait que dans cet état les individus marchent, distinguent les objets, peuvent même lire, quoique leurs yeux soient fermés. En examinant de près un somnambule, on découvre qu'il existe toujours entre les paupières un léger intervalle par où peut passer la lumière ; je me suis d'ailleurs assuré positivement qu'un somnambule qui jouissait de la faculté de lire dans un livre pendant son sommeil ne parvint plus à distinguer aucun objet dès qu'on eut éteint la chandelle.

M. Castel : Il faut que l'Académie reste conséquente avec ses précédens, et qu'elle observe les résolutions qu'elle a prises, or ce n'est pas ce qu'elle a fait jusqu'ici. Au reste, je n'ai pas à m'expliquer sur ce point, car M. Rochoux s'est déjà acquitté de ce soin, et m'a ôté la peine d'imiter ce Romain qui s'avisa un jour de censurer le sénat tout entier. M. Gerdy nous a dit qu'il suffisait d'un seul rayon de lumière pour que la vue pût s'exercer; qu'y a-t-il là d'étonnant? N'est-ce pas une condition commune à tous les sens que de pouvoir accomplir leur fonction sous l'influence du plus léger stimulant? L'Académie avait renoncé à s'occuper de ces matières. Elle y avait renoncé sur la proposition de M. Double, et plus récemment encore sur celle de M. Bouillaud. Elle commet aujourd'hui une faute en rouvrant la discussion ; car, n'en doutez pas, les magnétiseurs s'en targueront pour dire qu'ils ont occupé les momens de l'Académie. Pourquoi les passes ont-elles le pouvoir d'endormir? Tout simplement parce qu'une sensation monotone équivaut, au bout d'un certain temps, à l'absence complète d'excitans, et que les excitans sont indispensables pour entretenir l'exercice de la vie sensitive.

M. Londe : J'ai eu l'occasion d'assister aux expériences dont a parlé M. Gerdy, et quoique je sois très porté à partager sa manière de voir, je dois cependant vous dire que sur 500 personnes qui en ont été témoins, M. Gerdy, un ou deux confrères et moi, nous sommes les seuls qui ayons conservé des doutes sur la réalité des phénomènes de clairvoyance magnétique qui ont eu lieu dans cette séance. Des faits qui ont été déclarés véritables par un aussi grand nombre de témoins ne méritent-ils donc pas d'être vérifiés de nouveau? Et pouvez-vous refuser les commissaires que demande, dans ce but seulement, un homme qui n'a jamais fait, ne fera jamais du magnétisme un objet d'exploitation?

M. Ferrus : Je ne partage pas l'opinion de ceux de nos collègues qui croient que l'Académie ne peut, sans se compromettre, laisser agiter dans son sein les questions de magnétisme animal. Déjà la tournure que prend la discussion actuelle prouve qu'il peut y avoir intérêt pour la science à approfondir ce sujet. MM. Bouillaud et Bouvier ont en effet montré comment on peut rattacher les faits de magnétisme aux phénomènes physiologiques les plus vulgaires. J'espère, moi-même, pouvoir apporter dans quelque temps à l'Académie le résultat de mes observations sur un cas de somnambulisme naturel présentant des circonstances toutes particulières. Je voudrais seulement qu'on ne se contentât pas de nommer des commissaires chaque fois qu'il se présente un fait nouveau à vérifier; il faudrait une commission spéciale, permanente, qui ne se bornât pas à contrôler des observations, à suivre des expériences, mais qui pût les répéter elle-même. Messieurs, quand on me parla pour la première fois de magnétisme, je rejetai bien loin tout ce que l'on me disait là-dessus, mais depuis, j'ai vu des faits en si grand nombre et si authentiques, que je crois au magnétisme comme à l'existence d'une pneumonie que j'aurais moi-même constatée. (De tous côtés : un fait! précisez un seul fait!) On me demande un fait : je citerai seulement celui qui est propre à M. Rostan. Non seulement j'en ai été témoin, mais c'est moi qui commençai l'expérience. Eh bien, Messieurs, je suis niais, je suis absurde, si vous le voulez, j'ai été la dupe d'une indigne mystification, mais cependant je crois à ce fait, j'y crois et je n'en démordrai pas. On plaça une montre derrière la nuque, et la somnambule indiqua l'heure. Ces questions devraient être examinées au point de vue médical, et je ne fais aucun doute que la science ne retirât de leur étude des résultats avantageux.

M. Bouillaud : Je serai court, mais je tiens à être conséquent avec moi-même; je ne viens ni demander grâce à MM. les magnétiseurs, ni faire de concession. Je l'ai dit et je le répète : il y a deux espèces de magnétisme ou plutôt de doctrine magnétique. L'une est celle de M. Bouvier, elle est tout à fait rationnelle, et ma manière de voir est pleinement conforme à la sienne. Mais le magnétisme qui enseigne qu'on peut voir sans les yeux, qu'on peut entendre sans les oreilles, celui surtout qui prétend connaître la médecine et prescrit des remèdes aux malades, Messieurs, ce magnétisme, si j'en avais le pouvoir, je le supprimerais sans hésiter, et je croirais faire une chose utile.

M. Ferrus : Si j'ai demandé que l'Académie s'occupât de magnétisme, c'est précisement, comme le dit M. Bouillaud, parce que cette matière est indignement exploitée, et qu'il appartient à l'Académie de séparer les charlatans de ceux qui considèrent la question d'une manière purement scientifique.

M. Rochoux : Le fait de M. Rostan, qu'a cité M. Ferrus, est capital dans la discussion, il a été rapporté avec détail dans le dictionnaire de médecine. Le sujet de l'expérience était une fille nommée Pétronille ; on lui mit une montre sur la nuque, et elle déclara sans balancer, qu'il était 3 heures moins un quart; vérification faite, la montre marquait 3 heures et quart. (On rit.) Messieurs, si un homme opéré de la cataracte était soumis à une épreuve de ce genre et qu'il commît la même erreur, assurement je ne féliciterais ni le chirurgien, ni le malade du succès de l'opération. Je n'entrerai pas dans les particularités de la vie intime de mademoiselle Pétronille ; ce que je veux seulement établir et ce qui est bien constaté, c'est que notre influence morale est absolument nulle sur les corps extérieurs. Avec toute sa force de volonté, un homme ne parviendrait pas seulement à arrêter un moucheron. Quant au transport des sens, c'est absolument la même chose ; la catalepsie est un de ces états qu'on peut aisément simuler, et dont il est par conséquent bien difficile de constater d'une manière rigoureuse la réalité.

M. Ferrus : M. Rochoux a commis deux erreurs; ce n'est pas de Pétronille que j'ai parlé, je connais son histoire, mais celle que j'ai citée a trait à une autre personne. En second lieu, il ne s'agissait pas dans mon observation d'une demi-heure de différence; la somnambule ne se trompa que de 10 minutes, il était, par exemple, 1 heure moins 5 minutes, et elle annonça 1 heure 5 minutes. Je n'avais que ces deux rectifications à faire.

M. Gerdy : On m'a adressé bien peu de reproches dans le cours de cette discussion, et ma tâche se trouve singulièrement allégée. Je vais cependant chercher à dissiper les doutes qui subsistent encore dans quelques esprits. On ne devrait pas, a dit M. Castel, rentrer dans l'ancienne discussion; c'est risquer de

compromettre l'Académie. Messieurs, l'on peut être sollicité par deux motifs bien différens à s'occuper d'une question. Le premier est le besoin de connaître la vérité. Le second est ce mouvement instinctif qui nous porte à combattre de tout notre pouvoir les erreurs que répandent dans le monde tant de gens ou trompés ou trompeurs. Lors donc qu'il s'accrédite de plus en plus un mensonge funeste aux intérêts de l'humanité, un mensonge qui déshonorerait à lui seul notre profession, il appartient aux corps savans de discuter librement les preuves dont on essaie de l'appuyer, pour éclairer l'opinion publique; et c'est aux hommes doués de quelque courage à s'élever de toute leur force contre l'invasion de pareils fléaux.

M. Londe est de mon opinion; il me l'a dit hier, il l'a encore répété devant vous, et pourtant, chose singulière, il veut qu'on nomme des commissaires pour vérifier un fait auquel lui-même ne croit pas. On ne peut cependant pas exiger que l'Académie aille voir tout ce qu'on veut lui montrer. Il y a dans les demandes de cette nature plusieurs choses à prendre en considération. Lorsqu'un homme inconnu annonce une découverte intéressante, on peut bien déléguer une commission pour l'examiner, et à plus forte raison encore si cet homme a déjà attaché son nom à des travaux pratiques de quelque importance; mais M. Frappart est loin de se trouver dans cette catégorie; il ne s'est jusqu'à présent occupé que de magnétisme, d'homéopathie, de phrénologie et d'autres chimères de cette espèce. L'Académie est néanmoins entièrement libre, et je ne voudrais pas qu'on pût m'accuser d'avoir influé sur la détermination qu'elle croira devoir prendre ultérieurement à son égard.

Il règne dans le monde, au sujet des inventeurs et des découvertes, une erreur qu'il importe de dissiper. On accuse les contemporains d'injustice, on taxe surtout les académiciens de partialité, on nous reproche de fermer les yeux à la lumière, d'étouffer les vérités naissantes. Oh! messieurs les magnétiseurs, si c'est là votre langage, vous êtes loin de compte. Je voudrais bien que l'on me dise quelle est la science où des vérités graves et utiles ont été repoussées. On me citera l'exemple de Galilée; mais c'est le seul, et si sa découverte fut méconnue, c'est que le clergé à cette époque avait une doctrine opposée; ce ne fut donc pas la mauvaise foi, ni une obstination aveugle, ce fut l'ignorance qui le fit condamner. Il est encore un autre exemple que m'opposeront sans doute mes adversaires, c'est la découverte de la circulation. Mais il n'est pas vrai de dire qu'elle fut niée sans motif; on n'en douta que parce qu'il n'y avait pas assez de preuves, et dès que la démonstration fut faite, on l'admit généralement. Il en est de même de l'opposition que rencontra d'abord le quinquina, lors de son introduction en Europe. D'un autre côté, combien ne voyons-nous pas d'idées surprenantes, bizarres au premier abord, et cependant admises aussitôt qu'annoncées, parce qu'elles sont entourées de preuves péremptoires. Est-il rien de plus extraordinaire que les découvertes de la chimie moléculaire? Et quand on est venu dire que l'air, ce fluide impalpable était composé de plusieurs élémens, pourquoi donc n'a-t-on élevé aucune objection, aucun doute? c'est qu'il y avait là démonstration immédiate et complète. Ne répétez donc pas, Messieurs les magnétiseurs, qu'on oppose à vos doctrines le mauvais vouloir et les préjugés d'un entêtement systématique; les sorciers, les astrologues, les imposteurs de tous les genres, de tous les temps, ont tenu le même langage. Grâce au ciel, on ne les a pas écoutés, et l'on ne vous écoutera pas davantage.

Messieurs, je citerai un nouvel exemple de ce que je vous disais dans la dernière séance, sur la différence que le plus ou le moins de sévérité de la part des spectateurs apporte à la manifestation du pouvoir magnétique. Je veux parler de mademoiselle Prudence. Vous la connaissez déjà, elle dont la faculté magnétique avait besoin, pour pouvoir s'exercer devant vos commissaires, de tant de ménagemens, elle qui cessait d'y voir si les pièces de taffetas dont on couvrait ses yeux avaient une ou deux lignes de plus que cela n'avait été convenu. Eh bien! la même demoiselle Prudence, lorsqu'elle a été libre d'opérer sans contrôle, a fait des miracles; *elle a étonné la ville de Troyes*, et un auditoire dont faisaient partie des personnes recommandables (notamment un avocat fort distingué.) Vous citerai-je un de ses prodiges? Étant endormie elle a reconnu un objet placé loin d'elle, sur un meuble; elle l'a reconnu, ai-je dit; non Messieurs, écoutons plutôt le procès-verbal de la séance, elle a seulement décrit ce qu'elle voyait, en disant: *c'est fin, c'est très fin, il y a des fleurs*. Eh! Messieurs, est-il un seul de vous qui pût nommer l'objet d'après cette indication? et ne reconnaissez-vous pas là le langage ambigu des oracles de l'antiquité? Mais ce que ne peut faire le somnambule, la crédulité publique le fait toujours, et l'on peut s'en rapporter à elle pour compléter toutes les expériences, pour achever tous les miracles. Je maintiens donc ce que j'ai avancé, et je répète que toutes les fois qu'on examinera de près les faits de cette espèce, on reconnaîtra à côté du merveilleux, le faux et l'absurde. Mais on ne s'est pas contenté d'observer, on a fait des raisonnemens: La preuve, a-t-on dit, que les somnambules voient par le front, c'est que lorsqu'on couvre cette partie d'une gaze ils cessent d'apercevoir les objets. Est-il besoin d'ajouter un seul mot, et ne suffit-il pas, pour réfuter un pareil argument, de l'avoir reproduit? (Applaudissemens.)

La séance est levée à 5 heures.

CONCOURS

OUVERT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, POUR UNE CHAIRE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE ET UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE STRASBOURG.

TROISIÈME ÉPREUVE. — LEÇON ORALE APRÈS TROIS HEURES DE PRÉPARATION.

Le concours, interrompu pour cause de maladie, vient d'être repris, et la seconde série des leçons orales s'est terminée mercredi dernier par celle de M. Sédillot. L'ordre de succession des diverses épreuves enferme les candidats dans un cercle de plus en plus étroit. Libres d'utiliser, dans la première leçon, de longues heures de méditation, les emprunts bibliographiques et le concours de leurs amis, ils sont ici réduits à leurs propres forces et aux seules chances d'une inspiration, pour laquelle on leur mesure le temps avec rigueur. C'est qu'il s'agit actuellement de juger l'homme et non plus le professeur; c'est qu'après avoir pu apprécier sa manière philosophique et son pouvoir de généralisation, on veut voir ce qu'il est capable d'ajouter par lui-même aux richesses de la science médicale; car cette science est si imparfaite encore que, pour celui qui aspire à l'enseigner convenablement, l'esprit de coordination ne peut suffire, et qu'il faut aussi souvent peut-être créer qu'arranger. Ajoutons que, dans cette épreuve, les questions sont plus pratiques et demandent une solution positive. La plupart de celles qui sont échues aux concurrens, loin de permettre les développemens et les digressions étudiées à l'avance, renfermaient au contraire l'orateur dans la sphère restreinte d'une maladie spéciale à une seule région, à un seul organe. Dans cette partie de la lutte, c'est donc la capacité individuelle, la personnalité même de chaque candidat qui se trouve directement mise en jeu, et son amour-propre y reçoit souvent de rudes atteintes. Seul il a le mérite, mais seul aussi la responsabilité de ses actes. Plus d'insinuations malveillantes contre un succès, mais plus d'excuses pour justifier une défaite. On comprend que ce n'est pas ici le cas d'abandonner la ligne que nous avons cru devoir suivre jusqu'à présent. Un jugement direct est bien délicat en pareille circonstance, et nous envions trop peu au jury son pouvoir souverain pour vouloir en exercer une seule partie à son préjudice. Comme par le passé, nous resterons donc simplement narrateur. Est-ce là, d'ailleurs, abdiquer nos droits en entier? Et dans le domaine des idées comme dans les événemens du monde matériel, une histoire impartiale et complète n'est-elle pas de toutes les critiques la meilleure et la plus difficile à réfuter?

M. SANSON (ALPHONSE).

DES FISTULES DE L'URÈTRE.

M. Sanson commence par diviser son sujet, et annonce qu'il traitera successivement des fistules de l'homme et de celles de la femme. Après avoir décrit d'une manière succincte le canal de l'urètre, il indique les causes des fistules urétrales; ce sont des violences extérieures, un calcul engagé dans le canal, un rétrécissement ancien, etc. L'orifice externe de ces fistules est situé dans des points variables, au-dessous de la verge, aux bourses, à la marge de l'anus, au périnée, sur les parois abdominales elles-mêmes. Leur trajet est plus ou moins long, direct ou oblique, droit ou sinueux, doublé le plus souvent d'une couche de tissu induré et consistant.

Leur marche offre dans la période de formation des différences qui tiennent pour la plupart à la différence des causes qui les ont produites; mais une fois établies, elles ont toutes une apparence commune, à part cependant la matière qu'elles fournissent, et dont la nature varie suivant la lésion d'où résulte la fistule. Cette circonstance influe aussi sur le pronostic; mais, d'un autre côté, il est certain que, abstraction faite de la cause, la longueur et la largeur du trajet fistuleux, la situation de son orifice interne, l'état de ses parois, etc., le rendent plus ou moins facile à guérir.

Le traitement a été fondé sur des principes nombreux et variés. Dans les cas simples et d'origine récente, il suffit parfois de dévier les urines de la voie anormale où elles s'engagent. En cas d'insuccès, on a recours à l'avivement, seul ou accompagné de la suture des bords de l'orifice. Cet avivement peut se pratiquer par la cautérisation ou avec l'instrument tranchant. Enfin l'urétro-plastie a réussi à M. Ségalas et à M. Ricord pour combler une perte de substance énorme des parois du canal.

Chez la femme, c'est un accouchement laborieux, la taille vésico-vaginale, une lésion traumatique, une ulcération du vagin, qui produit ordinairement les fistules vésico-vaginales. L'écoulement de l'urine détermine à la surface du vagin et sur la peau des cuisses une inflammation érythémateuse fort incommode pour la malade. Le diagnostic n'est jamais difficile, excepté quand l'ouverture est fort petite, et alors il importe d'autant moins d'en préciser avec exactitude le siége et les dimensions, que ses conséquences sont moins graves. De tous les moyens curatifs, la cautérisation est celui qui trouve le plus souvent son application; elle convient surtout aux pertes de substances peu étendues. D'ailleurs, quelque nombreux que soient les procédés opératoires imaginés contre ces fistules, il arrive souvent qu'on ne peut en obtenir l'occlusion, et qu'on se trouve réduit au traitement palliatif. Mais ce traitement peut suffire à lui seul, et l'on a vu quelquefois le retour de la santé et de l'embonpoint amener la cicatrisation de fistules jusque-là regardées comme incurables.

M. RIGAUD.

En considérant le sujet d'une manière générale, on peut dire qu'il n'y a fistule que lorsqu'un trajet accidentel se trouve établi, lorsqu'il y a communication entre deux surfaces muqueuses, ou entre une surface muqueuse et la peau. Les fistules urétrales peuvent exister chez l'homme et chez la femme; nous parlerons successivement des différences qu'elles offrent dans l'un et dans l'autre sexe.

Comme dans toute fistule, il y a à étudier, dans celles de l'urètre, l'orifice d'entrée, celui de sortie, et le trajet compris entre les deux ouvertures. L'orifice interne peut siéger dans toute l'étendue du canal, mais ordinairement il est situé derrière le bulbe, parce que c'est là le point où se trouvent le plus souvent les rétrécissemens. L'orifice extérieur, de situation variable, avoisine cependant toujours l'urètre de plus ou moins près; on l'observe en général devant le scrotum à la racine de la verge; il est unique ou multiple, et comme percé en arrosoir, saillant vers la surface de la peau, ou enfoncé et infundibuliforme. La di-

rection et les dimensions du trajet sont aussi sujettes à mille variétés. Sa surface interne est d'abord à l'état d'une plaie récente, puis la suppuration paraît, la membrane des bourgeons charnus s'organise, et enfin elle se tapisse d'une couche qu'on a assimilée à une véritable muqueuse, mais qui en diffère par l'absence de follicules, de villosités, en un mot, de tous les caractères du système muqueux.

Un calcul engagé dans l'urètre, une contusion du périnée, les plaies du canal, soit accidentelles, soit faites par la main du chirurgien, comme dans la taille ou l'opération de la boutonnière, sont les causes les plus fréquentes de ces fistules. L'ouverture extérieure ne laisse couler l'urine qu'au moment après que le malade a satisfait au besoin d'uriner. Si ce signe ne suffit pas pour faire distinguer ces fistules de celles de la vessie, il faut introduire, par le trajet anormal, un stylet jusque dans l'urètre, et portant ensuite une sonde dans ce canal lui-même, chercher à s'assurer, par le choc des deux instrumens, qu'ils se sont rencontrés. Il y a souvent, dans la profondeur des parties des clapiers et des sinus, dont il est important de préciser exactement le nombre, la situation et l'étendue.

L'influence de cette maladie sur la santé générale est presque nulle; mais il est une autre sorte de pronostic qui a rapport à la ténacité de l'affection : celui-ci est très grave, et on le conçoit, puisqu'il est le plus souvent subordonné à la curabilité du rétrécissement de l'urètre.

Le traitement doit être basé sur la destruction de la cause la plus ordinaire du mal; c'est-à-dire sur le traitement de la stricture urétrale; on peut y arriver par l'incision, la dilatation ou la cautérisation. Mais, en supposant même (ce qui est loin d'être facile) qu'on ait guéri le rétrécissement, on n'a pas tout fait, il reste encore à attaquer la lésion locale elle-même. Parmi les divers moyens imaginés dans ce but, celui qu'on emploie le plus fréquemment est la réunion faite par suture après l'avivement préalable des bords de la plaie. Les exemples de guérison obtenue par ce procédé sont rares, parce que la perte de substance que nécessite l'avivement ajoute encore par la suite à l'étroitesse du canal, et constitue ainsi une condition qui reproduira tôt ou tard la fistule. L'autoplastie a donc souvent besoin d'être appelée en aide. S'il y avait dans ce canal un corps étranger, il faudrait l'extraire; mais cette indication ne se présente presque jamais, car le corps étranger trouverait une voie libre pour s'échapper dans la fistule dont il a été la cause. Rappelons aussi qu'à la première période du mal, lorsqu'il n'y a encore qu'infiltration urineuse, le chirurgien doit inciser largement et à plusieurs reprises, jusqu'à ce qu'il soit arrivé sur l'urètre.

Les fistules urétrales de la femme ont été étudiées bien longtemps avant qu'on s'occupât de celles de l'homme. Chez la femme, le trajet accidentel est plus court, et cependant le diagnostic n'est pas toujours facile, et l'on ne parvient quelquefois qu'après un examen approfondi à distinguer une fistule vésico-vaginale d'une urétro-vaginale; avouons aussi qu'il existe des fistules mixtes et appartenant à la vessie autant qu'à l'urètre. Elles reconnaissent pour cause un accouchement laborieux, terminé ou spontanément, ou par les manœuvres de l'art. Un calcul engagé peut aussi les produire; mais cela est plus rare, car s'il a pu parvenir jusque dans le canal, il finira en général par être expulsé à l'extérieur.

Desault traitait ces fistules de la femme par le tamponnement du vagin; mais ce n'était là qu'un traitement palliatif; aussi n'obtenait-il pas la guerison. Il est difficile de faire un choix parmi les nombreux procédés que compte la thérapeutique de cette affection. L'excision des bords de la plaie seule, et sans aucun moyen capable de les maintenir rapprochés, ne peut convenir que si la perte de substance est très peu considérable. Il en est à peu près de même de la cautérisation, qui n'est le plus souvent employée que comme moyen accessoire. Le rapprochement des lèvres de la fissure a été d'abord mis en usage par Dupuytren et par M. Lallemand. En cas d'insuccès de ces divers moyens, il faudrait recourir à l'autoplastie, qui, dans ce cas, serait plus facile et aurait des résultats plus avantageux que dans les fistules vésico-vaginales.

Il existe encore une forme particulière de fistule qui est congéniale, c'est l'hypospadias, qui peut siéger sur différens points de la longueur de l'urètre. Lorsqu'il est situé tout à fait en arrière, il peut donner lieu à une conformation telle, que les parties génitales de l'homme ont, au premier coup-d'œil, une ressemblance frappante avec celles de la femme.

M. DESPREZ.

DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR.

Les fractures du col du fémur appartiennent à l'âge le plus avancé. Très rares chez les enfans, quoique Dupuytren en cite deux exemples, elles ne se rencontrent pas souvent parmi les adultes; et sur 254 cas dont il rapporte l'observation dans son ouvrage, A. Cooper ne l'a vue que deux fois chez des sujets au-dessous de 50 ans. Deux ordres de causes peuvent les produire, et le mécanisme de la solution de continuité est bien différent, suivant que la chute a eu lieu sur les pieds ou sur la hanche. Quand on examine l'état des parties qui ont subi une fracture récente, datant par exemple de dix à douze jours, on peut constater que la division existe, tantôt à l'union du grand trochanter avec le col, tantôt sur un point de la longueur de celui-ci, tantôt au niveau de sa jonction avec la tête. On observe aussi assez souvent l'enclavement ou la pénétration de l'un des fragmens dans l'autre; des exemples de cette disposition ont été cités par A. Cooper, M. Hervez de Chégoin et M. Jezierski, qui a consigné dans sa thèse inaugurale le résultat des expériences qu'il a faites sur ce sujet avec MM. Bonnet et Nichet, de Lyon.

Les principaux signes de la fracture du col sont :

1° La rotation du membre en dehors. MM. Bonnet et P. Brun ont fait sur le mécanisme de cette déviation des expériences qui sont venues confirmer les idées de Boyer. Ainsi, lorsqu'on divise le col du fémur par un trait de scie, il tend, par son propre poids, à tourner en dehors. Mais quoique la pesanteur du membre soit l'agent essentiel de ce déplacement, il faut cependant aussi compter au nombre de ses causes adjuvantes l'action des muscles dont l'insertion est disposée de manière à déterminer le mouvement en dehors. Malgré ces agens nombreux et énergiques, le membre n'est pas constamment dévié en ce sens, et il existe des exemples bien authentiques de rotation en dedans.

2° Le raccourcissement varie de 1 à 4 pouces; il est moins considérable dans la fracture intra-capsulaire. Nous n'ignorons pas que A. Cooper professe l'opinion contraire, mais cela vient très probablement de ce que le célèbre chirurgien anglais n'a examiné que des pièces anatomiques anciennes sur lesquelles le col avait été en partie détruit par les progrès de l'absorption. J'ai fait plusieurs fois, av. e M. Nélaton, la division du col du fémur dans l'intérieur de la capsule; nous opérions la division avec une petite scie, sans produire presque aucun délabrement, et le raccourcissement n'a jamais été de plus d'un demi-pouce. Précisément à la même époque où nous nous livrions à ces expériences, M. P. Brun, à Lyon, faisait de son côté des recherches semblables, dont il a publié le résultat dans sa thèse inaugurale.

3° La crépitation peut exister ou faire défaut; son absence dépend de causes différentes, telles que la profondeur du siége de la lésion, l'enclavement des fragmens, un épanchement de liquide entre les surfaces fracturées.

4° L'impossibilité de marcher et de soulever le membre d'une seule pièce est dans le même cas; et quoique ces symptômes se montrent ordinairement, ils manquent aussi dans plus d'une circonstance.

Les maladies avec lesquelles on peut confondre la fracture du col du fémur sont les luxations de l'articulation coxo-fémorale. Les signes donnés par les auteurs comme capables d'éclairer le diagnostic peuvent souvent manquer, être d'une appréciation difficile, ou même conduire à des conclusions erronées. La crépitation serait un moyen simple et assuré de connaître la lésion à laquelle on a affaire. La meilleure manière de l'obtenir est la suivante : fléchissez la cuisse sur le bassin, et la jambe sur la cuisse, appliquez une main sur le grand trochanter ou directement sur la tête osseuse, s'il y a luxation, puis avec l'autre main placée sous le jarret, exercez directement une traction sur le fémur; dans le cas de fracture, ce mouvement provoquera infailliblement le craquement caractéristique.

Le pronostic est grave, soit en raison des obstacles qu'éprouve naturellement la consolidation dans cette partie, soit par les difficultés qu'y ajoute encore l'âge du sujet. Les questions que soulève le traitement ont été soumises à une foule de controverses; mais on peut néanmoins dire que l'indication se réduit à ramener et à maintenir le fragment inférieur en contact avec le supérieur. Les moyens de remplir ce but sont nombreux et variés. L'un des plus employés est l'appareil de Desault modifié par Boyer. Mais cet appareil, ainsi que tous ceux qui ont été construits sur le même principe, est douloureux; il détermine des escarres sur les points en contact avec les attelles, et sur ceux qui supportent le poids du corps. Enfin leur inconvénient principal est d'exiger le séjour au lit, et cette inaction prolongée ajoute une gravité immense aux chances fâcheuses qui résultent déjà de la maladie elle-même, car le lit mange les forces, comme on le dit si énergiquement dans le peuple. Ce sont ces considérations qui ont porté plusieurs chirurgiens à faire marcher leurs malades au bout de quelques jours, sacrifiant ainsi au maintien de la santé générale l'espoir d'une consolidation régulière; MM. Bérard aîné et Velpeau suivent cette conduite. Disons cependant que, d'après des observations faites à Bicêtre, M. Malgaigne a été amené à douter de l'influence du décubitus dorsal sur la production des escarres au sacrum. Suivant lui, elles ne se formeraient que dans les cas où un état fébrile se développe à la suite de la fracture, de sorte que si l'on réussissait à prévenir la fièvre par un traitement approprié, on pourrait tenir le malade au lit aussi longtemps que l'exigeraient les besoins du traitement.

Nous ne pouvons terminer sans nous poser cette question si controversée : la fracture intra-capsulaire est-elle susceptible de consolidation? On sait d'abord, depuis que les limites exactes de la capsule fibreuse ont été indiquées avec plus de précision, qu'il faut récuser beaucoup des faits cités autrefois comme exemples de guérisons de cette espèce. Mais, même en faisant ces réserves, il en reste plusieurs sur la réalité desquels on ne peut élever aucune espèce de doute. Un mémoire de Schmidt et la thèse de M. Chassaignac en contiennent plusieurs observations, et on peut voir dans le musée Dupuytren une pièce tout à fait probante. La réunion s'opère de plusieurs manières; tantôt c'est une véritable consolidation osseuse, tantôt il y a une virole, une sorte d'étui contenant les fragmens; tantôt des jetées osseuses se sont faites entre l'ischion et le grand trochanter; tantôt c'est une réunion à pleines surfaces par l'intermédiaire de tissus fibreux.

(La suite de cette épreuve au prochain numéro.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 26. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 26 JUIN 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* rénnies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 82 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

CHIMIE GÉNÉRALE.

RECHERCHES SUR LA VÉRITABLE CONSTITUTION DE L'AIR ATMOSPHÉRIQUE; mémoire lu à l'Académie des sciences le 7 juin 1841; par MM. Dumas et Boussingault.

Abstraction faite de l'acide carbonique, des gaz carburés, des vapeurs accidentelles, l'air renferme de l'oxigène et de l'azote en proportions qui paraissent à peu près constantes.

Généralement, on admet que l'air est formé d'un mélange d'oxigène et d'azote, et l'on s'explique son invariabilité, en supposant que les plantes décomposent par leurs parties vertes, sous l'influence solaire, tout l'acide carbonique développé par la respiration des animaux ou la putréfaction des êtres organisés. La constance de la composition de l'air donnerait donc la mesure et la preuve d'une des plus belles harmonies naturelles, celle qui, liant les deux règnes organisés l'un à l'autre par l'intermédiaire de l'atmosphère, les placerait ainsi dans une dépendance mutuelle.

Cependant tous les chimistes ne sont pas convaincus que la composition de l'air soit constante, ni même que l'air soit un mélange d'oxigène et d'azote.

Pour certains d'entre eux, et pour MM. Prout, Dobereiner, Falkner, Thomson, par exemple, la constance des élémens de l'air est un fait si bien acquis, qu'ils regardent l'air comme un véritable composé chimique, formé de 20 volumes d'oxigène pour 80 volumes d'azote. La confiance du

---

Feuilleton.

LES EAUX THERMALES.

A propos des ouvrages suivans :

1° Essai sur l'action thérapeutique des eaux ferrugineuses de Passy; par M. Chenu, D. M.

2° Essai pratique sur l'action thérapeutique des eaux minérales; par le même, t. I.

3° Ems, ses eaux thermales et ses environs; par le docteur Doering. Ems, 1841.

4° Une saison aux eaux de St-Gervais en Savoie; par M. Jules Determes, 1841.

5° Rapport sur l'emploi des eaux minérales de Vichy; par M. Patissier, avec notes par M. Petit, 1840.

6° De l'action des eaux minérales; par G. Sabatin, D. M. Premier mémoire, 1839.

7° Mémoire sur les eaux thermo-minérales en général, et sur celles de Bourbonne en particulier; par le docteur Rhodes, 1841.

> Je m'en lave les mains.
> (Ponce Pilate.)

Ouf! l'œuvre est consommée, je veux dire la transcription des titres de tous les ouvrages sur les eaux thermales qui nous ont été adressés récemment, quoique plusieurs d'entre eux aient perdu, par le maléfice de leur millésime, l'attrait indispensable de l'actualité. Il faut une plume riche d'encre pour transcrire, d'une seule haleine, la kyrielle des titres d'ouvrages et d'opuscules qui protège agréablement ce feuilleton; et j'en passe des plus intéressans; je supprime surtout à mon grand regret le détail honorifique ajouté à chaque nom d'auteur, et qui est à la première page de toute publication, ce que la décoration de l'éperon d'or, et en général tout insigne rutilant, est à la boutonnière d'un habit quelconque. Tel de mes auteurs sus-mentionnés n'est rien moins que conseiller de médecine de je ne sais quel principicule de la confédération très germanique; tel autre fait partie de la société des sciences et des arts d'Agen; les arts d'Agen, notez cela, lecteur, si vous êtes de ceux qui refusez à la province l'aptitude à la vie artistique. Il en est un qui, après avoir examiné l'action des eaux minérales et discuté leurs effets dans toute la série des affections externes et profondes, le tout en 32 pages, s'est contenté d'inscrire modestement son nom sur ce monument de laconisme contemporain, avec le simple et discret ornement de son adresse domiciliaire : réclame, affiche, distribution d'adresses, passons outre. Le nombre impair est plaisir aux dieux; le nombre 32 fait les délices de la librairie volante : un autre de mes thermographes a trouvé moyen de mettre tout juste aussi, comme le précédent, en 32 pages, les choses suivantes : 1° deux dédicaces; 2° une introduction; 3° des considérations générales; 4° l'historique des eaux thermales; 5° une étude sur leurs propriétés physiques, sur leurs principes minéralisateurs, sur leurs propriétés médicinales, etc.; 6° des réflexions sur les eaux minérales factices, etc. Il est vrai qu'en jetant un regard sur la couverture

savant professeur de Glascow à cet égard est même telle, qu'il a tiré de cette donnée des densités de l'oxigène et de l'azote qui ont évidemment servi de base à tout un système de théorie atomique.

Pour d'autres, et ici il faut citer en première ligne l'illustre fondateur de la théorie atomique, le vénérable docteur Dalton, l'air serait un mélange variable d'oxigène et d'azote, plus riche en oxigène dans les régions que nous habitons, et où l'azote deviendrait prédominant à mesure qu'on s'élèverait dans l'atmosphère. A cet égard, les convictions de M. Dalton sont vives et profondes; elles ont tout le caractère des convictions mathématiques.

C'est en effet moins sur l'expérience que sur le calcul que cette opinion se fonde; et celui-ci, présenté sous une forme un peu différente par un de nos confrères, M. Babinet, l'a conduit à des résultats analogues. D'après ces vues, l'air étant formé à Paris de 21 d'oxigène pour 79 d'azote en volume, on aurait les compositions suivantes, à diverses hauteurs :

	Oxigène pour 100 d'air.
0........................	21
2000 mètres..........	20,46
6000 —	19,42
10000 —	18,42

Les calculs de MM. Dalton et Babinet sont jusqu'à présent en désaccord avec les résultats des expériences, et en particulier avec les analyses faites par M. Gay-Lussac sur l'air recueilli dans sa mémorable ascension aérostatique, avec celles que l'un de nous a exécutées en Amérique à des hauteurs considérables, et enfin avec les analyses nombreuses qu'un chimiste plein de sagacité et d'une précision éprouvée, M. le professeur Brunner, de Berne, a été exécuter au sommet du Faulhorn, pendant un séjour prolongé qu'il y a fait à ce dessein.

Ainsi, voilà des chimistes qui regardent, d'après leurs expériences, l'air comme étant formé de 20 d'oxigène et 80 d'azote, et comme constituant un véritable composé chimique. En voici d'autres qui le considèrent comme un mélange constant de 21 d'oxigène pour 79 d'azote. Enfin viennent des physiciens qui veulent que sa composition varie avec la hauteur.

Toutes ces opinions ne donnent pas une idée bien haute de la confiance qu'inspire la méthode employée habituellement pour faire l'analyse de l'air; elles prouvent que chacun croit y entrevoir des causes d'erreurs suffisantes pour justifier le peu de cas qu'il fait des analyses connues.

L'incertitude augmente encore quand on sait que l'analyse de l'air s'accorde de la manière la plus parfaite avec les densités de l'oxigène et de l'azote, données par MM. Berzélius et Dulong, densités évidemment incorrectes, comme on le verra plus loin.

Ainsi, ce n'est plus à titre seulement de renseignement historique à léguer à la postérité, qu'il importait de soumettre la composition de l'air à une étude nouvelle et assez exacte pour inspirer quelque confiance aux savans. Au respect pour un des derniers vœux que Laplace ait fait entendre dans cette enceinte, et dont il a confié l'exécution à l'Académie, venait se joindre un intérêt actuel vraiment irrésistible; car les théories les plus délicates de la science semblaient s'être donné rendez-vous sur cette question de la composition de l'air, pour s'y heurter et se contredire.

Ainsi, pour le docteur Prout et le docteur Thomson, tous les gaz ont des densités exprimées par des multiples en nombre entier de la densité de l'hydrogène. L'azote est quatorze fois plus pesant que l'hydrogène, l'oxigène est seize fois plus pesant que lui. Enfin, l'azote et l'oxigène se trouvent exactement dans la composition de l'air dans le rapport de 1 à 4 en volumes.

Comme il régnait le même doute sur ces trois points, nous avons dû mettre en usage des procédés qui fussent absolument indépendans des chiffres admis jusqu'ici pour la densité de l'oxigène ou pour celle de l'azote; nous avons dû même éviter de baser nos analyses de l'air sur la composition attribuée à quelque composé que nous aurions produit à son aide, car il aurait fallu s'appuyer sur des données analytiques antérieures; et sans mettre en doute aucun des faits de la science, nous avons cru convenable de nous rendre indépendans de toutes les circonstances étrangères au point précis que nous voulions déterminer.

Nous avons trouvé toutes ces conditions réunies par l'emploi d'un procédé très simple dans sa conception comme dans son exécution, et qui ne renferme réellement, comme chose nouvelle, que le moyen de remplacer la mesure des gaz par leur pesée. Ainsi, nous avons réussi à faire l'analyse de l'air en pesant l'oxigène et en pesant l'azote qu'il renferme.

En effet, nous étant procuré un ballon vide d'air, nous le mettons en rapport avec un tube plein de cuivre métallique réduit par l'hydrogène et armé de robinets qui permettent d'y faire également le vide. On a d'ailleurs déterminé exactement le poids de ce tube.

Le cuivre étant chauffé au rouge, on ouvre celui des robinets par où doit arriver l'air, qui se précipite alors dans le tube, où il cède à l'instant son oxigène au métal. Au bout de quelques minutes, on ouvre le second robinet, ainsi que celui du ballon, et le gaz azote se rend dans le ballon vide. Les robinets demeurés ouverts, l'air afflue, et à mesure qu'il passe dans le tube, il y abandonne son oxigène; c'est donc de l'azote pur que le ballon reçoit. Quand il en est plein ou à peu près, on ferme tous les robinets. On pèse ensuite séparément le ballon et le tube pleins d'azote; puis on les pèse de nouveau après y avoir fait le vide. La différence de ces pesées donne le poids du gaz azote. Quant au poids de l'oxigène, il est fourni par l'excès de poids que le tube qui contient le cuivre a acquis pendant la durée de l'expérience.

Nous n'insistons pas pour le moment sur les précautions que nous avons jugées nécessaires dans la pesée du ballon plein d'azote et vide; elles seront mieux à leur place dans la discussion des moyens que nous avons mis en œuvre pour contrôler les densités de l'oxigène et de l'azote.

Mais nous devons dire sur quoi se fonde notre conviction relativement à la base même du procédé, c'est-à-dire l'absorption totale de l'oxigène de l'air qui passe par le tube, au moyen du cuivre.

Il suffit de voir comment l'expérience se comporte, pour être pleinement rassuré à ce sujet. En effet, l'air se dépouille tout à coup d'oxigène, dès son entrée dans le tube. Le cuivre qui s'oxide occupe une zône tout à fait limitée, et après les plus longues expériences, l'oxidation se trouve renfermée dans l'espace de 2 ou 3 centimètres. La presque totalité du tube contient donc encore, à la fin de l'expérience, du cuivre métallique doué de tout son éclat, et éminemment propre à recueillir les dernières traces d'oxigène.

Nous n'avons pas voulu néanmoins nous en rapporter à ces apparen-

---

du précieux opuscule, on découvre, à la suite du nom de celui qui l'a engendré, cette apposition significative : « attaché à l'hôpital de ...., pendant la saison des eaux. » Ce rien fastueux, cette encyclopédie thermale de 32 pages, s'est probablement égarée pour arriver jusqu'à nos mains; née dans une des retraites privilégiées que visite avec prédilection la gent nomade des baigneurs, elle n'en aurait pas dû franchir les limites; qu'elle retourne à sa source; que la lecture de ses pages légères délecte le loisir de ceux qui sont attachés, durant la saison des eaux, à la même localité que l'auteur. Vous dirai-je que M. Patissier, qui a écrit il y a plus de vingt ans contre l'usage des eaux de Vichy dans la goutte, et qui est issu d'un père mort de la goutte, fait aujourd'hui amende honorable devant les naïades alcalines de M. Petit, avec la contrition d'un homme qui craint le sort paternel? que M. Petit, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy, se fâche tout rouge contre les sceptiques malencontreux qui osent mettre en question l'efficacité anti-calculeuse de ses chères eaux? Mais laissons les hommes pour les choses; laissons les intérêts adverses s'échauffer jusqu'à l'ébullition, controverser avec une dialectique acerbe les cures plus ou moins radicales; laissons les médiocrités qui ont trébuché dans l'un des mille sentiers de l'industrie citadine, secouer dédaigneusement la poussière de notre pavé pour aller se retremper dans quelque source plus ou moins thermale, et essayer, sur une autre classe de croyans, les artifices de leur science équivoque. La nature a posé des limites à l'intelligence, au pouvoir physique de l'homme; mais le charlatanisme n'en connaît point; il va, il va de par tous les chemins, il descend à toute profondeur, il grimpe à tous les sommets; les sources bienfaisantes que Dieu fait jaillir dans les montagnes ou dans le fond des vallées n'ont pu échapper à la contémération de l'industrie; cette gratuite pharmacie que le rocher distille de ses fissures, ou qui monte par des conduits mystérieux des entrailles du sol pour s'épancher à sa surface, elle est devenue, comme l'autre pharmacie que vous savez, métier et marchandise, enseigne et trafic. Par ce temps de scandale et de lucre immodéré, il y a de la boue partout, même au fond des eaux thermales. A l'approche des ardeurs caniculaires, vous prenez l'une des routes qui vous mènent aux délicieux oasis qu'on appelle eaux thermales, jetés en Europe, ici dans une gorge de montagnes comme dans un pli voluptueux de la nature; là sur le bord d'un beau fleuve comme le Rhin; ailleurs juchés sur le versant des plus gracieux coteaux du monde : eh bien! à l'entrée de ces douces et fraîches retraites, l'industrie médicale vous attend, une carte de visite ou même une affiche à la main; l'affiche et l'adresse sont avantageusement remplacées par le petit livre, moitié cicerone, moitié médecin, embelli par une gravure représentant l'inévitable maison des bains, et enrichi d'un sommaire historique des cures opérées par l'Esculape privilégié du lieu. Et c'est ainsi que l'on vous gâte, dès l'arrivée, les premières impressions du paysage longtemps rêvé tel que le voilà, miroitant au soleil sous votre regard, sans cicerone ni gravure, sans médecin ni médicastre. On n'a même pas attendu votre arrivée pour vous crisper de l'odeur nauséabonde du charlatanisme thermographique : la veille du départ, ou dès les premiers beaux jours, vous avez reçu par vous ne savez quelle voie une demi-douzaine de ces brochures, produit banal d'une science mercantile qui préconise à bon escient les vertus infaillibles d'une source quelconque; agaceries lointaines que le savoir-faire exotique ou indigène vous adresse, et dont les frais sont supportés également par une petite phalange d'industries coalisées. Ces envois se répètent de-

ces. Tout étant disposé comme à l'ordinaire, nous avons triplé la vitesse du courant d'air dans l'appareil, et sous cette condition défavorable, nous avons essayé s'il retenait de l'oxigène : il n'en avait pas gardé le moindre indice. En effet, nous avons dirigé l'azote tout entier au travers d'un tube contenant une dissolution ammoniacale de protochlorure de cuivre bien incolore, et nous n'avons pu découvrir aucune apparence de coloration dans ce liquide. Or la plus légère trace d'oxigène l'aurait fait passer au bleu foncé.

Exécutées à l'aide de ce procédé et sur une grande échelle, toutes nos expériences, sans exception, sont venues confirmer la composition de l'air admise par les chimistes français, et fondée sur les belles expériences eudiométriques par lesquelles MM. de Humboldt et Gay-Lussac ont fixé, il y a trente-cinq ans, la composition de l'air d'une manière irréprochable dans les limites de sensibilité de leurs instrumens.

Nous ne rapporterons pas toutes nos analyses; nous donnons ici seulement le détail de celles qui ont été faites au moment où l'expérience acquise dans le maniement du procédé nous permettait d'atteindre une précision qui les rendait bien comparables. Or, nous devons le dire, à mesure que nous faisions disparaître les petites causes d'erreur que nous avions méconnues d'abord, les différences apparentes de la composition de l'air s'effaçaient; celle-ci se montrait plus constante, et nous étions conduits invinciblement à considérer comme dues à des erreurs d'observation des différences qui, au premier abord, semblaient appartenir à la constitution de l'air lui-même.

L'air que nous soumettions à l'analyse était aspiré par des tubes de verre qui le puisaient dans le jardin de mon laboratoire, près du Jardin des Plantes. Quand nous faisions deux analyses simultanées, les deux tubes aspirateurs venaient se terminer au même point, et prenaient par conséquent l'air dans la même couche.

Six expériences simultanées deux à deux donnent donc en résumé les résultats suivans :

	Petit ballon.	Ballon moyen.	
27 avril oxigène......	22,92	22,92	pour 100 d'air en poids.
28 avril..............	23,03	23,09	
29 avril..............	23,03	23,04	
Moyenne.........	22,993	23,016	

Et en prenant la moyenne des six expériences, on trouve

Oxigène...........	23,010	ou bien	23
Azote.............	76,990		77
	100,000		100

pour la composition de l'air en poids dans les circonstances où nous avons opéré.

Dans une expérience où nous opérions sur l'air pris dans le laboratoire même, nous n'avons trouvé que 22,3 d'oxigène pour 100 d'air en poids. Cette différence, à peine appréciable par les méthodes eudiométriques ordinaires, s'exprime dans notre procédé par des chiffres si considérables, qu'elle ne saurait échapper à l'observation la moins attentive; mais nous réservons pour une autre époque les recherches relatives à l'air vicié que nous nous proposons d'accomplir en vue des études que la physiologie et l'hygiène réclament sous ce rapport.

Ainsi, en nous bornant à la composition de l'air normal, nous trouvons que, dans les derniers jours d'avril et par un beau temps, il était formé de 2300 d'oxigène pour 7700 d'azote en poids. Ce fait étant indépendant de toute correction, de tout coefficient, de toute hypothèse, peut servir à discuter quelques chiffres d'une très grande importance, savoir : la densité de l'azote et celle de l'oxigène. En effet, il faut qu'en prenant

2,300	oxigène,
7,700	azote,
10,000	air,

et divisant chacun de ces nombres par les densités respectives de l'oxigène, de l'azote et de l'air, on retrouve un accord convenable dans les volumes qui s'en déduiront. Et comme la densité de l'air est l'unité, 10,000 d'air en poids en représentent 10,000 en volume, qui doivent former la somme des volumes des 2,300 oxigène et des 7,700 azote. On aurait donc

$$\frac{2300}{1,1026} + \frac{7700}{0,976} = 10\,000,$$

si les densités de l'oxigène et de l'azote données par M. Berzélius étaient exactes. Mais on a tout au contraire

D'une part,	10 000 air en poids	=	10000 air en volume.
D'autre part,	7700 azote en poids	=	7889 en volumes.
	2300 oxigène en poids	=	2086 en volumes.
			9975 air en volume.

Le volume de l'air, qui devrait être égal à 10,000, ne s'élèverait donc qu'à 9975, ce qui correspond à une erreur de $\frac{25}{10000}$. Comme nous pensions qu'une telle erreur n'était pas possible dans nos expériences, nous avons jugé nécessaire de prendre avec des soins nouveaux la densité de l'oxigène et celle de l'azote.

Le principe sur lequel nous nous sommes fondés nous a entraînés peu à peu dans bien des tâtonnemens; mais nous espérons qu'il en sera résulté une méthode propre à introduire dans ces sortes de recherches une précision qui n'aura de limites que celle qui résulte de la capacité des vases, qui demeure bornée à certains termes difficiles à dépasser.

On peut apprécier la densité d'un gaz en comparant le poids de l'air que perd un ballon où l'on fait le vide et celui du gaz qui peut y entrer pour en prendre la place. Cette méthode est très commode; on l'emploie le plus ordinairement, mais elle suppose que le gaz est recueilli d'avance dans un réservoir où on le puise pour remplir le ballon. Or, nous voulions éviter de préparer nos gaz à l'avance, et de les conserver dans des récipiens, pratique qui entraîne mille difficultés, relativement à la pureté du gaz, à cause des échanges de gaz et d'air qui s'effectuent au contact du liquide saturé d'air.

Voici, en conséquence, la marche que nous avons suivie. Le gaz est pré-

---

puis quelques années avec une régularité qui annonce un service définitivement établi; notre table est chargée de ces prospectus in-18; il en vient d'Outre-Rhin, de la Savoie, des Pyrénées : messages calqués avec une stérile monotonie sur le type indélébile de la rhétorique vantarde, que Lablache débite avec une ampleur si grotesque dans le rôle du docteur Dulcamara. On peut les ranger en deux catégories : la première se compose des prospectus annuels des grands établissemens, que leur renommée européenne a depuis longtemps investis d'une sorte d'autorité sur les consciences médicales, non moins que sur la crédulité rhumatisante et goutteuse; oh! ceux-là ont une éloquence de programme, qui sonne d'un timbre métallique; ils élèvent fièrement leur bannière à l'horizon, sous le premier rayon du soleil d'été; leur missive est une quasi-injonction d'expédier le plus promptement à leurs eaux le contingent annuel de souffrances imposables et d'infirmités taxables à merci. Tel n'est point le ton de l'autre catégorie, laquelle comprend deux variétés, à savoir, les établissemens encore controversés, quant à leur valeur curative, malgré leur ancienneté, et les établissemens tout à fait nouveaux; les sources qui clapotent un peu dans le désert depuis nombre d'années et les sources qui viennent seulement d'être découvertes, ou qui ne jaillissent que d'hier; il y aurait bien à placer entre les deux une sous-variété représentant les sources réhabilitées, soit qu'elles datent de l'occupation romaine, soit que privées de toute mention dans les Commentaires de César, elles n'offrent pas non plus le moindre vestige de constructions anciennes. Toute cette dernière catégorie d'établissemens procède par insinuation, balbutie avec une pudeur calculée l'invitation annuelle à la dégustation de leurs sels, à l'aspiration de leur bouquet gazeux. Tantôt c'est une pauvre petite source qui vient de compléter son emménagement, grâce aux allocations du budget municipal, et qui sollicite la faveur d'humecter votre peau pendant une toute petite saison seulement; tantôt un inspecteur, récemment institué pour une source oubliée, s'empresse de la faire mousser et vous en asperge de loin. Il y a quelques années, c'était chose rare encore que ces envois de prospectus; peu après ils se sont multipliés, suivis; maintenant ils adviennent ensemble, presque à point nommé,

> Quand la nature est reverdie
> Et l'hirondelle de retour;

c'est un phénomène de plus ajouté à ceux qui marquent la périodicité des saisons. Salut donc à la littérature aquatique! Salut aux chantres plus ou moins inspirés de toutes les eaux thermales de France et de Navarre, et de vingt autres royaumes et principautés! Mais nous n'avons garde de confondre avec les produits de cette littérature les publications que nous avons inscrites en tête de cet article; il en est deux principalement dont nous faisons une sérieuse réserve, c'est le premier volume d'un ouvrage complet que termine M. Chenu, et le rapport de M. Patissier. Que le lecteur ne craigne pas toutefois de nous voir rouvrir l'arène des discussions académiques au sujet de l'action attribuée aux eaux de Vichy; les observations recueillies par M. Patissier offrent sans doute beaucoup d'intérêt; les conclusions de son rapport sont empreintes de sobriété; l'espèce de lutte établie entre les lithotriteurs et M. Petit ne laisse pas que d'être instructive; mais notre humeur répugne aujourd'hui à la besogne d'analyse et de critique : libre aux amis des deux partis contendans de se reprendre à des questions imprégnées d'intérêt personnel; l'inspecteur-adjoint des eaux de Vichy re-

paré de façon à parvenir pur et sec à l'extrémité d'un tube qu'on met en communication ave un ballon vide. En ouvrant le robinet de ce vase, le gaz se précipite dans son intérieur. On règle sa production et son introduction dans le ballon d'une manière convenable, pour qu'il y ait toujours dans l'appareil qui sert à le produire et à le purifier une pression supérieure à la pression ordinaire.

Lorsque le ballon est plein de gaz, on y fait le vide, et on le remplit une seconde fois. On suppose alors qu'il est plein de gaz pur, supposition qui n'entraîne aucune erreur appréciable à la balance.

Il faut procéder enfin aux pesées, qui se réduisent à trois : 1° la pesée du ballon plein de gaz ; 2° celle du ballon vide ; 3° celle du ballon plein d'air sec. Elles peuvent marcher rapidement dans l'ordre indiqué, et elles fournissent, 1° le poids du gaz, 2° le poids d'un volume égal d'air (1).

Restait à connaître la température propre du gaz et celle de l'air dans lequel flotte le ballon pendant les pesées. C'est là, nous n'en doutons aucunement, que réside le secret des discordances qu'on observe dans les nombres exprimant les densités des gaz donnés par tant de physiciens et de chimistes illustres, et si éloignés les uns des autres que personne n'a jamais osé prendre une moyenne entre eux.

Pour avoir des températures certaines, constantes, faciles à apprécier nous avons dû placer dans le ballon un thermomètre construit par M. Danger, qui permît de lire les centièmes de degré. La tige de ce thermomètre est engagée dans un tube de verre interposé entre la douille de ce ballon et son robinet. L'observateur peut donc lire la température exacte du gaz, sans avoir besoin de sortir le ballon de l'enceinte où il s'est mis en équilibre de température.

Cette enceinte ou cave artificielle est formée d'un grand vase cylindrique en zinc dont la paroi intérieure se trouve à 2 décimètres de la paroi extérieure. L'espace annulaire qu'elles laissent entre elles, l'espace compris entre le fond intérieur et le fond extérieur, sont remplis d'eau. L'ouverture de la cave est fermée par un couvercle mobile dans l'épaisseur duquel est logée une couche d'eau d'une épaisseur de 2 décimètres.

Le ballon logé dans cette enceinte se trouve entouré par conséquent d'une enveloppe d'eau de 2 décimètres, dont on connaît la température à $\frac{1}{100}$ de degré près. Le ballon étant d'ailleurs muni d'un thermomètre qui indique sa température intérieure avec la même précision, il suffit d'attendre que les deux thermomètres soient d'accord pour avoir la certitude que le gaz possède partout la même température, à $\frac{1}{100}$ de degré près.

Il n'y aurait pas d'intérêt à pousser plus loin la précision à cet égard, par la raison que dans nos ballons les plus volumineux une erreur de $\frac{1}{100}$ de degré ne correspond qu'à une erreur sur le poids de $\frac{1}{10}$ de milligramme, poids qu'une balance chargée de 1 ou 2 kilogrammes n'apprécie plus.

Au moment où on ferme le robinet du ballon, on connaît donc la pression du gaz au vingtième de millimètre, puisqu'elle est égale à celle de l'air extérieur exprimée par le baromètre ; et l'on peut répondre de sa température au centième de degré.

Pour avoir le poids exact du ballon, il faut des précautions du même ordre.

En effet, quand le ballon est suspendu au crochet de la balance et que l'observateur s'en rapproche pour peser, il échauffe le ballon et l'air qui l'entoure : des courants s'établissent ; le poids apparent du ballon varie sans règle et dans des limites qui détruisent toute idée de précision absolue.

Nous avons fait usage d'une balance du système de Fortin construite avec les plus grands soins par M. Deleuil, balancier de la Monnaie. Cette balance est placée sur une large armoire doublée en plomb et garnie à l'intérieur d'une couche de chaux vive qui y maintient l'air à un état hygrométrique constant. Le ballon suspendu au crochet de la balance flotte dans cette armoire, et les portes de celle-ci étant fermées, il est à l'abri de tous les rayonnements extérieurs. Un thermomètre qui donne les centièmes de degré, placé à côté du ballon, donne immédiatement la température de l'air de l'armoire ; un baromètre placé à côté donne sa pression.

En général, nous ne pouvons pas peser un ballon deux fois de suite de manière à trouver le même poids apparent ; mais en général aussi, la température de l'air de l'armoire a subi des changements de quelques centièmes de degré, et, correction faite, les pesées coïncident. Si l'observateur ne pouvait pas tenir compte de la température de l'air avec l'extrême précision que nous y portons, il serait conduit à prendre une moyenne entre des pesées discordantes en apparence, et sa moyenne serait fausse ; tandis qu'en réalité les pesées étaient très justes et ne demandaient qu'une correction de température, pour se montrer parfaitement d'accord entre elles.

Au moyen de ces procédés, nous avons pris d'abord la densité de l'oxigène et nous l'avons prise un si grand nombre de fois, qu'il nous est démontré avec la dernière évidence que la densité 1,1026, donnée par MM. Berzélius et Dulong, ne peut être conservée et s'éloigne plus qu'aucune autre de la vérité, comme le craignait du reste M. Dulong.

Les expériences que nous avons exécutées les dernières, et où nous avions réuni tous les moyens propres à en assurer la parfaite exactitude, ont été faites avec de l'oxigène préparé par un mélange d'acide sulfurique concentré et de peroxide de manganèse. Le gaz se purifiait en passant à travers des tubes ou flacons garnis de potasse liquide ; il se desséchait en traversant des tubes ou flacons garnis d'acide sulfurique concentré et pur.

DENSITÉ DE L'OXIGÈNE.

Première expérience…	1,1055
Deuxième —	1,1058
Troisième —	1,1057
	3,3180
Moyenne…………	1,1057

Cette valeur s'accorde presque exactement avec la densité adoptée par M. Th. de Saussure, 1,1056. Elle se rapproche beaucoup aussi de l'ancienne densité de MM. Biot et Arago, 1,1036 ; et si celle-ci se montre un peu plus faible, cela tient sans nul doute à ce que le gaz oxigène, préparé avec tant de soin et de scrupule par M. Thenard pour les expériences

(1) Ce principe avait déjà été mis à profit dans des recherches relatives à la densité du gaz carbonique, exécutées avec M. Stas, par l'un de nous.

connaît à ce fortuné liquide une grande puissance dissolvante contre gravelle et calculs, et il a ses raisons pour cela ; les lithotomistes n'en ont pas de moins bonnes pour combattre l'opinion de M. Petit, qui, généralement admise, agirait un peu sur leur spécialité, comme les eaux de Vichy sur certaines concrétions urinaires.

M. Chenu a conçu son livre d'après un plan assez complet, du moins autant que le premier volume nous permet d'en juger. L'auteur ne paraît pas édifier sur une pensée exclusivement scientifique l'œuvre qu'il a commencée ; mais n'importe : la science intervient largement dans les quatre parties dont se compose le volume que nous avons sous les yeux ; il est terminé par un catalogue des traités généraux et particuliers publiés sur les eaux minérales ; cette simple énumération n'occupe pas moins de 150 pages : effroyable fécondité dont nulle autre science n'offre peut-être de si fastidieux exemples, stérile abondance qui ne prouve, comme l'a bien observé M. Patissier, que l'insuffisance de nos lumières sur ce sujet ; car une matière généralement connue et fondée sur des principes arrêtés ne comporte point la prolixité des commentaires et des interprétations. Les prolégomènes sous forme aphoristique que l'auteur a placés au commencement de son ouvrage en auraient mieux couronné la fin, servant ainsi de conclusion aux idées et aux faits qui s'y trouvent consignés ; beaucoup de ces aphorismes prêteraient à d'amples discussions ; il s'en trouve qui sont d'un sens vague ou entachés de trivialité, double écueil du style aphoristique ; l'auteur ne les a point tous puisés dans ses propres méditations ; les classiques de la spécialité hydro-thermale ont défrayé en partie ce petit code, dont beaucoup d'articles ne sont ni des modèles de laconisme ni d'une logique inattaquable ; il a été médiocrement heureux dans les emprunts qu'il a faits aux anciens, notamment à Van-Swieten dont les théories sur l'action des eaux thermales ne sont guère en harmonie avec les vues qui dominent aujourd'hui la science et l'art. LA NOTICE HISTORIQUE SUR LES EAUX THERMALES sera lue avec intérêt, principalement par les gens du monde ; nous ignorons si M. Chenu s'est proposé ce genre de succès ; il a disserté avec une complaisance ambiguë sur les effets que l'appareil génital reçoit de l'emploi des eaux termales. Walter-Scott, les CAUSES CÉLÈBRES, les CONTES DE PERRAULT, les chroniqueurs ont été mis à contribution par M. Chenu, pour éclaircir le mécanisme de certaines guérisons d'impuissance et mieux encore de stérilité, guérisons obtenues, dit-on, par l'influence, d'autres diraient avec la complicité des eaux thermales. L'auteur a bien senti tout l'intérêt de ce sujet et ne ressemble point à ces écrivains cruels qui se contentent d'agacer la curiosité salace de leurs lecteurs ; il prodigue aux siens anecdotes et récits de miracles en prose et en vers. Malheureusement notre feuilleton garde encore ses pudiques convenances et boiterait à glaner sur les traces sinueuses du narrateur des gestes plus ou moins historiques qui se rattachent aux fastes des eaux thermales ; c'est à peine si nous osons glisser dans ces colonnes puritaines quatre ou cinq pauvres vers extraits d'un ouvrage sur les eaux de Spa ; la licence est grande, nonobstant la suppression d'un substantif qui n'effarouchait point la plume de Molière ; que le lecteur nous la pardonne, je parle de la licence, non du mot supprimé :

Non, Monsieur Oliva, non, je ne boirai plus,
Vos eaux d'Aix sont ma foi trop fades ;
Quoi que vous me disiez, pour vanter leurs vertus,

de MM. Biot et Arago, s'était souillé d'un peu d'air en traversant l'eau qui a servi à le transvaser.

La correction que nous venons de faire subir à la densité de l'oxigène, loin de rétablir l'accord entre la composition de l'air que nous avons déterminée par des expériences précises, et les densités de l'oxigène et de l'azote, ne fait qu'accroître l'écart que nous avons mis en évidence plus haut. En effet on aurait :

$$\frac{2{,}300}{1{,}1057} = 20{,}80 \text{ volume de l'oxigène,}$$

$$\frac{7{,}700}{0{,}976} = 78{,}89 \text{ volume de l'azote,}$$

$$\overline{99{,}69} \text{ volume de l'air au lieu de } 100{,}00.$$

C'est-à-dire qu'avec notre composition de l'air, notre densité de l'oxigène et la densité de l'azote de MM. Berzélius et Dulong, on ne peut plus représenter la densité de l'air. L'erreur est énorme, car pour un élément de cette importance, c'est une erreur énorme qu'un demi pour cent environ.

Cela tient à ce que MM. Berzélius et Dulong, ayant admis une composition de l'air à peu près semblable à celle que nous trouvons nous-mêmes, ils ont été conduits à compenser par une densité trop élevée de l'azote, la densité beaucoup trop faible de l'oxigène à laquelle ils s'étaient arrêtés.

Nous avons pris la densité de l'azote au moyen de l'azote extrait de l'air lui-même par le cuivre, et en absorbant l'acide carbonique et l'eau à l'aide de la potasse et de l'acide sulfurique. Voici le résultat de trois expériences,

DENSITÉ DE L'AZOTE.

Première expérience	0,970
Deuxième	0,972
Troisième	0,974
	2,916
Moyenne	0,972

En adoptant cette densité, celle de l'oxigène et le rapport en poids par lequel nous avons représenté la composition de l'air, on trouve les nombres suivans :

$$\frac{2{,}300}{1{,}1057} = 20{,}80 \text{ volume de l'oxigène,}$$

$$\frac{7{,}700}{0{,}972} = 79{,}22 \text{ volume de l'azote,}$$

$$\overline{100{,}02} \text{ volume de l'air,}$$

qui représentent à $\frac{2}{10000}$ près la densité de l'air prise pour unité.

En prenant les nombres tels que les expériences les donnent,

$$\frac{2{,}301}{11{,}057} = 20{,}81 \text{ volume de l'oxigène,}$$

$$\frac{7{,}699}{972} = 79{,}19 \text{ volume de l'azote,}$$

$$\overline{100{,}00} \text{ volume de l'air,}$$

l'accord deviendrait absolu.

Cependant, nous admettrons comme suffisamment approchée l'expression de la composition de l'air qui consiste à le considérer comme étant formé en volumes de 20,8 d'oxigène pour 79,2 d'azote.

Cette expression s'éloigne peu, comme on le voit, de l'opinion commune, et néanmoins elle a exigé les corrections les plus graves sur les densités de l'azote et de l'oxigène pour ressortir de la composition pondérale de l'air.

En considérant, pour un moment, comme l'air normal, celui que nous avons recueilli vers la fin d'avril, par un temps sec et beau, aux environs du Jardin des Plantes, nous pouvions donc regarder maintenant sa composition comme parfaitement établie à moins d'un millième en poids ou en volume à volonté.

Mais cette composition doit varier. Quand il pleut, l'eau qui se condense dissout et entraîne plus d'oxigène que d'azote; quand il gèle, l'eau abandonne ces mêmes gaz; l'eau qui s'évapore les rend aussi à l'atmosphère. Les combustions, la respiration des animaux enlèvent de l'oxigène à l'air; les plantes par leurs parties vertes lui en rendent chaque jour sous l'influence solaire. Ces causes, et bien d'autres sans doute, tendent à troubler l'équilibre des élémens de l'atmosphère dans un point donné, les unes dans un sens, les autres dans le sens opposé. Restait donc à savoir si la tendance qu'ont les gaz à se mêler, aidée par les courans verticaux que la différence de température excite, favorisée par les vents qui transportent et confondent sans cesse au loin les couches horizontales de l'air ne ferait pas disparaître rapidement les différences momentanées résultant de l'action locale des causes que nous venons d'indiquer sommairement.

Des expériences dirigées dans ce sens exigeraient pour être positives un temps que nous ne pouvions y consacrer et l'intervention d'appareils que nous ne possédons pas encore. En exécutant nos essais, nous avons donc eu surtout en vue de chercher la limite au-dessous de laquelle il serait inutile d'en entreprendre de telles.

Toutes les expériences rapportées précédemment ayant été faites par un temps sec et beau, nous les avons répétées par un jour de pluie ; l'oxigène de l'air étant entraîné en dissolution par l'eau en proportion plus forte que l'azote, cette circonstance promettait des différences plus appréciables qu'aucune de celles que nous pouvions imaginer. Nous n'avons pu réaliser notre désir, malheureusement, qu'à une distance un peu éloignée de nos premières analyses, Voici nos résultats:

Poids de l'oxigène		5,648	23,015
Poids de l'azote	du tube... 0,052 / du ballon. 18,840	18,872	76,985
Air analysé		24,540	100,000

Elles ont fait plus de . . . . .
Qu'elles n'ont guéri de malades.

« La profusion avec laquelle la Providence a répandu les sources ferrugineuses autour de nous semblerait indiquer l'emploi fréquent qu'on en doit faire. On trouve souvent les sources de cette nature aux portes des grandes villes, comme si elles étaient placées là, à l'exemple de ces plantes salutaires qu'on remarque toujours auprès du poison dont elles doivent neutraliser l'effet..... » Ce début pompeux, cette philosophie providentielle, ces poisons toujours flanqués de leurs antidotes végétaux, que nous veulent-ils? Où tend cette préparation oratoire, digne prélude des plus hautes inspirations? continuons : « Il ne s'agit pas ici de faire la réputation des eaux de Passy; depuis longtemps une juste célébrité leur est acquise, etc. » Et pour péroraison de ce beau discours : « Tarif des eaux de Passy, la bouteille d'un litre 25 centimes. » Au reste, cette petite brochure est d'un format agréable et d'un demi-luxe typographique qui lui permettront de se glisser aisément, sur le guéridon mondain, entre les GUÊPES du mois et les NOUVELLES A LA MAIN. Ne pensez pas que l'auteur de cette élégante annonce en 60 pages ait le mérite d'avoir préconisé le premier les mirifiques et universelles propriétés des eaux de Passy; il est resté fort loin du modèle que lui offrait le dernier siècle dans la personne d'un professeur de l'ancien collége royal, Geoffroy, loyalement cité par lui; il faut voir à quelle série d'affections Geoffroy applique avec un égal succès les eaux thermales de Passy; jamais énumération plus burlesque et plus prolixe de maladies et d'infirmités n'a été débitée du haut des tréteaux forains dans le plus idiot village du monde; j'en ai compté plus de 60 et j'ai pas eu le courage de vous les transcrire: « Utiliter adhibentur in omnibus cutis affectionibus, in cachexia.... in catharacta, osena, asthmate, syncope, boulymo, pica, malacia, oris amaro, ructu, brudypeptia, podicis tensione, singultu, lienteria, tenesmo..... penis ulceribus.... sterilitate, mammarum flacciditate... etc. » Et voilà!

Il faut clore cette excentrique bibliographie; aux Naiades germaniques nos dernières lignes, notre sourire de clôture. Aussi bien, un livre allemand, traduit en français par un Allemand et imprimé sans trop de fautes en Allemagne, mérite une mention spéciale. Le docteur Doerling n'a pas cru déroger à sa dignité de conseiller médical en ajoutant à son ouvrage sur les eaux d'Ems le complément de renseignemens vulgaires que sollicite tout baigneur. Il l'a dédié

« à tous ceux
qui viennent
aux eaux thermales d'Ems
y chercher
leur guérison. »

Et par cette dédicace, il justifie suffisamment le mélange de haute physiologie pathologique, du genre pittoresque, d'économie domestique et d'arithmétique de voyage, dont son livre présente l'exemple. La topographie d'Ems, son origine, prise d'aussi haut que possible, avec la mention prévue de Jules César, des considérations sur les eaux d'Ems et sur les eaux minérales en général, y remplissent la première partie; la seconde est exclusivement scientifique; l'auteur y examine les effets produits sur l'organisme par les eaux d'Ems 1° quant aux

Ainsi, tandis que la moyenne de oos six expériences par un beao temps donne

23,010 d'oxigène pour 100,000 d'air,

nous truuvons par une pluie continue

23,015 d'oxigène pour 100,000 d'air,

c'est-à-dire exactement la même proportion. On pourrait supposer, il est vrai, que la différence de saison a compensé la différence produite par la pluie; mais ce sont là des nuances trop délicates pour être mises en évidence autrement que par une suite d'expériences nombreuses exécutées avec soin dans un laboratoire consacré à de telles études météorologiques. Il nous est démontré du moins que l'oxigène ne varie pas d'un millième sous l'influence de la pluie; résultat qu'on expliquera, si l'on veut, en disant qu'avant de parvenir à 4 mètres du sol; hauteur à laquelle nous puisions l'air pour l'analyse, l'ean plnviale s'était déjà saturée d'air dans les régions supérieures de l'atmosphère qu'elle avait traversées. Mais en ce cas, l'analyse n'apprendrait quelque chose qu'à condition de lancer à une hauteur considérable un ballon destiné à porter dans la couche d'air où la pluie se précipite, le tube aspirateur qui fournit à l'appareil l'air destiné à l'analyse.

La quantité d'oxigène varie-t-elle avec la hauteur? Rien ne l'annooce jusqu'ici, et l'oo est parfaitement autorisé à croire le contraire par des expérience positives.

L'air rapporté par M. Gay-Lussac d'une hauteur de 7000 mètres environ, fnt sonmis à l'analyse par notre illustre confrère, et par M. Thenard. On ne savait point alors, comme anjourd'hui, avec quelle facilité l'hydrogène se souille d'air au contact de l'ean. Aussi les analyses indiquent-elles un peu trop d'oxigène. 21,2, toute correction faite. Mais comme on eut la précaution d'analyser en même temps, de la même manière, avec le même hydrogène, l'air pris dans la cour du palais Bourbon, il demeure démontré, par l'ideotité des résultats, que l'air pris soit au niveau du sol, soit à 7000 mètres, avait en ce moment la même composition dans les limites de précision que comporte l'eodiomètre.

Les nombreuses analyses exécutées en Amérique par l'un de nous se représentent en moyennes par les nombres suivans :

	Oxigène pour 100 en volumes.
A Santa-Fé de Bogota à 2650 mètres	20,65
A Ibaqué à 1323 id.	20,70
A Mariquita à 548 id.	20,77
Moyenne	20,70

Ces résultats s'accordent, comme on voit, avec ceux que nous venons de trouver pour la compositioo de l'air pris à Paris; ils indiquent du moins que les différences, s'il y en a, ne sont pas de l'ordre des différences indiquées par la théorie, les calcnls et même les expériences de Dalton.

Le docteur Dalton a publié, en effet, une série d'expériences variées et nombreuses, desquelles il résulterait que le rapport de l'oxigène à l'azote n'est pas le même dans toutes les localités à la surface de la terre; qu'il varie avec les saisons et avec les hanteurs. Ses analyses démootreraient qu'à mesure qu'on s'élève dans l'atmosphère, l'oxigène y diminue d'une manière très notable, quoique moindre que celle qui serait indiquée par sa théorie, ce qu'il attribue aux effets inévitables de l'agitation de l'atmosphère. Voici les principaux résultats auxquels il est parvenu.

		Oxigène pour 100 en volumes.		
Montagne d'Helvellyn	900 mètres.	20,70	Manchester	20,88
Id.		20,58	Id.	21,10
Sur le Showdon	1050 mètres.	20,65	Id.	20,80
Air pris en ballon à	2880 id.	20,52	Id.	20,92
Id. pris à	4500 id.	20,59	Id.	20,95
Air pris à la mer de Glace, vall. de Chamounix		20,20		
Air du Simplon		19,98		
Wengern-Alp		20,45		
Id.		20,11		

En étudiant ces nombres, on voit que, parmi les analyses de M. Dalton, celles qu'il a faites sur l'air recueilli récemment se trouvent comprises dans les limites des erreurs possibles de l'endiomètre à hydrogène; celles qui ont été exécutées avec de l'air rapporté des Alpes s'en éloignent au contraire beaucoup. Faut-il attribuer ces différences à une altération accidentelle de l'air, on à une modification réelle dans la composition de l'atmosphère des lieox élevés? C'est ce que nous désirions vivement éclaircir.

Pour cela, il fallait comparer l'air analysé à une hauteur un peu considérable et par des moyens analogues aux oôtres, avec celui que nous avions analysé nous-mêmes. Nous avons donc saisi avec un vif empressement le moyen d'utiliser dans ce but les excellentes observations du professeur Brunner, de Berne. Ce chimiste habile et plein de dévonement aux progrès de la science a été passer quelques semaines an sommet du Faulhorn, une des montagnes de l'Oberland Bernois, dans une maison sitnée à une hauteur de 1950 mètres, et là il s'est livré chaque jour à l'analyse de l'air. Comme le Faulhorn et le Wengern-Alp font partie de la même masse de montagnes, les expériences de M. Brnnner penvent servir de contrôle aux analyses que M. Daltoo a faites sur l'air pris dans cette localité.

Au premier abord, les analyses de M. Brunner et les oôtres paraîtraient pen comparables. En effet, l'habile professeur de Berne enlève l'oxigène à l'air an moyen du phosphore, et il apprécie cet oxigène par la pesée. Mais comme dans chacune de ces expériences le poids de l'oxigène ne dépasse guère 120 on 130 milligrammes, l'erreur qu'il peut commettre à son snjet doit s'élever au moins à $\frac{1}{100}$, et même à $\frac{1}{80}$.

Quant à l'azote, M. Brunner le mesnre, et il en déduit le poids d'après sa densité.

Ainsi pratiquée, snr une échelle évidemment trop faible, cette méthode indiquerait des variations dans l'oxigène, qui iraient de 20,8 à 21,1 en volumes poor 100 d'air. Mais, comme on le voit, cette différence peut tenir aux erreurs des pesées, car elle ne dépasse pas $\frac{1}{70}$, et se trouve à pen près comprise dans les erreurs présumables de l'expérience même. D'ailleurs, les nombres extrêmes sont identiques avec ceux que donne l'analyse endiométrique à Berne on à Paris.

Mais antant il était difficile de tirer parti des expériences partielles de

---

prédispositions morbides; 2° quant aux formes particulières de maladies; 3° quant aux maladies subséquentes et *résidu de maladies.* Voici nn échantillon de sa controverse; le lecteur en appréciera le fond et la forme, dont la traduction fait ressortir encore la lucidité : « Les phénomènes de la vitalité sont le produit d'une force encore inconnue, gisante déjà, mais dans nne espèce d'inertie dans le germe de l'organisme, et qui se conserve et se renouvelle sans cesse, en s'assimilant une matière appropriée à son état. Or, si cette matière est altérée dans ses qualités primitives, ce qui ne peut se faire que par nn changement dynamo-chimique de la vie sanguine, ou par des produits non appropriés au type qui se trouvent dans le parenchyme, ce siége de la nutrition, il faudra incontestablement que la vitalité, qui ne peut continuer d'exister sans puiser à ce réservoir commun de la vie, soit aussi altérée; ce qui forme un cercle vicieux dans les qualités des phénomènes de la vie, en ce sens que les qualités existantes sont toujours la cause de qualités subséquentes. » (P. 53-54.)

Et comprenne qui pourra cette élucubration d'un cervean nébuleux, fatras métaphysique qui, Dieu merci, ne se retrouve en France dans le langage d'aucune école, d'aucune secte médicale.

Après 150 pages de dissertation médico-chimique, fondée sur de pareils raisonnemens, le lecteur se repose agréablement sur la troisième partie, où notre conseiller de médecine parle des promenades, des offices religieux, de la police, des auberges; viennent ensuite les tarifs; à la suite de l'un de ces nombreux tarifs, on trouve la petite observation qui suit : « On ne paie ordinairement les taxes qu'au terme de la cure, avant son départ. Les filles des sources, les femmes des bains et le maître des douches sont autorisés à demander même juridiquement ce qui leur est dû; mais il est très rare de voir que l'on parte sans avoir donné à ces personnes le double, le triple et même le quadruple de la taxe. » (P. 256.)

Tenez, voici encore nn menu volnme consacré ao souvenir d'une saison passée aux eaux de St-Gervais en Savoie. L'anteur n'est pas médecin. Quelques pages, écrites sans prétention, résument ce que l'homme du monde recherche de notions chimiques et médicales sur les eaux qu'il va prendre; le reste, et ce facile écrit atteint près de 400 pages, est narration, souvenance, anecdote, légende, description, itinéraire fidèle; de jolis sites lithographiés sont mêlés au texte et caressent le regard, tandis que le style aimable et rapide du jeune écrivain entraîne l'attention; là point de dogmatisation dynamo-humorale, point de fanfaronne exhibition de cures, point de nomenclature des maladies infailliblement guéries, moyennant douches et pécune; mais de la verve littéraire, de l'esprit, de la facétie même. Eh bien! honni soit qui mal y songe! je veux être reconnaissant du plaisir éprouvé, et j'adjuge au livre de l'homme du monde la palme de cette bibliographie collective, qu'il n'a pas dépendu de moi de vous faire plus sérieuse.

Y.

— UNE SAISON AUX EAUX DE SAINT-GERVAIS, EN SAVOIE; par M. JULES DETERMES; in-8°. — Prix : 2 fr.

A Paris, chez P.-J. Camus, libraire, 20, rue Cassette, faubourg St-Germain.

M. Brunner, autant elles sont devenues précieuses quand nous les avons considérées dans leur ensemble. En effet, en les réunissant pour en faire une expérience unique, les erreurs de pesées ont dû se compenser; et si, comme nous le pensons, la composition de l'air varie peu d'un jour à l'autre, il n'importe guère que cette expérience ait duré quatorze jours, ou bien qu'elle ait été faite d'un seul coup.

M. Brunner, dans ses quatorze expériences, a recueilli 4,502 centimètres cubes d'azote, à 0° et 0m,76, c'est-à-dire en poids 5gr,7649.

La somme des quatorze déterminations d'oxigène donne 1gr,723 pour le poids total de ce gaz.

Ainsi, au sommet du Faulhorn, pendant le mois de juillet 1833, l'air renfermait les élémens suivans :

Oxigène	1,7230	23,010
Azote	5,7649	76,990
	7,4879	100,000

tandis que nous trouvons 23,010 comme moyenne de nos analyses; M. Brunner aurait donc trouvé 23,010 comme moyenne des siennes. Qu'on prenne, du reste, 23,010, ou bien 23,015, qui résulteraient de nos meilleures expériences, il est clair que des différences de cet ordre tiennent à de simples erreurs d'observation, ou se confondent avec elles.

Il est peu probable que, pendant la durée des expériences de M. Brunner, il y ait eu des variations de composition dans l'air du Faulhorn, quoique ses expériences partielles en indiquent de légères, que nous attribuons aux erreurs de pesée. Il demeure donc démontré pour nous que la composition de l'air au sommet de cette montagne était précisément la même que nous trouvons à Paris en ce moment, notre assertion étant renfermée dans les limites que l'observation peut atteindre, c'est-à-dire au millième près; car nous ne voulons pas aller plus loin, quoique les chiffres permettent de le faire.

Le procédé de M. Brunner a reçu tout récemment une application dans une localité intéressante, à cause de la distance qui la sépare de Paris et de Berne: c'est Groningue. L'auteur, M. B. Verver, n'indique pas l'année de ses expériences par inadvertance, mais tout porte à croire qu'elles ont eu lieu en 1839; elles ont été exécutées d'ailleurs dans le courant de mai et d'août.

Elles conduisent précisément à la même conséquence; car, d'après l'ensemble des expériences de M. Verver, l'air renfermerait à Groningue, en poids, 22,998 d'oxigène ou 23, comme nous trouvons à Paris, et M. Brunner à Berne ou au Faulhorn.

Ainsi, sans prétendre que les opinions du docteur Dalton sur la constitution de l'atmosphère soient mal fondées, il demeure démontré pour nous que, par l'effet de la diffusion des gaz, par les diverses causes d'agitation qui tendent sans cesse à mêler les couches de l'air entre elles, la différence qui pourrait exister entre l'oxigène et l'azote à diverses hauteurs devient insensible.

Si la composition de l'air ne varie point avec la hauteur, si elle ne fait découvrir aucun changement appréciable quand on en fait l'analyse en deux points situés à quelque distance, en est-il de même lorsque l'on compare le rapport des gaz qui le constituent à deux époques un peu éloignées?

Cette question, pleine d'intérêt, a déjà excité la sollicitude de Laplace et celle de M. Thénard. Nos deux illustres confrères auraient désiré qu'une analyse de l'air, exécutée de temps en temps d'une manière officielle, permît de fixer, pour une époque donnée, la véritable constitution de l'atmosphère, et d'en suivre les modifications, s'il s'en était présenté.

Si l'Académie n'a pas jusqu'ici rempli ce désir, c'est, il faut se hâter de le dire, que les méthodes analytiques étaient à cet égard tout-à-fait impuissantes. Nous ferons voir même bientôt que, si le procédé que nous venons d'employer n'était pas convenablement modifié, il n'offrirait aucune chance pour découvrir les variations que la composition de l'air est susceptible d'éprouver par les causes qui agissent actuellement à la surface du globe, et dont l'effet ne saurait atteindre les limites dans lesquelles se trouvaient bornées les anciennes analyses de l'air, ou même celles que nous venons d'exécuter.

Ce n'est donc pas dans les anciennes analyses de l'air que nous pouvions trouver quelques termes de comparaison propres à vérifier les doutes relatifs à la permanence de la constitution de l'atmosphère.

Mais il nous a paru que le poids du litre d'air, pris avec tant de soin par MM. Biot et Arago, offrait un excellent terme de comparaison. Si ce poids n'est plus le même aujourd'hui, c'est que, sans doute, la composition de l'air se trouve changée; mais, si ce poids n'a pas varié, il doit être permis d'en conclure que la composition de l'air est demeurée telle qu'elle était il y a quarante ans. Comme le poids du litre d'air a été déterminé à $\frac{1}{1000}$ près environ, la précision que cette comparaison comporte surpasse celle qu'on obtiendrait par tout autre procédé.

Nous avons cherché à rendre cette comparaison aussi sûre que possible, en prenant un ballon à peu près de la même capacité que celui qui avait servi à MM. Biot et Arago; en faisant nos pesées à la même température qu'eux; enfin, en pesant le ballon à l'air libre, sans thermomètre intérieur, c'est-à-dire absolument comme on le pratiquait avant que nous eussions appliqué à ces sortes d'expériences les précautions que nous avons décrites.

Quatre expériences faites de la sorte par l'un de nous, conjointement avec M. Stas, l'année dernière, donneraient 1,2995 pour le poids du litre d'air, tandis que MM. Biot et Arago ont trouvé 1,2991.

Ces nombres sont comparables; mais pour obtenir une valeur plus sûre du poids du litre d'air, il faut évidemment introduire dans cette pesée les précautions que nous avons signalées dans la densité de l'oxigène et de l'azote. Nous nous en occupons.

En attendant, nous pouvons déduire :

1° De cette comparaison du poids du litre d'air sec à 0° et 0m,76;

2° Des analyses si justement célèbres de MM. Gay-Lussac et de Humboldt comparées aux nôtres :

Que la composition de l'air atmosphérique n'a pas varié d'une manière appréciable depuis quarante années. Cette conclusion ne surprendra pas les météorologistes, à qui une longue habitude a appris à envisager les phénomènes atmosphériques comme moins faciles à modifier par des causes accidentelles qu'on ne l'admet communément.

Il demeure donc démontré pour nous que le rapport de l'oxigène à l'azote dans l'air n'est pas exprimé par des nombres simples en volume; que ce rapport est invariable au millième près dans des latitudes éloignées, à des époques assez distantes et des hauteurs fort différentes.

Les phénomènes de la vie organique, les décompositions spontanées des animaux et des plantes, les combustions ou oxidations qui s'accomplissent à la surface de la terre, tous ces événemens que notre imagination se plaît à grandir, sont heureusement, sans doute, de ces faits qui passent pour ainsi dire inaperçus en ce qui concerne la composition générale de l'air qui nous entoure. Pour atteindre la limite à laquelle deviendraient sensibles les variations que l'atmosphère pourrait éprouver de la part des animaux ou des plantes, de la part des saisons, des pluies et des vents; pour décider si la composition demeure invariable à diverses latitudes ou à diverses hauteurs, il ne s'agit donc plus d'exécuter l'analyse de l'air à $\frac{1}{89}$, comme on le pratiquait autrefois, ni même à $\frac{1}{1000}$, comme nous venons de le faire; il faut aller bien plus loin encore; comme si, par une prévision providentielle, la nature n'avait pas voulu que les altérations possibles de l'atmosphère par le jeu régulier des forces qui agissent à la surface de la terre pussent jamais approcher, même de loin, de la limite où la vie des animaux et celle des plantes pourraient en souffrir.

Quelques calculs, qui ne peuvent avoir une précision bien absolue, sans doute, mais qui reposent néanmoins sur un ensemble de données suffisamment certaines, vont montrer jusqu'où il conviendrait de pousser l'approximation pour atteindre la limite où les variations de l'oxigène pourraient se manifester d'une manière sensible.

L'atmosphère est sans cesse agitée; les courans excités par la chaleur, par les vents, par les phénomènes électriques, en mêlent et en confondent sans cesse les diverses couches. C'est donc la masse générale qui devrait être altérée pour que l'analyse pût indiquer des différences d'une époque à une autre.

Supposons maintenant, avec B. Prevost, que chaque homme consomme un gramme d'oxigène par jour, qu'il y ait mille millions d'hommes sur la terre, et que, par l'effet de la respiration des animaux, ou par la putréfaction des matières organiques, cette consommation attribuée aux hommes soit quadruplée.

Supposons de plus que l'oxigène dégagé par les plantes vienne compenser seulement l'effet des causes d'absorption d'oxigène oubliées dans notre estimation : ce sera mettre bien haut, à coup sûr, les chances d'altération de l'air.

Eh bien! dans cette hypothèse exagérée, au bout d'un siècle, tout le genre humain réuni, et trois fois son équivalent, n'aurait absorbé qu'une quantité d'oxigène égale au poids de 15 ou 16 cubes de cuivre d'un kilomètre de côté, tandis que l'air en renferme près de 134,000.

Ainsi, prétendre qu'en y employant tous leurs efforts, les animaux qui peuplent la surface de la terre pourraient en un siècle souiller l'air qu'ils respirent au point de lui ôter la huit millième partie de l'oxigène que la nature y a déposé, c'est faire une supposition infiniment supérieure à la réalité.

Rien de plus facile à vérifier que cette conclusion dans ce qu'elle a de général.

La respiration des animaux produit de l'acide carbonique; les plantes le détruisent, en s'emparant du carbone et restituant l'oxigène à l'air. Les modifications que l'air peut éprouver sous le rapport de l'oxigène seront donc tout au plus du même ordre que les modifications qu'on observe dans l'air sous le rapport de l'acide carbonique.

Or, il a été facile d'estimer rigoureusement le poids de l'acide carbonique contenu dans l'air, au moyen de la méthode générale imaginée à ce sujet par M. Thenard, et qui consiste à peser, à l'état de carbonate, l'acide carbonique fourni par un grand volume d'air qu'on mesure avec soin. Cette méthode, modifiée dans ses détails par MM. de Saussure et Brunner, a permis d'établir que l'acide carbonique de l'air varie à peu près en volume de $\frac{4 \text{ à } 6}{10000}$. En supposant que cet acide carbonique vienne de l'oxigène fourni par l'air, et non de celui que les volcans émettent sans cesse, la différence de ces nombres, qui est égale à $\frac{2}{10000}$ du volume de l'air, exprimerait la variation que l'oxigène aurait éprouvée.

Ainsi dans

10,000 volumes d'air on trouverait 2081 } d'oxigène.
on bien 2083 }

Cette différence serait évidemment inappréciable si l'on se bornait à analyser 10 grammes et même 25 grammes d'air, comme nous l'avons fait, puisqu'elle serait représentée par 2 ou 3 milligrammes environ.

En opérant sur 100 grammes d'air, la différence deviendrait égale à 20 ou 30 milligrammes.

En opérant sur 1000 grammes d'air, elle serait représentée par 200 ou 300 milligrammes.

Il faut en arriver là si l'on veut que l'analyse de l'air puisse réellement devenir de quelque utilité dans la discussion des lois générales de la physique du globe.

Mais comme nous n'avons aucun moyen de peser un mètre cube d'azote, il faut évidemment transformer le procédé que nous venons de décrire en un autre analogue à celui de M. Brunner, où l'azote sera mesuré et où l'oxigène seul sera pesé.

Il faut placer dans une cave un appareil de un mètre cube plein d'eau, et la faire écouler en aspirant, pour la remplacer, l'azote de l'air qui aura perdu son oxigène en passant au travers d'une série de tubes pleins de cuivre et chauffés au rouge. Il suffirait de trois tubes contenant chacun 1 kilogramme de cuivre, pour dépouiller d'oxigène 1 mètre cube d'azote.

En pesant ces trois tubes, ils feront connaître l'oxigène de l'air avec une précision digne de l'état actuel des sciences; car on aura fixé 376000 milligrammes d'oxigène, et en exécutant une dixaine d'expériences, on pourra déterminer l'oxigène à $\frac{1}{300000}$ près avec sécurité.

Le point délicat de ces expériences consiste à mesurer l'azote à une température exacte. En plaçant l'appareil aspirateur dans une cave à température invariable, comme la cave de l'Observatoire, cette condition sera parfaitement remplie.

Dire que nous désirerions que cette expérience fût faite à Paris, sous les auspices de l'Académie, ce serait tout simplement reproduire, en le précisant, le vœu émis dès longtemps par Laplace et par M. Thenard, vœu auquel tous les amis de la science se sont associés.

Mais aujourd'hui nous pouvons aller plus loin : la France s'est enrichie de nouveaux centres d'activité scientifique; des facultés pleines de vie et d'ardeur sont disséminées sur la surface de son sol. Le Conseil de l'instruction publique s'empresserait, nous n'en doutons pas, d'entrer dans les vues de l'Académie et de coordonner, de concert avec elle, un système d'expériences simultanées qui permettraient d'exécuter le même jour, et en opérant sur 1 1/2 kilog. environ, l'analyse de l'air à Bordeaux, Strasbourg, Rennes, Lyon, Toulouse, Montpellier, etc.

Bien plus, sans sortir du cercle de nos amitiés personnelles et sans faire intervenir la haute impulsion de l'Académie, nous sommes assurés que dès qu'une expérience de ce genre serait organisée à Paris, et qu'on aurait ainsi déterminé d'une manière exacte toutes les petites dispositions de l'appareil, nous pourrions obtenir le concours de chimistes ou de physiciens qui exécuteraient à Genève, à Naples, à Londres, à Dublin, à Bruxelles, à Stockholm, à Copenhague, etc., des expériences simultanées avec celles qui se feraient à Paris.

C'est à l'Académie à décider si ces recherches méritent encore l'intérêt qu'elles ont inspiré à quelques-uns de ses membres les plus illustres, et si, combinées avec les expériences dont M. Arago s'occupe au moyen de son double tube, elles ne promettent pas sur la constitution de l'air des données assez importantes pour justifier le désir que nous avons de les voir s'exécuter bientôt sous son patronage.

Pour nous, notre tâche est remplie; ce que nous pouvions faire avec nos moyens particuliers, nous l'avons accompli.

Nos recherches corrigent les erreurs commises sur la densité de l'oxigène et celle de l'azote, et fixent la densité de l'oxigène à 1,1057 et celle de l'azote à 0,972;

Elles font voir que l'air ne peut nullement être regardé comme un composé chimique formé de 20 volumes d'oxigène pour 80 d'azote;

Elles font présumer que l'air est un mélange uniforme à toute époque, à toute latitude et à toute hauteur, de 2301 d'oxigène en poids pour 7699 d'azote; ou bien de 20,81 d'oxigène en volume pour 79,19 d'azote;

Elles montrent que si l'air atmosphérique constitue un réservoir d'oxigène à l'usage des animaux et un réservoir d'acide carbonique à l'usage des plantes, ce magasin est si considérable, si richement doté eu égard à la dépense, que celle-ci, en supposant qu'elle ne fût pas compensée, demeurerait presque insensible sur la masse, même après une longue suite d'années;

D'où il suit que la chance d'apprécier des différences réelles par l'analyse de l'air, quant à la proportion d'oxigène et d'azote, est à peu près nulle, si l'on ne prend des dispositions convenables pour exécuter cette analyse sur 1 1/2 kilogr. d'air environ.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

(SUITE.)

II. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de janvier, février et mars 1841, contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Sur les paralysies et les autres maladies nerveuses de l'œil*; par M. Jacob. 2° *Sur l'usage de l'acétate de morphine en médecine*; par M. Donovan. 3° *De l'usage de l'hydriodate de potasse dans la fièvre typhoïde*; par M. Smyth. 4° *Traitement de l'aménorrhée par les sinapismes*; par M. J. Mée. 5° *Opérations de strabisme*; par M. Mabood et par M. Sanders. (Rien de nouveau.) 6° *Tumeur de l'abdomen contenant une matière calcaire*; par M. Benson. 7° *Tumeur mammaire chronique*. (A l'occasion d'un cas de ce genre présenté par M. Palmer, il s'est élevé, dans la société, une discussion sur la question de l'amputation pour ces tumeurs. La plupart des membres ont pensé qu'il fallait faire l'opération, quoiqu'elle fût plutôt de convenance que de nécessité. M. Benson dit qu'on pourrait peut-être s'en abstenir lorsque la malade refuse son consentement; mais M. Beatty fait observer qu'on risquerait alors de voir la tumeur prendre un mauvais caractère, et M. Adams a appuyé cette doctrine sur l'autorité d'A. Cooper. 8° *Luxation des côtes*; par MM. Kennedy, Dunne et Finucane. 9° *Cas d'asphyxie mortelle survenue chez une femme pour s'être couvert la face dans le lit*; par M. Cranfield. 10° *De la section sous-cutanée des tendons et des muscles, et du traitement mécanique consécutif pour diverses difformités*; par M. Robert Adams. 11° *Nerf optique de la sèche*; par M. Power. (Sur ce poisson, les fibres du nerf qui émanent de la partie antérieure du ganglion se rendent à la partie postérieure de la rétine, et celles qui viennent de la partie postérieure du ganglion vont à la partie antérieure de la rétine; M. Power pense qu'une dissection approfondie découvrira une structure analogue chez l'homme et les animaux supérieurs, et il croit que c'est à cette circonstance que nous devons de ne pas voir les objets renversés.) 12° *Statistique de l'hôpital des fiévreux d'Enniscorthy*; par M. Macartney. 13° *Maladies des organes génito-urinaires dans l'enfance*; par M. Fleming. 14° *Quelques observations sur la coqueluche*; par M. Kennedy. 15° *Sur la mélanose*; par M. Smith. (Les diverses formes de mélanose admises par Laennec et M. Breschet ne dépendent pas de la consistance variable de la substance mélanique elle-même, mais seulement de la consistance du tissu dans lequel elle s'épanche. Quand on la trouve avec le squirrhe et l'encéphaloïde, elle n'a jamais été déposée qu'en second lieu, et si le ramollissement survient, ce n'est pas non plus par le tissu mélanique qu'il commence.) 16° *Sur la structure et les maladies de quelques parties de l'orbite qui n'ont pas été décrites jusqu'ici*; par M. Ferrall. (Il s'agit des aponévroses de l'orbite, de leurs rapports avec le globe de l'œil, des ouvertures qu'elles offrent pour le passage des muscles, et des adhérences de ceux-ci avec le pourtour de ces ouvertures. Sur tous ces

points, la prétendue découverte de M. Ferrall n'est que la reproduction exacte du mémoire que M. Bonnet, de Lyon, a présenté à l'Académie des sciences, le 1er février 1841, et il est d'autant plus surprenant de voir ce mémoire passé sous silence par M. Ferrall, qu'il avait pu en lire un résumé dans le journal même où il a fait paraître ensuite son propre travail. Voy. DUBLIN MEDIC. PRESS, n. 113, p. 133.) 17° *Sur la fracture du crâne avec enfoncement*; par M. Donovan. (M. Donovan est adversaire du trépan; il cite 10 cas de fractures avec enfoncement; sur 5 où on a trépané, 3 malades sont guéris et 2 morts; dans 5 autres cas, le trépan ne fut pas employé et la guérison eut lieu; mais l'auteur a soin de nous avertir que, dans ces derniers, il n'y avait pas de symptômes de compression.) 18° *Cas de blessure de la tête et de plaie de la langue*; par M. Wade. (Observations n'offrant rien de remarquable.) 19° *Statistique de l'hôpital et du dispensaire des fiévreux d'Omagh*; par M. Hamilton. 20° *Sur le traitement de l'hydrocèle de la tunique vaginale*; par M. Moore. (Il propose de coaguler l'albumine du liquide épanché par le moyen d'un courant galvanique; du reste, il n'a pas encore appliqué ce procédé.) 21° *Rupture de l'intestin à la suite d'une chute*; par M. Hargrave. (Le siége de la lésion était l'arc du colon; l'autopsie montra qu'il ne s'était épanché dans l'abdomen que du sang et de l'air. Les matières stercorales avaient été retenues par un amas de scybales durs et petits qui obstruaient la cavité intestinale au-dessus et au-dessous de la rupture.) 22° *Fracture compliquée du crâne*; par M. Carmichaël. 23° *Hernie du cerveau*; par M. Gwynn. 24° *Observations sur l'emploi de l'alun en injections dans le traitement de l'hydrocèle*; par M. Patterson. (L'alun, suivant l'auteur, a l'avantage d'agir comme astringent, de ne développer que peu de douleur sur le moment et peu d'inflammation consécutive; enfin, de coaguler la portion de liquide qui aurait pu être laissée dans la tunique; il cite à l'appui 9 guérisons. Mais, dans trois de ces cas, cependant, la phlegmasie secondaire a été assez forte pour obliger les malades à garder le lit.) 25° *Cas de présentation du bras*; par M. Healy. (Version faite avec succès.) 26° *Observations sur l'épizootie qui règne actuellement parmi les chevaux*; par M. Hugh Ferguson.

SUR LES PARALYSIES ET LES AUTRES MALADIES NERVEUSES DE L'ŒIL; par M. JACOB.

L'obscurité qui règne encore sur les fonctions des muscles de l'œil est la principale cause du peu de progrès que l'on a faits jusqu'ici dans leur pathologie, dans l'étude de leurs paralysies en particulier. Néanmoins un intérêt puissant s'attache aux recherches de ce genre, toutes difficiles qu'elles sont; car en même temps qu'elles découvrent à chaque pas les *desiderata* de la science, elles nous fournissent aussi, par une sorte de compensation, les meilleurs moyens d'y satisfaire. C'est dans cet esprit qu'est conçu le travail de M. Jacob. L'auteur s'attache d'abord à déterminer le rôle particulier à chacun des muscles de l'orbite dans l'exercice de la vision. Il n'admet pas qu'aucun d'eux puisse imprimer au globe oculaire des changemens capables d'assurer la vue à diverses distances; le tissu cellulaire du fond de l'orbite est trop mou pour servir de point d'appui, et d'ailleurs, si tel était l'usage de ces muscles, il devrait y avoir myopie ou presbytie lorsqu'ils sont paralysés; or, la faculté de voir de près comme de loin demeure intacte dans la paralysie si fréquente de la troisième paire. Quel est donc l'effet produit par les muscles obliques? Il consiste en une rotation du globe oculaire sur son axe antéro-postérieur, avec un léger mouvement par lequel la cornée est dirigée un peu en haut et en dedans, quand le petit oblique agit, et en bas et en dehors lorsque c'est le grand oblique. Ce déplacement, du reste, est extrêmement faible, et c'est probablement pour cela que des expérimentateurs attentifs, tels que Ch. Bell et M. Duffio, l'ont méconnu. Le premier, en effet, dit qu'après avoir coupé les deux obliques, les mouvemens volontaires de l'œil n'avaient subi aucune altération; et le second, ayant divisé les quatre muscles droits, vit le globe oculaire rester immobile et la pupille fixée au centre de l'orbite. Il n'est cependant pas impossible de constater l'influence des muscles obliques, et l'occasion de le faire se présente, du moins pour le supérieur, dans les cas de paralysie de la troisième paire, et bien mieux encore dans ceux de la troisième ainsi que de la sixième, où le nerf qui anime ce muscle a seul conservé son pouvoir. M. Jacob rapporte des observations de ce genre. Chez une femme où le nerf moteur oculaire commun avait seul perdu ses fonctions, l'œil à l'état de repos se dirigeait un peu en dehors, et lorsqu'on prescrivait à la malade de regarder en bas, l'œil tournait vers la tempe par un simple mouvement de rotation, et sans que la pupille se portât sensiblement en bas. Dans ce cas, ajoute-t-il, l'œil est plus saillant que d'habitude; mais je l'attribue plutôt à quelque maladie de l'orbite qu'à la prédominance d'action du grand oblique.

Si la quatrième paire était isolément frappée de paralysie, ce serait là l'occasion d'une contre-épreuve aussi intéressante que décisive; mais cette lésion existe-t-elle réellement? M. Jacob fait observer avec raison que, dans sa doctrine, la question est très difficile à résoudre, puisque le mouvement qu'il attribue au grand oblique est si délicat, si léger, qu'on aura sans doute beaucoup de peine à décider s'il manque, au milieu de l'action des autres muscles continuant leurs fonctions naturelles. Cependant, on ne voit pas pourquoi le pathétique ne pourrait pas, comme les autres nerfs de l'orbite, subir l'influence des lésions auxquelles la longueur de son trajet et sa gracilité semblent au contraire le rendre plus exposé. L'auteur serait même tenté de rapporter à cette paralysie du nerf pathétique certaines altérations de la vision dont on serait fort embarrassé de trouver ailleurs la véritable cause. Telle est la diplopie, avec trouble de la vue et peu ou point de strabisme, maladie désignée sous le nom de *monoblepsis* par M. Mackenzie. Il cite cinq cas de ce genre, un observé par M. Mackenzie, un par M. Reed, un par sir Ev. Home, et deux par lui-même; dans trois de ces observations, le malade ne voyait double que lorsqu'il regardait des objets éloignés. Du reste, la vue double existe aussi dans les paralysies de la sixième paire, mais seulement lorsqu'on regarde du côté affecté.

Un autre point de pratique sur lequel l'auteur apporte le résultat de son expérience, est la destruction de l'œil qui suit les paralysies de la cinquième paire. Ch. Bell, et avec lui plusieurs autres physiologistes, attribue l'ulcération de la cornée à ce que le besoin du clignement n'étant plus perçu, ce mouvement cesse, et les corps étrangers restent à la surface de l'œil où ils produisent une irritation, point de départ des phénomènes ultérieurs. Mais si cette explication était fondée, la même chose ne devrait-elle pas arriver lorsque la conjonctive est mise à découvert par un ectropion ou par la paralysie de l'orbiculaire. Et cependant l'on sait qu'il n'en est pas ainsi, et que tout se borne dans ces cas à une légère inflammation catarrhale de la conjonctive? Il est donc plus rationel de regarder la fonte de l'œil comme essentiellement due à la lésion de la cinquième paire, et l'auteur rappelle à ce sujet qu'il a vu cette ulcération de la cornée survenir à la suite de névralgie du trifacial, chez des sujets où il n'existait par conséquent aucune paralysie de ce nerf.

DE L'EMPLOI DE L'HYDRIODATE DE POTASSE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur SMYTH.

Il nous serait impossible d'affirmer que la maladie dont étaient atteints les sujets traités par le médecin irlandais fût réellement la fièvre typhoïde de nos contrées, ni que l'amélioration survenue à la suite de l'administration de l'hydriodate de potasse ait été l'effet du médicament; mais les faits nous ont paru assez frappans pour mériter d'être signalés rapidement. L'auteur fut déterminé à employer cette médication par les succès qu'en avait obtenus déjà un autre médecin, le docteur Morisson, dans des cas analogues.

Appelé à visiter de pauvres gens qui avaient la fièvre, l'auteur signale surtout une famille, composée de sept membres, qui en étaient tous atteints et étaient tous couchés dans la même chambre. « Dans un coin, dit-il, il y avait une vieille femme, âgée de 70 ans, qui se mourait, dans un autre étaient quatre enfans, couchés sur la paille, puis leur père et leur mère, dans un état affreux de misère et de souffrance. »

OBS. — Patchill, le chef de cette famille, rapporte qu'il est malade depuis douze jours, mais qu'il n'a pris le lit que quand il n'a plus pu faire autrement, et qu'il a été saigné le neuvième jour; son pouls est à 90, filant lent et déprimé; sa langue est brune, sa physionomie anxieuse, mais sans expression, la stupeur prononcée, la peau sèche, enfin tous les signes d'une dissolution imminente. On prescrit un lavement, puis 2 décigrammes d'hydriodate de potasse, à prendre dans un peu de vin, et une dose semblable à prendre cinq heures après la première. Après la seconde dose, une réaction bienfaisante se manifeste, et à la suite de la troisième, l'amélioration était évidente et considérable. Il y avait une moiteur générale; le pouls était à 80, plein et mou; la langue, humide, commençait à se nettoyer; il y avait de l'incohérence dans les idées. Le malade demanda des alimens; sa convalescence fut rapide.

L'auteur rapporte une observation analogue, où la même médication, employée à une époque avancée de la maladie, et sous l'influence d'accidens d'une gravité extrême, fut suivie des mêmes résultats heureux, et il cite, mais sans détails, trois autres cas semblables où il obtint un succès aussi prononcé du même traitement.

LUXATION DES CÔTES; par MM. KENNEDY, DUNNE et FINUCANE.

La luxation des côtes à leur extrémité postérieure a été regardée par les auteurs les plus récens comme fort problématique; et en général la seule mention qu'ils accordent à cette maladie consiste à dire que, ad-

mise au siècle dernier par Buttet d'après des raisonnemens très peu fondés et une observation plus contestable encore, elle n'a jamais été constatée par l'autopsie. On l'a conséquemment rangée au nombre de ces lésions douteuses auxquelles on donnait autrefois place dans le cadre nosologique pour en compléter l'ensemble, mais que l'esprit plus sévère de notre époque refuse d'admettre, à moins de preuve positive. Les faits de cette nature ont été longtemps attendus en vain; cependant, en 1834 déjà, la Gazette Médicale avait cité un cas de luxation de la unzième côté démontrée par la dissection. Plus récemment, la société chirurgicale d'Irlande s'est occupée de ce sujet à propos d'une communication du docteur Kennedy, et plusieurs exemples également concluans ont été cités. Nous allons donner un résumé des observations qui ont été lues et discutées au sein de cette société.

Obs. I. (Par M. Kennedy). — Un jeune homme de 20 ans assistait à une course de chevaux; lorsque l'échafaud sur lequel il était placé s'étant écroulé, il fut renversé et une portion de l'échafaud tomba sur lui pendant qu'il cherchait à se relever. Etourdi d'abord par le coup, il reprit bientôt ses sens. Il fut saigné et on s'aperçut qu'il rendait du sang par le nez, par l'oreille et avec les urines. Visité par M. Kennedy avec les docteurs Donnell et Hutton, il se plaignait surtout de la région lombaire qui était le siége d'une vaste ecchymose. En examinant cette région, on trouva un creux bien sensible à la place occupée par la tête des deux dernières côtes. et une pression exercée sur leur extrémité sternale faisait distinctement mouvoir l'autre bout; il n'y avait pas de crépitation. Il n'y eut aucune divergence d'opinion entre les consultans; on diagnostiqua une luxation en bas et en avant des onzième et douzième côtes, et on fut d'avis de placer un bandage autour de la poitrine avec une compresse à la partie antérieure, pour maintenir les côtes dans leur place. Quelques symptômes du côté du cerveau nécessitèrent une application de sangsues, et un traitement mercuriel. La santé se rétablit, et les côtes luxées reprirent leur position naturelle dans l'espace de trois semaines.

Obs. II. (Par M. Dunne.) — Un enfant de 11 ans fut atteint dans le dos par une motte de gazon violemment lancée. Il resta sans connaissance sur le coup pendant quelques minutes, mais bientôt il se releva et continua à marcher. Le troisième jour, il fut obligé de se mettre au lit; le septième on s'aperçut que les membres inférieurs étaient paralysés et qu'il y avait une rétention d'urine; on le conduisit alors à l'hôpital où il entra neuf jours après l'accident. A gauche de la colonne vertébrale, à l'endroit où il avait reçu le coup, et auquel il rapportait toutes ses douleurs, était une tumeur large de plus d'un pouce, faisant saillie de trois quarts de pouce environ, et placée au niveau de la tête et du col des trois ou quatre dernières côtes. On n'y sentait pas très distinctement la fluctuation La dixième et la onzième côtes gauches étaient plus dépressibles que les autres, ce qui conduisit à soupçonner qu'elles étaient le siége de quelque lésion; mais la présence de la tumeur empêcha un examen plus exact. La tumeur se convertit en abcès qui fut ouvert et le malade mourut le quinzième jour.

Autopsie faite en présence du docteur Jacob.

Après avoir incisé l'abcès on reconnut qu'il s'étendait le long des quatre dernières côtes du côté gauche. La portion correspondante de la plèvre était enflammée. On la détacha, et il fut aisé de constater un déplacement en avant des dixième et onzième côtes, déplacement qui était complet pour la dixième, et partiel seulement pour la onzième. La dilacération des ligamens et l'écartement des surfaces articulaires étaient tels qu'on pouvait passer le bout du petit doigt, ou l'extrémité d'une grosse sonde entre la tête de l'os et la surface de la vertèbre.

Obs. III. (Par M. Finucane.) — Mary O'Brien, âgée de 15 ans, était retenue au lit par la fièvre, lorsque sa mère voulant aller au village voisin, la laissa seule dans la chambre dont elle ferma la porte à clef. Pendant qu'elle était absente le feu prit au toit de la maison. Plusieurs personnes attirées par l'incendie enfoncèrent la porte, et l'on trouva la pauvre fille morte. Elle était à genoux, la tête et les bras appuyés sur le lit. Deux poutres détachées du toit l'avaient atteinte; l'une avait produit une fracture du crâne; l'autre avait porté sur le dos et son extrémité était encore à cette place.

Autopsie. Les lésions trouvées dans la tête suffisaient pour expliquer la mort. Dans l'espace compris entre la colonne vertébrale et l'angle des deux dernières côtes existait une dépression évidente qui correspondait à la lésion subie par les parties extérieures. J'enlevai les muscles et trouvai une luxation complète des deux dernières côtes gauches, les ligamens étaient rompus, et en agissant sur l'extrémité antérieure de ces os, on imprimait aisement à leurs têtes un mouvement de quelqu'étendue en dedans. Il n'y avait ni fracture, ni aucune autre lésion.

En joignant à ces observations le cas rapporté par le docteur Hankel (voy. Gaz. Méd., 1834, p. 187), et constaté par l'autopsie, de luxation de la onzième côte gauche, voilà quatre faits dont trois au moins sont parfaitement concluans, puisqu'on a pu vérifier par la dissection l'état des parties. Peut-être y aurait-il cependant quelques doutes à élever sur l'observation de M. Dunne, et pourrait-on regarder le déplacement des têtes osseuses, et la rupture des ligamens comme dus en partie, dans ce cas, au travail de suppuration qui s'était développé à leur voisinage. Mais d'un autre côté, il faut bien reconnaître que les observations de M. Finucane et du docteur Hankel ne laissent prise à aucune objection fondée, et établissent d'une manière positive le fait de la luxation des côtes dont on avait été jusqu'à nier la possibilité.

Comme dans toutes les questions où le raisonnement a parlé avant l'expérience, nous trouvons ici un singulier désaccord entre l'opinion des auteurs et le langage des faits. Il est curieux, par exemple, après avoir examiné les observations ci-dessus, de relire dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, le travail de Buttet sur le même sujet. L'auteur commence par critiquer les chirurgiens comme A. Paré, Barbette, Juncker et Heister, qui en parlant des luxations des côtes, paraissent, dit-il, *avoir donné l'essor à leur imagination afin de compléter leurs ouvrages*. Ce qui ne l'empêche pas de dogmatiser aussi à son tour, d'affirmer d'abord que les côtes supérieures ne peuvent que difficilement subir de déplacement, puis, que les côtes moyennes y sont de toutes les plus exposées; mais, quant aux inférieures, il déclare formellement que *leur luxation semble être impossible*. De dire sur quels efforts de raisonnement, sur quelles considérations d'anatomie et de mécanique il s'efforce d'étayer ces propositions, nous ne l'essaierons même pas, non plus que de combattre sa théorie. On observera seulement que, contrairement à ce qu'il avance, les quatre cas dont l'histoire précède sont des exemples de luxation des trois dernières côtes, savoir: une fois de la onzième côte, une fois de la dixième et onzieme et deux fois des deux dernières. Si nous ne craignions pas d'encourir nous-même, au moment où nous l'adressons, le reproche de chercher des explications là où l'observation seule doit prononcer, nous rappellerions que, pour les deux dernieres côtes au moins, le défaut de point d'appui de leur extrémité antérieure, le peu de saillie des apophyses transverses, l'absence d'articulation costo-transversaire, ainsi que de ligament inter-osseux costo-vertébral sont des circonstances bien capables de faire comprendre pourquoi elles sont plus fréquemment luxées que les autres.

ASPHYXIE SURVENUE CHEZ UNE PERSONNE QUI ÉTAIT COUCHÉE LA FACE COUVERTE.

Nous ne pourrions dire si la circonstance signalée dans ce titre a été réellement la cause de l'asphyxie et de la mort dont il est question; mais le fait est assez important pour ne pas être passé entièrement sous silence. Retraçons-en d'abord les principaux traits.

Obs. — M...., âgé de 22 ans, d'une forte constitution, au cou un peu court, mais bien portant, prend son thé comme d'habitude, le 16 décembre, à 8 heures du soir, et se couche à 11 heures, recommandant qu'on l'éveille le lendemain matin à 6 heures, et très disposé au sommeil, dont il avait été privé la nuit précédente. Quelque temps après, sa grand'mère vint dans sa chambre, et, le voyant couché sur le côté et la tête couverte du drap de lit, le laissa dans cet état. Le lendemain matin, à six heures, on le trouva sans connaissance, couché sur le dos, mais la tête et la figure encore couvertes par le drap du lit; il était mort. Le corps était chaud, les traits calmes; la bouche et les paupières étaient fermées, la figure et les lèvres pâles, sans tuméfaction appréciable de la face ni du cou.

Au bout de trois heures, le corps avait à peine perdu un peu de sa chaleur, les lèvres étaient pourpres. Au bout de deux jours, l'intérieur du corps n'était pas encore froid et la peau de l'abdomen commençait à verdir.

A l'autopsie, on trouva les poumons gorgés de sang, comme carnifiés. Le cœur, distendu par du gaz, contenait une petite quantité de sang, en partie coagulé, en partie liquide; l'aorte était vide, le foie avait la couleur de la rate, et cette dernière était ramollie et distendue par du sang.

L'auteur, qui attribue la mort à l'asphyxie produite par l'absence d'un air convenablement renouvelé, rapproche ce cas de ceux où des individus qui s'endorment près de fours à chaux, ou de lieux analogues, et sont surpris par la mort sans qu'ils s'éveillent et sans la moindre lutte.

DE LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES TENDONS ET DES MUSCLES, ET DU TRAITEMENT MÉCANIQUE CONSÉCUTIF POUR DIVERSES DIFFORMITÉS; par M. Robert Adams.

Ce travail contient deux observations de torticolis bien différentes, soit par leur cause, soit par la nature du traitement mis en usage; une analyse de leurs principales circonstances ne peut qu'éclairer l'histoire générale de cette affection, et les fautes mêmes qui ont été commises dans le premier cas serviront à mieux faire juger de la valeur comparative de l'ancien mode de traitement, et de celui qui est dû à l'application de la méthode sous-cutanée.

Obs. I. — Un jeune homme de 27 ans, sujet depuis son enfance aux épistaxis et à la céphalalgie, entra à l'hôpital de Richmond au mois d'octobre 1839, pour une affection spasmodique du sterno-mastoïdien droit, qui durait depuis un mois environ, et donnait lieu à tous les symptômes du torticolis. Le muscle était agité de tressaillemens convulsifs prononcés surtout la nuit, et lorsqu'on cherchait à redresser la tête. Cette affection, extrêmement douloureuse, allait souvent jusqu'à priver plusieurs jours de suite le malade de tout repos. On employa succes-

sivement et en vain les sangsues, les ventouses scarifiées, le mercure donné jusqu'à salivation, les vésicatoires, un cautère, le quinquina, les préparations de fer, de zinc, le nitrate d'argent, etc. On essaya aussi l'extension mécanique qui ne put être supportée. Enfin, le docteur Hutton fit la section sous-cutanée du faisceau sternal, mais sans plus de succès, bien qu'on eût ensuite tenté de nouveau l'emploi de la machine à extension, et administré un second traitement mercuriel. En cet état de choses, M. Hutton voulait couper sous la peau les deux chefs sterno et cléido-mastoïdiens; mais comme le muscle était très volumineux, tous les consultans jugèrent *qu'il était plus sûr de mettre le muscle à découvert pour couper ses fibres en travers, ainsi que la peau qui les recouvre;* ce qui fut fait. Cette seconde opération n'améliora pas beaucoup l'état spasmodique. Le malade fut renvoyé à la campagne, et on a appris depuis que la tête et le cou sont maintenant revenus à leur conformation normale.

C'était ici un cas de contracture aiguë et récente, et la section du muscle n'avait pas beaucoup de chances de succès. Mais ce que nous voulions particulièrement signaler, c'est le procédé opératoire mis en usage, procédé que nous croyions aujourd'hui tout à fait oublié, et qu'on peut à bon droit s'étonner de voir encore pratiquer en 1839. Au reste, l'auteur lui-même paraît avoir déjà changé d'avis, car il ajoute, à la suite de son récit, que dans un cas semblable il ne conseillerait pas *un mode de traitement aussi rigoureux.*

Obs. II. — Une jeune fille de 12 ans entra le 20 mars 1840 à l'hôpital de Richmond, avec un torticolis du côté droit datant du moment de sa naissance. Le menton regardait à gauche, et l'occiput était tourné vers l'épaule droite. La tête pouvait se fléchir en avant, mais il lui était impossible de l'élever assez pour diriger les yeux vers le zénith. La face était déformée, et il y avait une légère inclinaison de la colonne cervicale. En cherchant la cause de cette déformation, on s'aperçut que le faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien en était le seul agent. Cette portion du muscle était effectivement dure, tendue, formait une saillie permanente au-devant des autres muscles du cou, et, comparée à celle du côté opposé, présentait un raccourcissement d'un pouce et demi. Une première section sous-cutanée n'ayant donné qu'un demi-pouce d'allongement, malgré l'usage des moyens extensifs, on en fit, au bout de quelque temps, une seconde, qui rendit immédiatement aux parties leur conformation régulière. L'appareil mécanique fut continué, et l'inclinaison de la colonne disparut complètement.

La section du muscle fut faite d'avant en arrière, et l'auteur dit avoir appris de M. Carmichaël que Dieffenbach pratique aussi l'opération de cette manière lorsqu'il a à couper le cléido-mastoïdien, tandis qu'il divise au contraire le sterno-mastoïdien en allant des parties profondes vers la peau. M. J. Guérin donne la préférence au premier procédé, quel que soit le faisceau à diviser.

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX URINAIRES DANS L'ENFANCE; par M. FLEMING.

L'auteur rapporte seulement deux observations tirées de sa pratique. L'une est relative à une fistule de la paroi postérieure du vagin, produisant un écoulement purulent, et guérie par une seule application de nitrate d'argent, après avoir été traitée en vain par d'autres moyens. Le sujet de la seconde est une enfant de deux ans qui, étant en convalescence d'une anasarque suite de scarlatine, offrit des symptômes qui firent croire à l'existence d'un calcul vésical. Les besoins d'uriner étaient fréquens, accompagnés de vives douleurs; l'urine ne sortait que goutte à goutte et contenait du sang; l'enfant portait à chaque instant la main à la vulve. M. Fleming découvrit que ces symptômes tenaient à une adhérence des deux grandes lèvres, adhérence constituée par une substance non interrompue et sans aucune apparence de cicatrice. Deux ouvertures existaient seulement, l'une en haut, derrière le clitoris, l'autre en bas, au-devant de la fourchette, et c'est par là que coulait l'urine. Une sonde cannelée fut passée à travers ces deux orifices, et un coup de bistouri divisa le tissu intermédiaire. L'amélioration ne fut cependant que momentanée et incomplète, et le chirurgien reconnut, par un examen plus minutieux, que le méat urinaire, très rapproché du vagin, était recouvert d'une membrane creusée de plusieurs petites cavités imperforées. Il introduisit alors dans le vagin une sonde courbe dont l'extrémité, ramenée en avant, souleva cette membrane et permit d'en faire aisément la section avec des ciseaux. Les symptômes fâcheux disparurent tout à fait, et deux mois après on s'aperçut avec satisfaction que l'orifice de l'urètre s'était déjà rapproché de la partie antérieure de la vulve.

III. PROVINCIAL MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les cahiers de janvier, février et mars sont composés des mémoires suivans: 1° *Cas d'hydrophobie*; par M. Toogood. 2° *Mort à la suite de l'ingestion d'eau-de-vie et de sel pris comme remède pour un cancer*; par M. Copeman. 3° *Maladie du cœur; hémiplégie.* 4° *Gangrène sénile, suivie de tétanos*; par M. Taylor. (Il y avait en même temps une affection du cœur; le malade mourut.) 5° *Luxation du fémur dans la fosse iliaque*; par M. Bulley. (Il n'y avait aucune rotation du membre, ce que l'auteur attribue à ce que la tête était engagée et retenue dans la déchirure du ligament capsulaire.) 6° *Sur les tubercules scrofuleux du cerveau*; par M. Hennis Green. 7° *Amputation de la mâchoire inférieure pour un ostéo-sarcôme*; par M. Baird. (Ablation des deux tiers du côté droit de l'os, avec ligature préalable de la carotide, ligature qui fut immédiatement suivie de faiblesse et de dyspnée. Au bout de deux jours, mort subite que l'auteur regarde comme due en grande partie à l'état de collapsus causé par la ligature de la carotide; il hésiterait dans un cas semblable à lier d'abord ce vaisseau.) 8° *Luxation du tibia et du péroné*; par M. Cooper. (Luxation incomplète du genou en dehors; la jambe formait avec la cuisse un angle presque droit, rentrant en dehors; le condyle interne du fémur pouvait se sentir sous la peau; réduction très facile. Guérison parfaite au bout de cinq semaines.) 9° *Double anévrisme poplité*; par M. Cooper. (Malgré une dilatation considérable de l'artère poplitée droite, on lia la crurale gauche au-dessous de l'origine de la profonde, pour un anévrisme qui occupait tout le creux du jarret de ce côté. Sept jours après, les battemens de l'artère à droite avaient déjà augmenté d'intensité.) 10° *Polype de l'utérus arraché avec la main. Morsure de vipère*; par M. Toogood. (Observations sans intérêt.) 11° *Luxation du pouce avec plaie par arme à feu*; par M. Bulley. (Réduction, conservation de la partie malade.) 12° *Cas de monstruosité*; par M. Parsons. 13° *Sur le strabisme et sur la divergence de l'œil après cette opération*; par M. Adams. 14° *Squirrhe de la couche optique et du corps strié*; par M. Waters. 15° *Cas de chirurgie observés à l'hôpital de Guy.* (Hernie crurale étranglée réduite spontanément par l'application de la glace, après quatre tentatives infructueuses de taxis.) 16° *Sur l'accouchement trop lent* (tedious labour) *et l'ergot de seigle*; par M. Banner. (La lenteur du travail peut dépendre de contractions irrégulières aussi bien que de contractions trop faibles. Le seigle ergoté ne conviendrait pas dans le premier cas; il ne ferait qu'augmenter l'obstacle à la parturition, amener la contraction en forme de sablier, du corps de l'utérus, causer le détachement prématuré, plus tard la rétention du placenta, déterminer la mort de l'enfant et, pour la mère, un état convulsif.) 17° *De la division des deux muscles droits internes pour la cure du strabisme*; par M. Lucas. 18° *Tableau du mouvement annuel de l'infirmerie de Worcester*; par M. Hastings. 19° *Ramollissement de la moelle chez les enfans*; par M. Green. 20° *Fièvre rémittente causée par des émanations gazeuses*; par M. Watson. 21° *Sur la consolidation osseuse des fractures de la rotule*; par M. Gulliver. 22° *Appareil pour le traitement des fractures de cuisse par l'extension*; par M. Bulley. (Modification faite à l'attelle de Boyer, de manière à augmenter le degré de pression qu'elle exerce sur la face externe du membre.) 23° *Cas de tumeur du bassin*; par M. Toogood. (La tumeur remplissait presque toute la cavité pelvienne; l'urine était retenue dans la vessie. On fit une ponction à travers le vagin, et on plongea ensuite profondément un bistouri avec lequel la tumeur fut divisée en plusieurs sens. Il ne sortit d'abord que du sang, puis un écoulement abondant se fit par le vagin, et au bout de trois mois la tumeur avait presqu'entièrement disparu, ainsi que les accidens entretenus par sa présence.) 24° *Opérations de strabisme*; par M. Davenport. (Aucune circonstance digne d'intérêt.) 25° *Sur l'épidémie actuelle de scarlatine*; par M. Antisell. 26° *Faiblesse du pouls, avec syncopes répétées se manifestant deux ans après une contusion du cou*; par M. Jackson. (Le malade mourut, et on trouva que le sommet de l'apophyse odontoïde repoussé en arrière, rendait en ce point le canal vertébral si étroit qu'on ne pouvait y faire pénétrer le petit doigt. Plusieurs médecins ont néanmoins douté que la maladie fût le résultat du coup reçu antérieurement.) 27° *Gangrène sèche de la main; amputation*; par M. Cooper. (L'artère brachiale et la cubitale étaient oblitérées ainsi que la radiale dans une partie de son trajet. L'auteur dit que les veines de l'avant-bras *contenaient très peu de sang fluide*; il paraît donc qu'elles n'étaient pas oblitérées, et ce cas serait une nouvelle confirmation de la théorie établie par A. Godin, sur les différences que la circulation veineuse présente dans les formes sèche et humide de la gangrène spontanée. On attendit pour amputer que la gangrène fût limitée: le malade guérit.)

SUR LA DIVERGENCE DE L'ŒIL APRÈS L'OPÉRATION DU STRABISME; par M. ADAMS.

DE LA DIVISION DES DEUX MUSCLES DROITS INTERNES POUR LA CURE DU STRABISME; par M. LUCAS.

M. Adams ayant rencontré dans sa pratique des strabismes conver-

gens, qui, après la section des deux droits internes, s'étaient convertis en strabismes divergens et nécessitaient la division du droit externe, indique les signes à l'aide desquels on peut reconnaître avant l'opération que cet accident aura lieu. Voilà l'expérience qu'il recommande dans ce but : supposons un strabisme convergent de l'œil gauche; si on fait regarder par le malade un objet placé en face de lui, et à 4 pouces de distance, les deux yeux convergent; rapprochez alors l'objet de la racine du nez, et vous remarquerez que, pendant que l'œil droit se tourne de plus en plus en dedans, l'œil gauche se dirige au contraire en dehors par un mouvement qui augmente graduellement à mesure que l'objet est plus rapproché. M. Adams dit que quelques personnes présentent le même phénomène à l'état naturel. Il l'explique par la tendance puissante que le droit externe a à se contracter conjointement avec le droit interne du côté opposé, et par l'inégalité de pouvoir des deux muscles droits internes.

Ce phénomène a, en effet, lieu chez presque tout le monde, et lorsque, par le rapprochement extrême de l'objet regardé, on sollicite une forte convergence des deux yeux, il est de règle que ce mouvement, quand il est porté à sa dernière limite, n'est plus exécuté et n'est plus exécutable que par un seul œil, qui se dirige en dedans, tandis que l'autre est dévié d'une quantité proportionnelle en dehors. Comme, dans cet état, la vision n'est exercée et ne peut plus être exercée que par l'œil tourné en dedans, à cause de l'impossibilité où sont les deux yeux de pointer simultanément au point distinct de l'objet regardé, c'est naturellement le plus fort des deux yeux qui se porte dans ce sens, et, l'œil strabique étant toujours le plus faible, on conçoit pourquoi le mouvement isolé de convergence est exécuté par l'œil sain, dans le cas de strabisme unique. L'observation de M. Adams est donc applicable à tous les cas de strabisme en dedans, n'affectant qu'un œil, et ne peut par conséquent servir, comme il le croit, à distinguer ceux où il y aurait une grande tendance à la divergence après la section du droit interne. M. Jules Guérin attribue avec raison à la méthode ordinaire, qui divise indistinctement, dans tous les cas, le muscle et le fascia, la déviation opposée à celle qui existait, et c'est en déterminant les cas, ainsi que le fait ce chirurgien, où le fascia doit être respecté, qu'on évitera l'inconvénient assez grave dont nous venons de parler.

M. Lucas a vu plusieurs fois un strabisme convergent d'un seul côté résister à la section du droit interne, bien qu'elle eût été faite de la manière la plus complète et qu'il eût largement débridé les aponévroses. La maladie céda dans ces cas à la division du droit interne de l'autre côté. Nous croyons avec M. Jules Guérin que l'insuccès dépendait ici de ce que l'opérateur n'avait pas exactement détruit tous les agens de la convergence, et si la section du droit interne de l'autre œil a paru amener la guérison, c'est parce qu'elle a produit un certain degré de déviation de l'œil sain en dehors, de manière à amener le redressement des deux axes oculaires par l'influence bien connue du mouvement d'un œil sur celui de l'autre, lorsque le malade regardait distinctement; mais en l'observant pendant le regard distrait, on aurait sans doute vu reparaître le défaut d'harmonie, c'est-à-dire un peu de convergence du côté malade, et un peu de divergence du côté sain.

SUR LA CONSOLIDATION DES FRACTURES DE LA ROTULE; par M. GULLIVER.

La plupart des auteurs sont d'avis que la consolidation des fractures de la rotule, comme celles du col du fémur, dépend en grande partie de la conservation des couches aponévrotiques qui recouvrent la surface osseuse. M. Gulliver pense que, dans les fractures de rotules produites par l'action musculaire, l'aponévrose est complètement déchirée, tandis qu'elle reste en totalité ou en grande partie intacte lorsque l'accident est dû à un choc direct sur la rotule. C'est par cette circonstance qu'il explique pourquoi la réunion des fragmens est ordinairement si difficile, et s'opère néanmoins quelquefois de la manière la plus complète. Il a fait de nombreuses expériences sur des chiens et des lapins, dans le but d'éclairer le mécanisme de la consolidation, et de rechercher les conditions qui en favorisent ou en retardent les progrès. Il a d'abord divisé en travers, sur cinq animaux, la rotule et la couche fibreuse; les fragmens se sont écartés à l'instant d'une étendue d'un sixième de pouce à un demi-pouce. L'autopsie, faite vers le 40me, le 50me ou le 90me jour, a montré qu'il n'y avait jamais une réunion fibreuse, bien que la substance intermédiaire fût encroûtée de matière osseuse à ses deux extrémités, dans les points les plus voisins des surfaces fracturées. Cette substance était abondamment pourvue de vaisseaux sanguins; ce n'était donc pas le défaut de vascularité qui avait mis obstacle à la consolidation.

Dans une seconde série d'expériences, au nombre de 6, M. Gulliver a fracturé la rotule en travers, mais sans comprendre le tissu fibreux dans la solution de continuité. Les fragmens sont restés en contact. L'animal ayant été sacrifié, on a toujours trouvé que la substance osseuse se continuait sans interruption d'un fragment à l'autre. Plusieurs fois la pièce a été soumise à une macération prolongée pendant deux ou trois mois, puis on l'a placée dans l'eau en ébullition, et la substance osseuse est restée ferme, et conservant l'aspect d'un os à l'état normal. On a aussi remarqué dans ces expériences que l'ossification du tissu fibreux intermédiaire n'était pas précédée de la déposition de matière cartilagineuse, comme cela se voit dans la succession des phénomènes de l'ossification naturelle.

OBSERVATION SUR LES MANGEURS D'OPIUM EN ANGLETERRE; par M. JOFFREYS.

Il paraît que l'abus pernicieux, pour lequel l'Angleterre n'a pas craint de faire une guerre si injuste au céleste empire, fait aussi des progrès assez rapides dans les trois royaumes. L'auteur appuie son assertion relative à l'accroissement de cet usage de l'opium sur les rapports de la douane, qui signalent la quantité de cette drogue qui a été importée chaque année en Angleterre de 1828 à 1838, et a éprouvé une augmentation considérable, cette quantité ayant été pour la consommation intérieure, en 1828, de 16,169 livres, et en 1838 de 31,204 livres.

EMPLOI DE L'ACIDE BENZOÏQUE POUR PRÉVENIR LA FORMATION DES TOPHUS CHEZ LES GOUTTEUX; par M. A. URE.

Si nous nous arrêtons quelques instans sur cette communication, ce n'est pas tant pour l'action thérapeutique attribuée ici à l'acide benzoïque, et à l'appui de laquelle l'auteur ne rapporte aucune observation, que pour signaler le fait intéressant de chimie organique dont il est question ici. « Si on prend, dit l'auteur, une heure après le repas un scrupule d'acide benzoïque, l'urée qu'on rend deux heures après, dans la proportion de 5 à 6 onces, fournit, quand on y verse quelques gouttes d'acide muriatique, un précipité abondant de beaux cristaux rouges et circulaires, qui, lorsqu'on les a laissés déposer pendant un jour, peuvent peser jusqu'à quinze grammes. Ce précipité est de l'acide hippurique, qui a pris la place de l'acide urique dans l'urine, où on n'en trouve plus de traces.

» En remplaçant ainsi par l'hippurate de soude, qui est doué d'une grande solubilité, l'urate de cet alkali, qui est très soluble, l'auteur pense pouvoir prévenir complètement la formation des concrétions tophacées.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SUITE DE LA SÉANCE DU 14 JUIN.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

(Conclusions du rapport de la commission de l'Académie, lu par M. REGNAULT, rapporteur.)

« 1° Le procédé de Marsh rend facilement sensible 1/1000000 d'acide arsénieux existant dans nne liqueur; des taches commencent même à paraître avec nne liqueur renfermant 1/2000000 environ.

» 2° Les taches ne se montrent pas mieux avec nne grande quantité qu'avec nne petite quantité de liqueur employée dans l'appareil de Marsh; bien entendu que l'on suppose dans les deux cas la même quantité proportionnelle d'acide arsénieux. Mais elles se forment pendant plus longtemps dans le premier cas que dans le second. Il résulte de là qu'il y a avantage à concentrer les liqueurs arsénicales et à opérer sur un petit volume de liquide: on obtient ainsi des taches beaucoup plus intenses.

» 3° Il est de la plus haute importance, quand on cherche à produire des taches au moyen de l'appareil de Marsh, d'interposer sur le passage du gaz un tube de 3 décimètres au moins de long, rempli d'amiante, ou, à son défaut, de coton, pour retenir les gouttelettes de la dissolution qui sont toujours entraînées mécaniquement par le gaz; autrement on est exposé à obtenir des taches d'oxisulfure de zinc qui présentent souvent l'aspect des taches arsénicales.

» 4° Le procédé proposé par M. Lassaigne peut donner de bons résultats. Il consiste à faire passer le gaz hydrogène arsénical à travers une dissolution bien neutre de nitrate d'argent; à décomposer ensuite la liqueur par l'acide chlorhydrique; à l'évaporer pour chasser les acides, puis à essayer sur le résidu les réactions de l'arsenic. Il est surtout commode pour faire passer dans une petite quantité de liqueur une portion très minime d'arsenic qui existe dans un grand volume de liquide que l'on ne peut pas concentrer par évaporation, et permettre

par conséquent, en traitant la nouvelle liqueur arsénicale concentrée dans un très petit appareil de Marsh, d'obtenir des taches beaucoup mieux caractérisées. Il faut seulement bien se garder de conclure à la présence de l'arsenic, de ce que la dissolution de nitrate d'argent se trouble, et de ce qu'elle donne un dépôt pendant le passage du gaz, ce dépôt pouvant avoir lieu par des gaz non arsenicaux, mélangés avec de l'hydrogène, et même par l'hydrogène seul, si l'on opère sous l'influence de la lumière.

» On peut remplacer la dissolution de nitrate d'argent par une dissolution de chlore ou par celle d'un chlorure alcalin.

» 5° La disposition indiquée par MM. Berzélius et Liebig, et reproduite avec plusieurs modifications utiles par MM. Kœppelin et Kampmann, de Colmar, rend sensibles des quantités d'arsenic qui ne se manifestent pas, ou seulement d'une manière douteuse, par les taches. Cette disposition présente ensuite l'avantage de condenser l'arsenic d'une manière beaucoup plus complète: seulement il arrivera souvent que l'arsenic se trouvera mélangé de sulfure d'arsenic, ce qui pourra altérer sa couleur, surtout si la substance arsénicale existe en petite quantité.

» C'est à cette dernière disposition que vos commissaires donnent la préférence pour isoler l'arsenic ; ils pensent que l'appareil doit être disposé de la manière suivante :

» Un flacon à col droit, à large ouverture, est fermé par un bouchon percé de deux trous. Par le premier de ces trous on fait descendre jusqu'au fond du flacon un tube droit de 1 centimètre de diamètre, et dans l'autre on engage un tube de plus petit diamètre recourbé à angle droit. Ce tube s'engage dans un autre tube plus large, de 3 décimètres environ de longueur, rempli d'amiante. Un tube en verre peu fusible, de 2 à 3 millimètres de diamètre intérieur, est adapté à l'autre extrémité du tube d'amiante. Ce tube, qui doit avoir plusieurs décimètres de longueur, est effilé à son extrémité ; il est enveloppé d'une feuille de clinquant sur une longueur d'environ 1 décimètre.

» Le flacon est choisi de manière à pouvoir contenir toute la liqueur à essayer, et à laisser encore un vide du cinquième environ de la capacité totale. On devra se rappeler cependant qu'il est important que le volume du liquide ne soit pas trop considérable, si l'on a à traiter une liqueur qui ne renferme que des traces de matière arsenicale.

» Le tube de dégagement est terminé en biseau à l'extrémité qui plonge dans le flacon, et il porte une petite boule en un point quelconque de la branche verticale. Cette disposition n'est pas indispensable, mais elle est commode, parce qu'elle condense et fait retomber dans le flacon presque toute l'eau entraînée, qui est en quantité assez considérable, quand le liquide s'est échauffé par la réaction.

» L'appareil étant ainsi disposé, on introduit dans le flacon quelques lames de zinc, une couche d'eau pour fermer l'ouverture du tube de sûreté ; enfin on y verse un peu d'acide sulfurique. Le gaz hydrogène qui se dégage chasse l'air du flacon. On porte au rouge le tube dans la partie qui est enveloppée de clinquant, au moyen de charbons placés sur une grille. Un petit écran empêche le tube de s'échauffer à une distance trop grande de la partie entourée de charbons. On introduit ensuite le liquide suspect par le tube ouvert au moyen d'un entonnoir effilé, de manière à le faire descendre le long des parois du tube, afin d'éviter que de l'air ne soit entraîné dans le flacon. Si le dégagement du gaz se ralentit après l'introduction de la liqueur, on ajoute une petite quantité d'acide sulfurique, et l'on fait marcher l'opération lentement et d'une manière aussi régulière que possible.

» Si le gaz renferme de l'arsenic, celui-ci vient se déposer sous forme d'anneau en avant de la partie chauffée du tube. On peut mettre le feu au gaz qui sort de l'appareil, et essayer de recueillir des taches sur une soucoupe de porcelaine. On en obtient en effet quelquefois, quand on ne chauffe pas une partie assez longue du tube, ou lorsque celui-ci a un trop grand diamètre.

» On peut également recourber le tube et faire plonger son extrémité dans une dissolution de nitrate d'argent, pour condenser au besoin les dernières portions d'arsenic.

» L'arsenic se trouvant déposé dans le tube sous forme d'anneau, il est facile de constater toutes les propriétés physiques et chimiques qui caractérisent cette substance. Ainsi l'on vérifiera facilement :

» *Premièrement.* Sa volatilité.

» *Secondement.* Son changement en une poudre blanche volatile, l'acide arsénieux, quand on chauffera le tube ouvert aux deux bouts dans une position inclinée.

» *Troisièmement.* En chauffant un peu d'acide nitrique ou d'eau régale dans le tube, on fera passer l'arsenic à l'état d'acide arsénique très soluble dans l'eau. La liqueur, évaporée à sec avec précaution dans une petite capsule de porcelaine, donnera un précipité rouge-brique quand on versera dans la capsule quelques gouttes d'une dissolution bien neutre de nitrate d'argent.

» *Quatrièmement.* Après toutes ces épreuves, on peut isoler de nouveau l'arsenic à l'état de métal. Pour cela, il suffit d'ajouter une petite quantité de flux noir dans la capsule où l'on a fait la précipitation par le nitrate d'argent, de dessécher la matière et de l'introduire dans un petit tube dont une des extrémités est effilée, et dont on ferme l'autre extrémité à la lampe, après l'introduction de la matière. On fait tomber la matière dans la partie évasée et l'on porte celle-ci à une bonne chaleur rouge ; l'arsenic passe à l'état métallique et vient former, dans la partie très étroite du tube, un anneau qui présente tous les caractères physiques de l'arsenic, même quand il n'existe que des quantités très petites de cette substance.

» 6° Il est facile de trouver dans le commerce du zinc et de l'acide sulfurique qui ne manifestent pas d'arsenic dans l'appareil de Marsh, même quand on dissout des quantités considérables de zinc. L'acide sulfurique que nous avons employé était de l'acide purifié par distillation, et le zinc était du zinc laminé en feuilles minces (1).

» Dans tous les cas il est indispensable que l'expert essaie préalablement avec le plus grand soin toutes les substances qu'il doit employer dans ses recherches. Nous pensons même que quelques essais préliminaires ne donnent pas une garantie suffisante, et qu'il est nécessaire que l'expert fasse en même temps, ou immédiatement après l'expérience sur les matières empoisonnées, une expérience toute semblable à blanc, en employant tous les mêmes réactifs et en mêmes quantités que dans l'opération véritable.

» Ainsi, s'il a carbonisé les matières par l'acide sulfurique et par l'acide nitrique, il devra évaporer dans des vases semblables des quantités tout à fait égales d'acides, reprendre par le même volume d'eau ; en un mot, répéter dans l'expérience de contrôle, sur les réactifs seuls, toutes les opérations qu'il a faites dans l'expérience véritable.

» 7° Les procédés de carbonisation des matières animales par l'acide nitrique ou le nitrate de potasse peuvent réussir d'une manière complète ; mais il arrive cependant quelquefois qu'on n'est pas maître d'empêcher une déflagration très vive à la fin de l'expérience : cette déflagration peut donner lieu à une perte notable d'arsenic. La carbonisation par l'acide sulfurique concentré et le traitement du charbon résultant par l'acide nitrique ou l'eau régale, nous paraît préférable dans un grand nombre de cas. Ce procédé, donné par MM. Danger et Flandin, exige l'emploi d'une quantité beaucoup moindre de réactif ; il est toujours facile à conduire, et quand il est convenablement exécuté, ce procédé ne donne lieu qu'à une perte très faible d'arsenic, comme cela résulte de nos expériences. On évitera toute chance de perte en faisant la carbonisation dans une cornue de verre munie de son récipient, comme nous l'avons recommandé plus haut.

» Il est de la plus haute importance que la carbonisation de la matière organique soit complète ; sans cela on obtient non seulement une liqueur qui mousse dans l'appareil de Marsh ; mais cette liqueur peut donner des taches qui présentent quelquefois dans leur aspect de la ressemblance avec les taches arsénicales. Ces taches, qui ont été observées d'abord par M. Orfila, et qu'il a désignées sous le nom de *taches de crasse* (Mémoires sur l'empoisonnement, page 37), se produisent souvent en grande abondance quand la matière organique n'a été que partiellement détruite. Ces taches, qui proviennent de gaz carbonés, partiellement décomposés dans la flamme, se distinguent du reste facilement, par les réactions chimiques, des taches arsenicales. Mais elles pourraient donner lieu à des méprises très graves, si l'expert se contentait des caractères physiques des taches.

» 9° Quant à l'arsenic que l'on avait annoncé exister dans le corps de l'homme à l'état normal, toutes les expériences que nous avons faites, tant sur la chair musculaire que sur les os, nous ont donné des résultats négatifs.

» 10° La commission, résumant les instructions contenues dans ce rapport, pense que le procédé de Marsh, appliqué avec toutes les précautions qui ont été indiquées, satisfait aux besoins des recherches médico-légales, dans lesquelles les quantités d'arsenic qu'il s'agit de mettre en évidence sont presque toujours très supérieures à celles que la sensibilité de l'appareil permet de constater. Bien entendu qu'il doit toujours être employé comme un moyen de concentrer le métal pour en étudier les caractères chimiques, et qu'on devra considérer comme nulles, ou au moins comme très douteuses, les indications qu'il fournirait, si le dépôt qui s'est formé dans la partie antérieure du tube chauffé ne permettait pas à l'expert, à cause de sa faible épaisseur, de vérifier d'une manière précise les caractères chimiques de l'arsenic.

» Nous ajouterons que, dans le plus grand nombre des cas d'empoisonnement, l'examen des matières vomies ou de celles qui sont restées dans le canal intestinal, convaincra l'expert de la présence du poison, et qu'il n'aura à procéder à la carbonisation des organes que dans les cas où les premiers essais auraient été infructueux, ou dans ceux très rares où les circonstances présumées de l'empoisonnement lui en indiqueraient la nécessité.

» 11° Vos commissaires, prenant en considération l'importance de la question, les efforts que MM. Danger et Flandin ont faits pour éclairer l'emploi de l'appareil de Marsh, vous proposent de les remercier pour leurs diverses communications.

» Ils pensent que l'Académie doit également des remercîmens à MM. Lassaigne, Kœppelin et Kampmann pour les modifications utiles qu'ils ont apportées au procédé de Marsh. »

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

SÉANCE DU 21 JUIN.

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. Mercier répond à la lettre de M. Civiale, lue dans la dernière séance, qu'il y a une grande différence entre les emprunts qu'il reproche à M. Civiale et ceux dont M. Civiale l'accuse. Ainsi, il dit avoir le premier établi trois variétés de valvules au col de la vessie, fait connaître la véritable nature des valvules musculaires, et indiqué les moyens de reconnaître ces brides sur le vivant. Ces découvertes lui appartiennent en propre, et M. Civiale ne peut en aucune manière revendiquer la priorité sur ce point.

---

(1) Le zinc laminé doit être préféré au zinc en plaques du commerce : le laminage auquel il a été soumis est déjà une garantie de sa pureté. Le zinc laminé doit être préféré au zinc grenaillé, parce qu'il présente moins de surface et donne un dégagement d'hydrogène plus facile à régulariser.

Quant aux parties que M. Civiale dit avoir été copiées dans son ouvrage par M. Mercier, celui-ci fait observer qu'elles ne leur appartiennent ni à l'un ni à l'autre; car ce sont des faits empruntés à Duverney, Lieutaud, Th. Bartholin, Santorini, etc.

La lettre de M. Mercier est renvoyée à la commission chargée de rendre compte de l'ouvrage de M. Civiale.

PHYSIOLOGIE DES HYDRES.

M. Laurent présente les résultats des recherches qu'il continue à faire sur les hydres. L'objet de la présente communication est relatif à la coloration, à la reproduction de ces animaux et à leurs monstruosités.

Ainsi, il a observé que des hydres nourries avec du carmin, de la guimauve, etc., prenaient une coloration en rapport avec celle de ces substances. Il ne croit cependant pas qu'il y ait incorporation de la matière ingérée avec le tissu du polype; d'après lui, cette matière reste simplement adhérente à la tunique interne de leur tube digestif.

On sait que, suivant le mode de génération ordinaire à ces animaux, le nouvel individu détaché de l'ancien a une vie libre et indépendante. M. Laurent a vu des cas où l'animal de formation récente, au lieu de se séparer, est resté plus ou moins longtemps adhérent à l'ancien; et même, il est arrivé quelquefois, qu'après un certain temps, les deux individus ont fini par se réunir et n'en former plus qu'un seul de structure normale.

M. Laurent met sous les yeux de l'Académie des pièces destinées à établir la réalité de ce qu'il vient d'annoncer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

REMÈDES SECRETS.

M. Hamel lit plusieurs rapports sur des remèdes secrets proposés pour les indigestions, les maladies de la peau, les maladies de poitrine, l'épilepsie et la folie, les blessures, pour la prophylaxie des maladies pestilentielles et de la fièvre jaune.

Les conclusions de ces rapports sont défavorables.

PROJET DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA PHARMACIE.

M. Adelon, rapporteur : Avant de lire le cinquième article, qui doit compléter l'ensemble du projet de loi, je dois vous rendre compte de plusieurs lettres qui ont été adressées à la commission, au sujet des articles que l'Académie a déjà adoptés. La plus importante est celle de M. Quesneville, qui proteste contre ce qui a été fait jusqu'ici. Il dit avoir reçu plus de 110 lettres de pharmaciens de province, qui reprochent aux pharmaciens de Paris de se constituer, sans aucun mandat, représentans des intérêts du corps. Suivant M. Quesneville, la loi en discussion aurait une foule d'inconvéniens; elle déconsidérerait la profession, susciterait des rivalités dangereuses entre ses membres, les placerait tous sous la dépendance de quelques sommités; enfin, il propose, comme seul moyen de rendre à la pharmacie son ancienne splendeur, de limiter le nombre de ceux qui l'exercent. Ces diverses lettres, continue M. le rapporteur, ne précisent aucune objection contre le projet de loi; elles ne contiennent que de vagues allégations et des plans de réforme tout à fait en dehors du cadre dans lequel la discussion est aujourd'hui renfermée. Parmi les pétitions, il en est plusieurs qui proposent justement des mesures que l'Académie a déjà arrêtées; d'autres reprochent à la médecine moderne de ne pas être assez polypharmaque, etc. Bref, la commission a pensé qu'il n'y avait pas lieu à tenir compte de ces observations, et qu'on devait passer outre. (Adhésion générale.)

Le cinquième article que propose la commission est ainsi conçu : « Il est défendu à tout pharmacien, sous les peines portées par la loi du 29 pluviose an XIII (d'une amende de 25 à 600 fr., et, en cas de récidive, d'une détention de trois jours au moins, de dix au plus), d'annoncer, soit par affiches, soit par circulaires ou prospectus, soit par insertion dans les journaux, soit par inscriptions sur les devantures de leurs officines, tous médicamens quelconques, à l'exception de ceux qui, ayant été examinés dans les formes prescrites par le décret du 18 août 1810, auront été jugés nouveaux et bons, et dont le gouvernement, avant que de les avoir achetés, aura autorisé l'annonce et la vente. »

M. Moreau : Je voudrais avoir de M. le rapporteur quelques explications. D'après la rédaction de l'article, il me semble que la pensée de la commission n'est pas rendue pleine et entière, et la loi conçue de cette manière serait même contraire aux droits acquis des pharmaciens. En effet, on leur défend d'afficher sur leurs devantures le nom des médicamens, tandis qu'il suffirait, je crois, pour atteindre le but qu'on se propose, d'empêcher qu'ils n'annonçassent les propriétés des remèdes. En second lieu, lorsqu'un remède aura été acheté par le gouvernement, laisser aux pharmaciens le droit de l'annoncer, c'est retomber dans l'inconvénient que vous vouliez éviter, c'est leur permettre de faire de la médecine.

M. Soubeiran : Il y a un autre danger que le projet de loi n'a pas prévu; c'est celui de ces associations entre un médecin et un pharmacien, qui vont se trouver mises à couvert par cette législation; car le médecin continuera d'annoncer et le pharmacien de vendre impunément. Il faudrait donc que l'article au lieu de borner la défense d'annoncer, aux pharmaciens, l'étendît à tout le monde.

M. Adelon : La première objection de M. Moreau ne me paraît pas avoir beaucoup d'importance; quant à la seconde, je n'ai vraisemblablement pas été bien compris par M. Moreau. Il est bien certain que l'intention de la loi est de ne laisser à l'inventeur d'un remède nouveau, le monopole de sa découverte que jusqu'à ce que le gouvernement l'ait désintéressé, en faisant l'acquisition du remède.

M. Bouley : Je ne voudrais pas que l'Académie se laissât aller à sanctionner le principe de l'autorisation provisoire, car il est à craindre qu'on n'en fasse une mesure générale, et que le gouvernement se dispense le plus souvent de donner une approbation définitive, comme cela est arrivé pour le remède de Pradier, dont la vente a continué très longtemps en vertu d'une permission provisoire.

M. Adelon : Remarquez que cette autorisation provisoire ne sera accordée par le gouvernement qu'en conséquence du jugement favorable porté par l'Académie sur le remède qui en devient l'objet; et nous ne demandons le droit de vente et d'annonce que pendant le temps qui s'écoulera nécessairement, dans tous les cas, jusqu'à l'autorisation officielle.

M. Rochoux : Séduite par l'art avec lequel M. Adelon a fait son rapport, l'Académie a pu croire un moment que la question en débat était d'une solution simple et facile. Mais voilà que de nouvelles difficultés surgissent; des protestations s'élèvent de toutes parts. La plupart des membres n'ont pu étudier la législation actuellement en vigueur; je déclare, du moins pour mon compte, que je je ne l'ai pas fait. Il conviendrait donc de différer la discussion du projet de loi.

M. Bussy : M. le rapporteur demande la faculté d'accorder une autorisation provisoire jusqu'à ce que le gouvernement soit en mesure de rétribuer l'inventeur. Mais que résultera-t-il de ce système? L'Académie qui n'a rien à payer ne se montrera pas très sévère, tandis que le gouvernement plus directement intéressé refusera souvent de ratifier l'approbation que nous aurons donnée. Il y aurait donc lieu à déterminer dans quelles conditions et dans quelles limites ces autorisations provisoires peuvent être délivrées.

M. Adelon : Nous avions ici deux intérêts à ménager, celui de la société et celui de l'inventeur. Tant que le gouvernement n'a pas approuvé un remède, il doit être considéré comme remède secret. Vous craignez que l'Académie ne prodigue les autorisations provisoires. Eh! Messieurs, depuis vingt-un ans qu'elle existe, elle n'a donné que trois fois son approbation à des remèdes secrets. Je plaide donc ici et la cause de l'humanité et celle des auteurs de découvertes. C'est par respect pour les droits de ceux-ci que je permets l'annonce, et véritablement je ne crois pas qu'elle puisse donner lieu aux conséquences dont on nous menace.

M. Chevallier : J'appuie la proposition qu'a déjà faite M. Soubeiran, d'interdire l'annonce, non pas aux pharmaciens seulement, mais à tout le monde; car sans cela vous verrez comme aujourd'hui des hommes qui ont à la vérité un diplôme, mais que je n'appellerai pas du nom de médecins, vendre des remèdes non autorisés.

M. Adelon : Je n'adhère point à cette substitution; car bien que je déplore l'abus qu'on vient de signaler, je veux conserver aux médecins leur droit intact; et d'ailleurs ils ne pourront eux-mêmes prescrire que des remèdes approuvés par l'Académie.

M. Keraudren : Les médecins ont incontestablement le droit d'ordonner à leurs malades, ou de préconiser dans leurs ouvrages les médicamens qu'ils jugent utiles. Ce que je désapprouve, c'est l'usage de répandre dans le public des certificats en faveur de tel ou tel moyen.

M. Nacquart : Ce qui me frappe surtout dans la discussion présente, c'est l'espèce d'incertitude, l'absence totale de conviction qui perce dans les discours que vous venez d'entendre. Les débats sont tels, qu'aucun de nous ne pourrait voter en conscience; et véritablement il y a lieu à revoir la question. Je dirai aussi qu'il ne me semble pas bon d'empêcher toute publicité; il s'agit seulement de la maintenir dans de certaines bornes.

M. Adelon : M. Soubeiran propose de spécifier dans l'article que le droit d'annoncer les médicamens non autorisés est interdit, non seulement aux pharmaciens, mais à tout le monde. A cela je réponds que si un médecin veut annoncer un remède secret, il sera soumis, comme tout autre inventeur, aux formalités nécessaires pour obtenir une autorisation. Si au contraire il veut le vendre, vous savez que les médecins n'ont le droit de vendre des médicamens que dans des cas exceptionnels, dans ceux prévus par l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI. Nous n'avons donc pas à leur adresser de nouvelles prohibitions à cet égard, puisque la législation ancienne suffit pour prévenir tout abus.

M. Soubeiran : Je rappelle seulement que mon amendement a pour but d'empêcher les médecins de faire des annonces. Il consiste à remplacer dans l'article 5 les mots: *Il est défendu à tout pharmacien, sous les peines portées par la loi*, etc., par ceux-ci: *Nul ne pourra, sous les peines portées par la loi*, etc.

Cet amendement est mis aux voix et adopté.

M. Delens fait observer qu'il faut modifier la fin de l'article pour le mettre en rapport avec le changement qui vient d'y être introduit.

M. Soubeiran : J'ai un second amendement à proposer. J'accorde aux inventeurs de remèdes le droit de les vendre; mais je voudrais qu'il leur fût défendu de les annoncer. Un homme découvre un remède contre la rage; s'il peut en établir des dépôts et l'afficher partout, il arrivera qu'on en fera usage sans savoir s'il est indiqué, qu'on l'administrera, par exemple, pour un simple accès d'épilepsie; il arrivera, en un mot, que tout le monde fera de la médecine. Ce sont des inconvéniens de ce genre que mon amendement aurait pour but de prévenir.

M. Adelon : Je repousse cette modification par des motifs semblables à ceux que j'ai déjà fait valoir. On ne peut en effet l'adopter sans compromettre les droits de l'inventeur que nous devons, autant que possible, concilier avec ceux de la société.

M. Honoré : Que restera-t-il à l'inventeur d'un remède si on lui ôte tout moyen de le faire connaître ? Dites, si vous voulez, qu'il ne pourra donner de la publicité à son invention que par telle ou telle voie ; mais vous ne pouvez le priver d'une manière absolue du bénéfice de sa découverte.

M. le président : L'amendement de M. Soubeiran consiste à interdire à l'inventeur d'un remède le droit de l'annoncer jusqu'à ce qu'il ait été approuvé par le gouvernement.

Cet amendement est rejeté.

L'article 5, modifié comme il a été dit ci-dessus, conformément au premier amendement de M. Soubeiran, est adopté.

M. Guéneau de Mussy : Devons-nous maintenant voter sur l'ensemble du projet de loi ? Je ferai observer à l'Académie qu'un vote d'ensemble n'est de rigueur que lorsque les articles, successivement adoptés, ont entre eux un tel rapport qu'on ne peut les séparer. Ce n'est pas ici le cas d'appliquer ce principe.

M. Rochoux rappelle que l'Académie avait arrêté dès le commencement de la discussion qu'il y aurait un vote général sur la totalité du projet.

M. Bouillaud : Ce que M. Rochoux vient de dire est tellement vrai que plusieurs membres qui voulaient prendre la parole sur le projet de loi ont cru pouvoir s'abstenir de parler dans la discussion de chacun des articles séparés. Il ne faut pas arguer ici de ce qui a lieu dans d'autres occasions ; les circonstances ne sont pas semblables, car l'Académie est rarement appelée à délibérer sur un projet de loi.

L'Académie décide qu'il n'y aura pas de vote sur l'ensemble du projet de loi.

TAILLE ET LITHOTRITIE.

M. Leroy-d'Etiolles donne quelques détails sur une opération de lithotritie, qu'il vient de pratiquer sur un des membres de cette compagnie, M. B....., 282 petites pierres entières et 90 fragmens provenant de pierres brisées ont été extraits de la vessie avec le lithotribe évacuateur, en huit séances, qui n'ont produit ni douleur, ni accident. Une rétention d'urine, causée par le développement de la prostate, rendait nécessaire l'évacuation artificielle. M. Poirson était présent à toutes les séances. Cette opération semble montrer que les ressources de la lithotritie sont plus étendues qu'on ne l'avait cru d'abord, et que l'on avait eu tort de lui poser certaines impossibilités pour limites. M. Leroy-d'Etiolles présente aussi les débris d'un gros calcul extrait à un malade de Toulouse, qui, depuis dix ans, prend des carbonates alkalins et diverses eaux minérales : à Vichy, par exemple, où il passa la saison en 1838, il prit tous les jours un bain et but de 30 à 40 verres d'eau.

M. Leroy met encore sous les yeux de l'Académie les reins et la vessie d'un malade qui, comme le précédent, avait avait fait usage, à diverses reprises, et depuis plusieurs années, des eaux alcalines de différens pays. Ce malade, lorsqu'il se rendit dernièrement à Paris pour réclamer les secours de la chirurgie, était arrivé à un tel degré de faiblesse et de marasme que, dans une consultation, à laquelle assistaient MM. Nacquart, Barth, Leroy-d'Etiolles, M. Marjolin résuma ainsi les chances des divers moyens de traitement : méthode expectante, mort ; lithotritie, zéro ; taille, 1 sur 10. M. Leroy pratiqua la taille hypogastrique, et retira de la vessie cinq calculs, du volume d'un œuf de pigeon. Mort le treizième jour de l'opération. Autopsie : altération profonde des reins et des bassinets, raccourcissement et hypertrophie des parois de la vessie, développement du lobe moyen de la prostate. Cette partie, que M. Leroy a dénommée lobe pathologique, s'opposait pendant la vie à l'évacuation de l'urine, et avait été traversée par le bec de la sonde ; aucune infiltration de ce liquide dans le tissu cellulaire du pourtour de la plaie. Le péritoine est parfaitement intact et sans trace d'inflammation.

CONCOURS

OUVERT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, POUR UNE CHAIRE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE ET UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE STRASBOURG.

TROISIÈME ÉPREUVE. — LEÇON ORALE APRÈS TROIS HEURES DE PRÉPARATION.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

M. LACAUCHIE.

Le candidat commence par une description étendue de l'articulation coxo-fémorale et du col du fémur. Passant ensuite à la question pathologique, il rappelle que la fracture du col du fémur n'a commencé à être étudiée qu'au seizième siècle. Ambroise Paré est le premier qui s'en soit spécialement occupé, et c'est dans ces derniers temps surtout qu'elle est devenue l'objet de nombreuses recherches. Plus rare chez l'enfant et chez l'adulte, elle se rencontre surtout parmi les vieillards, qui y sont prédisposés par les changemens que le tissu osseux subit à cet âge de la vie. Les causes les plus ordinaires sont celles qui agissent d'une manière indirecte, telles que les chocs qui portent sur la hanche, ou une chute sur les pieds ou les genoux ; bien que la lésion s'opère en définitive de la même manière dans ces deux circonstances, il n'est cependant pas inutile de rappeler que l'ordre dans lequel a lieu la rupture des fibres osseuses est tout à fait différent dans l'un et l'autre cas. Les fractures sont intra ou extra-capsulaires ; les fragmens peuvent rester libres ou s'engréner plus ou moins profondément ; enfin, chez les enfans où le travail d'ossification n'est pas achevé, on observe l'arrachement de la tête de l'os.

Les symptômes sont l'impossibilité de mouvoir le membre, le raccourcissement, la rotation en dehors ; le changement survenu dans la mobilité du grand trochanter, qui, au lieu de tourner autour d'un rayon, se meut comme un pivot, la crépitation, qui souvent est très difficile à obtenir. Mais tous ces signes peuvent manquer, ou du moins être fort obscurs : la rotation en dehors, par exemple, se convertit parfois en rotation en dedans, ou en une situation moyenne entre ces deux attitudes ; mais ces variétés tiennent aux rapports différens que les fragmens ont l'un avec l'autre. Les maladies qui sont de nature à être prises pour celle-ci sont les diverses luxations spontanées ou traumatiques du fémur, la fracture de cet os au-dessous des trochanters, celle du grand trochanter lui-même, celle du fond de la cavité cotyloïde avec saillie de la tête dans le bassin ; dans ce dernier cas, tout mouvement du fémur serait impossible, excepté une circumduction presque imperceptible. Enfin, il existe quelquefois avec la fracture du col des complications, telles qu'une plaie, une contusion, la présence d'une hydrocèle, qui ajoutent aux difficultés du diagnostic.

Le traitement consiste à faire la réduction et à maintenir les parties dans un rapport exact. Si la première indication est aisée à remplir, la seconde n'a pas encore pu l'être d'une manière convenable ; et ce sont les obstacles qu'on rencontre dans cette partie du traitement qui avaient conduit quelques chirurgiens du siècle dernier à proposer comme règle générale de conduite, la réduction fréquemment renouvelée ; mais il est évident que si l'on avait l'intention d'établir à grands frais une fausse articulation, on ne s'y prendrait pas autrement : aussi a-t-on abandonné cette idée. Les méthodes actuellement en usage consistent dans l'emploi de moyens simplement contentifs, ou de moyens contentifs et extensifs tout à la fois. Ces deux modes de traitement ont eu des succès. Des deux côtés, on a cité des consolidations avec peu ou point de raccourcissement ; mais souvent aussi leur emploi intempestivement continué a entraîné la mort. Aussi A. Cooper avait-il été conduit à penser que, dans beaucoup de cas, il vaudrait mieux abandonner les malades à eux-mêmes, après avoir combattu les premiers accidens inflammatoires.

La réunion par continuité osseuse s'observe très rarement dans les fractures intra-capsulaires ; on l'a attribué aux déplacemens, ainsi qu'au peu de vitalité des fragmens, à l'interposition de la synovie dans leur intervalle, au défaut de pression de ces fragmens l'un sur l'autre (A. Cooper) ; mais, à propos de cette dernière cause, n'existe-t-elle pas également dans une foule d'autres fractures qui guérissent cependant très bien ? L'anatomie pathologique a fait voir qu'il y a plusieurs terminaisons différentes à la suite de ces fractures ; ainsi le cal osseux est régulier ou irrégulier, s'accompagne de raccourcissement ou d'enfoncement des fragmens ; parfois il y a fausse articulation, ou bien simple réunion fibreuse. Dans quelques-uns de ces cas, il y a usure du fragment supérieur, qui, étant ainsi isolé, peut donner lieu à tous les symptômes d'une arthrite chronique ; il peut aussi être atteint par la carie, et devenir le point de départ de foyers purulens qu'il faudra ouvrir, ou qui s'ouvriront d'eux-mêmes à l'extérieur.

M. SÉDILLOT.

DE LA RÉTENTION D'URINE DANS LA VESSIE, ET DE SON TRAITEMENT.

On donne le nom de rétention d'urine à toute accumulation de ce liquide dans la poche urinaire sans possibilité d'excrétion volontaire. Nous avons à la considérer sous deux rapports bien distincts. En effet, bien qu'elle puisse par elle-même entraîner des accidens graves et même la mort, on s'aperçoit cependant, lorsqu'on cherche à s'éclairer sur sa nature et son mécanisme, que le plus souvent elle n'est que la suite d'une autre maladie. Il faut donc l'envisager successivement comme cause et comme effet. Ce second point de vue a surtout de l'importance relativement à la thérapeutique.

Faisons donc un moment abstraction des maladies diverses qui peuvent la produire, pour décrire seulement ses symptômes et sa terminaison. La rétention d'urine, divisée par les anciens en ischurie, dysurie et strangurie, peut être complète ou incomplète, subite ou graduellement établie, permanente ou accidentelle. Très rare chez la femme, ce sont surtout les vieillards qu'elle affecte.

L'accumulation du fluide urinaire apporte des changemens notables dans les rapports de la vessie, dans la capacité, la forme et la structure de ce viscère ; elle donne aussi lieu à l'altération de l'urine. Ainsi la vessie distendue s'élève plus ou moins haut le long de la paroi abdominale jusque vers l'ombilic, refoulant le péritoine et effaçant le cul-de-sac que la membrane séreuse forme naturellement dans le point où elle abandonne la face interne de l'abdomen. La vessie peut se dilater énormément ; on l'a vu contenir 15, 17, 20 pintes de liquide, et même davantage. Si la rétention est répétée et habituelle, les uretères partagent cette dilatation, qui peut aussi s'étendre jusqu'au bassinet et aux reins eux-mêmes. Les changemens de texture portent principalement sur la membrane musculeuse ; de là les vessies à colonnes et les vessies multiloculaires dont les cavités secondaires sont formées par des hernies de la muqueuse. Outre ces modifications, il existe souvent des lésions fonctionnelles, telles que l'irritation, le catarrhe vésical. L'urine devient épaisse, fétide, bourbeuse.

Les symptômes de cette affection sont nombreux et ne permettent pas au praticien le moindre doute. Le premier et le plus apparent est le défaut d'excrétion

urinaire; mais ce signe ne suffirait pas, car cela a lieu aussi lorsque la sécrétion elle-même est suspendue, comme le choléra en a offert l'exemple. Il est donc nécessaire, pour compléter le diagnostic, qu'il existe à l'hypogastre une tumeur plus ou moins étendue, arrondie, fluctuante, et que l'on perçoit également par le rectum. Le malade éprouve en outre de vives douleurs; il y a une anxiété particulière, le délire survient, le coma lui succède; ce sont en un mot toutes les phases de la fièvre urineuse, qui parcourt ses périodes avec une rapidité variable suivant l'âge et la constitution du sujet, suivant la cause spéciale de l'affection.

Les terminaisons ne sont pas très nombreuses, il n'y a espoir de guérison que si l'on a pu détruire la cause du mal. Quand la poche urinaire a été remplie à un certain degré, ses parois se développent d'une manière graduelle, jusqu'à ce qu'enfin il arrive un moment où le col lui-même cède et s'entr'ouvre; l'urine coule alors sans qu'il y ait contraction des parois du réservoir, et comme on le dit, par regorgement. Il importe d'avoir une idée bien précise de ce phénomène; ce n'est pas toujours goutte à goutte que s'effectue le regorgement, et quelquefois le liquide qui est expulsé par ce mécanisme sort en filet. Si le regorgement ne s'établit pas, la vessie peut se rompre, cela n'est même pas très rare, et la gravité de cette terminaison varie suivant le lieu où la rupture s'est opérée.

Le pronostic dépend des lésions qui ont déterminé la rétention d'urine; c'est dire qu'il ne peut que difficilement être formulé d'après les considérations précédentes. On sait seulement d'une manière générale que, dans tous les cas, les impressions morales, les fatigues, les excès de tous genres aggravent l'état morbide et transforment souvent une rétention partielle en rétention complète.

Examinons maintenant la rétention d'urine comme effet, c'est-à-dire au point de vue des altérations diverses qui peuvent lui donner naissance; ce sont là des considérations d'un ordre plus élevé en pathologie, car elles s'adressent directement à la nature du mal. Je divise toutes les causes de rétention d'urine en vitales, organiques et mécaniques. 1° Les premières, que j'appellerai aussi nerveuses ou sympathiques, sont celles qui n'ont amené aucun changement appréciable dans la structure des organes, et qui ne sont pas entretenues par l'effet des agens extérieurs. Telles sont l'état typhoïde, soit qu'il existe primitivement par lui-même sous le nom de fièvre typhoïde, soit qu'il survienne à la dernière période des maladies graves; toute cause qui diminue ou détruit l'innervation, comme la paraplégie, les excès dans les rapports sexuels, la paralysie de vessie chez les vieillards (cause plus rare cependant qu'on ne le croyait autrefois, J. L. Petit a prévenu les chirurgiens que l'opération de la fistule à l'anus est quelquefois suivie pendant quelques jours de rétention d'urine; et le même effet s'observe souvent après les amputations, les blessures graves, en un mot après toutes les causes qui ont produit un ébranlement considérable du système nerveux.

2° *Causes organiques.* En commençant par les parties extérieures, nous indiquerons d'abord l'imperforation du prépuce, puis les rétrécissemens de l'urètre quels que soient leur siége et leur nature. Une des causes les plus fréquentes est le développement de la prostate qu'Evrard Home attribue à l'hypertrophie du troisième lobe. M. Velpeau croit au contraire que cette augmentation du volume de la prostate est le résultat d'une disposition anormale, telle que la présence d'un corps fibreux dans son tissu; opinion d'autant plus probable que la partie de la glande qui offre ce développement ne se trouve pas toujours sur la ligne médiane. Ce sont quelquefois les lobes latéraux qui ont subi une ampliation plus ou moins grande. Enfin les abcès de la prostate, le développement variqueux des veines du véru-montanum, les polypes ou fongosités du col de la vessie peuvent encore produire le même effet. Des causes d'un autre ordre, et qui ne doivent pas être entièrement assimilées aux précédentes sont celles qui donnent seulement lieu à une rétention partielle; telles sont les hernies de la membrane muqueuse dans l'intervalle des colonnes de la tunique charnue, les cystocèles. Dans ces cas on sonde les malades, et après avoir évacué une quantité considérable d'urine, on est étonné d'en retrouver encore dans la vessie.

3° *Causes mécaniques.* Ce sont des corps étrangers dont les uns sont placés à l'extérieur des voies urinaires, ainsi une ligature ou un briquet autour de la verge, une fiole ou un pessaire dans le vagin, un amas de fèces dans le rectum; les autres ont été introduits, ou se trouvent naturellement dans la vessie ou dans l'urètre.

Nous arrivons au traitement, et l'on doit voir qu'il aurait été impossible de l'établir sur des bases rationelles, sans les deux ordres de considérations qui ont été précédemment développées. Trois indications particulières se présentent ici: reconnaître les causes de la rétention; 2° remédier à leur effet en évacuant la veine; 3° enfin, une fois cela fait, chercher à faire disparaître la cause elle-même. Quant à la première indication, nous ne pouvons ici que la poser, car il n'entre pas dans notre sujet de faire le diagnostic des diverses altérations qui peuvent amener la rétention d'urine.

La seconde indication renferme un certain nombre de chefs distincts que nous allons exposer séparément.

A. Si le prépuce est imperforé, il faut le diviser; extraire le corps étranger de l'urètre; si la vessie contient du sang, le pomper au moyen d'une seringue, puis délayer ce qui reste à l'aide d'injections. Il est aussi une cause de rétention qui tient à la présence du fœtus dans le vagin. mais nous ne devons pas entrer dans les considérations de cette nature.

B. On emploiera contre la rétention d'origine spasmodique ou sympathique les moyens anti-spasmodiques généralement connus.

C. Lorsqu'il existe de l'inflammation, n'essayez pas le cathétérisme avant d'avoir mis en œuvre la médication antiphlogistique; les sangsues, la saignée, un bain, des cataplasmes émolliens suffisent en général, dans ces cas, pour rendre au malade la faculté d'uriner; si néanmoins l'obstacle persistait, il faudrait bien en venir au cathétérisme; mais, je le répète, dans de telles circonstances, n'y recourez qu'en désespoir de cause, et après que les antiphlogistiques auraient échoué.

D. Il importe de rendre autant que possible à la vessie son ressort naturel, et pour cela il n'y a pas de meilleur moyen que de l'évacuer souvent. Les sondes à demeure ont deux inconvéniens graves. D'abord beaucoup de malades ne peuvent les supporter, elles s'encroûtent des sels de l'urine, deviennent friables, et sujettes à se rompre; puis, il arrive parfois, lorsque la sonde a été poussée trop profondément, que la vessie en revenant sur elle-même vient presser contre son extrémité qui ne tarde pas à produire une ulcération sur la paroi vésicale. Il sera donc mieux d'apprendre aux malades à se sonder eux mêmes.

E. S'il y a paralysie simple et complète de la vessie, comme dans le cas de paraplégie, par exemple, la seule indication est d'évacuer l'urine avant qu'elle ne distende la vessie.

F. Les obstacles seront surmontés par le cathétérisme. Bien que l'indication des divers moyens propres à atteindre ce but ne rentre pas tout à fait dans le sujet de cette leçon, je donnerai néanmoins quelques préceptes généraux. Le premier principe est de proportionner la courbure et le volume de la sonde à l'état des parties qu'elle doit traverser. Celles de M. Mayor, par exemple, conviennent lorsque le rétrécissement n'est pas très serré, ou lorsqu'il est spasmodique. On peut varier de mille manières différentes les instrumens et les procédés opératoires, suivant l'exigence des cas. Ainsi on emploiera les bougies de cire, de gomme élastique, les cordes à boyau, les cathéters droits ou courbes, le malade sera debout, assis ou couché, on le mettra au bain, on s'aidera de l'usage des narcotiques ou des antiphlogistiques, on pourra conduire la sonde jusqu'au-devant du rétrécissement et la laisser quelques heures en contact avec lui, comme faisait Dupuytren, ou bien encore faire pénétrer une sonde de gomme élastique avec son mandrin jusque vers la partie rétrécie et lorsqu'on en est là, retirer le mandrin d'une main en poussant légèrement la sonde de l'autre. Tous ces procédés sont bons et peuvent se combiner entre eux, mais ce qu'il faut éviter par dessus tout, ce sont les fausses routes. Je suppose que par l'une ou l'autre de ces manœuvres, l'on soit arrivé dans la vessie, il faut laisser la sonde quelques minutes. On fait ensuite uriner le malade, et immédiatement après, on cherche à en placer une autre d'un volume plus considérable. On ne placera donc de sonde à demeure que si l'on craignait de ne pouvoir la réintroduire facilement, et encore sera-t-il nécessaire dans ces cas, de la changer tous les trois ou quatre jours pour prévenir l'encroûtement de sa surface.

Si l'on n'a pu arriver dans la vessie, il ne reste qu'à choisir entre la sonde conique, l'opération de la boutonnière et les diverses ponctions de la vessie. L'emploi de la sonde conique, à moins qu'elle ne soit conduite par une main habile et exercée, est tout à fait comparable à une ponction; car, en général, elle fait une fausse route et ne pénètre presque jamais dans la vessie par son col. La boutonnière ne se pratique plus que rarement. Quant aux ponctions, c'est celle par l'hypogastre qui mérite la préférence, et dans un travail récemment publié dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, il a été prouvé par des faits qu'elle expose moins que les autres procédés aux fistules consécutives. Il ne faut pas croire non plus qu'elle soit accompagnée, aussi souvent qu'on le dit, d'infiltration urineuse, car l'ouverture de la vessie se contracte et empêche le liquide de filtrer entre ses bords et la surface du conducteur.

Nous avons dit qu'après avoir évacué la vessie, le chirurgien devait encore songer à faire disparaître les causes qui ont donné lieu à la rétention. C'est ici qu'il faudrait faire l'histoire des rétrécissemens de l'urètre, des maladies de la prostate, parler des sondes à redresser, etc.; mais cela nous entraînerait trop loin. Il resterait encore une dernière question à traiter; ce serait l'examen des complications, telles que les abcès urineux, les fistules, et les concrétions calculeuses qui se déposent dans leur trajet, les poches urinaires qui se forment souvent derrière un rétrécissement, à travers une éraillure des fibres du canal; mais le temps nous manque, même pour la simple énumération de ces divers accidens.

Les sujets de thèses ont été distribués, le 23 juin, aux concurrens pour les deux chaires de la Faculté de Strasbourg, dans l'ordre suivant:

1° M. SANSON: Les tumeurs du corps thyroïde, et leur traitement.
2° M. DESPREZ: Les divisions congéniales des lèvres, de la voûte et du voile du palais, et leur traitement.
3° M. SÉDILLOT: Des kystes envisagés sous les points de vue de la pathologie et de la thérapeutique chirurgicale.
4° M. RIGAUD: De l'anaplastie des lèvres, des joues, et des paupières.
5° M. LACAUCHIE: Les maladies du col de la matrice.

Nous rendrons compte dans notre prochain numéro de l'épreuve clinique.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE TORTICOLIS ANCIEN, ET SUR LE TRAITEMENT DE CETTE DIFFORMITÉ PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES MUSCLES RÉTRACTÉS ; mémoire présenté à l'Académie des Sciences le 27 juillet 1840 ; par M. le docteur Jules Guérin.

(Suite. — Voir le numéro 23.)

§ II. — TORTICOLIS PAR RÉTRACTION SIMULTANÉE DES STERNO ET CLEÏDO-MASTOÏDIENS.

Les observations qui précèdent ont trait exclusivement à des torticolis causés par la rétraction du seul cleïdo-mastoïdien. Celles qui vont suivre offrent des exemples de la même difformité produite par la rétraction simultanée à différens degrés des sterno et cleïdo-mastoïdiens.

TORTICOLIS ANCIEN CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 13 ANS, PAR RÉTRACTION DES MUSCLES STERNO ET CLEÏDO-MASTOÏDIENS DROITS, SURVENU A L'AGE DE 7 ANS, A LA SUITE DE CONVULSIONS PENDANT LE SECONDE DENTITION. — RÉTRACTION SIMULTANÉE DES DEUX MUSCLES MAIS PLUS FORTE DANS LE CLEÏDO-MASTOÏDIEN. — INCLINAISON DE LA TÊTE SUR LA COLONNE ET INCLINAISON EN SENS INVERSE DE LA RÉGION CERVICALE SUR LA RÉGION DORSALE. — LÉGÈRE DÉVIATION LATÉRALE DE L'ÉPINE DORSO-LOMBAIRE. — RÉDUCTION EN TOUS SENS DE LA MOITIÉ DROITE DE LA FACE. — TENSION ET RELACHEMENT PASSIFS ALTERNATIFS DES MUSCLES RÉTRACTÉS, PENDANT LES MOUVEMENS DE LA TÊTE ET DU THORAX, SIMULANT JUSQU'A UN CERTAIN POINT DES CONTRACTIONS ACTIVES. — SECTION ISOLÉE DES DEUX MUSCLES ; TRAITEMENT MÉCANIQUE CONSÉCUTIF. — GUÉRISON ; RETOUR DE LA MOTILITÉ AVEC LE RETOUR DE LA CONSISTANCE CHARNUE DANS LES MUSCLES RÉTRACTÉS.

(Observation recueillie à la Muette en mai 1838.)

Obs. IV. — Mademoiselle Elisa B., âgée de 13 ans, née à Sézanne (Champagne), d'une bonne constitution, tempérament lymphatique et nerveux. Personne dans sa famille ne présente de difformité. Elle a été bien portante jusqu'à 7 ans. A cette époque, coïncidant avec la deuxième dentition, elle fut atteinte de convulsions qui ont duré pendant un an. Immédiatement après, on s'est aperçu que la tête s'inclinait légèrement à droite et se tournait à gauche. Cette difformité a fait des progrès sensibles jusqu'à ce jour, malgré un traitement mécanique longtemps suivi. On employa sans succès toutes sortes de remèdes : frictions, massage, embrocations, etc. ; en outre on fit usage d'une minerve.

Lorsqu'elle me fut présentée, elle offrait : 1° une inclinaison de la tête à droite avec légère rotation à gauche ; 2° inclinaison de la tête sur la colonne cervicale et de la colonne cervicale en totalité sur la première dorsale ; 3° inégalité de développement des deux moitiés de la face : la droite plus courte que la gauche ; de plus abaissement de toutes les parties du côté droit.

Le sterno et le cleïdo-mastoïdiens droits sont retractés : le cleïdo-mastoïdien à un degré manifestement plus sensible que le sterno-mastoïdien ; le premier fait dans toute son étendue sous la peau une saillie prononcée ; le second quoique moins en relief est également saillant, mais dans son tiers inférieur seulement.

Feuilleton.

ZOOLOGIE GÉNÉRALE ET ANTHROPOLOGIE.

Nous avons essayé dans un autre article (voyez n° 25), de faire connaître le point de vue général et l'esprit des recherches de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, sur l'histoire de la zoologie ; nous avons eu le tort, dans cet exposé, de substituer trop souvent nos idées à celles de ce savant. Nous devons donc au lecteur et à l'auteur un dédommagement.

Dans la *deuxième partie* de son volume, M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire aborde directement la science. Il discute et résout plusieurs questions neuves pour la plupart, et toutes du plus haut intérêt. La plus importante peut-être est celle qui fait le sujet de ses trois premiers mémoires. Il y traite successivement : 1° *de la possibilité d'éclairer l'histoire naturelle de l'homme par l'étude des animaux domestiques* ; 2° *de la domestication des animaux* ; 3° *de la domestication des solipèdes restés encore sauvages* ; les mémoires quatre et cinq consacrés à des recherches particulières *sur la variation de la taille chez les animaux sauvages et domestiques et dans les races humaines*, sont des corollaires indispensables des trois autres. Pour éviter la faute que nous avons commise dans notre article précédent, nous laisserons ici M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire s'expliquer lui-même, et nous nous bornerons à une simple analyse.

C'est un fait bien remarquable dans l'histoire de la zoologie, que l'anthropologie a toujours été et est encore la plus imparfaite de ses branches. Dans presque toutes les autres divisions du règne animal on est arrivé à des déterminations satisfaisantes, à des résultats certains. L'homme, par une exception singulière, est de tous les êtres de l'univers celui qu'on connaît le moins. Ce n'est certes pas l'intérêt qui a manqué aux recherches ; mais l'extrême difficulté du sujet a toujours paralysé les efforts des travailleurs. L'histoire purement descriptive de la race humaine, qui doit être la base première de l'anthropologie, est hérissée de tant d'obstacles materiels que jusqu'à présent on ne possède pas la millième partie des observations indispensables pour établir une classification naturelle et légitime. Ce n'est guère que depuis un demi-siècle que les communications entre tous les points du globe sont devenues assez fréquentes et assez régulières pour faire connaître en gros les innombrables races qui l'habitent. Mais ce coup-d'œil rapide et général n'a fait que mieux montrer l'insuffisance des connaissances positives qu'on possède. Il est certain que la plus grande partie de ces races n'a jamais été soumise à une véritable étude scientifique ; et quant à celles, en si petit nombre, qui ont été décrites de loin en loin et même figurées par les voyageurs, les descriptions et les figures laissent tant à désirer, qu'en l'absence des objets mêmes il est le plus souvent impossible d'en déduire des déterminations précises et certaines. C'est en effet à l'observation et comparaison directes des individus

			c.	m.
Longueur du sterno-mastoïdien		gauche	16	5
Id.	Id.	droit	10	3
Id.	du cleïdo-mastoïdien	gauche	13	8
Id.	Id.	droit	9	»
Du tragus à la clavicule gauche			13	»
Id.	Id.	droite	9	6

L'inclinaison de la tête est peu apparente; mais la tête est déplacée latéralement à cause de l'inclinaison en sens inverse de la colonne cervicale; l'axe vertical de la face, quoique à peu près parallèle à l'axe du tronc, s'en trouve distant de 5 centimètres. La rotation de la tête n'est pas aussi sensible que dans les cas où le sterno-mastoïdien seul est rétracté. Toutefois le plan antérieur de la face forme avec le plan antérieur du tronc un angle de 25° ouvert à droite.

La colonne vertébrale présente une légère déviation dorso-lombaire dont la convexité regarde à gauche. Le reste de la colonne jusqu'à la première dorsale est droit. Il n'existe entre les deux moitiés du dos qu'une légère différence au niveau de la région dorso-lombaire. A partir de la septième cervicale, la colonne s'incline brusquement à gauche, de manière à former avec la colonne dorsale un angle de 150°, ouvert à gauche. A part l'inclinaison de totalité, la colonne cervicale est droite jusqu'à la troisième vertèbre inclusivement. Entre la deuxième et la troisième il y a inclinaison légère en sens inverse. Enfin, inclinaison de la tête sur la première cervicale, difficile à mesurer, mais d'une quantité suffisante pour balancer l'inclinaison inverse de la colonne cervicale. Il existe en outre une légère flexion du cou en avant (excurvation cervico-dorsale).

L'épaule droite est un peu plus élevée que la gauche; l'angle supérieur du scapulum droit est un peu plus saillant que celui du côté opposé; mais une différence beaucoup plus sensible existe entre les deux régions sus-scapulaires. Celle du côté droit est non seulement plus étendue en largeur, mais elle est surtout beaucoup plus élevée; elle forme entre la tête et le moignon de l'épaule un renflement dont la partie la plus saillante occupe le milieu de cet espace. Du côté opposé le même espace est plus court, et plutôt déprimé que saillant à sa partie moyenne; de chaque côté le bord supérieur du trapèze s'adapte à l'espace compris entre ses insertions supérieure et externe.

			c.	m.
Distance entre l'acromion et la protubérance occipitale externe,		à droite	22	»
Id.	Id.	à gauche	20	3
De l'acromion à la troisième cervicale		à droite	21	»
Id.	Id.	à gauche	19	»

La moitié droite de la face est plus courte que la gauche de 1 centimètre 5 millimètres (mesure prise du milieu de l'arcade sourcilière à la symphyse du menton), et 6 millimètres de différence seulement, dans la largeur. Le crâne est très développé. Le demi-périmètre horizontal droit est de 25 centimètres; le gauche de 23 centimètres 5 millimètres.

La moitié droite de la face est attirée en bas dans toutes ses parties. La commissure labiale droite est plus basse que la gauche. Les deux lèvres ne sont pas exactement parallèles: l'inférieure est plus horizontale que la supérieure, de manière que la moitié droite de la lèvre inférieure est plus longue que la moitié correspondante de la lèvre supérieure. La joue, l'aile du nez sont également abaissées, tiraillées dans le même sens. L'œil droit est situé plus bas que celui du côté opposé de tout le diamètre vertical de ce dernier; toutefois son axe transversal est resté presque horizontal, tandis que celui du côté opposé est incliné de haut en bas et de dehors en dedans, de manière à former avec l'horizon un angle de 30°. L'axe vertical de la face, partant de la suture frontale jusqu'à la symphyse du menton, forme une courbe légère dont la convexité regarde à gauche. Le menton forme l'extrémité de la courbe décrite par la ligne fronto-nasale, en sorte qu'il se trouve un peu ramené à droite, ce qui rend compte de l'horizontalité de la lèvre inférieure par rapport à la lèvre supérieure.

Tous les mouvemens de la tête existent, mais sont limités dans certaines directions. La rotation de la tête à droite peut s'exécuter avec quelques efforts, jusqu'à concurrence de 30°. La rotation à gauche est également limitée et ne va pas au-delà de 80°. L'extension de la tête sur la colonne n'est que médiocrement bornée, et s'exécute en même temps qu'un mouvement de rotation suivant une diagonale. La flexion s'exécute dans un plan oblique de haut en bas et de droite à gauche; le menton vient tomber à l'union du tiers interne avec le tiers moyen de la clavicule.

La respiration est libre. L'inspiration donne lieu au relâchement des sterno et cleïdo-mastoïdiens; il n'existe aucune apparence de contraction active, tandis que du côté opposé le cleïdo-mastoïdien se contracte légèrement.

La difformité ayant été combattue inutilement par les moyens orthopédiques et toutes sortes de topiques, la malade, d'après le conseil de M. le docteur Devergie, fut soumise à ma méthode de traitement.

L'opération fut pratiquée le samedi 5 mai 1838, en présence de MM. les docteurs Warren, de Boston, Devergie aîné, Barthélemy, chirurgien du Gros-Caillou, et de plusieurs autres personnes.

Après les préparatifs ordinaires, la section du cleïdo-mastoïdien fut faite de la manière suivante: la malade ayant été couchée sur un lit, je me plaçai à son côté gauche. Après les manœuvres nécessaires pour faire saillir le muscle, je fis un pli à la peau parallèment à la direction du muscle rétracté; j'introduisis à 2 centimètres au-dessus de la clavicule un bistouri étroit et légèrement concave sur le tranchant, de dedans en dehors, entre la peau et le muscle, à l'aide d'une simple piqûre. La pointe du bistouri ayant dépassé le bord externe du cleïdo-mastoïdien sans traverser la peau, j'opérai la division de ses fibres d'avant en arrière, non sans éprouver quelque résistance. Le plan superficiel du muscle ayant été d'abord divisé, la saillie extérieure avait disparu. Cependant, de nouveaux efforts de redressement de la tête firent voir qu'une portion de la couche profonde du même muscle restait à couper, ce qui fut fait aussitôt après une nouvelle introduction du bistouri. Il sortit à peine quelques gouttes de sang.

Pour la section du sterno-mastoïdien, je me plaçai du côté opposé. La division fut faite par le procédé que j'avais employé dans les cas précédens. L'opération ne présenta rien d'insolite, et fut terminée immédiatement. La tête de la jeune personne put être instantanément redressée et tournée dans tous les sens.

Pendant toute la durée de l'opération la malade n'accusa aucune douleur: aucune espèce d'accident n'eut lieu. Les piqûres furent recouvertes de diachylon gommé. La malade resta au lit toute la journée, la tête maintenue à l'aide d'un simple bandeau. Le soir elle put déjà se lever. Il n'y eut aucune espèce de réaction. Deux jours après l'opération les deux petites piqûres étaient cicatrisées. Le traitement consécutif fut commencé. On apercevait à cette époque, au niveau de la division des deux muscles, un léger gonflement formé par la matière épanchée entre leurs bouts divisés. Les efforts de flexion latérale de la tête du côté opposé au côté rétracté faisaient saillir légèrement sous la peau le cleïdo-mastoïdien. Au cinquième jour du traitement mécanique, cet obstacle, produit évidemment par les adhérences de l'extrémité inférieure du muscle avec les parties environnantes, avait entièrement disparu, et il suffisait d'un peu d'attention de la part du sujet pour que la tête se maintînt droite.

L'extension a été continuée jusqu'à la fin du mois de mai sans aucun accident. A cette époque le redressement était complet et la tête se maintenait sans aucun secours étranger. Les deux muscles offraient la même longueur que ceux du côté opposé. Une observation digne de remarque, c'est que les traits du visage, naguère si tiraillés, se sont peu à peu régularisés pendant le cours du traitement consécutif. Les deux petites cicatrices offrent à peine 3 millimètres d'étendue et ne peuvent être reconnues que par un examen attentif.

Le 15 juillet la guérison complète se soutient toujours. Les mesures les plus rigoureuses, répétées à différentes reprises, n'ont donné qu'un ou deux millimètres de différence entre les deux muscles. — Mademoiselle Elisa, revue un an après sa guérison, était toujours dans l'état le plus parfait, et les muscles divisés avaient récupéré leur motilité en même temps que la consistance charnue. Déjà cet heureux résultat du traitement avait commencé à se manifester deux mois après la section des muscles.

---

de l'un et de l'autre règne, rassemblés de nos jours dans les grandes collections de l'Europe, que la zoologie et la botanique ont dû leur rapide et solide progrès. Mais dans ces vastes musées, abrégés de la création tout entière, l'homme manque. Des obstacles religieux, politiques et moraux, très difficiles à surmonter, ont jusqu'à présent rendu impossible l'acquisition des matériaux indispensables de l'anthropologie. Aucun animal caché dans les profondeurs de la terre ou de l'océan, n'a échappé à la poursuite de ces chasseurs infatigables, les naturalistes; ils les ont conquis tous grands et petits, le plus puissant comme le plus faible. Mais l'homme vivant s'est constamment dérobé à leurs investigations, et mort leur a soustrait sa dépouille. Privée de cette source directe et certaine d'informations, l'anthropologie a été obligée de se servir d'élémens indirects, tels que la comparaison des langues, des coutumes, des traditions, des monumens, élémens très précieux sans doute, mais qui ne conduisent que de très loin à la solution des problèmes relatifs à l'histoire naturelle de l'homme. Ces élémens ont été habilement employés, mais seuls ils ne suffisent pas; et il devient nécessaire de recourir à d'autres qui, quoiqu'indirects aussi, peuvent cependant, ajoutés aux premiers, mettre sur la voie d'inductions plus justes. Or, parmi ces élémens peu ou point exploités, l'étude des races d'animaux domestiques a paru à M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire un des plus féconds et des plus certains pour la détermination des lois de variation des races humaines.

En effet, si les variations des animaux domestiques observables et constatables par l'expérience directe, offrent des rapports quelconques avec les variations des races humaines dont les conditions, les causes et la marche nous échappent par tant de côtés, on sent que l'étude des uns devra éclairer inévitablement celle des autres. Or, ces rapports sont évidens, suivant notre auteur, et voici les preuves qu'il en donne.

D'abord il est constaté que des animaux d'une même espèce sauvage pris dans des régions très distantes et très différentes par la température, les productions et en général par l'ensemble des circonstances locales, présentent le plus souvent des différences marquées, principalement dans la coloration et dans la taille. Ces différences sont constantes, elles affectent l'universalité des groupes d'individus comparés, elles se transmettent par la génération; en un mot, elles constituent des *variétés héréditaires*. Or, des variétés héréditaires ne sont autre chose que des *races*. Ces différences sont constantes, mais elles ne se produisent pas avec une égale intensité dans toutes les espèces, ni dans tous les cas; il y a des *degrés* dans les variations, et ces degrés de modification sont proportionnés à l'intensité et à la durée des causes qui les provoquent.

Le fait étant constaté pour les espèces sauvages, il devient facile de comprendre sa reproduction dans les animaux domestiques. Les modifications si nombreuses, si compliquées, si diverses produites par l'état de domesticité, ne constituent pas un fait à part et isolé; elles ne sont que la répétition du fait de variation observé dans les animaux sauvages, mais considérablement exagéré; et cette exagération s'explique aisément par la diversité et l'intensité des causes mises en jeu par l'intervention de l'homme. La nature toute seule, ne peut en effet réaliser que sur une échelle très restreinte ces conditions de variation pour une espèce; car tous les individus ayant les mêmes besoins, les mêmes instincts, les mêmes mœurs, doivent être placés pour vivre et se perpétuer dans des localités très analogues de température et de production. Aussi ne peut-on trouver

Voici un premier exemple de torticolis causé par la rétraction simultanée des sterno et cleïdo-mastoïdiens. La rétraction existait à un degré différent dans les deux muscles. Cette circonstance imprime au relief des muscles rétractés une modification utile à noter pour la description anatomique de la difformité et pour le procédé opératoire à employer. Dans les cas ordinaires de rétraction simultanée des deux muscles à un égal degré, ils font une saillie égale sous la peau en forme de Λ renversé ; mais lorsque la rétraction est moins prononcée dans l'un des deux muscles, le relief du muscle le plus tendu apparaît seul sous la peau et peut faire croire que l'autre ne participe pas à la rétraction. Cette circonstance, outre l'inexactitude qu'elle est susceptible d'entraîner dans le diagnostic, a quelquefois été cause, comme nous le verrons plus tard, qu'on a reculé devant l'emploi du procédé opératoire convenable, ou qu'on n'a fait que la moitié de l'opération nécessaire, en ne coupant que le muscle le plus rétracté. Dans les cas de ce genre, il convient de commencer, comme je l'ai fait, par la section du muscle le plus saillant ; le relief de l'autre se développe ensuite avec plus de facilité.

Un fait sur lequel je n'ai pas encore insisté, et que le premier cependant je crois avoir signalé, c'est la réduction en tous sens de la moitié de la face, et même du crâne du côté correspondant aux muscles rétractés. Ce fait se trouve dans l'observation de Mlle Elisa, comme il se retrouve dans les trois précédentes et comme il existait dans les deux cas rapportés dans mon premier mémoire. C'est donc un fait indispensable, nécessaire, lié de très près à la cause qui a produit la rétraction musculaire dans les sterno et cleïdo-mastoïdiens, ou dépendant d'un de ses effets immédiats. Je me borne, pour le moment, à poser cette question dans ces termes, parce que les observations suivantes renfermant des circonstances propres à en éclairer la solution, elle sera mieux discutée lorsque tous ces élémens auront été produits. Il me suffit de noter, pour le moment, que dans les cas où le torticolis a été la suite de convulsions, aussi bien que dans ceux où la rétraction des muscles a été provoquée immédiatement par une affection locale, comme un abcès, un anthrax, que la rétraction fût bornée au sterno ou au cleïdo-mastoïdien, ou qu'elle occupât les deux à la fois, l'effet sur la moitié de la face correspondante a également existé, quoiqu'à des degrés différens.

Une circonstance qu'il importe encore de noter dans l'observation de Mlle Elisa, c'est l'existence d'une courbure dorso-lombaire assez considérable, dont la convexité était tournée du côté opposé à l'inclinaison de la tête, et par conséquent du côté correspondant à l'inclinaison inverse du cou. On peut regarder cette courbure dorso-lombaire comme un résultat des efforts du tronc pour se maintenir en équilibre. L'inclinaison cervico-dorsale a pour effet de placer la tête d'une certaine quantité hors de l'axe du tronc ; au moyen d'une courbure dorso-lombaire, la tête peut, pendant la station, être ramenée, avec l'extrémité supérieure de l'arc qui la supporte, dans la ligne de gravité. L'origine et l'usage de cette courbure sont bien tels, car lorsque le sujet est couché en pronation, on peut sans aucun effort faire disparaître la courbure dorso-lombaire, sans rien changer aux inclinaisons occipito-atloïdienne et cervico-dorsale.

Une dernière circonstance à noter dans l'observation qui précède, c'est le mauvais effet du retard apporté dans l'emploi du traitement mécanique. J'avais été forcé d'abandonner d'abord la surveillance de ce traitement à la famille de la jeune personne ; et à cause d'un peu de répugnance de sa part, on avait perdu plusieurs jours sans agir efficacement sur les muscles rétractés. Il est arrivé que les muscles divisés se sont réunis avant le redressement complet de la tête, et la substance intermédiaire, ayant déjà acquis une certaine solidité, a offert de grandes résistances à son allongement. C'est donc une chose importante que d'appliquer le traitement mécanique immédiatement après la section des muscles, ou au plus tard le lendemain, après la fermeture des petites plaies. Cette pratique de l'application immédiate du traitement consécutif me paraît préférable en tout point à la temporisation ; elle repose sur un assez grand nombre de considérations de différens ordres que j'indiquerai et discuterai dans la partie générale de ce mémoire.

TORTICOLIS DE NAISSANCE CHEZ UNE FEMME DE 38 ANS, PAR RÉTRACTION DES MUSCLES STERNO ET CLÉÏDO-MASTOÏDIENS GAUCHES ET RACCOURCISSEMENT MOINS PRONONCÉ DES MUSCLES CORRESPONDANS DU CÔTÉ OPPOSÉ. — ROTATION ET INCLINAISON DE LA TÊTE COMPENSÉES PAR UNE FLEXION HABITUELLE DU COU EN AVANT. — INCLINAISON CERVICO-DORSALE DIMINUANT PENDANT LA FLEXION EXAGÉRÉE. — INACTION DES MUSCLES RÉTRACTÉS ; TENSION ET RELACHEMENT ALTERNATIFS DE CES MUSCLES PENDANT LES MOUVEMENS RESPIRATOIRES, SIMULANT DES CONTRACTIONS ACTIVES. — SECTION SOUS-CUTANÉE DES DEUX MUSCLES. — TRAITEMENT CONSÉCUTIF INCOMPLET. — RETRAIT CONSÉCUTIF. — GRANDE AMÉLIORATION.

OBS. V. — Touchard (Marguerite), âgée de 38 ans, en service chez M. le docteur Mérat, est née à Paris. D'une constitution délicate, tempérament mixte, bilieux et nerveux, cheveux noirs, yeux et sourcils noirs, peau très brune et luisante ; elle est maigre et d'une taille au-dessous de la moyenne. Elle est sujette à la migraine, laquelle se termine d'ordinaire par d'abondans vomissemens bilieux. Il n'y a point de difformité dans sa famille ; mais sa mère et ses frères sont, comme elle, sujets aux migraines. Elle dit n'avoir point fait de maladie grave depuis sa naissance, et ne sait si sa difformité s'est développée postérieurement à cette époque, ou si elle la portait en venant au monde.

RÉSUMÉ DE LA DIFFORMITÉ. Elle présente un torticolis à gauche, assez prononcé, par suite de rétraction des muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens du même côté, avec inclinaison légère de la tête à gauche et rotation de la face à droite. Forte inclinaison en sens inverse de la région cervicale de la colonne sur la région dorsale, et flexion encore plus prononcée du cou en avant. Élévation de l'épaule gauche et légère atrophie de la moitié gauche de la face.

Les deux muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens gauches sont très saillans sous la peau. Ils sont plus minces que ceux du côté opposé, très durs au toucher, même dans le relâchement ; on sent qu'ils ont une consistance de beaucoup supérieure au tissu musculaire ; il est facile de se convaincre qu'ils ont subi une transformation fibreuse. Ils sont sensiblement plus courts que ceux de l'autre côté ; ceux-ci cependant ne paraissent pas avoir la longueur ordinaire : ils ont eux-mêmes un peu plus de dureté et de tension qu'à l'état normal ; en un mot, ils paraissent avoir participé, à un faible degré, il est vrai, à la rétraction beaucoup plus considérable des muscles du côté opposé. Leur mesure comparative, dans la position habituelle de la tête, a donné les résultats suivans :

Longueur du sterno-mastoïdien	droit. . . .	14 c. 5 mil.	(5 p. 4 l.)
Id. id.	gauche. .	9 c. 6 mil.	(3 p. 7 l.)
Id. du cleïdo-mastoïdien	droit. . . .	12 c. 6 mil.	(4 p. 8 l.)
Id. id.	gauche. .	8 c. 1 mil.	(3 p. » l.)

La tête se trouve dans un état habituel d'inclinaison légère à gauche et de rotation à droite. L'axe vertical de la tête forme, avec celui du tronc, un angle ouvert en haut de 12 à 15°. Le plan transversal de la face forme avec celui du tronc un angle ouvert à gauche d'environ 20°.

La colonne vertébrale est droite depuis le sacrum jusqu'à la première dorsale ; mais la région cervicale est inclinée à gauche. Cette inclinaison se passe dans l'ar-

---

des différences bien évidentes qu'entre des individus placés dans des régions très distantes et encore sont-elles peu nombreuses et peu profondes. Mais l'homme a le pouvoir de créer dans toutes les régions et dans chaque partie de ces régions des circonstances locales les plus variées et les plus puissantes ; et les animaux plongés par lui dans ces milieux factices, y subissent des modifications correspondantes en nature, en nombre, et en degré à la diversité et à l'intensité des modificateurs.

L'homme lui-même est, sous ce rapport, dans les conditions des animaux domestiques. Habitant sous tous les climats, à presque toutes les températures, à toutes les hauteurs, variant sans cesse, et de mille manières, sa nourriture, ses vêtemens, son habitation, ses occupations, ses habitudes, son régime ; il se trouve placé naturellement sous des conditions extérieures presque aussi diverses et aussi nombreuses que celles qu'il peut artificiellement créer pour les animaux ; et de là résulte l'étonnante multiplicité des variétés ou races et sous-races que présente son espèce.

Ainsi donc, dans ces trois classes d'êtres, le phénomène de la réalisation de variétés héréditaires ou races dans la même espèce est un fait certain, et c'est un fait absolument de la même nature, et résultant des mêmes causes. Il ne diffère que dans le degré. Dans les animaux sauvages, les causes de variation sont très restreintes, et l'effet est par conséquent peu marqué. Dans les animaux domestiques et chez l'homme, les causes étant plus multipliées et plus énergiques, produisent aussi des résultats plus diversifiés et plus profonds. Mais, pour tous, c'est le même ordre de causes et d'effets, la même loi, le même fait.

Si ce rapprochement est fondé, et il est démontré de reste, il en résulte que le problème si ardu des races humaines, inabordable en fait, si on veut s'en tenir aux observations anthropologiques pures et directes, puisqu'elles manquent presque complètement, devient par là plus accessible. Guidés par le fil d'une analogie si claire qu'elle approche de l'identité, on pourra appliquer avec quelque sûreté à l'homme ce qui aura été découvert chez les animaux domestiques sur la marche et le développement de ce grand phénomène de la formation des races. Dès-lors l'étude des races animales domestiques et celle des races humaines se confondent en quelque manière dans l'unité du fait qu'elles expriment ; et l'histoire de notre espèce, cachée jusqu'ici dans des obscurités impénétrables, vient se faire lire, en quelque sorte, dans celle des espèces domestiques.

Cette première application de l'étude des animaux domestiques à la science anthropologique en général nous paraît fondée sur une probabilité telle qu'elle équivaut presque à la certitude, et nous ne partageons pas, sur la valeur de ces vues, la circonspection excessive de leur auteur. Nous ajouterons que cette application est la plus importante de toutes celles qu'a indiquées M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire ; car elle est le principe même, la raison de toutes les autres.

L'auteur termine cette intéressante discussion par cette réflexion, que « toutes ces idées découlent directement ou indirectement de la théorie de l'influence modificatrice exercée par les circonstances locales sur les êtres vivans : théorie presque entièrement stérile, si l'on veut la juger par le petit nombre des résultats qu'elle a produits jusqu'à présent, entravée qu'elle était par une puissante, mais non invincible opposition ; théorie éminemment féconde, au contraire, si l'on mesure par la pensée tous les progrès qui doivent suivre son admission définitive dans la science. » (P. 247.)

ticulation de la septième cervicale avec la première dorsale. La colonne cervicale fait avec la colonne dorsale un angle ouvert à droite d'environ 160°. Les deux premières cervicales font de nouveau un retour vers le côté gauche, de manière à faire décrire à l'extrémité supérieure de la colonne une courbe dont la convexité regarde à droite. Outre cette inclinaison latérale, la région cervicale est fléchie en avant presque à angle droit sur la région dorsale, tandis que les premières vertèbres cervicales, celles qui forment la courbure du balancement, présentent une légère incurvation. Cette double disposition, en rapprochant les insertions des muscles rétractés, fait que la tête paraît presque droite et moins tournée à gauche qu'elle devrait l'être sans cette circonstance. Elle a éprouvé cependant un déplacement de totalité à droite, en vertu duquel la ligne médiane de la face tomberait à 4 cent. environ, à droite de la ligne médiane du reste du corps. Quand on exagère la flexion habituelle du cou, on fait disparaître presque complètement son inclinaison latérale; si au contraire on essaie d'étendre le cou, cette inclinaison devient très forte, jusqu'à former un angle ouvert à gauche de 135°, avec la région dorsale.

L'épaule gauche est bien plus élevée que l'épaule droite. La différence de hauteur entre les deux acromions est de 5 cent. 4 mil. L'épaule gauche a une direction presque horizontale, tandis que la droite est fortement inclinée de haut en bas et de dehors en dedans.

Le crâne ne présente rien de particulier. Il est d'une faible capacité. Le front est très déprimé. La face offre au contraire une inégalité notable à droite et à gauche. La moitié droite est plus arrondie, plus convexe et plus longue que la moitié gauche. Le diamètre vertical gauche a 9 millim. de moins que celui du côté opposé. La ligne médiane antérieure décrit une légère courbe dont la convexité regarde à droite. Toutes les parties gauches de la face sont un peu moins développées que les parties correspondantes à droite, et abaissées par rapport à celles du côté opposé.

Les mouvemens de la tête et du cou s'exécutent tous jusqu'à un certain point; mais plusieurs d'entre eux sont bornés. L'extension de la tête sur la colonne cervicale est complète; il n'en est pas de même de celle de la colonne cervicale sur la colonne dorsale. Dans la position habituelle, la colonne cervicale fait avec la colonne dorsale un angle de 90°, ouvert en avant et à gauche; le redressement ne peut guère être porté au-delà de cette limite, et dans ce cas, les muscles du côté sain sont tendus. La rotation de la tête à gauche ne peut dépasser le point où le plan antérieur de la face coupe celui du tronc sous un angle de 45° ouvert à gauche. La rotation à droite est aussi étendue qu'à l'état normal. Les mouvemens de flexion et d'extension du cou, malgré la position verticale de la tête, se font suivant une diagonale, en sorte que dans la flexion extrême, la symphyse du menton arrive en contact avec la partie moyenne de la clavicule droite. La contractilité est abolie dans les muscles rétractés; cependant lorsqu'on les observe pendant les mouvemens d'ascension et d'abaissement du thorax, on les voit successivement saillir sous la peau ou se déprimer, circonstances qui, au premier abord, pourraient faire croire à des contractions et des relâchemens alternatifs; mais un examen plus approfondi fait reconnaître que la tension et le relâchement sont passifs: la tension se produit pendant l'abaissement, et le relâchement pendant l'ascension du thorax.

Mon savant confrère, M. Mérat, m'ayant fait l'honneur de me consulter sur l'opportunité de soumettre le sujet à mon mode de traitement, malgré son âge déjà avancé, j'eus recours à la section des deux muscles rétractés. L'opération fut pratiquée le dimanche 6 mai 1838, en présence de M. Mérat. La malade fut placée sur une chaise et la tête, maintenue par un aide, fut portée dans l'extension et la rotation à droite jusqu'à ce que l'insertion mastoïdienne tombât verticalement sur les insertions inférieures. Par ce moyen, les muscles devinrent extrêmement saillans et furent complètement isolés des parties sous-jacentes. M'étant placé à la droite de la malade, je fis au niveau du cleïdo-mastoïdien un pli à la peau parallèle à la direction du muscle, et j'enfonçai à plat entre la peau et le muscle, à 2 centimètres au-dessus de la clavicule, mon bistouri pointu, à lame très étroite et à tranchant concave, perpendiculairement à la direction des fibres, du bord interne vers le bord externe. La lame du bistouri étant arrivée au bord externe, je la tournai de manière à présenter le tranchant au muscle, qui fut ainsi coupé des parties superficielles aux parties profondes. La division se manifesta par un défaut de tension du muscle. Toutefois une gaîne celluleuse, paraissant opposer quelque résistance, fut divisée aussitôt par une nouvelle introduction de l'instrument. Je fis immédiatement la section du sterno-mastoïdien de la manière suivante: je me plaçai au côté gauche de la malade; je fis, comme pour le cleïdo-mastoïdien, un pli cutané et j'enfonçai mon bistouri également à plat entre la peau et le muscle, à 13 millim. au-dessus de l'insertion sternale, mais du bord externe, vers le bord interne. La section fut faite comme pour le muscle précédent, des parties superficielles aux parties profondes, avec la plus grande facilité. Au même instant la tête put être facilement tournée en différens sens. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang par la première plaie; la seconde n'en fournit point. Un léger trombus se forma aux environs de la plaie du cleïdo-mastoïdien.

La malade éprouva une syncope incomplète qui se dissipa au bout de quelques instans. Je la fis coucher aussitôt et lui fis appliquer le bandeau déjà décrit.

Le troisième jour après l'opération, elle fut soumise à une extension parallèle, au moyen d'un simple collier orthopédique attaché à deux montans, et d'une ceinture faisant la contre extension. Cet appareil incomplet ne permit pas d'obtenir une extension considérable des muscles, d'autant plus que la malade n'en fit usage que pendant une douzaine de jours, presque exclusivement la nuit.

La cicatrisation des muscles divisés s'opéra avec la plus grande facilité, et au bout de huit jours il ne restait aucune trace de l'opération.

La malade, examinée un mois après, offrait une amélioration remarquable. L'inclinaison de la tête sur la colonne cervicale et l'inclinaison inverse cervico-dorsale s'étaient respectivement amendées, des trois quarts environ. Les mouvemens, quoique toujours circonscrits à droite et à gauche, étaient néanmoins presque aussi étendus du côté de la difformité que du côté sain.

Les mesures différentielles des muscles des deux côtés prises à cette époque ont donné les résultats suivans:

Longueur du sterno-mastoïdien droit..	12 c. 8 m. ou 4 p. 7 l.	gauche. 10 c. 5 m. ou 3 p. 9 l. 1/2.
Longueur du cleïdo-mastoïdien droit..	11 c. 4 m. ou 4 p. 1 l.	gauche. 9 c. 8 m. ou 3 p. 6 l.

Six mois après, l'amélioration n'avait rien perdu; mais les muscles divisés faisaient de nouveau saillie sous la peau, par suite d'un léger retrait du tissu de la cicatrice.

L'existence de la rétraction simultanée des deux muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens, à un égal degré, offre, dans ce cas, le type des formes et des caractères affectés à cette double rétraction. Saillie et tension égale des deux muscles, se dessinant en forme de Λ renversé sous la peau. On a vu en outre que la cause de la rétraction avait retenti jusque dans les muscles du côté opposé, mais à un moindre degré. C'est un acheminement à un torticolis double, si on peut s'exprimer ainsi, dans lequel les muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens de chaque côté sont rétractés à un degré prononcé: ce fait, que je n'ai observé que deux fois, n'est que la répétition de ce qui se remarque plus fréquemment aux pieds. Dans le cas de Marguerite Touchard, les deux muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens étaient parfaitement isolés jusqu'à leur attache supérieure, ce qui a permis de les attaquer séparément, avec la plus grande facilité. Il arrive que cette séparation est bien moins marquée, ou même n'existe pas, ainsi que j'en rapporterai des exemples; dans ces cas le procédé opératoire ne peut rester le même.

Un fait à noter dans cette observation, et qui se répète dans tous les cas de torticolis ancien, c'est un certain degré de flexion du cou en avant, existant conjointement avec la double inclinaison de la tête sur

---

Nous manquerions à notre promesse si nous entrions dans la vaste question soulevée dans ces lignes. M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire ne cache pas ici non plus ses sympathies pour l'un des deux grands systèmes qui divisent les zoologistes, et dont l'un est surtout représenté par Cuvier, et l'autre par les Allemands, par M. de Lamarck, et par M. Geoffroy-St-Hilaire père. Tout ce que nous pouvons dire à cet égard, c'est que ces deux théories ne sont que la reproduction, sous une autre forme, du grand problème de l'unité ou de la diversité organiques, et que tout ce que nous avons dit précédemment sur le sens et la portée de cette dernière question s'applique de tous points à la dernière. Spéculativement, il y a en effet deux théories, toutes deux soutenables et légitimes; mais, dans le champ de la science réelle et pratique, les deux théories sont obligées de se faire des concessions telles, qu'elles se neutralisent mutuellement.

Quoiqu'il nous reste peu de place, nous ne pouvons nous refuser au plaisir de suivre M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire dans quelques-unes des recherches de détail dont il a accompagné et corroboré les vues générales, dont nous venons de rendre compte. Il a surtout traité très au long de la *domestication des animaux*, et a su répandre sur ce sujet encore vierge, pour ainsi dire, une vive lumière, un intérêt de curiosité des plus vifs et une importance philosophique jusqu'ici non soupçonnée. L'histoire du genre humain n'a guère été jusqu'à présent que celle des sociétés humaines, de leur origine, de leur développement, de leurs luttes et de leur chute. « Mais, dit M. Geoffroy-St-Hilaire, l'œuvre entreprise par les historiens est loin d'être complète. Avant toutes ces histoires partielles des peuples et des empires, il est une autre histoire bien plus grande, bien plus philosophique encore, histoire des luttes toutes pacifiques et toujours fécondes, dont le théâtre est le globe terrestre, et le héros l'homme de tous les pays et de tous les temps. C'est celle des développemens de la puissance humaine et de cette suite de progrès par lesquels notre espèce, confondue à l'origine dans le sein de la création terrestre comme une humble partie dans un vaste ensemble, s'est faite finalement la dominatrice de tout ce qui l'entoure, et la première après Dieu. » Mais cette histoire, où en retrouver les documens aujourd'hui? Qui nous apprendra les premiers pas de l'homme sur la terre, et qui nous dira quand et par quels moyens il a fait ses premiers actes de souveraineté dont l'asservissement des animaux est peut-être le plus important et le plus extraordinaire? L'histoire se tait sur ces questions, ou ne donne que des réponses obscures et douteuses. Mais, à défaut de souvenirs à jamais éteints, on peut, par la science de ce qui est aujourd'hui, déduire ce qui a été. Si le présent est gros de l'avenir, comme disait Leibnitz, il est également gros du passé. Cuvier a pu, par de savantes combinaisons analogiques, faire revivre devant nos yeux des races d'animaux disparues depuis des centaines de siècles peut-être. Pourquoi l'histoire primitive de l'homme lui-même ne pourrait-elle pas être éclairée par des inductions du même genre? D'une part, l'étude des vestiges encore subsistans de l'ancien état de choses; d'autre part, l'étude des modifications produites réellement par la puissance de l'homme dans des faits dont les lois générales sont déterminées ou déterminables, sont deux ordres de moyens à notre disposition; et parmi ces moyens, le fait de l'asservissement et de la domestication des animaux peut à lui seul, bien compris dans toute sa signification et son étendue, conduire à des résultats de la plus haute importance.

M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire distingue dans la condition des animaux assu-

la colonne, et de la colonne cervicale sur la colonne dorsale. Cet élément peut être considéré, avec les précédens, comme un de ceux qui entrent indispensablement dans la constitution de la difformité : il est aisé de se rendre compte de son origine.

Le raccourcissement des muscles rétractés a pour effet d'imprimer un mouvement de rotation à la tête, et de porter la face du côté opposé. Ce mouvement ne peut s'exécuter sans éloigner les points d'insertion des sterno et cleïdo-mastoïdiens du côté sain. Une fois la tension de ces muscles arrivée à son plus haut degré, ils ne permettent plus à ceux du côté opposé de réaliser leur action par un nouveau degré de rotation de la tête ; l'obstacle qu'ils opposent à la continuation de cette rotation les convertit en fléchisseurs directs du cou en avant. Cette action est bien mieux effectuée encore lorsque, comme cela existait chez Marguerite Touchard, il y a un certain degré de rétraction des sterno et cleïdo-mastoïdiens du côté opposé, rétraction qui limite d'autant la rotation de la tête. Par la même raison, la flexion du cou en avant est compensatrice de la rotation de la tête, c'est-à-dire que par les efforts que le sujet fait pour s'opposer à cette rotation ou la diminuer, il produit le même effet que la brièveté ou le défaut d'extension indéfinie des muscles du côté sain. La flexion du cou en avant exerce encore une autre influence sur l'inclinaison cervico-dorsale : elle en limite le développement soit en détournant à son profit une partie de la cause qui la produit, soit en mettant directement obstacle à sa production.

Une circonstance de cette observation tend à rendre compte de l'erreur où sont tombés ceux qui ont cru reconnaître des contractions inspiratrices dans le sterno-mastoïdien (chef sternal), à l'état normal, et dans le cleïdo-mastoïdien rétracté. J'ai établi dans mon précédent mémoire sur le torticolis (1), que le sterno-mastoïdien est surtout moteur de la tête, et le cleïdo inspirateur. Des observations superficielles ont été objectées à cette manière de voir ; ce qui se passait chez Marguerite Touchard donne la clef de cette méprise ; de ce que pendant l'acte inspiratoire on voyait le sterno-mastoïdien saillir et se déprimer alternativement, on en a conclu que ce muscle partageait avec le cleïdo-mastoïdien le rôle d'inspirateur, et que ces deux muscles, bien que considérablement rétractés, conservaient leur faculté contractile : mais la saillie et la dépression alternatives, observées pendant l'inspiration, n'étaient que le résultat de l'allongement et du raccourcissement passifs des muscles dont les insertions se trouvent rapprochées et éloignées par l'élévation et l'abaissement du thorax.

L'opération et ses suites ont encore présenté chez Marguerite Touchard plusieurs particularités dignes de remarque. Et d'abord un commencement de syncope a eu lieu, et a singulièrement contrasté avec le caractère ferme et résolu du sujet. Cet incident doit être rapporté en grande partie à la position donnée au sujet pendant l'opération. Aussi, depuis cette époque, j'ai constamment opéré les sujets couchés, une seule fois excepté, et cette fois encore la syncope est survenue. Il n'est pas besoin d'insister pour montrer l'influence que peut avoir la position de l'opéré sur la production de ce phénomène. Le degré de force morale n'y entre peut-être pas pour autant : car j'ai vu certains sujets pusillanimes beaucoup mieux résister que d'autres qui étaient remarquables par la force du caractère.

Une autre circonstance du traitement, c'est que l'extension consécutive n'a pas été employée ou du moins ne l'a été que très peu. Il en est résulté deux inconvéniens : le premier en ce que l'inclinaison latérale du cou et sa flexion en avant n'ont cédé que très partiellement ; le second en ce que l'absence de toute extension a favorisé le retrait consécutif du tissu de la cicatrice. J'ai observé cette dernière particularité chez presque tous les sujets que j'ai opérés : il y a toujours un instant lors de la consolidation de la matière organisée entre les deux bouts du tendon divisé, où le muscle s'est raccourci : c'est ordinairement vers le quinzième jour après l'opération. Ce fait montre l'importance d'un traitement mécanique, actif et soutenu avec persévérance. Déjà on a vu dans l'observation de mademoiselle Anna de G. (obs. I) qu'une seconde section du muscle rétracté était devenue indispensable par suite du défaut d'activité du traitement mécanique. La cause du retrait dont il s'agit est trop facile à saisir pour que je ne l'indique pas en passant. On a remarqué dans toutes les observations qui précèdent, et l'on remarquera dans toutes celles qui suivront, que vers le huitième jour le tissu nouvellement organisé entre les deux bouts du tendon se manifeste sous la forme d'un cal noueux, d'un diamètre plus considérable que le diamètre du tendon. Cette nodosité disparaît peu à peu, quelquefois immédiatement, quelquefois plus tard, et elle disparaît par l'absorption de certaines parties, et la condensation du tissu récent dont la densité s'approche de plus en plus de celle du tendon lui-même. Or, la réduction qui s'opère dans le sens de la circonférence du tissu nouveau s'opère, dans la même proportion, suivant la longueur de cette substance, surtout si les tractions longitudinales ne préviennent pas ce retrait : de là un raccourcissement d'autant plus sensible, que le muscle sera soumis à une extension moindre. La notion de ce fait ne doit pas faire craindre de porter l'allongement du muscle divisé même au-delà de la somme jugée nécessaire pour le rendre égal en longueur à son homologue.

Enfin l'âge de 38 ans, le plus avancé auquel j'eusse opéré jusque là, n'eût pas empêché le succès d'être complet, si le traitement consécutif avait été suivi avec une activité et une persévérance proportionnées à la somme et à l'intensité des obstacles secondaires à vaincre. C'est ce qui ressortira de quelques-unes des observations suivantes.

TORTICOLIS DATANT DE L'AGE DE 18 MOIS CHEZ UN JEUNE HOMME DE 24 ANS, PRODUIT PAR LA RÉTRACTION DES MUSCLES STERNO ET CLEÏDO-MASTOÏDIENS GAUCHES. — CLEÏDO-MASTOÏDIEN A PEINE SAILLANT SOUS LA PEAU. — RÉTRACTION D'UN FAISCEAU DU PEAUCIER. — INCLINAISON TRÈS PRONONCÉE DE LA TÊTE A GAUCHE, AVEC ROTATION A DROITE. — ATROPHIE ET TIRAILLEMENT CONSIDÉRABLES DE LA MOITIÉ GAUCHE DE LA FACE. — SECTION SOUS-CUTANÉE DES MUSCLES RÉTRACTÉS. — ADHÉRENCE DES DEUX MUSCLES JUSQU'A LA CLAVICULE. — BRIDE LARGE, INEXTENSIBLE, FORMÉE PAR LE PEAUCIER. — ENGOURDISSEMENT PASSAGER DES MUSCLES POSTÉRIEURS DU COU, PROVOQUÉ PAR LE TRAITEMENT CONSÉCUTIF. — REDRESSEMENT COMPLET DE LA TÊTE, AVEC PERSISTANCE D'UNE PARTIE DE L'INCLINAISON CERVICO-DORSALE.

(Observation recueillie à la Muette, en mai 1838.)

OBS. VI. — Riverain, Adolphe, âgé de 24 ans, garçon menuisier, est né à Bron (Eure-et-Loir), et habite Paris depuis deux ans. Il est d'une forte consti-

(1) Mémoire sur une NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DU TORTICOLIS ANCIEN, pag. 10 et 11. In-8°, au bureau de la GAZETTE MÉDICALE.

---

jétis par l'homme trois états qu'on a souvent confondus et qui sont en effet très différens : la *captivité*, l'*apprivoisement* et la véritable *domesticité*. Les deux premiers états n'ont rapport qu'à des individus isolés. Si l'individu n'est qu'asservi par la force, et non modifié dans ses instincts et ses habitudes, il est simplement *captif* ; si l'individu accepte le joug et y conforme ses habitudes d'après la volonté de l'homme, il est *apprivoisé*. Un animal captif n'est qu'un prisonnier. L'animal apprivoisé est un esclave. L'apprivoisement supposant un certain degré d'intelligence, tous les animaux n'en sont pas susceptibles ; pour plusieurs, dans les classes inférieures, il se réduit à une sorte d'acclimatement passif et mécanique.

Par l'apprivoisement et la captivité, l'homme tire des animaux des services importans. Il en emploie quelques-uns, comme le faucon par exemple, le gerfaut et autres oiseaux de proie, pour compagnons de chasse ; il en retient d'autres pour les engraisser et s'en nourrir, comme certains oiseaux comestibles ; d'autres fois, il n'a en vue qu'un but d'agrément et de curiosité.

Mais, dans tous ces cas, l'homme ne dispose que des individus, l'espèce lui échappe. Il est toujours obligé de se mettre à la recherche de ces serviteurs si utiles et si fidèles, et de s'en emparer par la force ou par la ruse.

« La véritable domesticité, dit M. St-Hilaire, offre au contraire pour caractère essentiel la possession acquise à l'homme, non pas seulement d'individus isolés, si nombreux et si apprivoisés qu'on veuille les supposer, mais d'une race. » Et ce fait est d'une immense portée. La domesticité d'une espèce est une conquête faite au profit du genre humain tout entier. C'est le produit d'une industrie qui passe sans altération des premiers producteurs et propriétaires à leurs descendans. La plupart des races, dont nous jouissons aujourd'hui sans peine ni travail, sont donc un héritage de nos pères. Et il ne faut pas croire que cette propriété ait été facile à acquérir. Tout prouve, au contraire, que les espèces les plus utiles, soit comme *auxiliaires* des travaux de l'homme, telles que le cheval, l'éléphant, le chameau, soit comme *alimentaires*, telles que le taureau, espèces qui, par ces motifs, ont été les premiers l'objet de la convoitise de l'homme, ont dû faire payer cher leur conquête. Ce sont des espèces qui, indépendamment de leur force, sont naturellement farouches et intraitables. Ce n'est que par des mutilations qu'on est parvenu à dompter leurs instincts sauvages, dont on trouve encore fréquemment les traces dans les individus non soumis à la castration. Les premiers soumis n'ont pas été, comme on se le figure généralement, le plus facilement domesticables et apprivoisables ; mais ceux dont la possession offrait le plus de ressources à l'homme. Or, parmi ceux-ci se trouvent précisément en majorité les pachydermes et les ruminans, espèces de grande taille pour la plupart et de grande vigueur.

M. Isidore Geoffroy St-Hilaire divise les animaux domestiques en *auxiliaires*, c'est-à-dire que l'homme fait coopérer à ses travaux, en *alimentaires*, qu'il élève spécialement dans le but de s'en nourrir ; en *industriels*, c'est-à-dire qui fabriquent pour l'homme certains produits, comme les vers à soie et les abeilles ; et en *accessoires*, c'est-à-dire qui, n'étant d'aucun emploi direct, soit pour l'alimentation, soit pour l'industrie, ils ne servent guères que comme des objets d'agrément, par leur couleur, ou leur chant, ou même par leur seule rareté. Il est facile de voir, du reste, que ces catégories ne sont pas rigoureusement délimitées et que plusieurs espèces ont un double emploi. Mais on a tiré ces dénominations de la

tution ; tempérament mixte, lymphatique et sanguin ; yeux bruns, cheveux et sourcils noirs, peau blanche.

A sa naissance, il était parfaitement conformé ; mais vers l'âge de 18 mois il devint malade. Dès cette époque, on s'aperçut de l'inclinaison de la tête. Sa maladie, qu'il ne peut spécifier maintenant, dura jusque vers l'âge de 6 à 7 ans. Il eut des glandes au cou. A l'âge de 10 à 12 ans, sa tête était beaucoup plus inclinée latéralement qu'elle ne l'est à présent, mais le cou n'était pas fléchi.

Il présente aujourd'hui un torticolis très prononcé, par suite de rétraction des muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens du côté gauche, offrant les caractères suivans :

1° Inclinaison de la tête à gauche, avec rotation à droite ;
2° Très forte inclinaison à droite de la région cervicale sur la région dorsale ;
3° Flexion presque rectangulaire du cou sur la région dorsale ;
4° Déplacement de totalité de la tête en avant et à droite ;
5° Atrophie, tiraillement considérable de la moitié gauche de la face, et défaut de symétrie et de parallélisme entre ses deux moitiés.

Il offre en outre une déviation de l'épine, à droite, dorso-lombaire.

Les muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens du côté gauche sont fortement rétractés ; cependant, le sterno-mastoïdien seul fait une forte saillie sous la peau. Le cleïdo-mastoïdien n'offre que quelques fibres légèrement en relief, de manière à laisser croire, au premier abord, qu'il ne participe point à la rétraction primitive de son congénère. Toutefois, lorsque l'on exagère la rotation de la tête à droite, les deux muscles soulèvent fortement la peau, et le cleïdo-mastoïdien se montre avec tous les caractères de la rétraction primitive ; c'est-à-dire très tendu, dur, de consistance fibreuse et non contractile, pendant les mouvemens d'inspiration. Le sterno-mastoïdien du côté droit présente aussi un léger degré de raccourcissement, de dureté ou de saillie sous-cutanée ; mais sa tension paraît tenir à ce qu'il est dirigé beaucoup plus obliquement et plus en arrière que celui du côté gauche.

Longueur du sterno-mastoïdien gauche....	9 c.	» m. ou	3 p.	3 l.
Id. id. droit......	23	»	8	6
Id. du cleïdo-mastoïdien gauche......	7	5	2	9
Id. id. droit......	17	»	6	3

L'inclinaison de la tête est très prononcée, malgré l'ancienneté de la maladie. Dans l'état habituel, l'axe vertical de la tête forme, avec celui du tronc, un angle d'environ 40°. Cette inclinaison peut être presque effacée par les efforts musculaires, mais alors la rotation augmente, ainsi que l'inclinaison cervico-dorsale. La rotation de la tête à droite est permanente. Dans l'état habituel, l'axe transversal de la tête, passant à travers les deux conduits auditifs, forme avec le plan transversal du tronc un angle d'environ 40° ouvert à gauche ; l'axe prolongé du tronc passerait par le milieu de l'œil droit. Une verticale abaissée de la symphyse du menton tomberait sur le quart interne de la clavicule droite.

L'inclinaison cervico-dorsale est très prononcée ; mais elle est modérée par une excurvation simultanée de la même région, ce qui fait que l'angle de l'inclinaison n'est pas facilement appréciable. Cette excurvation combinée avec l'inclinaison cervico-dorsale a déterminé un transport de totalité de la tête en avant et à droite, en sorte que si les muscles rétractés étaient divisés et la tête redressée, celle-ci serait encore à plus de 3 centimètres à droite de la ligne médiane.

La face n'offre pas le même développement à droite et à gauche. Toutes les parties gauches sont comme attirées dans le sens de l'action des muscles rétractés : ainsi, l'axe transversal de l'œil gauche fait avec l'axe longitudinal de la tête un angle aigu en bas, obtus en haut, tandis que l'axe transversal de l'œil droit est perpendiculaire à cet axe. La commissure gauche de la bouche est attirée dans le même sens, ce qui est surtout appréciable à la lèvre inférieure. La pointe du nez offre la même disposition. La ligne médiane de la face décrit une courbe dont la convexité regarde à droite.

Hauteur verticale de la moitié de la face, de la symphyse du menton au milieu de l'arcade sourcilière, à droite..................	14 c.	5 m. ou	5 p.	3 l.
Id. id. à gauche..................	13 c.	» m. ou		8 l.

Considérée dans son ensemble, l'épine présente une déviation latérale à gauche, dorsale moyenne, trois courbures, mais dont la supérieure et une partie de la moyenne sont comprises dans les régions cervicale et cervico-dorsale, et dont l'inférieure occupe la région lombaire.

La tête est mobile en tous sens, mais ses mouvemens sont bornés et anormaux. Les mouvemens de flexion et d'extension s'exécutent obliquement de haut en bas et de droite à gauche. Dans la flexion extrême, la symphyse du menton arrive en contact avec le tiers interne de la clavicule droite.

L'extension de la tête sur la première cervicale est presque aussi étendue que dans l'état normal, le sterno-mastoïdien gauche ne s'y opposant guère, parce que son insertion supérieure se trouve un peu plus en arrière que l'articulation occipito-atloïdienne. Il n'en est pas de même de l'extension cervico-dorsale ; celle-ci est imparfaite et s'exécute difficilement. Quand le malade essaie de produire cette extension, on observe une augmentation de rotation de la tête à droite et de l'inclinaison cervico-dorsale dans le même sens, en même temps que les vertèbres cervicales subissent une certaine incurvation. Malgré ces circonstances, l'extension est incomplète : elle ne peut être portée au-delà du point où la colonne cervicale forme avec la colonne dorsale un angle ouvert en avant, d'environ 150°. La rotation de la tête est imparfaite. A droite, elle est aussi étendue que chez une personne bien constituée ; à gauche, elle ne dépasse pas la ligne médiane.

Les muscles rétractés ont perdu leur contractilité : dans les forts soulèvemens du thorax, ils s'affaissent ; dans l'abaissement, au contraire, ils se tendent et deviennent saillans sous la peau, surtout le sterno-mastoïdien.

La section des deux muscles a été pratiquée dans mon établissement le 31 mai 1838, de la manière suivante : le sujet étant couché sur un lit ordinaire, je me plaçai à son côté gauche et commençai par la section du sterno-mastoïdien, dont la rétraction était la plus prononcée. Je fis d'abord saillir le muscle en faisant porter la tête dans une rotation exagérée à droite, et en l'inclinant du côté opposé : de cette manière, il me fut facile de le cerner complètement entre mes doigts ; j'en fis ensuite la section suivant mon premier procédé, c'est-à-dire sous la peau, de dehors en dedans et d'avant en arrière. Cette première opération fut faite avec assez de facilité. Il n'en fut pas de même de celle du cleïdo-mastoïdien ; nous avons déjà dit que ce muscle était peu saillant sous la peau, qu'il n'était pas, comme le précédent, ramassé en une corde mince, et qu'il n'y avait presque point d'espace entre les extrémités inférieures des deux muscles. Je m'aperçus seulement, pendant l'opération, que de fortes adhérences les unissaient jusqu'à la clavicule, et empêchaient ainsi le cleïdo-mastoïdien de saillir. D'autres adhérences unissaient encore ce muscle au peaucier, considérablement épaissi en ce point et ramassé en un faisceau de consistance fibreuse, et offrant le même degré de rétraction que les sterno et cleïdo-mastoïdiens. Ce faisceau fibreux étant inextensible et s'opposant au redressement de la tête, je le divisai dans une étendue transversale d'environ 15 centim., en glissant le bistouri sous le muscle et en opérant la section d'arrière en avant. Outre ces difficultés, le cleïdo-mastoïdien offrait une grande largeur et une grande épaisseur, de sorte que pour diviser les fibres les plus profondes, on courait le risque de blesser la carotide et surtout la veine jugulaire interne. Malgré tous ces obstacles, l'opération réussit parfaitement et fut faite de la manière suivante : je divisai d'abord sous la peau la couche des fibres superficielles d'avant en arrière et de dehors en dedans ; je fis ensuite, à l'aide d'un petit bistouri boutonné, la section des couches profondes avec beaucoup de précaution, en m'assurant bien que je ne comprenais aucune autre partie entre les faisceaux et la lame de l'instrument. Les deux petites plaies fournirent à peine quelques gouttes de sang. L'opération terminée, je fus assuré qu'aucun obstacle au redressement de la tête n'existait plus, par un écartement considérable et un espace vide de 4 centim. en tous sens, que laissèrent entre eux les muscles divisés. Cet espace se remplit d'air ; mais l'introduction de ce gaz ne donna lieu à aucun phénomène particulier. L'air fut expulsé et la plaie pansée comme de coutume.

La tête fut fixée dans l'inclinaison à droite et la rotation à gauche, au moyen d'un bandeau approprié.

Le malade n'éprouva d'autre accident consécutif à l'opération qu'un engour-

---

considération du but direct et primitif de leur domestication. Sur quarante espèces d'animaux aujourd'hui en état de domesticité, les *auxiliaires* en comptent treize, les *alimentaires* douze, les *industrielles* cinq et les *accessoires* dix. En les comparant par groupes zoologiques, on trouve dix-sept mammifères, seize oiseaux, deux poissons et cinq insectes. Il résulte de ce tableau que sur les vingt classes admises du règne animal, il y en a seize, c'est-à-dire les trois quarts, qui n'ont pas fourni un seul animal domestique à l'homme ; et le partage de ceux-ci entre les quatre autres classes est tel que deux d'entre elles (les mammifères et les oiseaux) renferment à elles seules trente-trois espèces sur quarante, ou plus des quatre-cinquièmes.

Les variations subies par les animaux sous l'influence de la domesticité sont le fait le plus important de cette domesticité même.

Malgré tout l'intérêt de cette étude, nous sommes forcés de ne pas suivre plus loin M. Isidore Geoffroy St-Hilaire et de l'abandonner, pour ainsi dire, au plus bel endroit. Nous dirons seulement qu'il résulterait de ses recherches, et surtout de ses raisonnemens, que la théorie de la *fixité des* TYPES *animaux* ne peut se soutenir en présence des faits de variation et de transformation produits par la domesticité, et que la théorie opposée, c'est-à-dire celle de la *variabilité* des espèces, est par cela même véritable. Nous nous sommes interdit toute nouvelle discussion sur ce point, pour ne pas trop dépasser les limites de notre compétence. Mais, en l'absence de ce motif, le défaut d'espace nous interdirait d'aller plus loin. Que ce soit là notre excuse, si nous avons si incomplètement, si insuffisamment rendu compte des belles investigations scientifiques de M. Isidore Geoffroy-St-Hilaire, et si nous passons même entièrement sous silence une bonne partie des travaux contenus dans ce volume.

Nous devons dire pourtant encore une fois, en finissant, que cet ouvrage, fruit d'une science consommée et d'une haute raison philosophique, nous paraît sortir du cadre des livres techniques ordinaires, et par les idées et par le talent ; il nous fait souhaiter vivement que l'auteur donne bientôt à ses vues leur entier développement, ainsi que leur dernière démonstration, et à ses longs travaux leur emploi définitif dans la ZOOLOGIE GÉNÉRALE qu'il annonce dans sa préface.

---

dissement dans les muscles de la région postérieure du cou, surtout du côté gauche.

Le lendemain de l'opération (1er juin), aucun accident ne s'était manifesté. Une légère rougeur et un peu de gonflement existent aux environs de la plaie. La face est vultueuse, mais il n'y a point d'accélération notable du pouls, ni grande chaleur à la peau. Point de douleur dans la plaie.

2 juin. Aucune douleur dans la plaie. On place le malade sur un lit à extension, à casque tournant. L'extension est fort bien supportée.

4 juin. La plaie est cicatrisée. Il existe une assez forte dépression sous forme de godet, au niveau de la cicatrice.

5 juin. La cicatrisation entre les deux bouts du cléido-mastoïdien paraît déjà assez ferme pour que ce muscle forme une corde assez résistante pendant les efforts d'extension.

13 juin. La cicatrice des deux muscles a déjà acquis une grande résistance. Elle est dure, noueuse, plus grosse à ses deux extrémités que dans sa partie moyenne : sa longueur est d'environ 5 centimètres.

20 juin. La tête se maintient droite, et même assez facilement dans la rotation à gauche, et inclinée à droite (c'est-à-dire en sens inverse de l'état préexistant); mais l'inclinaison cervico-dorsale, favorisée par la déviation de l'épine, persiste. Du reste, les mouvemens sont bien plus étendus et beaucoup plus libres qu'avant l'opération; ils le sont presque autant qu'à l'état normal.

La condition du malade ne lui ayant pas permis de continuer le traitement consécutif, il s'est borné à cette amélioration, laquelle consiste dans un redressement complet de la tête par rapport à l'axe du tronc; mais il conserve la plus grande partie de l'inclinaison cervico-dorsale et la déviation de l'épine, ainsi que la déformation de la face.

La première circonstance à noter dans cette observation, c'est la rétraction inégale des différentes portions du cléido-mastoïdien. Jusqu'ici nous avons vu des cas de rétraction isolée du sterno et du cléido-mastoïdiens, de rétraction simultanée de ces deux muscles au même degré, et à des degrés différens, mais occupant également la totalité des muscles; chez R., il y avait rétraction inégale du cléido-mastoïdien, c'est-à-dire raccourcissement plus prononcé d'une portion seulement de ses fibres, et raccourcissement moindre de l'autre portion. Cette particularité s'annonce par la rigidité et le soulèvement de petits faisceaux musculaires, séparés de la masse du muscle, contrairement à ce qu'on observe dans la rétraction égale qui a pour effet de ramasser le muscle en un seul faisceau tendineux, dur, et de consistance fibreuse. Cette particularité pouvait faire croire, au premier abord, que le cléido-mastoïdien n'était que passivement rétracté, ou au moins que sa portion la plus superficielle seulement l'était activement, tandis que l'autre portion ne l'aurait été que passivement. L'examen approfondi du muscle et de ses mouvemens n'a point laissé de doute à cet égard. Ceci m'amène à discuter d'une manière spéciale la question de savoir si l'on peut distinguer sûrement la rétraction active de la rétraction passive, et si, par exemple, lorsque les muscles sterno et cléido-mastoïdiens sont simultanément raccourcis, il y a des moyens de reconnaître que les deux raccourcissemens sont primitifs, ou l'un seulement primitif et le second consécutif. Cette question n'est pas sans importance; outre qu'elle doit conduire à la connaissance de ce qui est vrai, connaissance toujours utile en soi, elle doit préciser un point du diagnostic et du traitement de la difformité. Un chirurgien distingué, qui a publié récemment un mémoire sur le même sujet, m'a semblé être tombé dans une erreur notoire sur la fréquence relative de la rétraction primitive, bornée à l'un des deux muscles, ou occupant simultanément ces deux muscles, faute d'avoir distingué le raccourcissement passif du raccourcissement actif. De cette distinction, cependant, peut dépendre l'emploi de tel ou tel procédé chirurgical, ainsi que certaines suites de l'opération, qui est fort simple, quand elle se borne à la section des muscles primitivement rétractés, et qui est susceptible de quelques inconvéniens quand elle comprend la section des muscles consécutivement raccourcis; à moins qu'on n'ait affaire à un sujet très maigre et que le muscle passivement rétracté ne soit le sterno-mastoïdien, dont l'extrémité inférieure est toujours tendineuse. Il était donc utile de préciser les moyens d'établir cette distinction.

Or, ces moyens sont aussi simples que certains. Il convient d'abord de faire exécuter à la tête du sujet un mouvement de rotation exagéré, dans le sens de celui qui existe déjà. Ce mouvement a pour effet de faire saillir considérablement les muscles rétractés en transportant leur insertion supérieure dans un plan plus antérieur par rapport aux autres muscles du cou. J'ai déjà insisté sur cette particularité, qui a des applications pratiques fort utiles. Au moyen de cette rotation, le cléido et le sterno-mastoïdiens se détachent des parties sous-jacentes et laissent mieux apprécier leur forme et leur consistance; or, si le raccourcissement est purement passif, les muscles ont conservé la consistance charnue, plus molle encore qu'à l'état normal; car le relâchement habituel les a disposés à la transformation graisseuse; ils sont dépressibles, souvent même aplatis, sans relief aucun. Dans le retrait actif, au contraire, le muscle est dur, tendineux, ramassé en un seul faisceau résistant. Enfin, les muscles raccourcis passivement conservent tout ou partie de leurs propriétés physiologiques; le cléido-mastoïdien continue à se contracter pendant les inspirations, et le sterno-mastoïdien de même, quand il est mis en jeu pour tourner la tête, ou la mouvoir en arrière lorsqu'il agit avec son congénère. Voilà des caractères qui ne permettent pas de méprise. Si on les avait pris en considération, on n'eût sans doute pas grossi la proportion des torticolis par rétraction simultanée des deux muscles d'un certain nombre de cas où il n'y avait que rétraction active d'un seul, avec rétraction passive de l'autre, et peut-être eût-on modifié le faire opératoire en raison de cette distinction.

Nous voyons dans l'observation de Riverain un exemple des plus remarquables d'inclinaison cervico-dorsale coïncidant avec une déviation de la colonne vertébrale différente de cette inclinaison. Nous avons déjà insisté sur les caractères qui peuvent faire distinguer l'origine spéciale de ces deux faits, quoique ayant une existence simultanée. Outre l'irrégularité de la courbe que présente la réunion de la région cervicale avec la région dorsale, irrégularité qui consiste, comme nous l'avons déjà dit, dans l'existence d'un angle ou au moins d'une courbe d'un très petit rayon à l'union de la septième vertèbre cervicale avec la première dorsale, et qui contraste avec le reste de l'arc dorsal supérieur, outre ce caractère immédiat, il en existe d'autres qui montrent que la déviation concomitante de toute la colonne a des caractères à elle, caractères qui ressortent de son essence propre, et qui montrent qu'elle a eu une impulsion autre que l'influence consécutive du déplacement du centre de gravité par le torticolis. Ces caractères sont ceux de la rétraction musculaire active, contemporaine sans doute de celle qui a atteint les sterno et cléido-mastoïdiens. Sans vouloir m'appesantir sur un sujet qui est trop nouveau pour être traité en quelques mots, je veux parler des caractères de la rétraction musculaire primitive dans la déviation latérale, je me borne à indiquer l'existence du fait de la coïncidence des deux difformités de la même origine avec des caractères décelant une même origine, et néanmoins avec des dispositions telles dans les dépendances du torticolis (inclinaison cervico-dorsale) qu'on peut y lire l'influence qu'il exerce au milieu de la déformation générale de la colonne pour réaliser cette inclinaison de balancement.

Un autre fait qui se montre chez R. au plus haut degré c'est la désharmonie entre les deux côtés de la face. Dans aucune des observations qui précèdent, cette désharmonie ne s'est montrée aussi considérable, aussi bien accentuée. En effet, ce n'est pas seulement une diminution d'étendue, un amaigrissement, comme l'ont répété ceux qui ont écrit sur le torticolis depuis que j'ai signalé ce fait pour la première fois. Remarquons bien la direction des traits et montrons que l'amaigrissement, que la réduction en tous sens n'est qu'une première circonstance du fait, sa forme la plus grossière et la plus superficielle. Un élément de plus dans l'observation de ce phénomène, c'est que tous les traits sont dirigés dans le même sens; c'est que l'œil du côté du torticolis, le nez, la bouche, toute la peau, semblent soumis à une même cause de traction, et à une même cause de réduction. Préparons ainsi, par une observation plus délicate, plus immédiate et plus complète du fait, la découverte de son origine. Mais n'anticipons point; contentons-nous d'avoir montré que non seulement il y a réduction, atrophie, premier fait, mais qu'il y a traction, abaissement actif de toutes les parties dans une même direction, second fait; et troisième fait, que cette atrophie et ce tiraillement semblent d'autant plus prononcés que la difformité est plus ancienne, plus prononcée, et que l'inclinaison inverse cervico-dorsale est plus forte. Nous nous bornons à indiquer ces élémens, pour que le lecteur attentif puisse suivre leur développement et être conduit par degrés, comme de lui-même, à la connaissance de la cause et du mécanisme de production de cette déformation de la face.

L'observation de R. prête encore à d'autres remarques intéressantes. Et d'abord, le cléido-mastoïdien était rétracté comme le sterno-mastoïdien, et cependant il n'était point apparent sous la peau. La cause de cette absence de saillie du muscle réside dans l'énorme inclinaison cervico-dorsale, inverse à l'inclinaison de la tête, et dans la flexion du cou en avant. Au moyen de cette double disposition, les insertions supérieure et inférieure du cléido-mastoïdien se trouvent rapprochées, et leur rapprochement compense la trop grande brièveté du muscle. Ajoutons que le peaucier était activement rétracté et déprimait d'autant les parties sous-jacentes. Cette rétraction du peaucier montre en outre une nouvelle complication de la rétraction, laquelle, avons-nous déjà dit dans notre précédent mémoire, peut occuper successivement et simultanément les différens muscles du cou, mais dans un ordre de fréquence et de degrés différens. Notons toutefois que, dans le cas présent, il y avait tout à la fois rétraction considérable des sterno et cléido-mastoïdiens, rétraction du peaucier et rétraction simultanée des muscles de la colonne aptes à produire la déviation latérale.

Enfin, une circonstance particulière s'est présentée dans l'opération de B. On a vu que nous avions été obligé de couper un grand nombre de faisceaux fibreux isolés autour des muscles divisés; nous croyons même avoir fait la section complète des gaînes musculaires, contrairement à ce que nous prescrivons et pratiquons pour la section des tendons du pied. Or, pourquoi nous sommes-nous conduit de la sorte, et à quel caractère s'assure-t-on que les gaînes musculaires ont été coupées? Premièrement, nous avons fait la section de ces gaînes parce qu'elles étaient converties en faisceaux fibreux résistans, comme cela arrive assez fréquemment autour des muscles très rétractés, très tendus. Les gaînes elles-mêmes paraissent, par suite de leur peu de développement, et par suite des tractions continues auxquelles elles sont soumises, avoir participé à la transformation fibreuse de la fibre musculaire; ceci n'est point une pure hypothèse; c'est un fait dont je démontrerai, en temps convenable, la raison anatomique, physiologique et pathologique; provisoirement l'expérience le révèle empiriquement dans l'existence de ces faisceaux de fibres résistantes après la section des muscles. Le motif pour lequel on les divise ressort naturellement de leur consistance; si on ne les divisait pas en même temps que les muscles, ils formeraient obstacle au redressement de la tête et neutraliseraient en grande partie les avantages de l'opération. Chez des jeunes sujets, non seulement ce supplément d'opération est inutile, mais même il serait contre-indiqué, car il pourrait s'opposer à la réunion complète et régulière des bouts du muscle divisé. Les caractères propres à démontrer que la section des muscles et de leur gaîne a eu lieu, c'est une dépression de la peau, en forme de godet, avec adhérence au niveau des parties divisées après la cicatrisation. Chez B. cette dépression existe encore très prononcée à l'heure qu'il est, c'est-à-dire, vingt mois après l'opération.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ANALYSE DE QUELQUES EAUX THERMALES DE L'ALGÉRIE; communiquée par M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique.

EAU DE L'OASIS DE CONSTANTINE, ANALYSÉE PAR M. TRIPIER.

Un kilogramme a donné :

Acide carbonique libre, à peu près le volume de l'eau.	
Chlorure de sodium.	0, 195
Carbonate de soude	0, 115
— de chaux	0' 436
— de magnésie	0' 008
Oxide de fer	0 145
— de manganèse, traces.	
Matière organique combinée en partie avec l'oxide de fer	0, 033
Total	0 932

Cette eau a été recueillie par moi le 8 août dernier, aux deux premières et principales sources de l'oasis. Leur température était alors de 31°, thermomètre centigrade; celle de l'atmosphère étant de 27°, même échelle. Elles sont enceintes de joncs, de *typha* (1) et de quelques autres plantes marécageuses. L'eau en sourd perpendiculairement, à travers une grande épaisseur de petits cailloux, devenus très lisses par le frottement continuel auquel ils sont soumis, sans cesse projetés de bas en haut par la sortie des eaux. Ils forment un terrain mouvant où le voyageur qui s'en approche s'enfonce profondément.

Toutes les pierres baignées par les eaux, dans le pourtour des sources, sont couvertes d'une petite *paludine*, que j'ai déjà eu occasion de signaler ailleurs (2), et qu'on retrouve, du reste, dans la plupart des eaux thermales et autres de l'Algérie (3). Parmi les autres espèces animales que nous avons encore aperçues dans les eaux qui s'écoulent des

(1) *Typha angustifolia.*

(2) Moniteur algérien du 27 juillet 1838.

(3) Elle est très multipliée dans les eaux qui sourdent du rocher sur lequel est assise la ville de Médéah.

sources, nous nous bornerons à indiquer la *viperine*, l'*emys leprosa*, la *rana escalenta*, le *thelphusa fluviatilis* (1).

Le voyageur qui se rend à Constantine par la route de Philippeville aperçoit sur sa droite l'oasis de Constantine, deux heures environ avant d'entrer dans cette ville. Sa forme est ovalaire, sa plus grande étendue courant nord-sud. Elle peut avoir trois quarts de lieue de longueur sur environ un quart de lieue de largeur, dans sa plus grande étendue. Tout le sol qui la constitue est couvert de la plus vigoureuse végétation. Le peuplier, l'orme, l'olivier, etc., y ont des dimensions colossales. C'est de là que les habitans de Constantine retirent presque tous leurs légumes et leurs fruits. Nous y avons vu et mangé des prunes de *reine-claude*, qui ne le cédaient en rien aux nôtres; elles étaient même beaucoup plus grosses.

Le gibier afflue dans l'oasis, ce qui pourrait en faire, par la suite, un rendez-vous de chasse fort agréable pour nos compatriotes de Constantine. M. Boulian (2), qui s'en est approché plusieurs fois pour y chasser, signale, parmi les oiseaux qu'il y a aperçus, la *bécasse*, la *bécassine*, le *courlis*, la *sourde*, le *rale d'eau*, celui *de genêts*, la *poule sultane bleue*, la *poule morelle*, le *canard sauvage*, le *royal*, la *sarcelle*, le *plumier commun*, le *doré*, le *vanneau*, le *choucas*, le *martinet*, l'*hirondelle*, le *guépier*, le *héron pourpre*, des variétés du même oiseau, etc.

L'oasis de Constantine est habitée par les jardiniers qui la cultivent; ils y vivent avec leurs familles dans des cabanes élevées avec des pierres romaines, très multipliées dans l'oasis. Ces jardiniers sont kabyles, et appartiennent à la tribu dont on voit un des villages sur le coteau au bas duquel sourdent les eaux thermales. Cette tribu porte le nom de *Bkreira*.

L'oasis de Constantine est encore peu connue de nos compatriotes de cette ville. Nous ignorions tout-à-fait qu'elle fût arrosée par des eaux thermales, lorsque, dans les premiers jours du mois d'août dernier, me rendant à Constantine, je me détournai de la route, avec M. l'abbé Suchet, pour aller la visiter. Un torrent d'eau thermale la parcourt dans la plus grande partie de sa longueur; il est assez près de la route, de sorte que nous y arrivâmes sans peine. Mais il en fut tout autrement lorsque nous voulûmes remonter à sa source, les kabyles qui nous accompagnaient paraissant avoir formé la résolution de lasser notre patience en nous faisant perdre du temps: ils nous avaient engagés dans des terrains marécageux et très difficiles à parcourir; ils ne nous en sortaient que pour nous ramener toujours sur un même point, d'où ils nous montraient sans cesse la route de Constantine, en nous souhaitant un bon voyage. M. l'abbé Suchet mit, dans cette circonstance, une ténacité qui fait le plus grand honneur à son amour pour les recherches; un jour, peut-être, il racontera l'espèce d'ovation dont il fut l'objet de la part des kabyles, lorsqu'au milieu des huées dont ils accompagnaient un jeune Parisien qui fuyait, effrayé de leur grand nombre, dans un lieu si solitaire, ils venaient de lui adresser cette question: « Tu n'as donc pas peur, toi? » — « *Pas du tout*, » avait répondu l'abbé. Mais déjà les kabyles avaient reconnu, dans M. l'abbé Suchet, le marabout français, dont la bonne renommée était, depuis longtemps, parvenue jusqu'à eux (3).

L'oasis de Constantine doit son existence à des sources multipliées qui naissent au pied et au sud d'un coteau qui court est-ouest. Les eaux à leur sortie du sol se réunissent en formant un lac marécageux, d'où sort le torrent dont nous avons parlé. Ce torrent arrose l'oasis, puis va se jeter dans le Roummel, un peu au-dessus du point qui, de l'autre côté de cette rivière, reçoit les eaux thermales des jardins de *Sala Bey*. Ces jardins, qu'on découvre des hauteurs de Constantine, sont un des lieux les plus agréables de ses environs.

Le torrent est connu des indigènes sous le nom de *Rivière chaude*; il est profond et rapide. L'eau en est claire et limpide. Sa température, prise vers le milieu de l'oasis, le 2 août, était de 28° centigrades, la température atmosphérique de 27°, même échelle, à l'ombre d'un épais fourré de roseaux (4), qui lui forme un berceau naturel. Cette tempéra-

(1) Ce crabe était sculpté, au-dessous d'un bœuf sanglé, sur une pierre tumulaire qui, du temps de Shaw, formait une des marches de l'escalier par lequel on descendait à la source thermale du marabout de *Sidi Memnon*. Cette pierre se trouve figurée dans Shaw, t. 1, page 160. La source que nous avons visitée lors du siége de Constantine a disparu depuis, du moins l'établissement qu'on y avait construit, sous les décombres d'un éboulement.

(2) Jeune officier de santé connu dans l'armée par son amour pour les arts, qu'il cultive avec le plus grand succès.

(3) M. l'abbé Suchet, premier ecclésiastique qui ait habité Constantine après le siége de cette ville en 1837.

(4) L'*arundo donax*, que je n'avais vu nulle part ailleurs plus beau que là. Il est vraisemblable que la température des eaux qui arrosent l'oasis entre pour quelque chose dans sa remarquable végétation.

ture décroît lentement dans le parcours du torrent, de l'oasis au Roummel. Les indigènes établis sur ce dernier trajet du torrent en détournent les eaux pour l'irrigation de leurs terres et pour faire tourner les petits moulins qu'on y aperçoit çà et là.

A l'époque de notre voyage, le volume du torrent, à sa jonction au Roummel, n'était pas moindre que celui de cette rivière elle-même. A la même époque, l'oasis s'offrait d'autant plus belle au voyageur, que toute la campagne des environs était desséchée, brûlée. Ce n'était plus qu'une vaste solitude que parcouraient seules des sauterelles (1), qui se rabattaient sur l'oasis, de lieux plus éloignés.

Les seules plantes qui survécussent à la mort générale, étaient une carline (2) et une *atractylis* (3), toutes deux en fleurs; elles resteront dans le souvenir du voyageur qui les a aperçues sur un théâtre si désolé.

L'année dernière, les santerelles ont paru en bon nombre dans la province de Constantine, mais surtout dans l'ouest de cette province. Plusieurs fois nos troupes, en expédition de ce côté, en ont vu passer des multitudes qui ont pu leur donner une idée de ces masses plus grandes dont parlent les voyageurs, comme pouvant obscurcir les rayons du soleil. Les sauterelles aperçues par nos troupes avaient terminé leurs ravages, car on sait que la santerelle ne dévore les plantes que dans son jeune âge, alors qu'elle est encore dépourvue d'ailes. Toutefois, elle n'en est pas moins à redouter lorsqu'elle est parvenue à l'état adulte, à cause de sa postérité. De là les chasses qu'on en fait pour la détruire avant sa ponte, but qu'il n'est pas toujours facile d'atteindre. Les Arabes qui connaissent les terres où les sauterelles ont déposé leurs œufs, évitent de les ensemencer, pour ne pas perdre le fruit de leurs labeurs. De là la réponse faite, par des Abdenour, à des officiers qui, chez eux l'automne dernier, leur demandaient pourquoi certaines terres, qui avaient été disposées pour être ensemencées, ne l'étaient pas encore : « Les santerelles y ont passé, répondirent les Abdenour; elles y ont laissé leurs œufs. »

L'oasis de Constantine ne pouvait manquer d'attirer les regards du peuple dont nous retrouvons si souvent les traces en Algérie. Elle fut, en effet, habitée par les Romains, qui devaient y avoir des maisons de plaisance, des établissemens de bains (4). A peu près au centre de l'oasis sur la rive droite du torrent, sont des ruines consistant dans des pans de mur d'une grande épaisseur et de 20 à 25 pieds d'élévation ; j'y ai compté cinq assises de belles pierres de taille, mais un plus grand nombre, je crois, se trouvent enfouies sous le sol. Le mur se continuait en béton, et il reste encore plusieurs pieds de cette construction. Il serait difficile de dire la nature de l'édifice auquel ont appartenu ces débris. Tous les environs sont couverts de pierres de taille dont les dimensions peuvent donner une idée de l'importance des constructions dont elles faisaient partie.

L'oasis romaine était traversée par une large route qui n'a éprouvé que peu de dégradations. On croirait que les Romains la parcouraient encore hier, tant ce peuple inimitable a imprimé de durée à tout ce qui est sorti de ses mains.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES EAUX MINÉRALES DE FORGES ; communiquées par M. le docteur CISSEVILLE.

Le bourg de Forges-les-Eaux, à 29 lieues n.-o. de Paris, à 9 lieues de Rouen, et à 15 lieues d'Amiens, occupe à peu près le centre de la vallée. Traversé dans toute sa longueur par la grand'route royale de Paris à Dieppe, il est entouré par la forêt de Bray, qui occupe une partie de son territoire.

Les eaux minérales de Forges, qui ont joui d'une célébrité justement méritée, se rattachent à des souvenirs qui ne sont pas sans intérêt. Très fréquentées autrefois, elles étaient le rendez-vous de l'élite de la société, qui venait y chercher la santé et des distractions.

Les trois sources d'eaux minérales de Forges, appelées la Reinette, la Royale, la Cardinale, sont situées au couchant du bourg, dans un vallon dominé par quelques éminences.

Elles coulent dans un enfoncement pratiqué en maçonnerie dans le sol, de 2 mètres à peu près de profondeur, et où on a creusé pour chacune un petit bassin séparé.

La Reinette et la Cardinale coulent horizontalement; la Reinette de l'est à l'ouest, et la Cardinale du nord au sud; la Royale sourd perpendiculairement au milieu des deux autres et coule ensuite de l'est à l'ouest, comme la Reinette. Celle-ci est la source qui fournit le plus d'eau et est la moins ferrugineuse.

La Royale coule moins vite que la Reinette; c'est celle qu'on boit le plus communément. La première, la Cardinale coule plus lentement que les deux autres sources et est plus chargée de fer que les précédentes. Chaque source déverse, par un petit canal ménagé dans l'épaisseur de la maçonnerie inférieure, la quantité d'eau qui dépasse son niveau dans un réservoir disposé de telle sorte qu'elle peut y arriver isolément.

Les eaux des trois sources sont parfaitement limpides; seulement les bassins sont plus ou moins chargés d'une poudre jaunâtre qui s'attache à leurs parois. Les vases dont on se sert habituellement pour puiser l'eau aux bassines se recouvrent à la longue d'un enduit jaune-rougeâtre qui atteste la dissolution du fer dans les eaux.

Au rapport des historiens qui ont écrit depuis Linand, le premier qui en ait fait mention, la Reinette offre un phénomène fort singulier. Tous les jours (c'est Linand qui parle), vers 6 à 7 heures du soir, elle se brouille de manière que l'eau sort toute rougeâtre et chargée de flocons roux plus ou moins gros qui se changent en une eau rousse quand on les remue avec la main. Marteau ajoute que ce phénomène se répète le jour 3 ou 4 heures avant l'orage et la pluie. Mannet, le Pecq de la Cloture et quelques autres écrivains se réunissent pour confirmer le même fait. Nous dirons qu'il existe, ainsi qu'il est décrit, à l'exception de son apparition régulière.

La saveur n'est pas la même dans l'eau des trois sources; elle est fraîche dans toutes, légèrement ferrugineuse dans la Reinette, ferrugineuse dans la Royale et décidément atramentaire dans la Cardinale.

La température diffère peu dans les trois sources, le thermomètre (centigrade) plongé dans les bassins a rapporté 7 degrés terme moyen.

Depuis 1603 qu'a paru le premier ouvrage qui traite spécialement des eaux de Forges, jusqu'en 1812, époque à laquelle l'analyse chimique en a été faite d'une manière conforme à la science, elles ont été le sujet de nombreuses monographies. Il résulte de cette analyse opérée à l'établissement même par M. Robert, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, qu'un litre d'eau minérale de Forges contient:

REINETTE.

Acide carbonique...........	litre	0,250
Carbonate de chaux..........	gram.	0,0133
Carbonate de fer...........		0,0066
Chlorure de sodium........		0,0398
Sulfate de chaux...........		0,0177
Chlorure de magnésium......		0,0106
Chlorure de silicium........		0,0055

ROYALE.

Acide carbonique...........	litre	1,250
Carbonate de chaux..........	gram.	0,0398
Carbonate de fer...........		0,0266
Chlorure de sodium.........		0,0465
Sulfate de chaux...........		0,0266
Chlorure de magnésium......		0,0066
Sulfate de magnésie........		0,0405

CARDINALE.

Acide carbonique...........	litre	2,0000
Carbonate de chaux..........	gram.	0,0398
Carbonate de fer...........		0,0443
Chlorure de sodium.........		0,0498
Sulfate de chaux...........		0,0266
Chlorure de magnésium......		0,0106
Silice..................		0,0088
Sulfate de magnésium.		

Il était assez naturel de penser que les fontaines du voisinage devaient offrir quelques sources de même nature que les eaux minérales; en effet, outre les nombreux ruisseaux ferrugineux que renferme le bois avoisinant l'établissement, on a rencontré, en faisant des sondages géologiques, à quelques centaines de mètres de ces fontaines et à la profondeur de 10 à 11 mètres, une source d'eau bitumineuse courant du nord au sud sur un plancher de grès ferrugineux, et recouverte par la glaise plastique qui existe généralement dans le pays de Bray. M. le préfet du département, informé de cette découverte, en fit faire l'analyse chimique par MM. Girardin et Morin; le premier, professeur de chimie à Rouen; le second, membre du jury médical de la Seine-Inférieure. Il résulte

(1) *Grillus migratorius.*
(2) *Carlina sulphurea.*
(3) *Atractylis cancellata.*
(4) De l'autre côté du Roummel, dans les jardins de Sala Bey, sont des bains romains encore parfaitement conservés.

du travail de ces savans, fait à Forges, qu'un litre de cette eau renferme :

Acide carbonique libre.	0,0805
Carbonate de protoxide de fer	0,0580
Carbonate de chaux	0,0189
Chlorure de calcium	0,0250
Chlorure de sodium	0,0158
Chlorure de magnésium	0,0043
Sulfate de chaux	0,0140
Sulfate de magnésie	0,0043
Silice	0,0130
Matière organique bitumineuse	0,0047
Eau	999,7615
	1000,1000

La présence de l'hydrogène sulfuré et du sulfure de fer dans cette eau, alors qu'elle a été soumise quelque temps au contact de l'air atmosphérique, est due à la réaction de la matière organique bitumineuse sur les sulfates alkalins. Cette circonstance particulière donne à cette source ferrugineuse une légère propriété des eaux sulfureuses, indépendamment des qualités reconnues aux eaux martiales qu'elle possède à un degré très marqué.

Propriétés médicales. — L'action de ces eaux est essentiellement tonique. Elles ne tirent pas uniquement leurs vertus du fer qu'elles renferment; les substances gazeuses et salines dont l'analyse y démontre la présence leur communiquent des propriétés qui leur sont communes avec d'autres eaux minérales, celles de Spa principalement.

Une foule d'observations atteste leur efficacité dans les maladies qui dépendent de la langueur du principe vital, de l'atonie des tissus vivans, de la faiblesse des mouvemens organiques. Elles conviennent en général aux personnes d'une constitution lymphatique, d'un tempérament humide ; mais c'est principalement dans les digestions lentes ou irrégulières, dans les affections de l'appareil gastrique qui tiennent à la faiblesse de cet appareil, qu'elles sont employées avec succès ; on les prescrit dans la débilité qui est la suite d'hémorragies abondantes, dans certains écoulemens, tels que les fleurs blanches, les pertes de semence trop continues. Elles conviennent aussi dans les catarrhes chroniques de la vessie, les diarrhées anciennes dont les symptômes inflammatoires ont disparu.

C'est ordinairement vers les mois de juin, juillet, août et septembre que le rendez-vous des buveurs a lieu à Forges. Quelques-uns prolongent leur séjour jusqu'au mois d'octobre, lorsque la température le permet.

La Reinette, dans laquelle on met un peu de vin, est la boisson d'usage pour la plupart des buveurs à leurs repas ; comme elle est légère et qu'elle se digère facilement, les personnes délicates, en l'employant ainsi, disposent leur estomac à l'usage de la Royale.

Celle-ci, plus ferrugineuse, exige quelques précautions; le premier jour, on en prend deux verres à la distance l'un de l'autre d'une demi-heure; on augmente les jours suivans d'un verre, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à en boire cinq ou six par jour. La distance entre chaque prise d'eau varie, au reste, suivant le plus ou moins de facilité qu'a l'estomac à la digérer. Lorsque cette quantité d'eau de Royale passe bien, on prend alors la Cardinale et on diminue d'autant de la première que l'on boit la seconde. Ces règles, et d'autres encore en pratique, ne sont point invariables ; on les modifie d'après le tempérament des personnes et les causes pour lesquelles elles prennent les eaux.

C'est toujours le matin, à jeun, et immédiatement après leur lever, que les buveurs doivent se rendre à l'établissement pour y faire usage des eaux, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur.

Ces eaux sont non seulement employées en boisson de la manière que nous venons d'indiquer, on en prend aussi des bains. Les personnes auxquelles étaient prescrits les bains d'eau minérale se trouvaient dans la nécessité de faire transporter l'eau des sources à leur domicile. Il en résultait des inconvéniens qui n'existent plus depuis que des baignoires ont été établies dans l'emplacement même des fontaines.

Ces bains se prennent froids, chauds, et à des degrés intermédiaires de chaleur ; nous ne nous occuperons pas ici de la manière dont ils sont administrés, de leur durée, etc., ces détails sont expliqués séparément à chaque baigneur à l'établissement.

Les effets des bains d'eaux ferrugineuses ont quelques rapports avec ceux des bains de mer, surtout lorsque les eaux minérales, outre le fer, renferment aussi en dissolution des substances gazeuses et salines qui ont la propriété d'exciter le tissu avec lequel elles sont en contact.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 JUIN.

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DES ANIMAUX ARTICULÉS.

M. Blanchard lit un travail sur ce sujet. Il se propose particulièrement d'étudier l'influence que les climats exercent sur la forme et la couleur de ces animaux et sur la multiplicité de leurs espèces. Les climats les plus chauds, surtout lorsqu'ils sont en même temps humides, nourrissent les animaux les plus remarquables par leur volume considérable, leurs couleurs éclatantes, et leurs nombreuses variétés. Plus on se rapproche des pôles, plus les conditions opposées se prononcent.

Il est impossible, à moins d'établir des limites purement arbitraires, de diviser le globe en régions distinctes suivant les espèces d'animaux articulés qu'elles produisent. Les régions entomologiques auraient leurs diverses provinces dispersées dans des contrées fort éloignées les unes des autres, car la nature des insectes qu'on trouve dans une localité dépend de sa température et de sa constitution météorologique; et cela est si vrai que lorsqu'une même espèce habite des pays éloignés, on trouve toujours que ces pays offrent entre eux une grande ressemblance, sous le rapport de la climature.

Lorsqu'un genre d'animaux articulés ne renferme que des espèces à peu près homogenes, on ne les trouve ordinairement que dans une seule contrée, tandis que les individus d'un genre composé d'espèces hétérogènes se rencontrent toujours dans plusieurs contrées, et à des degrés de latitude quelquefois très différens. Ces espèces peuvent être transportées, vivre et se reproduire à une grande distance du lieu qu'elles habitaient primitivement. (Commissaires : MM. Audoin, Milne Edwards et Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire.)

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. Leroy d'Etiolles dit qu'il a été surpris de voir la contestation qui est survenue entre MM. Civiale et Mercier, attendu que la découverte que se disputent ces messieurs lui appartient, et a été consignée dans différens mémoires qu'il a lus à l'Académie des sciences en 1825, 1829, 1832, 1833 et 1836.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle renferme :

1° Un mémoire ayant pour titre : Réfutation de la phrénologie. M. Jolly est chargé d'en rendre compte.

2° L'envoi d'un travail relatif à la découverte d'un nouveau cow-pox.

3° Un remède pour la guérison des hernies.

La correspondance manuscrite contient une lettre adressée à l'Académie par un médecin qui propose de vacciner les femmes enceintes, moyen qui, suivant lui, dispenserait de faire cette opération sur les enfans.

PROJET DE LOI SUR LA PHARMACIE.

M. Adelon : J'ai fait une omission dans la dernière séance. En parlant des lettres que la commission a reçues, je n'ai pas dit que quelques-unes, loin de blâmer le projet de loi, renfermaient au contraire les approbations les plus explicites des mesures que l'Académie a adoptées. Telle est entre autres une lettre envoyée au nom de la société de pharmacie de Marseille, et recouverte de 43 signatures.

EAUX MINÉRALES.

M. Henry lit un rapport sur diverses eaux minérales.

1° Eaux ferrugineuses de Castéljalou (Lot-et-Garonne). Leur efficacité étant démontrée par des faits nombreux, et l'analyse y ayant trouvé une proportion de fer assez considérable, M. le rapporteur pense que leur découverte mérite d'autant plus l'attention de l'Académie que les eaux ferrugineuses sont rares dans les contrées méridionales.

2° Eaux minérales de Bussang. On a envoyé à la commission des échantillons des deux sources dites *du haut et du bas*, pour savoir si l'eau de la première source qui vient d'être réparée a une composition semblable à celle de la seconde. M. le rapporteur dit que l'eau de la source *du haut* contient si peu de fer qu'elle ne saurait être regardée comme ferrugineuse, et qu'elle mérite plutôt le nom d'eau alcaline gazeuse.

3° Eaux minérales situées près de Caudebec (Seine-Inférieure). Elles renferment quelques traces de fer; mais comme leurs principes minéralisateurs se séparent au bout de quelque temps, elles ne pourraient avoir d'utilité qu'autant

qu'on les prendrait à la source, et M. le rapporteur pense qu'il n'y a pas lieu par conséquent à en favoriser l'expédition.

Ces diverses conclusions sont adoptées.

PROPHYLAXIE GÉNÉRALE DE LA PESTE.

M. Renoult fait un rapport sur le mémoire relatif à cette question, lu par M. Aubert dans la séance du 4 mai 1841. (Voy. Gaz. Méd., p. 303.) Après avoir reproduit presqu'en entier le travail de M. Aubert, M. le rapporteur dit que ce mémoire offre de l'intérêt surtout aujourd'hui qu'on s'occupe d'introduire la civilisation dans l'Egypte, dernier foyer de la peste. Il propose en conséquence d'adresser des remercîmens à l'auteur, et de renvoyer son travail au comité de publication. — Adopté.

JAMBE ARTIFICIELLE.

M. Renoult lit un rapport sur une jambe artificielle, dont l'invention est due à un tailleur de pierres, nommé Lesage, actuellement employé aux travaux de l'Hôtel-de-Ville. Ce malheureux ayant eu la jambe amputée au lieu d'élection, pour une fracture grave, chercha inutilement à se procurer une jambe artificielle avec laquelle il pût marcher sans difficulté. Enfin il est parvenu à en confectionner une qui remplit parfaitement ce but, à l'aide de deux articulations placées, l'une au niveau du genou, l'une au niveau de la hanche, et qui correspondent l'une avec l'autre; avec cet appareil on peut aisément s'asseoir, se lever et marcher. Quoique le prix fixé à 40 ou 50 fr., paraisse à M. le rapporteur un peu élevé pour la classe ouvrière à laquelle il est particulièrement destiné, il propose d'adresser à l'auteur une lettre de félicitations et de remercîmens, et de déposer son travail aux archives. — Adopté.

LUXATIONS DU POIGNET.

M. Scoutetten lit un travail ayant pour titre : Note sur les luxations du poignet. Ce n'est pas, dit-il, un mémoire complet sur ce sujet, c'est un seul fait dont j'ai pu recueillir l'observation. Il y a 15 ans il aurait passé inaperçu, mais aujourd'hui il ne fait que confirmer les doutes qu'avait déjà soulevés contre elle la doctrine de Dupuytren.

M. Scoutetten jetant un coup-d'œil sur l'histoire de ces luxations, montre que depuis Hippocrate jusqu'à Dupuytren, les auteurs qui en ont parlé se sont contentés de les admettre théoriquement sans appuyer cette doctrine d'un seul fait. Aussi n'étaient-ils d'accord ni sur leur classification, ni sur le sens dans lequel elles se produisent le plus souvent, ni sur la question de savoir si elles sont complètes ou incomplètes. Pouteau établit le premier que les fractures de l'avant-bras sont souvent prises pour des luxations ou des entorses du poignet. Desault publia aussi quelques observations confirmatives de ces idées. Vint enfin Dupuytren qui nia la possibilité des luxations du poignet; il porta à ses contradicteurs le défi d'en produire un seul exemple et il est effectivement certain que son défi resta sans réponse, de sorte qu'il put croire jusqu'au bout avoir établi une doctrine inébranlable. M. Malgaigne, celui de tous les chirurgiens modernes qui a le plus approfondi ce sujet, rejette également toutes les observations de luxation du poignet, et déclare qu'elles sont impossibles, excepté peut-être les luxations en arrière. Tous les doutes paraissaient donc levés, et les avis étaient unanimes sur ce point, lorsqu'en 1839, M. Marjolin fils cita dans sa thèse inaugurale un cas de luxation du poignet; mais on opposa à ce fait que les ligamens antérieur et externe étaient demeurés intacts, condition incompatible avec la production de la luxation, et que d'ailleurs le déplacement avait été réduit beaucoup plus aisément que cela ne doit avoir lieu en pareille circonstance. M. Voillemier, interne des hôpitaux, publia ensuite dans les Archives de médecine, une observation complète avec dissection, et accompagnée d'une planche représentant l'état des parties. Quoique ce dernier fait soit incontestable, il est relatif, remarquons-le bien, à une luxation du carpe en arrière, espèce qui est regardée comme possible par quelques-uns de ceux qui nient la luxation d'une manière absolue. Il n'en est pas ainsi du fait suivant dont voici les principales circonstances.

Obs. — Une dame, âgée de 22 ans, éprouva à l'âge de 16 ans un accident qu'elle raconte de la manière suivante : ayant fait une chûte pendant qu'elle était occupée à dévider du fil, l'une de ses mains resta engagée dans l'écheveau, tandis que son corps penchait en sens inverse, et la violence que subit l'articulation radio-carpienne fut telle qu'un gonflement considérable se manifesta sur-le-champ. Des sangsues et des cataplasmes émolliens ne purent enrayer l'inflammation, et au bout d'un mois il se forma dans le voisinage deux abcès qui furent ouverts et suppurèrent très longtemps. Enfin, un an après l'accident, les phénomènes primitifs et consécutifs ayant disparu, et le gonflement s'étant entièrement dissipé, on reconnut une déformation considérable du poignet. Un chirurgien ayant diagnostiqué une luxation, essaya de la réduire, mais il ne put y parvenir.

L'examen des parties m'a permis de constater que les os du carpe ont glissé obliquement de bas en haut et de dehors en dedans sur la face antérieure du radius et du cubitus. La main est déjetée en dedans. La face dorsale du poignet offre au niveau du radius et du cubitus une saillie remarquable au-dessous de laquelle existe une dépression. Les deux os de l'avant-bras ne présentent rien d'anormal dans leurs rapports, non plus que dans la conformation de leur extrémité inférieure. Les mouvemens de flexion et d'extension sont possibles, mais l'extension n'est cependant possible que jusqu'à un certain point, et se trouve limitée par le contact du carpe avec les os de l'avant-bras.

M. Scoutetten dépose sur le bureau le moule du membre supérieur de cette malade.

M. Blandin : J'ai écouté avec un vif intérêt le travail remarquablement bien digéré de M. Scoutetten, mais je ne puis partager entièrement son opinion sur le fait qu'il nous a présenté, ni sur les conséquences qu'il en a déduites. M. Scoutetten pense que Dupuytren s'est trompé en niant la possibilité des luxations du poignet, mais Dupuytren n'a jamais professé une doctrine aussi générale; il a seulement voulu exprimer ce fait, que les luxations n'arrivent jamais dans les circonstances où ont lieu les fractures, c'est-à-dire à la suite d'une chute sur la paume de la main. Eh bien ! je partage complètement cette manière de voir, et le fait de M. Scoutetten n'est pas de nature à modifier mon opinion. Que résulte-t-il en effet de cette observation ? Qu'une violence extérieure considérable exercée sur le poignet amena un gonflement inflammatoire de cette région; que le travail phlegmasique s'étendit et s'accrut au point de déterminer des abcès; qu'au bout d'un an, ces accidens étant dissipés, le chirurgien s'aperçut pour la première fois de la déformation, et crut reconnaître une luxation. C'est aussi après la disparition de l'état inflammatoire que la partie a été moulée. Mais, Messieurs, dans toutes ces circonstances, il n'y a rien qui contredise l'assertion de Dupuytren. D'abord, l'autopsie manque. Puis, quelle preuve avons-nous que la luxation est arrivée au moment de l'accident et non par l'effet de l'inflammation dont l'articulation radio-carpienne a été si longtemps le siége ? Qui ne sait qu'à la suite des phlegmasies articulaires, il se manifeste un ramollissement des tissus ligamenteux qui favorise le déplacement des surfaces diarthrodiales, sous l'influence du plus léger mouvement ? Rien n'est plus commun que les faits de ce genre, et je pourrais citer le cas d'une femme qui me fut présentée à l'hôpital Beaujon, précisément comme exemple d'une luxation du carpe en avant; M. Martin Solon examina avec moi l'état des parties, et nous reconnûmes que la luxation était consécutive à une maladie articulaire. En résumé, je ne nie pas que chez la personne dont nous a parlé M. Scoutetten, il n'existe bien véritablement une luxation; mais toute la question est de savoir si elle a eu lieu au moment de l'accident, ou consécutivement. Pour mon compte, je suis persuadé qu'elle s'est produite de la seconde manière, ou du moins je dis qu'il n'y a aucune raison de supposer qu'il en soit autrement. On a aussi argué du fait rapporté par M. Voillemier, pour combattre la doctrine de Dupuytren; mais, chez le malade dont il a rapporté l'histoire, il y avait une plaie, il y avait déchirure des ligamens. Or, Dupuytren n'a jamais soutenu que, dans ces cas, la luxation était impossible : ce qu'il a seulement dit, c'est qu'elle n'arrive pas dans les simples chutes sur la main, dans celles où a lieu la fracture.

M. Velpeau : J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt l'observation de M. Scoutetten, mais je partage absolument les idées de M. Blandin sur la manière dont elle doit être interprétée. Il est utile, ce me semble, qu'une discussion s'élève sur ce point, car depuis vingt ans la question a changé de face. L'assertion hardie de Dupuytren a nécessairement conduit à donner plus d'attention aux faits de ce genre, de sorte que s'il en avait existé un seul concluant, on ne l'aurait pas laissé passer inaperçu, et cependant on n'a pu jusqu'ici en trouver un parfaitement probant. Ainsi, l'observation de M. Marjolin fils était un cas de luxation compliquée de fracture des extrémités osseuses, et, en outre, il y avait eu de la suppuration et de l'inflammation au pourtour de l'article. Celui de M. Voillemier était une luxation avec plaie. Quant à l'observation que nous présente M. Scoutetten, outre les remarques de M. Blandin, auxquelles je m'associe complètement, je dois dire, qu'après avoir examiné le plâtre, il me reste dans l'esprit beaucoup de doutes sur l'existence de la luxation. S'il y avait déplacement du carpe en avant, la main ne devrait pas être fléchie, et cependant, c'est dans cette attitude que le moule la représente. Cette objection est purement théorique, il est vrai; mais remarquez, Messieurs, qu'il n'existe aucune autopsie de luxation du poignet, et en l'absence de preuves positives, je suis bien forcé de m'appuyer sur les considérations tirées de l'analogie. Je remarque en outre que le radius est excavé sur sa face antérieure, et cette circonstance me porterait à croire qu'il y a eu d'abord une fracture de cet os oblique, de bas en haut et d'arrière en avant, fracture partant de la surface articulaire, puis déplacement du carpe, soit primitif, soit consécutif. Je ne dis pas cependant que les luxations du poignet ne peuvent avoir lieu, mais je nie que le fait actuel soit suffisant pour établir leur existence.

M. Bégin : Ce qu'a dit tout à l'heure M. Blandin est parfaitement juste. Dupuytren n'a jamais nié la possibilité de ces luxations; il disait seulement qu'elles n'existaient pas dans les circonstances où on croyait communément les rencontrer, mais qu'on pouvait néanmoins les observer dans des cas exceptionnels; et ceci est tellement vrai, que dans un de ses cours à la Faculté de médecine, il montra précisément un cas semblable à celui de M. Scoutetten. C'était un ouvrier qui, à la suite d'efforts répétés pour serrer une presse, avait un tel relâchement des ligamens et des muscles, qu'il pouvait à volonté reproduire le déplacement du carpe en avant.

M. Bouvier : L'aspect du plâtre que j'ai sous les yeux me rappelle tout à fait celui des membres affectés de difformité par suite de rétraction musculaire. La luxation, en supposant qu'elle existe, paraît donc avoir eu lieu ici en vertu de cette cause, dont l'action est bien différente de celle d'une violence traumatique.

M. Bérard : Je partage entièrement l'opinion de MM. Blandin et Velpeau, mais je veux seulement faire observer qu'il existe ici une circonstance qui doit faire cesser tout désaccord; la lésion ne s'est pas produite par une chute sur la paume ou sur le dos de la main, puisqu'au moment de l'accident la main est resté engagée dans un écheveau de fil. L'opinion de Dupuytren n'est donc pas ébranlée; elle n'est pas même attaquée, car Dupuytren n'a nié que les luxations qui auraient lieu à la suite d'une chute sur la main.

M. Gerdy : Il est certain qu'en examinant la question au point de vue où s'est placé M. Blandin, on peut conserver des doutes sur la réalité de la lésion; mais il est certain aussi qu'en se bornant à l'inspection du moule, on retrouve tous les signes d'une luxation véritable. En effet, sur le plâtre que nous a montré M.

Scoutetten, l'os pisiforme est situé un demi-pouce environ plus haut que l'extrémité inférieure du cubitus, et l'extrémité supérieure du premier métacarpien a aussi changé de rapports avec la partie du radius qui lui correspond. Avec une semblable disposition, il serait difficile d'admettre que les os se touchassent encore par une partie de leurs surfaces articulaires. Quant à la direction de la main, je conviens qu'elle est fléchie, tandis qu'en règle générale elle devrait être dans l'extension sur l'avant-bras; mais ne pourrait-il pas se faire que dans cette luxation, d'ailleurs si peu connue, il y eût une exception aux lois ordinaires, à cause de la prédominance des muscles fléchisseurs sur les extenseurs. En résumé, je conviens que la luxation du poignet a fort bien pu ne se produire que consécutivement; mais j'affirme du moins qu'il y a véritablement luxation.

M. Scoutetten : Je remercie l'Académie de l'attention qu'elle a bien voulu m'accorder. Les remarques qui ont été faites par plusieurs membres prouvent l'importance du sujet, et justifient les développemens dans lesquels je me vois forcé d'entrer pour ajouter quelques détails à ceux que j'ai déjà donnés, et répondre aux objections qu'on a dirigées contre mon observation. Ces objections peuvent se réduire à trois principales. On a défendu l'opinion de Dupuytren; on a nié la luxation; on a pensé qu'elle était consécutive.

Quant à l'assertion de Dupuytren, je conçois qu'on puisse la soutenir, comme on peut l'attaquer; aussi j'abandonne la discussion sur ce point pour passer aux considérations qui intéressent plus directement la pratique.

M. Velpeau pense qu'il y a eu luxation, mais qu'il y a eu aussi fracture. Mais, s'il en était ainsi, ne devrait-il pas exister des vestiges du travail de consolidation? Eh bien! je puis affirmer qu'on ne retrouve aucune trace de cal. Les extrémités articulaires du radius et du cubitus offrent leurs contours naturels, leur volume normal. En outre, on peut, en déprimant la peau sur le dos du poignet, toucher presque à nu les surfaces diarthrodiales elles-mêmes, et reconnaître qu'elles ne présentent aucune altération.

On a comparé cette luxation à celles qui ont lieu par rétraction musculaire. Mais le fait qu'a cité M. Bégin n'a aucun rapport avec mon observation. Ce n'est pas là en réalité une luxation, c'est un déplacement plus ou moins étendu, mais toujours incomplet, qui se remarque chez les individus livrés à de rudes travaux, et qui a été bien étudié depuis Dupuytren. Dans mon observation, au contraire, vous trouvez les causes habituelles des luxations, un mouvement brusque, et en sens inverse, de la main et de l'avant-bras; vous trouvez les accidens ordinaires des grandes luxations. Je ne vois pas comment on pourrait s'y prendre pour établir qu'il y a eu luxation spontanée ou consécutive; l'articulation radio-carpienne ne s'y prête pas comme les autres; car, dans cette jointure, les os se correspondent par de larges surfaces, et les divers moyens qui les unissent ont une telle force, que la seule puissance des muscles fléchisseurs était évaluée par Dupuytren à plus de 2000 livres. Où trouverait-on des causes capables de vaincre une pareille résistance? Dans une luxation spontanée, d'ailleurs, les os ayant glissé lentement l'un sur l'autre, leurs bords se seraient nécessairement affaissés; or ici, je le répète, les diverses parties du squelette de la région n'ont rien d'anormal dans leur conformation. Un de mes honorables antagonistes, M. Gerdy, je crois, a fait remarquer que la main est inclinée en dedans, au lieu de se porter en dehors, comme cela devrait avoir lieu dans la théorie; mais il y a des raisons qui expliquent ce fait. Le cubitus descendant moins bas que le radius, il y a du côté interne moins d'obstacle au déplacement du carpe; il est donc naturel qu'il se soit dirigé de préférence dans ce sens, et que la main se trouve par conséquent déviée en dedans. D'après ces considérations, il est démontré, ce me semble, que ce cas est un exemple nouveau et incontestable de luxation, et de luxation primitive du poignet; et comme il n'existait jusqu'ici aucun exemple de luxation en avant, alors même que je n'aurais pu parvenir à entraîner une entière conviction, je croirais avoir été utile en appelant l'attention sur une maladie aussi rare.

OSTÉO-MALAXIE CIRCONSCRITE.

M. Scoutetten présente encore un plâtre pris sur la jambe d'un homme de 25 ans, tailleur de profession, bien portant et de bonne constitution, qui, sans cause connue, et n'ayant pas eu de maladie antérieure, ressentit à la partie inférieure de la jambe des douleurs très vives qui furent inutilement combattues par des applications répétées de sangsues et des émolliens. La jambe s'infléchit peu à peu, de manière à former à sa partie inférieure un angle droit à sinus regardant en dehors. Lorsque la courbure fut arrivée à ce degré, elle s'arrêta, et les os sont redevenus aujourd'hui tellement solides dans cette direction anormale, que le malade peut marcher sans difficulté; il a même quitté son métier de tailleur pour devenir facteur, et il fait habituellement huit à dix lieues par jour. Le membre, dans cet état, offre au premier coup-d'œil l'apparence d'un pied-bot en dehors; mais M. Scoutetten s'est assuré que l'articulation est saine, et qu'il y a seulement courbure des os immédiatement au-dessus des malléoles. Il attribue cette déformation à une ostéo-malaxie partielle, et regarde le fait comme unique jusqu'à présent dans la science.

Cette observation est renvoyée au comité de publication.

DE LA DÉFORMATION DU CRANE DANS L'ALIÉNATION MENTALE.

M. Foville lit un travail dans lequel il se propose de présenter quelques considérations sur les causes de la folie. On a affirmé, dit-il, qu'il n'existait aucune altération matérielle dans le cerveau des aliénés. Ce fait, s'il était démontré, porterait, conjointement avec le succès du traitement moral, à penser que la folie est une lésion purement fonctionnelle. Mais il ne faut pas se hâter de conclure dans ce sens, et il importe, avant de prendre un parti pour ou contre cette doctrine, d'examiner la question sous toutes ses faces.

Ceux qui admettent pour la folie des causes organiques ont fait remarquer d'abord que cette affection est très souvent héréditaire. Or, une prédisposition héréditaire doit, suivant eux, avoir son origine dans une modification appréciable des tissus. Ils se sont aussi appuyés sur la déformation du cerveau. M. Foville dit à ce sujet que la coutume usitée dans plusieurs pays de coiffer les enfans de manière à leur comprimer la tête suivant l'axe transversal a la plus grande influence sur la forme du crâne, dont le diamètre antéro-postérieur se trouve ainsi notablement allongé. D'un autre côté, il fait observer que ce genre de déformation se rencontre très fréquemment dans les hôpitaux d'aliénés. Il n'est pas douteux que la simple compression de la tête ne puisse modifier la voûte crânienne. En visitant l'hôpital des enfans malades, dit M. Foville, je remarquai dans la salle d'autopsie un sujet dont le crâne présentait une dimension considérable dans le sens antéro-postérieur; désireux de connaître les causes de cette déformation, j'examinai la tête de plus près, et je m'aperçus qu'il existait une ulcération derrière l'oreille, ulcération pour laquelle l'enfant avait longtemps porté un bandage, dont la constriction avait suffi pour produire ce résultat. On comprend par là pourquoi les déformations de la tête sont plus fréquentes chez les femmes, qui continuent plus longtemps que les hommes à porter la coiffure de la première enfance.

Cette influence de la compression exercée par les bonnets et les serre-tête sur le crâne des enfans est donc incontestable; mais M. Foville ne pense pas que la déformation qu'elle détermine doive être regardée comme une cause directe de folie. Elle dispose seulement à l'aliénation mentale, comme les déformations de la poitrine disposent aux maladies des poumons. Lorsqu'elle est très prononcée, on observe souvent l'altération de l'intelligence et des mouvemens. A un degré moins marqué, il n'y a qu'une céphalalgie habituelle; mais la cause occasionelle la plus légère peut amener le délire.

Les considérations qui précèdent fournissent de précieuses données pour la prophylaxie de l'aliénation mentale. Elles conduisent d'abord à condamner les coutumes vicieuses qui donnent lieu à cette déformation du crâne, et lors même qu'il resterait quelques doutes sur leur influence, on n'en devrait pas moins les abandonner, puisque leur proscription ne peut avoir aucun inconvénient.

Certaines lésions physiques ont encore été assignées comme causes de la folie, et n'ont pas besoin de longs commentaires; telles sont les coups sur la tête, l'insolation, etc. Mais il en est une dont la réalité a été contestée, je veux parler des lésions des extrémités périphériques de la cinquième paire coïncidant avec des hallucinations; et je me propose d'appeler, dans un travail séparé, l'attention de l'Académie sur cette question importante.

La séance est levée à cinq heures.

CONCOURS

OUVERT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, POUR UNE CHAIRE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE ET UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE STRASBOURG.

QUATRÈME ÉPREUVE. — LEÇON CLINIQUE.

Malgré l'importance incontestée de cette quatrième épreuve, nous ne rendrons qu'un compte succinct des leçons qui l'ont composée, et l'on conviendra qu'il serait inutile d'en tracer le tableau détaillé comme nous l'avons fait pour les précédentes. En effet, les développemens d'un point de théorie intéressent tous les lecteurs parce que chacun peut les discuter et en tirer d'utiles corollaires; mais les leçons dont nous allons donner le résumé, échappent véritablement à l'analyse, et s'y soustraient même d'autant plus qu'elles sont faites dans un meilleur esprit: car une dissertation clinique ne se compose pas avec des fragmens de pathologie générale plus ou moins habilement groupés autour d'un fait qui leur sert de prétexte. C'est l'histoire fidèle du malade avec toutes ses particularités; aucune circonstance, aucun détail ne doit être omis, car c'est l'observation des détails qui fait le praticien. Plus l'orateur aura été minutieux, plus il sera irréprochable; et on devra lui tenir compte de tous les efforts qu'il aura faits pour résister à ce besoin de généralisation qui tend toujours à l'entraîner loin du véritable but de cette épreuve. C'est donc le talent d'observation du candidat qui est ici en cause; mais comment pourrait-on l'apprécier, si l'on ne connaît pas les faits sur lesquels il a eu à l'exercer? Tout moyen de vérification manque ici aux lecteurs; par conséquent nous n'insisterons pas sur l'exposition des symptômes, et nous nous bornerons à examiner si l'on a su tirer de ces symptômes des déductions rationelles pour le diagnostic, et des règles thérapeutiques conformes aux principes de l'art.

M. LACAUCHIE.

Le premier malade est un jeune homme qui fut atteint, il y a deux ans, d'une flèche dans l'œil droit; la cécité, suivant lui, se produisit dès le lendemain, et sans inflammation bien vive. Aujourd'hui le globe oculaire est atrophié; un ptérygion existe sur la conjonctive et se prolonge à la surface de la cornée sous forme d'une ligne transversale. Il y a en outre une cataracte, mais elle n'est pas placée sur l'axe de l'œil, et se trouve au contraire rapprochée de la partie interne et inférieure de la pupille, de manière à laisser en haut et en dehors une voie ouverte aux rayons lumineux. Le cristallin opaque a contracté des adhé-

rences avec la partie interne de l'iris, de sorte que la dilatation de l'ouverture pupillaire qui se manifeste sous l'influence de l'obscurité, reste incomplète dans ce point. On trouve en même temps une décoloration notable de l'iris, surtout là où existent les adhérences. Le malade dit qu'il n'y voit pas de l'œil affecté: il y aurait donc amaurose, bien que les mouvemens pupillaires soient conservés.

Diagnostic: cataracte traumatique capsulo-lenticulaire, avec déplacement du cristallin, ptérygion et paralysie de la rétine. Que faire dans ce cas? La guérison spontanée est impossible; l'amaurose rendrait d'ailleurs inutile toute tentative d'opération. Quant à la difformité, elle n'est pas assez considérable, elle ne fait pas assez de tort à sa physionomie pour justifier l'opération, qui n'aurait par conséquent que des inconvéniens. Si l'on se décidait à opérer cependant, ce serait l'abaissement qu'il faudrait préférer.

Nous avons entendu élever des doutes sur le diagnostic porté par M. Lacauchie, et attribuer à une fausse cataracte, suite d'exsudation purulente, la tache blanche qu'il regardait comme constituée par le cristallin devenu opaque et dévié en dedans. Il est certain que ce déplacement du cristallin cataracté est une chose au moins sujette à contestation. Cependant les indications ont été bien saisies et bien exposées par le candidat.

Le second malade est un paysan qui a subi depuis deux ans et à diverses reprises l'extirpation d'un polype de la narine gauche. Il y a 2 ou 3 mois, une tumeur se forma à la partie interne de l'orbite, repoussa graduellement le globe oculaire en dehors, puis s'abcéda, reprit ensuite son premier volume, se rouvrit; et ces alternatives se répétèrent plusieurs fois. Actuellement les fosses nasales sont occupées de l'un et de l'autre côté par des polypes charnus implantés profondement sur la paroi inférieure. Tumeur à l'angle interne de l'œil gauche, bosselée, fluctuante, percée d'une très petite ouverture d'où on exprime du pus mêlé au fluide lacrymal.

Diagnostic: polype des fosses nasales qui s'est prolongé jusque dans le sac lacrymal, soit par le canal, soit en traversant la paroi orbito-nasale. Nous ne parlons pas d'une amaurose ni de kystes athéromateux que le malade porte sur le cuir chevelu.

Traitement: Ligature des polypes des fosses nasales, et quant à celui des voies lacrymales, excision après avoir divisé préalablement les parties molles pour le mettre à découvert.

M. RIGAUD.

Le premier malade porte dans la fosse iliaque une tumeur dure, adhérente à l'os des iles, indolente même à la pression. Sa consistance est celle d'un os dans la plus grande partie de son étendue; cependant elle n'offre dans quelques points qu'une dureté cartilagineuse. Ce n'est donc pas à proprement parler une exostose, mais un ostéo-chondrophyte, tumeur mixte dont les caractères ont été bien établis par Lobstein et M. Cruveilhier et dont MM. Roux et Flaubert ont aussi rapporté des exemples. Naît-elle du périoste ou de l'os? La question est si difficile et si peu importante en même temps qu'il n'y a pas lieu de s'y arrêter.

Le diagnostic est porté, c'est un ostéo-chondrophyte; mais il y a encore plusieurs questions dignes d'intérêt sous le rapport du traitement. Ainsi la tumeur a-t-elle de la tendance à augmenter de volume? Dans la plupart des cas, on a vu la maladie rester stationnaire, une fois la transformation osseuse accomplie. Mais ici, il existe quelques points cartilagineux, et par conséquent il pourrait s'opérer encore un léger accroissement. La tumeur fait-elle saillie dans le bassin? L'état fonctionnel des organes de cette cavité indique qu'il n'en est rien. Gêne-t-elle les fonctions du membre inférieur? La circulation y est jusqu'à présent restée intacte, et le nerf sciatique ne présente aucun signe de compression. S'étend-elle jusque dans l'articulation? Non, car les mouvemens sont libres, ne déterminent aucun craquement, et la marche elle-même n'est gênée qu'à un faible degré, ce qui s'explique facilement par la distension qu'ont subie les muscles fessiers. Enfin y a-t-il à craindre une dégénérescence? L'histoire des affections de la même espèce doit rassurer à peu près complètement à cet égard.

En cet état de choses, une opération ne peut être indiquée. Aucun danger n'existant actuellement, ni ne menaçant pour l'avenir, ce serait véritablement une opération de complaisance. On ne doit donc pas y songer, ou du moins il n'y a pas nécessité à l'entreprendre. Si le malade la désirait vivement néanmoins, devrait-on céder à ses instances? La question est très délicate, et c'est à chaque chirurgien à savoir ce qu'il aurait à faire en pareille circonstance. S'il faut cependant tracer la conduite qui devrait être suivie dans le cas où on se déciderait à l'opération, tout semble indiquer que la difficulté ne consisterait pas à isoler la tumeur des parties molles, mais à la séparer de l'os qui lui sert de support. A ce point de vue, il serait intéressant de pouvoir déterminer si elle est pédiculée, ou implantée par une large base. Sans prétendre décider une question aussi difficile, M. Rigaud serait plutôt porté à croire qu'il y a un pédicule, soit parce que dans deux cas, observés par M. Roux et par Lobstein, la tumeur était plus rétrécie à son origine, soit surtout parce que chez le sujet dont il est ici question, elle déborde sur plusieurs points les bords de la fosse iliaque. En résumé, dit M. Rigaud, pour mon propre compte je ne ferais pas l'opération, et je ne la crois pas indiquée.

Cette première partie de la leçon a été écoutée avec une grande attention, et si nous l'avons bien reproduite, on conviendra qu'il n'y avait là que justice. M. Rigaud a eu l'art de ne soulever que des questions pratiques et de les résoudre toutes à l'aide de l'observation seulement. On lui a aussi tenu compte de l'assurance avec laquelle il a défendu le parti de la temporisation, sorte de hardiesse bien rare dans un concours, plus rare encore de la part d'un jeune chirurgien.

Le second malade présente deux affections distinctes, une ophthalmie et un varicocèle. Du premier coup-d'œil, on reconnaît sur l'œil gauche les signes d'une inflammation bornée aux parties extérieures: boursoufflement et rougeur du bord des paupières, matière muqueuse faisant adhérer les cils entre eux, rougeur à la face interne des paupières, disposée par sillons perpendiculaires aux bords libres, tout annonce une blépharite glanduleuse, qui, par voie de contiguïté, est devenue une blépharite muqueuse, et s'est même étendue jusqu'à la conjonctive oculaire. La cornée n'offre qu'une opacité douteuse; l'iris est à l'état normal. Il existe, du reste, deux signes négatifs extrêmement importans dans les maladies des yeux: ni photophobie, ni larmoiement. Le diagnostic est donc on ne peut plus simple. C'est une conjonctivite, mais une conjonctivite, qui sera sans doute très tenace, vu son ancienneté et la constitution du malade, qui présente tous les signes physiques et rationnels d'une phthisie au premier degré.

Traitement: Dérivatifs sur la peau, indiqués à la fois par l'état des yeux et par celui de la poitrine. Régime tonique et fortifiant, à cause de la constitution du malade, et quoiqu'il s'agisse d'une inflammation. Quant à la médication locale, collyres astringens, ou avec le nitrate d'argent, et mieux encore, attouchemens avec la pierre elle-même. Si le mal résistait à ces premiers moyens, révulsifs sur le canal intestinal.

Ce malade porte aussi un varicocèle du côté gauche. M. Rigaud énumère les causes de cette affection, et décrit les procédés inventés de nos jours pour en opérer la cure radicale.

En habile tacticien, M. Rigaud a tiré parti de la circonstance qui lui permettait d'étendre le cadre de sa leçon, et sans donte il n'a fait qu'user de son droit, en décrivant deux maladies au lieu d'une. Mais peut-être eut-il mieux valu pour lui s'en tenir aux simples conditions du programme, et résister à la tentation qui l'a entraîné à tronquer l'histoire de l'ophthalmie pour dire sur le varicocèle des choses excellentes, sans doute, en elles-mêmes, mais qui n'avaient rien d'assez original pour légitimer ce sacrifice.

M. DESPREZ.

Le premier malade est un jeune homme qui a des dents cariées de chaque côté de la mâchoire inférieure, et leurs aspérités ayant irrité la muqueuse buccale, il s'est développé, vers l'angle de la mâchoire, de la suppuration qui, encore diffuse à gauche, est déjà rassemblée en foyer du côté droit. Il y a là tous les signes physiques des abcès, et entre autres un empâtement œdémateux, qui s'est propagé sans doute jusqu'au tissu cellulaire qui entoure le pharynx; car le malade éprouve de la difficulté à avaler. Du reste, il n'existe aucune complication du côté des fonctions internes, et c'est là une circonstance importante à noter, car les abcès qui paraissent à la suite d'une cause extérieure aussi légère tiennent souvent à une lésion générale, telle que l'état saburral des premières voies. Les abcès sous-maxillaires, s'ils sont négligés, tendent à fuser soit vers le pharynx, soit sous la peau, suivant qu'ils sont profonds ou superficiels. M. Desprez dit que cette migration s'explique par la résistance des aponévroses, qui jouissent bien certainement de la propriété d'arrêter la marche du pus, quoi qu'on en ait dit dans ces derniers temps. Il rappelle à cette occasion un cas observé par lui, dans le service de M. Jadioux, où la suppuration se porta jusque dans le médiastin postérieur et détermina des accidens mortels. Le contact du pus avec la mâchoire inférieure peut encore causer la nécrose de cet os, et il cite un exemple de cette espèce, qu'il a observé à l'Hôtel-Dieu. Pour prévenir ces dangers, il importe d'ouvrir ces abcès de bonne heure, et dans le cas particulier, il faudrait faire dès aujourd'hui l'incision du côté droit, et dans quelques jours celle du côté gauche, après avoir tenté de provoquer la résorption du pus. Convient-il d'ouvrir l'abcès par la bouche ou à l'extérieur? Le premier procédé serait ici d'une application difficile, car il y a impossibilité d'écarter les mâchoires; en outre, c'est surtout pour les femmes qu'on a conseillé cette pratique, dans le but d'éviter la difformité; mais chez ce malade, il est préférable de faire une ponction à travers la peau. On aura ensuite le soin d'extraire les dents cariées pour prévenir une récidive.

Le second malade a fait, il y a deux mois, une chûte sur le genou. Suivant son récit, il n'y eut ni douleur, ni tuméfaction, et ce ne serait que depuis cinq à six jours qu'il a vu se développer au-devant de la rotule une tumeur, qui est actuellement grosse comme un œuf, indolente, sans changement de couleur à la peau, et ne présentant qu'une fluctuation obscure. En la pressant, on sent deux petits corps durs, qu'on peut faire mouvoir, mais non déplacer complètement. C'est une collection de liquide dans la bourse muqueuse anté-rotulienne, et ce liquide, autant qu'on peut se prononcer sur ce point, n'est pas du sang, puisqu'en comprimant la tumeur, on ne perçoit pas, comme cela a lieu dans les cas semblables, un bruit comparable au craquement de l'amidon. C'est probablement une sérosite plus ou moins visqueuse. Quant aux deux petits corps, ils ne sont pas de la nature des corps étrangers articulaires; ils pourraient être le résultat de la transformation des caillots sanguins déposés dans la bourse muqueuse par le fait de la contusion; mais si l'on se rappelle cependant qu'ils sont pédiculés, on sera plutôt porté à les regarder comme de petits polypes fibreux ou fibro-cartilagineux. M. Desprez dit en avoir vu dernièrement deux qui offraient ces caractères et qui méritaient tout à fait le nom de polypes; ils étaient attachés par un pédicule à la surface de l'olécrâne.

La compression seule, ou combinée avec les astringens, ne suffirait pas pour la cure de cet hygroma; il faut donc en faire l'incision: mais elle peut être pratiquée de deux manières, soit en divisant la paroi du kyste et provoquant la suppuration de sa face interne, procédé qui entraîne des longueurs inévitables, de vives souffrances, et expose à des accidens consécutifs, tels que dénudation, nécrose de la rotule, arthrite et tumeur blanche du genou, soit en faisant la ponction sous-cutanée. Or, celle-ci se pratique suivant deux procédés distincts. Dans le premier, on fait pénétrer un bistouri jusque dans la poche, puis on laisse le liquide sous la peau, où il se trouve soumis à l'action des absorbans. Dans le deuxième, on se borne à diviser les adhérences que le sac a avec la face antérieure de la rotule, puis on exerce la compression. De quelque manière qu'ait été faite l'opération, la guérison a lieu soit par résorption immédiate du liquide, soit après l'inflammation du kyste.

M. Desprez a apporté ici cette manière incisive et cet esprit pratique qui l'ont distingué dans toutes ses épreuves. Malgré le pen d'importance qu'offrait la première maladie soumise à son examen, il a su faire quelque chose d'un sujet assez insignifiant. Peut-être-même pourrait-on lui reprocher d'avoir un peu trop insisté sur cette première partie de sa leçon, et nous regrettons que les développemens dans lesquels il est entré nous aient privé d'entendre ce qu'il avait, sans doute, encore d'intéressant à nous dire sur le second malade.

M. SANSON (ALPHONSE).

Le premier malade a fait une chute dans laquelle le dos de la main, porté en avant, a rencontré le sol. Aujourd'hui il existe vers le poignet une tuméfaction assez prononcée, accompagnée d'une déformation qui est caractéristique. Ainsi le bord radial de l'avant-bras est arqué en dehors à sa partie inférieure. Si l'on suit la face dorsale de ce membre de haut en bas, on trouve d'abord un enfoncement, puis une saillie; à la face antérieure, l'enfoncement et la saillie existent en sens inverse; il y a aussi crépitation. A ces signes, on ne peut méconnaître une fracture de l'extrémité inférieure du radius, avec raccourcissement très léger de l'os, et déplacement peu considérable du fragment inférieur en arrière. Le peu d'étendue du déplacement tient à ce que la chûte a eu lieu sur le dos de la main; si c'eût été sur la paume, on eût trouvé la déformation ordinaire à ces fractures, et la lésion aurait simulé une luxation du carpe en arrière, luxation que Dupuytren a niée, et dont on n'a, en effet, présenté jusqu'ici que des exemples jusqu'à un certain point contestables. La réduction sera facile. Rien ne presse non plus d'appliquer l'appareil, qui devra consister en deux attelles et en compresses graduées, qu'on fera descendre moins bas sur la face palmaire du membre que sur sa face dorsale. On le laissera en place de 25 à 30 jours.

M. Sanson s'est montré dans cette partie de sa leçon fidèle aux traditions de l'école de Dupuytren; mais on a pu s'apercevoir aussi qu'il n'est pas resté étranger aux travaux publiés depuis son maître sur cette matière. Sa description a été brève, mais exacte. Nous avons seulement été surpris de le voir révoquer en doute les luxations traumatiques du poignet. Le cas publié par M. Voillemier (ARCH. DE MÉD., 1840) est cependant on ne peut plus concluant à cet égard, et, pour le dire en passant, on doit éprouver d'autant moins de répugnance à l'admettre, que la doctrine de Dupuytren s'arrange aussi bien de la rareté extrême de cette lésion que de son impossibilité absolue.

Le second malade est un homme très vigoureux, âgé de 41 ans, dont un des testicules n'est descendu dans le scrotum que depuis trois mois. A cette époque il faisait saillie à l'aîne, et à mesure qu'il est descendu, il a pris plus de volume, de manière qu'il se présente maintenant sous forme d'une tumeur grosse comme le poing, d'une forte consistance; uniformément arrondie, n'offrant pas de transparence et n'étant sensible à la pression que dans quelques points. Elle se termine brusquement à un pouce environ au-dessous de l'anneau inguinal. Le cordon a augmenté de volume; il est douloureux au toucher, ainsi que la région lombaire.

Les maladies entre lesquelles on peut balancer dans ce cas sont nombreuses; mais ce qui importe surtout, c'est de savoir si l'affection est susceptible de guérison. Eh bien! il n'est pas question ici d'un squirrhe, la tumeur serait bosselée, plus consistante, etc. Les antécédens du malade empêchent de songer à un engorgement vénérien; sa bonne constitution éloigne l'idée de tubercules; ce n'est donc vraisemblablement qu'une inflammation sub-aiguë du testicule, avec hydrocèle déterminée soit par la phlegmasie des tissus, soit par l'obstacle que la tumeur oppose à l'absorption dans la tunique vaginale. C'est sans doute l'inflammation du testicule qui, en augmentant son poids, l'a sollicité à descendre vers les bourses.

Le premier moyen à mettre en usage est le repos, puis on fera quelques saignées, trois ou quatre dans l'espace de quatre jours, ainsi que plusieurs applications de 25 à 30 sangsues au pourtour des bourses. Lorsqu'on aura ainsi fait cesser ce qui reste encore d'acuité à la maladie, on insistera sur les cataplasmes émolliens, les bains, les purgatifs. En cas d'insuccès, on aurait recours aux vésicatoires sur le scrotum, aux frictions mercurielles et au calomel à l'intérieur. Quant aux préparations d'iode et de baryte, leur efficacité est encore contestée.

Cette seconde partie de la leçon n'a guère offert à critiquer que l'énergie vraiment effrayante du traitement anti-phlogistique conseillé par M. Sanson, traitement qui n'a pas paru à tout le monde être suffisamment justifié par la forte constitution du sujet.

M. SÉDILLOT.

Le premier malade est un jeune homme de bonne constitution, qui, ayant reçu, il y a plus de cinq mois, un coup de pied de cheval à la partie latérale interne de la jambe, a eu ensuite dans le même point plusieurs abcès dont les ouvertures, restées fistuleuses pendant quelque temps, sont aujourd'hui fermées. En même temps le tibia a doublé de volume, mais la tuméfaction est restée bornée à sa partie inférieure. Tel est l'état dans lequel il se présente; les mouvemens du coude-pied sont libres, et le malade, qui a été longtemps obligé de garder le lit, peut actuellement marcher sans béquilles. Quelle est cette affection? Les commémoratifs et la constitution du sujet ne permettent pas de s'arrêter à l'idée d'une exostose ou d'une periostose vénérienne, ni à la supposition d'une maladie tuberculeuse. Il est rare, d'une autre part, que l'ostéite seule et sans complication de nécrose se développe sur un individu bien constitué. M. Sedillot croit donc qu'il y a ici nécrose du tibia, et le malade dit en effet que, lorsqu'il existait des ouvertures à la surface de la tumeur, un stylet introduit dans leur trajet produisait une résonnance nette. Le pronostic n'est pas grave.

Un chirurgien hardi, et qui aurait envie d'opérer, pourrait sans doute mettre à nu l'os nouveau qui renferme le sequestre pour le perforer et extraire l'os ancien, et une telle conduite ne serait en aucune manière en dehors des préceptes de l'art. Il est donc très délicat de se prononcer ici pour ou contre l'opération. Cependant, peut-être serait-il préférable d'attendre jusqu'à ce que la formation de nouvelles ouvertures permette d'établir un diagnostic plus précis sur l'étendue du mal.

On a reproché à M. Sédillot d'avoir conseillé l'opération dans un cas où, faute de signes sensibles, le diagnostic, privé de ses élémens les plus positifs, restait nécessairement incertain. M. Sedillot n'a pas conseillé d'opérer, puisqu'il a dit et répété que la temporisation lui semblait préférable; mais nous croyons néanmoins qu'il ne convient pas de donner même son assentiment à une opération de ce genre, tant qu'on n'a pas de fortes raisons de supposer que le séquestre est détaché des parties voisines.

Le second malade porte dans l'aîne droite une tumeur qui a paru subitement il y a six semaines, à la suite d'une chute. Indolente d'abord et d'un petit volume, elle s'est graduellement accrue et est devenue sensible à la pression. Il n'a jamais pu la réduire, et un bandage qu'il a maintenu pendant cinq jours n'a pas diminué le relief qu'elle présente. Elle est actuellement large de 9 centimètres, offre l'apparence d'un bubon à la période de suppuration; la peau qui la recouvre est rouge et assez tendue, et on y découvre une fluctuation profonde.

Quelle est la nature de cette tumeur? Bien que le malade ait eu, un mois avant son apparition, des rapports avec une femme suspecte, M. Sedillot ne pense pas que ce soit un bubon, parce qu'il n'y a eu ni chancres, ni écoulement, et que l'existence des bubons d'emblée n'est pas assez certaine pour qu'on doive les faire entrer en ligne de compte parmi les éventualités supposables. Un abcès par congestion ne paraît pas subitement. On ne peut donc hésiter qu'entre une hernie ou un engorgement ganglionnaire. La tumeur semble se prolonger par une sorte de pédicule vers les parties profondes, signe qui ferait plutôt pencher pour la hernie, si l'inflammation qui occupe cette région ne jetait pas une certaine obscurité sur les résultats qu'on peut tirer de son exploration. En cas que ce fût une hernie, elle serait épiploïque, car il n'y a jamais eu de troubles dans les fonctions digestives, et ce serait une hernie crurale, car elle a tous les caractères des tumeurs qui sortent par le canal de ce nom. Notons encore que ce sujet présente dans l'aîne du côté opposé une disposition manifeste aux hernies. D'autre part, une adénite pourrait également avoir été la cause de tous les symptômes, et son apparition instantanée n'être que le résultat d'une erreur du malade. Il serait nécessaire, pour juger la question, d'observer la marche ultérieure du mal. Dans tous les cas, un diagnostic plus précis n'est pas actuellement indispensable, car l'expectation n'aggrave en rien l'état du malade et ne compromet pas sa vie.

La détermination du traitement dépend de l'idée qu'on se forme sur la nature de l'affection. Quant à présent, il n'y a qu'à insister sur la médication antiphlogistique qui a déjà été mise en usage pour obtenir la résorption du pus. Si l'on est forcé d'ouvrir l'abcès, l'incision permettra d'explorer plus directement la partie malade, et de déterminer la lésion primitive qu'il restera ensuite à traiter suivant sa nature.

On a pu voir, par ce qui précède, quelles étaient les difficultés du diagnostic. C'était ici un de ces cas sur lesquels il serait aussi dangereux qu'irrationnel de vouloir prononcer après un quart-d'heure d'examen. M. Sedillot l'a déclaré avec franchise, et on doit lui savoir gré de la réserve qu'il a mise dans ses conclusions; car ce n'est pas une des moindres qualités du médecin, ni une des plus communes, que de consentir à avouer ses doutes, et à s'arrêter devant les problèmes insolubles.

BIBLIOGRAPHIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES FORMES DE LA TÊTE OSSEUSE DANS LES RACES HUMAINES; par M. JACQUES PUCHERAN. (Thèse de Paris 1841.)

Tous les anatomistes savent que la forme de la tête fournit un des caractères les plus précieux sur lesquels repose la distinction des diverses espèces humaines. Tous admettent aussi d'une manière générale que la différence principale qui les sépare vient des rapports du crâne avec la face. Mais il fallait mettre ce fait hors de doute en étudiant le changement de conformation dans ses phases graduelles, à mesure qu'on s'éloigne de la race caucasique prise pour type, en signalant surtout par quelles modifications de structure, par quelle série d'altérations locales cette partie du squelette est aussi profondément transformée dans son ensemble. C'est là l'objet du travail de M. Pucheran; entrepris sous le patronage de M. Serres il peut passer pour la reproduction des vues de ce savant professeur, et nous donne un résumé des idées nouvelles dont il a récemment enrichi la zoologie.

Mettons d'abord en relief l'idée culminante, la conclusion de ces recherches. La partie de la tête consacrée à loger l'encéphale est d'autant moins développée comparativement à celle qui contient les organes des sens et leurs appendices, que l'individu s'éloigne davantage de la race caucasique. Les preuves à l'appui de cette proposition découlent de l'examen du crâne et de la face dans les différentes espèces.

Il a appelé ici que chez l'Européen le crâne de l'adulte a une forme différente de celle qu'il offre dans le fœtus. A peu près globuleux dans le

premier âge de la vie, il acquiert peu à peu une conformation telle qu'on peut avec raison le comparer à un ovoïde dont la grosse extrémité serait tournée en arrière. Eh bien! cette différence qui existe entre l'adulte et l'enfant, se retrouve précisément entre la race caucasique et la mongolique, et constitue le trait distinctif du crâne dans cette dernière espèce. La région occipitale moins saillante et plus étalée transversalement, chez le Baskir et le Chinois, donne véritablement à leur crâne l'apparence sphérique de celui de l'enfant.

Dans les espèces malaise et éthiopique, se manifeste de plus en plus un caractère qui rapproche leur crâne de celui des mammifères inférieurs. C'est la forme allongée résultant de l'aplatissement des faces latérales. Cet allongement est porté à son maximum d'évidence chez le Hottentot. M. Desmoulins l'avait déjà reconnu; il n'y a pas d'espèce humaine, dit-il, où le diamètre occipito-frontal soit aussi considérable. Ainsi, d'après cet exposé succinct, on voit que la configuration du crâne, dans les espèces autres que la caucasique, affecte une certaine similitude soit avec la forme que présente l'enfant, soit avec celle des mammifères.

M. Pucheran a spécialement étudié la série des changemens qui s'observent dans la fosse temporale et l'apophyse zygomatique, et cette étude offrait réellement une grande importance, à cause des connexions de cette région avec les organes masticateurs. Ainsi, on sait qu'entre la racine antéro-postérieure de l'apophyse zygomatique et la face écailleuse du temporal, il existe une gouttière destinée au glissement des faisceaux les plus postérieurs du muscle crotaphite. Si la racine antéro-postérieure devient plus épaisse, en même temps que l'apophyse elle-même se déjette en dehors, évidemment il en résultera : 1° l'élargissement de la gouttière occupée par les fibres du muscle; 2° l'élargissement de la cavité glénoïde. Or, ce sont en effet les modifications qu'on voit paraître et devenir de plus en plus saillantes, suivant qu'on examine l'état de ces parties sur le Chinois, sur le Baskir, et notamment sur le Malais. Mais ce n'est pas tout, le crotaphite a encore en avant une gouttière semblable, creusée supérieurement sur la partie antérieure de la face externe du coronal, et continuée inférieurement par l'union de la grande aile du sphénoïde avec le bord interne de la portion du malaire qui cloisonne l'orbite en dehors. Il n'est pas moins intéressant de constater que les dimensions transversales de cette gouttière éprouvent, dans les crânes des diverses races, des modifications analogues à celles que nous avons déjà signalées pour la gouttière zygomato-squammeuse.

Cette augmentation de capacité des parties qui servent de réceptacle aux agens de la mastication dénote déjà la prédominance des instincts de la vie végétative. On en retrouve encore un signe bien plus prononcé dans la disposition du bord supérieur de l'orbite. En effet, tandis que dans la race caucasique, les arcades sourcilières et le bord orbitaire du frontal sont arqués, chez le Malais et chez le nègre, au contraire, l'arcade sourcilière s'élève directement en haut et en dehors, sans s'infléchir ensuite, et l'apophyse orbitaire externe se relève et s'étale de plus en plus. Par là le diamètre transversal de l'orbite se trouve augmenté; le sinus frontal, et par suite la chambre olfactive gagnent donc ainsi en surface ce que, d'un autre côté, perd l'encéphale.

Tous les changemens que la diversité des races imprime à la structure de la face peuvent être rapportés à la configuration de l'orbite. On a vu ci-dessus comment son bord supérieur est allongé, grâce au redressement de l'apophyse orbitaire externe. Par la même raison, le coronal n'a plus une part aussi grande à la formation de la paroi externe de l'orbite, mais l'os malaire prend sa place pour compléter cette paroi; il acquiert en étendue, dans le sens vertical, ce qui manque à l'apophyse orbitaire, de manière qu'il y a entre ces deux os une sorte d'antagonisme, confirmation du principe de balancement des organes émis par M. Geoffroy-St-Hilaire.

Quant à la paroi interne, constituée par l'os frontal, sa dimension est bien plus considérable dans les espèces inférieures. De même la grande aile du sphénoïde est tout à fait portée en arrière, et cette disposition, analogue à celle que présentent les singes, concourt à l'ampliation de la cavité orbitaire, en agrandissant son diamètre antéro-postérieur.

Ainsi l'axe antéro-postérieur, les bords externe, interne et supérieur de l'orbite subissent un agrandissement progressif, dès qu'on abandonne le type caucasique. La paroi inférieure n'est pas moins remarquable sous ce rapport; elle augmente bien certainement aussi de longueur; mais ce n'est pas là ce qu'elle offre de plus curieux à examiner. Deux os, on le sait, concourent à la former, le malaire et le maxillaire supérieur. Or, le second contient une cavité, le sinus maxillaire, qui fait partie des voies olfactives; en outre, son apophyse inférieure constitue le plancher des fosses nasales et la voûte palatine. D'après les rapports que cet os affecte avec les organes des sens, il est donc permis de conclure *à priori* que l'élongation de la paroi inférieure de l'orbite chez les espèces inférieures tient à son agrandissement plutôt qu'à celui du malaire. C'est effectivement ce qui a lieu, et M. Serres s'est assuré que la proportion pour laquelle l'os malaire entre dans la constitution du bord inférieur de l'orbite est moindre chez le nègre que chez le Malais, chez le Malais que chez le Chinois, etc.

Les recherches de M. Serres ne seront pas appréciées de même par tous les esprits. On contestera sans doute leur nouveauté et leur importance. Il est vrai que la prédominance du crâne sur la face, à mesure qu'on monte dans la série animale, était un principe déjà admis dans la science. Mais on doit néanmoins convenir que personne jusqu'ici n'avait apporté à l'appui de ce fait, considéré dans les races humaines, des preuves aussi nombreuses et aussi péremptoires. Et pour qui connaît la différence qui sépare une vérité pressentie d'une vérité démontrée, ce sera un immense service rendu à la science que d'avoir assis sur l'observation scrupuleuse la loi de la diminution du crâne, au fur et à mesure de la dégradation des races.

Quant aux applications dont ce travail contient le germe, elles ont une grande portée en anatomie générale et en physiologie. M. Pucheran en a esquissé quelques-unes; mais il a usé dans cette partie de sa thèse d'une sage réserve, et nous l'imiterons en nous bornant à exprimer le vœu que M. Serres développe bientôt lui-même les conséquences qui découlent de ses observations.

VARIÉTÉS.

AVORTEMENT; MONSTRE ACÉPHALE; QUESTION MÉDICO-LÉGALE.

La cour d'assises de la Drôme vient de prononcer (audience du 2 juin) l'acquittement d'une fille accusée d'avortement, dans des circonstances qui méritent d'appeler l'attention. Le fœtus qu'elle avait mis au monde était acéphale; la colonne vertébrale n'offrait pas de canal rachidien; les nerfs et la moëlle épinière étaient à l'état rudimentaire et immédiatement sous la peau. L'un des poumons était de moitié plus petit que l'autre, et tous deux soumis à l'expérience hydrostatique se sont précipités au fond de l'eau. Il y avait absence complète de front; le menton se confondait presque avec la poitrine, et le col était presque nul. Ce fœtus avait environ six mois. Il fut constant pour MM. les docteurs Morin et Bignel qu'il n'avait pas respiré et que sa vie devait cesser avec la gestation; mais ils remarquèrent aussi sur la tête de l'enfant une blessure avec ecchymose de 15 millimètres d'étendue, qu'ils regardèrent comme étant probablement le résultat d'une manœuvre criminelle, exécutée à l'aide d'un instrument aigu et appliquée peu avant l'avortement, et ils pensèrent que la mort du fœtus avait pu en être la suite dans le sein de sa mère.

La question la plus importante que présentait l'examen de ce fait, et qui a été bien saisie par l'avocat de l'accusée, était celle-ci : Dans le cas où le fait matériel de l'avortement provoqué par l'accusée serait démontré, pourrait-on lui appliquer une pénalité pour s'être délivrée d'un fœtus monstrueux, incapable de vie, et devrait-on considérer comme un crime un fait qui n'aurait causé aucun préjudice à la société ou à une individualité?

Le défenseur, après avoir distingué l'avortement de l'infanticide, qui ne peut être un crime que quand l'enfant est né viable, et avoir rappelé le fait remarquable, spécial à l'avortement, que la loi ne punit pas l'intention, même lorsqu'elle est manifestée par un commencement d'exécution, a soutenu que ce n'est pas la tentative que la loi punit, mais bien le fait nuisible. « La destruction d'un monstre incapable de vie ne nuit à qui que ce soit. Donc, ce fait ne peut constituer le crime d'avortement. Si c'est le fait préjudiciable à la génération que la loi atteint, il faut dire que dans l'espèce il n'existe ni préjudice, ni crime, ni pénalité à appliquer. »

Ces moyens ont été adoptés par le jury, qui a acquitté l'accusée, malgré l'opposition du ministère public.

VARIATIONS DANS LA DURÉE DE LA GESTATION CHEZ LA VACHE.

Le comte Spencer s'est livré à une série d'expériences intéressantes sur la période de la gestation des vaches. Quelques-uns des résultats de ces expériences, qui ont été faites dans une ferme du Nottinghamshire, sur 764 vaches appartenant à la race de Durham (celle à courtes cornes perfectionnée), déjà importans pour la pratique, nous semblent aussi de quelque intérêt pour la physiologie générale. Du tableau des 764 gestations, et qui indique à la fois le nombre de jours de la gestation, le sexe du produit (vêle ou veau), dans les cas où le point a été simple ou multiple, il résulte que la période la plus courte de la gestation, lorsqu'un veau vivant a été produit, a été de 220 jours, et la plus longue, de 313 jours; mais il a été impossible d'élever aucun veau venu au monde avant 242 jours, et tout veau qui vient le 260e jour peut être considéré avant terme et le produit d'un avortement; et toute période de la gestation qui s'étend au-delà de

300 jours doit être regardée comme irrégulière. On voit de plus que 314 vaches ayant vêlé avant le 284e jour, et 310 après le 285e, la durée la plus probable de la gestation doit être considérée comme égale à 284 ou 285 jours, et non 270, comme on le trouve indiqué dans tous les ouvrages d'agriculture. Il paraît aussi que le nombre des femelles produites a été moins considérable que celui des mâles, et dans le rapport de 354 vêles pour 422 veaux. Enfin, la durée de la gestation paraît avoir un rapport prononcé avec le sexe du produit, ce dernier étant généralement un veau mâle lorsque la gestation avait été plus longue que celle normale. Si, en effet, on élimine du tableau les vaches qui ont vêlé avant le 260e jour, et après le 300e, ainsi que celles qui ont donné des jumeaux, on remarque que celles dont la gestation n'a pas dépassé 286 jours ont donné un nombre égal de vêles à 233, et de veaux égal à 234; tandis que chez celles où la gestation s'est prolongée au-delà des 286 jours, le nombre des vêles n'a été que de 90, celui des veaux étant de 152.

— Par arrêté du 17 mai, M. le ministre de l'instruction publique a organisé ainsi qu'il suit le personnel de la nouvelle école préparatoire de médecine et de pharmacie, créée à Limoges par ordonnance du 31 mars 1841.

Chimie et pharmacie. — M. Astaix, maître en pharmacie, licencié ès-sciences physiques, chargé du cours.

Histoire naturelle et matière médicale. —

Anatomie et physiologie. — M. Bouteillouse, docteur en médecine, professeur titulaire.

Clinique interne. — M. Mazard, docteur en médecine, médecin en chef de l'hôpital de Limoges, professeur titulaire.

Pathologie interne. — M. Bleynie, docteur en médecine, professeur-adjoint.

Clinique externe. — M. Thuillier, docteur en médecine, chirurgien en chef de l'hôpital de Limoges, professeur titulaire.

Pathologie externe. — M. Bardinet, docteur en médecine, professeur-adjoint.

Accouchemens; maladies des femmes et des enfans. — M. Thibaud, docteur en médecine, professeur titulaire.

Directeur de l'école. — M. Mazard, professeur de clinique interne.

Chef des travaux anatomiques. — M. Deprès-Muret, docteur en médecine.

L'installation des fonctionnaires susnommés et la mise en activité de l'école auront lieu à l'ouverture de la prochaine année scolaire, conformément à l'art. 14 du réglement du 12 mars 1841.

— Il résulte d'un rapport sur le bagne de Toulon que la mortalité des forçats y est extrêmement faible et au-dessous de celle de beaucoup de classes plus intéressantes de la société. Sur 2,300 forçats environ, la mortalité n'a été, en 1838 et 1839, que de 67 et de 80 en 1840 sur 2,500, ce qui donne une mortalité moyenne d'environ 3 pour cent par an. La moyenne annuelle des maladies ne dépasse pas 2 1/2 pour cent; celle des blessés dans les travaux est presque aussi forte, 1/2 à 2 sur cent. En 1839, il n'y a eu que 400 punitions disciplinaires, et 1,881 forçats ont passé l'année sans encourir aucune punition.

— La ville de Rochefort a toujours passé pour très insalubre et, effet, la mortalité y a toujours été considérable. Toutes les statistiques rapportent même, d'après des documens officiels que le chiffre des morts y est annuellement de 1 sur 18 habitans. Un membre de la société d'agriculture, sciences et belles lettres de Rochefort, M. Viaud, ne pouvant croire qu'après les travaux de dessèchement et les notables améliorations qui ont été opérées à Rochefort et aux environs, la salubrité de cette ville ne dût avoir beaucoup gagné, a relevé sur les registres officiels de la commune le mouvement de la population, et a reconnu que la réputation d'insalubrité que la ville de Rochefort avait pu mériter autrefois reposait sur des erreurs materielles, et qui altéraient gravement les résultats. La plus grave de ces erreurs dépendait de ce que l'on comprenait dans le chiffre de la mortalité celui fourni par la population flottante de Rochefort (environ 4,500), tandis qu'on ne tenait compte dans le chiffre de la population que des personnes qui ont leur domicile réel, et dont le nombre s'élevait en 1836, époque du dernier récensement, à 15,441. M. Viaud, en évitant cette cause d'erreur, et plusieurs autres moins importantes, et ayant fait remonter ses recherches à une époque où les travaux de dessèchement étaient à peine commencés, est arrivé à des résultats tout différens, et a démontré que la salubrité a fait dans la contrée des progrès remarquables.

De 1790 à 4799...	1	mort sur	16,44	habitans.
1800 à 1809...	1	—	19,30	—
1810 à 1819...	1	—	26,61	—
1820 à 1829...	1	—	26,36	—
1830 à 1839...	1	—	30,15	—
En 1840.........	1	—	43,73	—

— Histoire des embaumemens et de la préparation des pièces d'anatomie normale, d'anatomie pathologique et d'histoire naturelle; suivie de procédés nouveaux; par J.-N. Gannal. Deuxième édition, revue et augmentée. Un volume in-8°.

Prix : 5 fr.; par la poste. 6 fr. 50.

Paris, Desloges, éditeur, rue St-André-des-Arts, 39, et l'auteur, rue de Seine, 6.

— Ebauche du plan d'un traité complet de physiologie humaine; adressée à M. Caizergues, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc. Un volume in-8°.

Prix : 3 fr.

Chez Fortin, Masson et comp., 1, place de l'Ecole-de-Médecine.

Montpellier, chez L. Castel, libraire-éditeur, Grand'Rue, 32.

— Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies syphilitiques; par L. Ducros, docteur en médecine de la Faculte de Paris.

Un volume in-18. Papier superfin satiné. — Prix : 3 fr. 50 c.

Paris, chez Becbet jeune, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.
— Just Rouvier, 8, rue de l'Ecole-de-Médecine.
— Truchy, 18, boulevard des Italiens.

— Traité complet de l'art du dentiste d'après l'état actuel des connaissances, contenant la description anatomique de la bouche et de ses dépendances, les phenomènes de la première et de la seconde dentition, les maladies de l'organe dentaire et celles de la bouche, les soins hygieniques de la bouche à toutes les époques de la vie, les opérations qui appartiennent essentiellement à l'art du dentiste et les divers instrumens qui conviennent à chacune de ces opérations; enfin, les différens moyens mécaniques à l'aide desquels on peut réparer les pertes qu'éprouve l'organe dentaire; suivi d'une bibliographie des auteurs qui ont écrit sur l'art du dentiste; par F. Maury, dentiste de l'école royale Polytechnique. *Troisième édition*, complétee et mise au courant de la science, au moyen d'un grand nombre de notes; par Paul Gresset, ex-chirurgien dentiste des écoles communales et du bureau de bienfaisance du 9e arrondissement de Paris, de la Société protestante de prevoyance, de plusieurs institutions, etc.; 2 vol. in-8°, dont un contient 42 planches, suivies de leur explication. Prix: 12 francs.

Paris, chez Just Rouvier, libraire-éditeur, librairie des sciences médicales, rue de l'École-de-Medecine, 8.

— Compendium de médecine pratique, ou exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne; par M. Ed. Monneret, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin au bureau central des hôpitaux, et M. Louis Fleury, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur particulier de pathologie interne. Ouvrage autorisé par le Conseil royal de l'instruction publique et par le Conseil de santé des armées de terre; 14e livraison FIE FOL. Prix: 3 fr. 50 c. pour Paris et 4 fr., franc de port, par la poste.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— Traité de la catalepsie, contenant des recherches historiques et pratiques sur les symptômes, le diagnostic, l'anatomie pathologique, les causes, le traitement et la nature de cette maladie; par C.-E. St-Bourdin, docteur en médecine et médecin d'une maison d'aliénes de Paris, etc. — 1 vol. in-8. Prix: 4 fr.

Paris, à la librairie des sciences médicales de Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

— Etude nouvelle des phénomènes généraux de la vie, ou recherches sur la vitalité, l'organisation, les races humaines et animales, les forces ou puissances naturelles et morbifiques qui accompagnent les manifestations de la vie, pour servir à l'histoire du règne animal, et de prolégomènes aux lois physiologiques qui le gouvernent; par M. Gabillot, D. M. P. — 1 vol. in-8, 1841. Prix : 5 fr. 50 c.

— Essai sur l'action thérapeutique des eaux ferrugineuses de Passy; par M. Chenu, docteur en médecine, chirurgien aide-major au corps des sapeurs-pompiers de la ville de Paris. — 1 beau volume in-18. Prix : 1 fr. 50 c.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Fortin Masson et comp., éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 28. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 10 JUILLET 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne penvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

COURS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES FAIT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, PAR M. ANDRAL; compte-rendu par M. MONNERET, agrégé près cette Faculté, médecin du bureau central.

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE DU SANG; CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES FIÈVRES ET LES PHLEGMASIES, ENVISAGÉES DU POINT DE VUE DES ALTÉRATIONS DU SANG.

Dans les précédens articles, j'ai examiné les altérations que subissent les divers élémens du sang dans les maladies. Je me propose plus spécialement, dans celui-ci, de reconstituer ces altérations, afin de les étudier sous le point de vue de la synthèse et de faire ressortir les considérations pathologiques qui résulteront de cette nouvelle étude.

TEMPÉRAMENT SANGUIN : PLÉTHORE. — Certaines formes de maladies n'étant que l'exagération du tempérament, commençons d'abord par rechercher les modifications que présente le sang dans cet état physiologique. Entre le tempérament sanguin et la pléthore physiologique d'une part, et entre celle-ci et la phéthore morbide de l'autre, il n'y a que des degrés. Tous les hommes n'ont pas un tempérament bien prononcé, mais tous ont une constitution qui leur est propre; examinons si le sang est modifié et de quelle manière il l'est.

On a fait jouer un très grand rôle au sang dans la production des tempéramens; on a désigné sous le nom de tempérament sanguin celui des sujets chez lesquels on suppose que le sang est en excès. Le rôle que l'on a assigné aux autres humeurs est consacré par les dénominations de tempéramens bilieux et lymphatique. Le tempérament sanguin est un type physiologique qui, exagéré, constitue la pléthore; ce que je dirai de celui-ci s'applique exactement à l'autre. Les sujets doués de ce tempérament ont, en général, une grande force; tous leurs organes fonctionnent avec une activité remarquable. On a prétendu que leur sang augmentait de quantité, et que ses élémens étaient, tout à la fois, plus riches et surabondans : on a été même jusqu'à spécifier que la richesse du sang consistait en un accroissement des quantités de fibrine. On a donné comme preuve l'existence d'un caillot volumineux et la formation de la couenne sur leur sang. D'abord on ne peut pas dire que les hommes sanguins ont plus de sang que les autres, car on ne sait pas encore quelle est la quantité moyenne du sang chez chaque individu, et il serait impossible d'établir aucune évaluation, même approximative, à cet égard. Ce qui semble résulter de plusieurs analyses faites par MM. Andral et Gavarret, c'est que, si les élémens solides augmentent, l'eau diminue; il n'y a donc pas augmentation de quantité, mais compensation.

Il ne faut pas non plus s'en tenir à la seule inspection du caillot et

---

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N° XII.

RICHERAND (ANTHELME-BALTHASARD.)

« La gloire se doit toujours mesurer aux moyens dont on s'est servi pour l'acquérir. »

(LAROCHEFOUCAULD.)

S'il est difficile et dangereux de parler des hommes du jour, il ne l'est guère moins de peindre les hommes d'hier. Les intérêts, les souvenirs, les positions, les services rendus ou refusés, sont loin d'être oubliés; le nom retentit encore; amis et adversaires viennent à peine de quitter le champ de bataille. Ces réflexions sont surtout applicables au chirurgien célèbre, objet de cette esquisse. Sa place est difficile à assigner, comme sa valeur scientifique à apprécier, tant il est délicat et hasardeux de tenir la balance de la critique. Si vous rabaissez le piédestal d'un homme jadis en réputation, votre jugement porte l'empreinte de la partialité; si d'un nain vous faites un géant, l'admiration tourne en risée. Tâchons donc de naviguer entre ces deux écueils avec prudence et réserve, mais avec fermeté.

Les commencemens de Richerand furent ceux d'une foule de jeunes gens obscurs, qui veulent se faire une place et se la faire large dans la science et la société. Peu riche, il ne fut pas cependant astreint à la forte et rude éducation de pauvreté, ni aux enseignemens de la misère, cette sœur maudite du génie. Ses études variées, faites avec soin et application, lui acquirent l'estime de ses maîtres. Né à Belley, le 4 février 1779, il vint de bonne heure à Paris et se destina à la carrière de la chirurgie. Chez la plupart des hommes, les commencemens sont ordinairement lents, les premiers succès pénibles, car les rangs, toujours pressés, ne se laissent pas aisément pénétrer. Il n'en fut pas de même pour le jeune Richerand : à peine reçu docteur, tout lui fut aplani, la fortune le combla de ses faveurs. Pourtant il était loin d'avoir un de ces génies qui prennent tout d'abord un essor élevé, une de ces organisations impatientes qui se passionnent pour l'inconnu et s'immolent à sa recherche. Il manquait de cet esprit d'invention et de recherches, qui tourmente sans relâche ceux qui en sont possédés. Toutefois il eut des qualités d'un plus grand poids peut-être pour s'avancer rapidement et attirer sur lui l'attention publique. Homme d'esprit, écrivain brillant, bon logicien, vulgarisateur habile, il sut mettre à profit ces dons heureux de la nature. C'est ainsi qu'à peine âgé de vingt-deux ans, il lança dans la science et le public, ses NOUVEAUX ÉLÉMENS DE PHYSIOLOGIE, ouvrage qui a eu dix éditions, qui fut traduit dans toutes les langues de l'Europe, et qu'après quarante ans de pu-

au rapport qui existe entre celui-ci et le sérum ; il faut savoir si c'est la fibrine qui augmente ou d'autres élémens ; on croit généralement que c'est le premier de ces deux principes; cependant cette opinion est loin d'être fondée. La fibrine peut aller à 3 1/2, c'est-à-dire à son maximum, mais elle ne dépasse pas cette limite ; ce n'est donc pas l'augmentation de la fibrine qui détermine la pléthore et le tempérament sanguin. L'albumine ne dépasse pas non plus ses proportions normales ; il n'y a d'augmenté que les globules ; ils s'élèvent jusqu'à la limite supérieure de l'état physiologique et la dépassent dans plus d'un cas. Ils vont de 127 à 140 ; au-delà se trouve l'état pathologique. La fibrine reste normale ; les autres élémens ne dépassent pas la moyenne ; l'eau augmente.

Si l'on examine le sang avant sa coagulation, on le trouve coloré en un rouge vif ; ce qui est en rapport avec l'augmentation des globules et de la matière colorante, inséparable des globules. Le sang une fois coagulé présente un caillot volumineux, ce qui est dû à l'augmentation des globules et surtout à la rétention du sérum par le caillot. La fibrine étant peu abondante proportionnellement aux globules, ne peut, en se contractant, expulser le sérum aussi complètement que si ses quantités étaient plus considérables. La consistance du caillot n'est pas augmentée, comme on le croit assez généralement ; il est mou et prend une couleur rouge claire, due à l'oxigénation du sang. Un des principaux caractères du sang chez les pléthoriques est de n'offrir jamais de couenne parfaite, quoiqu'on ait dit le contraire. Cette circonstance s'explique par la faible quantité de fibrine comparée aux globules qui sont prédominans.

Les phénomènes de la pléthore appartiennent à l'ordre physiologique et pathologique Examinons d'abord ceux du premier ordre. Toutes les fonctions jouissent d'une activité remarquable ; la vie est, pour ainsi dire, en excès et en rapport avec l'augmentation des globules. Les fonctions digestives s'accomplissent avec une grande rapidité ; cependant il ne faut pas croire qu'il suffit de gorger un homme d'alimens substantiels pour créer la pléthore ; il y a dans la constitution quelque chose qui favorise le développement de ce tempérament ; il ne nous est pas donné de pouvoir le faire naitre à volonté. L'appareil respiratoire est plus développé, les réseaux capillaires sont toujours injectés ; de là la coloration plus vermeille de la peau et des muqueuses, de la conjonctive, des lèvres, etc. La température est élevée ; la transpiration facile ; la sécrétion de l'urine remarquable par son activité ; ce liquide en même temps est fortement coloré et chargé de matière saline. Le cerveau s'exalte avec une grande facilité ; les passions sont vives, mobiles, énergiques ; malgré l'activité cérébrale, la sensibilité n'est pas excessive, ni portée au point où nous la voyons chez les sujets doués du tempérament nerveux. Les symptômes nerveux et les névroses ne sont pas l'attribut du tempérament sanguin. Il semble qu'en même temps que les globules augmentent la sensibilité diminue, ce qui est précisément l'inverse de ce que l'on observe chez les chlorotiques, dont la sensibilité est portée à un haut degré, à cause de la grande diminution survenue dans les globules. Ainsi donc, on peut conclure que l'augmentation des globules donne à toutes les fonctions une activité insolite, mais qu'elle n'a point cet effet sur le système nerveux.

Il y a dans l'ordre pathologique trois grandes séries de phénomènes propres à la pléthore, ce sont : la congestion, l'hémorragie, la fièvre. On sait avec quelle fréquence les congestions s'effectuent vers le cerveau et les poumons chez les sujets pléthoriques. Il en est de même des hémorragies soit des parenchymes, soit des membranes muqueuses. Par cela seul que les globules sont augmentés, le rapport normal entre ceux-ci et la fibrine est rompu et le sang perd sa consistance. L'accélération du pouls ne paraît dépendre que de l'augmentation de la fibrine. Les sujets pléthoriques ne sont pas plus disposés que les autres aux inflammations, ainsi qu'on l'a cru pendant longtemps. On peut même avancer que l'inflammation est plus rare ; seulement, quand elle se développe, elle trouve les sujets dans un état tout spécial de réaction vitale et de surexcitation, qui tient précisément à cette pléthore.

Les succès que l'on obtient en saignant les malades en proie à la pléthore s'expliquent par la composition de leur sang. En effet, la saignée ayant pour propriété essentielle de faire diminuer les globules, on est sûr qu'en recourant à ce moyen thérapeutique on enlèvera l'excès des globules, et par conséquent la pléthore. On comprend dès lors pourquoi les saignées sont si utiles pour la combattre. Elles ont pour effet de diminuer la fibrine, mais beaucoup plus tard et longtemps après que l'élément globulaire a lui-même baissé.

TEMPÉRAMENT LYMPHATIQUE ET ANÉMIE. — Le fait général est la diminution des forces et l'affaiblissement d'un grand nombre de fonctions. L'exagération du tempérament sanguin mène à la pléthore. Il n'en est pas de même du tempérament lymphatique ; porté à un degré extrême, il conduit à la maladie scrofuleuse, et non à l'anémie. Pour les anciens, le mot tempérament lymphatique signifie manière d'être, dans laquelle il y a prédominance des sucs blancs, et en particulier de la partie séreuse du sang. Plus tard, on donna un autre sens à ce mot, lorsqu'on eut découvert l'existence des vaisseaux lymphatiques. On pensa que c'était l'altération des liquides contenus dans ces vaisseaux qui était la cause d'un grand nombre de maladies. L'on désigna par tempérament lymphatique celui où prédomine la lymphe, c'est-à-dire le liquide renfermé dans les vaisseaux blancs et le tissu cellulaire. Aujourd'hui on doit revenir à l'ancienne opinion et considérer le tempérament lymphatique comme étant constitué ainsi que nous l'avons dit plus haut. Le tempérament pituiteux est le même que celui appelé par les modernes tempérament muqueux ; le mucus était la pituite pour les anciens.

M. Lecanu dit que chez les lymphatiques les globules sont diminués ; M. Andral considère ce résultat de l'analyse comme exact. Chez les sujets de cette constitution, on trouve diminuée la somme de matière colorante départie aux tissus ; la peau est pâle et blafarde ; l'iris offre une teinte plus claire ; le système pileux est peu développé. Les phlegmasies marchent moins rapidement et moins franchement vers la résolution, qui est longue à s'établir et entravée par toutes sortes d'accidens.

Le tempérament lymphatique, en augmentant et en s'exagérant, aboutit à l'affection scrofuleuse. Il est un autre état, qui est compatible avec la santé, et que l'on peut appeler la constitution anémiée. L'anémie, pour un certain nombre de sujets, est un état de santé encore réelle ; portée plus loin, elle constitue la chlorose ou l'anémie pathologique. Le tempérament lymphatique est plus commun chez la femme que chez l'homme : or, M. Lecanu a trouvé précisément moins de globules chez elle. Il y a des individus chez lesquels la crase du sang est peu active, ce sont les anémiques ; d'autres, au contraire, qui font beaucoup de sang, ce sont les pléthoriques.

Lorsque la constitution anémiée est encore compatible avec l'état de santé ; la fibrine n'est pas diminuée ; si elle est portée plus loin, si elle

---

blication on lit encore avec plaisir, avec fruit, tant le style donne aux productions de l'esprit cette force de vie qui assure leur réputation et quelquefois leur immortalité. Bien supérieur aux PRIMÆ LINEÆ PHISIOLOGICÆ de Haller, le livre de Richerand, d'un jet très vigoureux, est peut-être le modèle des livres élémentaires. Les principes y sont présentés avec art et habileté ; rien de superflu ne s'y trouve, rien d'essentiel n'y est omis ; c'est un tableau abrégé, mais complet des acquis de la science ; écrit sans affectation ni recherche, sans pesanteur d'érudition, une précision colorée, une exquise pureté de formes, qui reste simple, sans cesser d'être élégante, une clarté, une netteté admirable d'expression, en rendent la lecture aussi attrayante qu'instructive. Cet ouvrage eut donc un succès général et mérité ; les gens du monde le lurent avec intérêt, et il répandit au loin le goût des études de l'homme et des lois de la vie.

Un pareil début flatta d'autant plus le jeune auteur que ce fut une compensation de la gloire que Bichat s'était acquise. Chaque homme célèbre a, dit-on, sa fatalité particulière ; celle de Richerand fut d'avoir trouvé dans sa jeunesse un émule tel que Bichat, et dans son âge mur un rival comme Dupuytren. Tous les deux l'ont surpassé, sans pourtant l'avoir effacé. Toutefois Bichat avait vécu, et ce beau génie s'étant éclipsé dès son aurore, Richerand régnait seul ou à peu près dans la carrière qu'il venait de s'ouvrir. Son ouvrage, dont la première édition était en un volume, fut dédié à Fourcroy, très puissant alors dans l'instruction publique. Ce grand chimiste ayant accueilli avec plaisir cette marque de déférence du jeune docteur, celui-ci ne tarda pas d'en ressentir les bienfaisans résultats : aussi parvint-il en assez peu de temps aux places et aux honneurs. Il fut nommé chirurgien adjoint à l'hôpital St-Louis, puis à la Garde de Paris. Mais Richerand désirait davantage, il voulait une chaire à l'école de Paris, et il l'obtint, sans concours, il est vrai, mais à une grande majorité de suffrages. Sa satisfaction, son émotion furent telles que, dans la solennité qui eut lieu pour sa réception, le 23 juin 1807, il pût à peine prononcer son discours de remercîment.

Cependant le titre d'écrivain brillant ne pouvait suffire au nouveau professeur ; placé sur un théâtre élevé, Richerand voulut pleinement répondre aux espérances qu'on avait conçues de lui. Animé par le but, poussé par une noble ambition, plein d'ardeur et de foi, il se livrait pendant plusieurs années à la pratique de son art, à des recherches d'anatomie et de chirurgie, lorsqu'une occasion favorable fit retentir son nom comme opérateur. Un chirurgien de Nemours, nommé *Michelleau*, était atteint à la mamelle gauche d'un cancer adhérent aux côtes. Aucun chirurgien n'osait opérer le malade. Richerand fut plus hardi. « J'y procédai, dit-il, le 31 mars, encouragé dans cette entreprise hardie par l'assistance éclairée autant qu'active de mon collègue M. le professeur Dupuytren » (HISTOIRE D'UNE RÉSECTION DES COTES ET DE LA PLÈVRE, lue à l'Académie royale des sciences, le lundi 27 avril 1818, par M. le chevalier Richerand, etc.) C'est dans cette opération que, « par une ouverture quadrilatère, sorte de fenêtre pratiquée au-devant du cœur » (id.), il mit à nud cet organe, et, comme Harvey, le fit voir et toucher à plusieurs personnes. Quoique le malade succomba depuis par le retour de la maladie, cette belle opération n'en fut pas moins un honneur infini à celui qui l'avait exécutée. Dès lors la réputation de Richerand, jusqu'alors assez circonscrite, s'étendit et fut établie sur une base solide. Malheureusement elle ne se soutint pas à cette hauteur. Une tête forte, un coup-

devient maladie, la fibrine ne se modifie pas encore; mais si la maladie faisant toujours des progrès arrive à un degré extrême, alors la fibrine diminue. Ce troisième cas est rare et représente les anémies qui sont la suite des hémorragies ou des émissions sanguines répétées. Dans l'anémie développée spontanément, il n'y a pas une diminution aussi notable de fibrine, tandis qu'elle est très prononcée dans l'anémie accidentelle ou provoquée. Les modifications de quantité qu'éprouve la fibrine n'ont donc presque rien à faire dans l'anémie, excepté dans les cas où tous les autres élémens du sang diminuent, comme par l'effet de la diète et des saignées. Le caractère fondamental de l'altération du sang dans l'anémie est la diminution des globules; mais cet abaissement est très variable; quelquefois il est très faible et les symptômes cependant très prononcés; l'inverse peut avoir lieu. Cependant l'on peut dire *qu'en général l'abaissement des globules mesure le degré de l'anémie*; celle-ci commence lorsque les globules tombent de 127 à 80; elle se prononce à mesure qu'ils s'abaissent au-dessous de 60, 50, 40; parfois, enfin, ils descendent jusqu'au chiffre extrême de 27; l'eau augmente.

Symptômes de l'anémie. — On peut dire qu'il n'est pas une seule fonction qui ne soit troublée à un degré plus ou moins marqué; sensibilité générale, intelligence, motilité, circulation, digestion, tout est modifié. Chez les anémiques qui ont contracté cette maladie lentement et spontanément, l'intelligence est parfaitement conservée; il n'en est plus de même quand l'anémie résulte d'une perte de sang abondante et rapide; il survient alors des troubles dans les fonctions cérébrales et un délire violent. L'augmentation des proportions d'eau et la diminution des globules changent les conditions normales de stimulation que le sang doit apporter au cerveau. On pourrait croire que la diminution des globules, qui amène l'affaiblissement de la vie, devrait agir dans le même sens sur les fonctions dévolues au système nerveux; il n'en est rien cependant, et l'observation journalière démontre que les individus fortement anémiés, loin de perdre leur sensibilité, en acquièrent une insolite. Le moindre bruit est vivement perçu et les fait tressaillir; la peau devient d'une sensibilité excessive. Je dirai plus loin à quelle cause on peut attribuer ces symptômes. Les sensations internes, vagues, ou non perçues, s'élèvent au degré des sensations externes, et la sensibilité organique est presque aussi développée que la sensibilité animale. L'estomac est le siége de douleurs vives et digère mal les substances alimentaires. On observe les troubles les plus variés du côté de la vue, de l'ouïe, des hallucinations, des douleurs de tête. Il arrive quelquefois un degré extrême, où l'hyperesthésie est remplacée par une anesthésie complète. M. Andral a vu chez un malade, atteint d'affection chronique de l'estomac, et soumis à une diète sévère, la cécité survenir et disparaître à la suite d'un traitement convenable. Il faut, pour que de tels accidens se manifestent, que l'anémie soit portée à un degré extrême. La motilité reçoit aussi quelques atteintes; il y a des mouvemens choréiques chez les sujets qui sont profondément anémiés. On observe sur les animaux que l'on fait périr d'hémorragie des convulsions, qui précèdent de quelques instans la mort.

La digestion est constamment troublée; l'appétit diminué, entièrement aboli, ou remplacé par les appétits bizarres qui ont reçu le nom de boulimie, pica, malacie; les vomissemens qui surviennent résultent de la faiblesse même de l'appareil digestif; aussi les substances toniques et chargées de principes réparateurs sont-elles bien digérées; le bouillon de poulet peut être vomi, tandis que le bouillon de bœuf est gardé par l'estomac. Si l'on veut obtenir quelque succès dans le traitement de ces anémies, il faut recourir à une médication tonique. On parvient souvent ainsi à faire disparaître en peu de temps des phénomènes morbides qui avaient résisté à tout autre traitement.

La respiration est souvent gênée, et l'action du cœur plus ou moins modifiée. Les palpitations, dont la véritable cause est parfois méconnue par les médecins, dépendent de l'appauvrissement du sang; elles sont d'autant plus prononcées que l'altération du sang est plus profonde. Le nombre des battemens du cœur n'augmente que lorsque le mal est parvenu à un certain degré; au début, il ne s'écarte pas de ce qu'il est dans l'état physiologique; plus tard, le pouls s'accélère d'une manière très notable; et, dans l'anémie extrême, il finit par se ralentir. Ce dernier cas est même assez rare, et le pouls conserve jusqu'à la fin une fréquence extrême chez les animaux que l'on fait périr d'hémorragie. Il suffit d'être prévenu de l'influence qu'exerce la composition du sang sur le rhythme du pouls, pour ne pas considérer comme un état fébrile l'accélération des battemens du cœur, observée chez les anémiques.

Le réseau capillaire est décoloré, puisqu'il ne renferme qu'un sang très séreux; en quelques points, cependant, il se forme des congestions qui produisent des rougeurs circonscrites; c'est ainsi que se développent parfois des rougeurs sur les conjonctives. Les stases sanguines naissent sous l'influence de l'affaiblissement qui frappe le système nerveux et l'empêche d'imprimer aux vaisseaux capillaires la stimulation nécessaire à la juste répartition du fluide sanguin. Ces congestions méritent bien la dénomination de passives que leur a donnée l'antiquité. L'efficacité des substances toniques et la promptitude avec laquelle disparaissent ces stases prouve que l'atonie est la véritable cause qui les détermine.

Les hémorragies sont excessivement rares; l'exploration du cœur fait reconnaître l'existence de bruits anormaux de même nature que ceux provoqués par les insuffisances des orifices; toutefois, l'altération du sang est la seule modification qui soit survenue: les globules ont beaucoup diminué, et, relativement aux globules, il y a plus d'eau. Les bruits anormaux sont de deux espèces: les uns continus, les autres intermittens; ces derniers ne répondent qu'à la systole du cœur. Est-ce seulement dans les cas où le sang est altéré comme il a été dit, qu'on entend des bruits anormaux? Il y a des cas où il n'en est pas ainsi; il faut donc établir plusieurs propositions à ce sujet.

Première proposition. — Lorsqu'on a pratiqué plusieurs saignées, ou que le sujet a été en proie à plusieurs hémorragies considérables, les bruits de souffle intermittens ou continus apparaissent, mais non chez tous les individus; chez quelques-uns, il suffit d'une faible perte de sang pour que ces bruits anormaux prennent naissance.

Deuxième proposition. — Dans l'anémie spontanée, les bruits de souffle se montrent également.

Troisième proposition. — Avec un certain degré d'abaissement des globules, que l'on peut fixer au-dessous de 80, le bruit de souffle est constant dans les artères; souvent aussi il existe en même temps dans le cœur.

Quatrième proposition. — Chez beaucoup de malades les bruits de souffle du cœur et des artères apparaissent encore lorsque les globules vont de 80 à 100.

Cinquième proposition. — Chez plusieurs individus, ces mêmes bruits

---

d'œil pénétrant, une main ferme et adroite, un imperturbable sang-froid font l'opérateur; les grandes vues, l'esprit profond, entreprenant, font le chirurgien hors de ligne, autrement dit, la partie intellectuelle est la chirurgie elle-même; l'adresse opératoire n'en est que le mécanisme. Richerand n'eut peut-être pas cette réunion de qualités, qui dans la chirurgie constituent une supériorité décidée. « On n'a pas, dit son spirituel compatriote, Brillat-Savarin, la parole plus consolante, la main plus douce, ni *l'acier plus rapide.* » Rien de plus vrai, mais de pareils dons appartiennent au talent, sans avoir droit au génie. Or, ce fut le cas du chirurgien célèbre dont nous parlons. Puis à côté de lui, presque toujours sous ses yeux, grandissait un homme qui, pour parvenir à une haute réputation, sut joindre à un mérite supérieur, incontestable, une ambition insatiable, une audace, une opiniâtreté, une souplesse, inconnues jusqu'alors dans la profession.

Cet homme eut encore sur son rival un immense avantage, ce fut le talent de la parole. Quand on avait lu et admiré Richerand, on était ensuite surpris, confondu de l'entendre parler. Empâté, enchevêtré dans sa pensée, il ne pouvait ni la concevoir, ni l'énoncer complètement. Loin d'avoir ce souffle, ce *flumen orationis*, cet entraînement à la fois vif et rapide, contenu et méthodique des bons professeurs, qui captive l'attention, et la fixe irrévocablement, l'hésitation pénible de la phrase, l'enfantement laborieux des mots, prouvaient la stérilité de Richerand sur ce point important. Il y a, dans la parole, une indomptable puissance de conviction, et qui peut s'appliquer à mille fins; mais cet admirable instrument de communication ne fut nullement à la disposition de l'homme célèbre dont nous parlons. Il était même absolument dénué de l'appareil physique, extérieur, si nécessaire à quiconque parle en public. Un langage sourd, mal accentué, le ton commun, le geste sans expression, démontraient que le mal était sans ressource. D'ailleurs, un certain défaut de prononciation rendait la voix de ce professeur peu nette, ce qui l'impatientait et l'intimidait tout à la fois. Et s'il voulait en élever le diapason, sa parole avait alors quelque chose de forcé, d'aigu, qui fatiguait l'auditeur en blessant son oreille. Ce fut là un grand malheur pour Richerand, peut-être même la source de ses chagrins, l'origine de cette animosité profonde et vivace qu'il manifesta contre son rival. Toutefois, sa réputation se soutint, et rien n'y contribua davantage que la publication de la Nosographie chirurgicale, ouvrage qui eut un grand succès et qui le méritait. Richerand reparut alors avec tous ses avantages; car son livre brille surtout par la forme et par la diction; c'est un véritable modèle du style scientifique, ce style ferme et plein, coulant et substantiel, qui tire de la pensée tout son mérite, qui s'efface en quelque sorte, pour ne laisser paraître qu'elle. Mais ce succès devint insuffisant et incomplet au bout de peu d'années; l'éclat des leçons de Dupuytren, la foule qui s'y précipitait, avide de la parole de ce grand professeur, firent pâlir l'étoile chirurgicale de Richerand. Il avait méprisé le reproche de n'avoir qu'une *verve de pupitre*, ou, comme on l'avait écrit, de ne montrer d'esprit qu'à *la pointe de sa plume*; il s'aperçut enfin que, pour communiquer son savoir, ce reproche n'était pas sans fondement. Il sentit alors avec amertume la différence du professeur à l'écrivain, quand il s'agit d'enseignement. Le livre est un patient discret et silencieux, qui ne se plaint jamais et ne va pas redire à l'auteur les affronts qu'il a reçus. Dans une chaire, toute illusion est impossible; il n'y a ni distance ni fiction entre le professeur et le public; il faut subir la torture morale de se montrer tel que l'on

apparaissent dans les artères et le cœur, lorsque les globules dépassent encore le nombre 100; ils peuvent même exister lorsque les globules vont de 100 à 125.

Sixième proposition. — Dans quelques cas très rares, les bruits anormaux se montrent encore, bien que les globules soient au-dessus de la moyenne; on les a constatés dans des cas où les globules étaient à 131 et à 137. D'où l'on doit conclure que le développement des bruits de souffle ne tient pas exclusivement à la diminution des globules.

Ces résultats sont fournis par l'analyse de 93 cas où les bruits de souffle s'étaient manifestés dans les artères, et souvent dans le cœur. Sur 93 cas, il y a eu souffle continu dans 56 cas; sur ces 56 cas, 28 fois les globules étaient au-dessus de 80; dans 13 cas, ils s'élevaient de 80 à 100; dans 10 cas où le souffle continu existait, le chiffre des globules oscillait entre 100 et 115; dans 5 cas, entre 115 et 125. Dans les cas où le souffle fut intermittent, les globules furent au-dessous de 80 dans 3 cas; de 80 à 110 dans 13 cas; de 100 à 115 dans 8 cas; de 115 à 125 dans 5 cas; de 125 à 137 dans 3 cas; de 131 à 137 dans 3 cas. Le souffle intermittent a moins de valeur que le souffle continu; ce dernier est celui qui se prononce le mieux dans les cas où les globules baissent beaucoup; à mesure que les globules s'élèvent, le souffle devient intermittent.

Il y a encore d'autres maladies que la chlorose dans lesquelles on rencontre le bruit de souffle. Dans un cas de rhumatisme, les globules étant à 97, on entendit le bruit de souffle continu; il était intermittent dans un autre où les globules étaient à 99. De 81 à 97, il s'est montré tantôt continu, tantôt intermittent. Il est très rare que le bruit de souffle se manifeste dans la pneumonie, malgré le nombre des saignées, ce qui est parfaitement en rapport avec la nature inflammatoire de la maladie. Une fois, on observa un souffle intermittent, les globules étant à 95. Une remarque importante, c'est que les globules, dans la pneumonie, ne baissent jamais autant que dans le rhumatisme, ce qui explique jusqu'à un certain point la production plus facile du bruit anormal dans le rhumatisme. Il faut dire aussi que les rhumatisans avaient été plus fortement saignés que les sujets affectés de pneumonie.

On peut établir, d'après ce qui précède, que chez un individu de constitution anémiée ou déjà anémique, les émissions sanguines sont nuisibles, s'il n'y a pas d'autres maladies qui en réclament l'usage, parce qu'elles ont pour effet d'agir dans le même sens que la constitution, c'est-à-dire de diminuer le nombre des globules. Une alimentation substantielle augmente les globules, et par conséquent est utile. Il en est de même des préparations de fer, qui n'augmentent pas la fibrine, comme on l'a cru longtemps, mais seulement les globules. Le fer reproduit les globules, mais on ne sait pas de quelle manière.

TEMPÉRAMENT NERVEUX. — Quand le système nerveux acquiert une prédominance marquée, il engendre la constitution nerveuse. Chez un certain nombre d'individus qui en sont doués dès leur naissance, ou qui l'ont acquise depuis, le sang est modifié; d'autres, au contraire, ne présentent rien de particulier. Il n'est pas un médecin qui ne sache que chez un très grand nombre d'individus les émissions sanguines ne réussissent pas; quand on y a recours, on voit aussitôt les digestions s'altérer et les malades éprouver de l'angoisse, des palpitations, et d'autres symptômes qui annoncent l'influence funeste produite par la perte de sang. Elle agit sur toute la constitution et contribue à accroître l'intensité des accidens nerveux qui existaient auparavant. Les sujets ainsi disposés sont ceux chez lesquels les globules du sang sont diminués; or, si l'on vient à augmenter encore cette diminution par la saignée, les symptômes nerveux prennent plus de violence. La diète est moins facilement supportée, surtout quand le siége de la maladie est dans l'estomac. Combien de névroses gastriques n'ont-elles pas été produites et entretenues par une diète sévère et un traitement inopportun! Le secret des guérisons miraculeuses qu'opèrent certains charlatans tient précisément à ce qu'ils relèvent les forces de l'estomac par des toniques énergiques, par des alimens substantiels. Ils font ainsi pénétrer tout à coup dans le sang des principes nutritifs qui donnent des forces en augmentant le nombre des globules. Quelquefois, au contraire, il y a une surexcitation assez grande, dont on se rend maître par les narcotiques.

Les trois espèces de tempéramens que nous venons de passer en revue ne marchent pas toutes avec une modification correspondante du sang; dans le sanguin et le lymphatique, les globules sont le seul élément dont les quantités soient altérées. Il peut l'être aussi chez les sujets nerveux, mais non d'une manière constante et nécessaire. Il convient d'avoir égard à ces trois conditions organiques dans le traitement des maladies, parce qu'elles forcent le médecin à modifier la nature et l'intensité de quelques agens thérapeutiques.

DU SANG DANS LA FIÈVRE ET LES FIÈVRES. — Il faut d'abord se rappeler la division des fièvres en idiopathiques et en symptomatiques; celles-ci ne sont qu'un simple mouvement fébrile lié à la phlegmasie d'un organe, à des congestions sanguines actives qui ne sont pas des inflammations, on à des douleurs plus ou moins vives. La fièvre idiopathique peut exister: 1° sans lésion constatable des solides; 2° avec une lésion bien caractérisée, mais qui n'est point la cause de la maladie; les tumeurs charbonneuses, le bubon, dans la peste, les ulcérations des plaques de Peyer, dans la fièvre typhoïde, sont, pour moi, les effets d'une cause qui ne m'est pas encore connue. Disons quel est l'état du sang dans les fièvres symptomatiques et idiopathiques.

1° Si la fièvre est symptomatique d'une inflammation, la fibrine est augmentée; mais cette augmentation ne tient nullement au mouvement fébrile, car il y a des fièvres qui sont d'une aussi longue durée et tout aussi intenses que celles d'origine inflammatoire, et dans lesquelles on n'observe pas d'augmentation de la fibrine; il faut donc en conclure que ce n'est pas la fièvre qui détermine cette augmentation. Il serait téméraire, quant à présent, d'en assigner la cause. Quelques personnes n'hésiteront pas à considérer l'inflammation comme la cause de ce changement survenu dans les quantités de la fibrine; nous croyons que l'on ne peut rien décider à cet égard.

2° Lorsque la fièvre n'est point produite par une inflammation, la fibrine n'est point augmentée, quelles que soient l'intensité et la durée de la fièvre.

3° Il peut arriver qu'une fièvre existant d'abord sans aucune inflammation se complique plus tard d'une maladie de cette espèce; dans ce cas alors, la fibrine augmente.

4° Une fièvre peut se montrer en même temps que des inflammations; celles-ci ne l'ont ni précédée, ni compliquée; elles sont nées avec elle et constituent un des élémens essentiels de la maladie. Telles sont les phlegmasies multiples de la peau dans la variole, la rougeole, la scarlatine; ces lésions, que l'on regarde peut-être à tort comme de nature inflammatoire, n'ont pas le pouvoir de faire monter la fibrine à la manière des

---

est et tout ce qu'on est. On brille ou on s'efface, on s'élève ou on tombe à plat, séance tenante; la justice est expéditive. Richerand en fit la triste épreuve par l'indifférence, par la froideur du public et par son isolement. C'est là ce que remarquait Desgenettes, toujours prêt à lancer le trait railleur. Que fait Richerand, disait-on, écrit-il? Non, notre collègue,

« Professe un cours public que le public évite. »

Dès-lors les inimitiés s'accrurent et jetèrent de profondes racines dans le cœur des deux rivaux. Toutefois, les effets de leur haine n'éclataient que dans de rares occasions; il y avait toujours un vernis de prudence et de ménagement. Mais Dupuytren, dans un article sur Pinel, et publié dans le JOURNAL DES DÉBATS, désigna clairement son adversaire et le traita de *zoïle incorrigible*. L'agression était patente, brutale, et Richerand le sentit; le trait l'avait percé si profondément, que jamais il ne put arracher l'aiguillon de ce sarcasme. Outré, indigné, il franchit bientôt toutes les bornes de la modération; il y eut, dans son ressentiment, de la colère, de l'irritation, de la violence, de l'emportement, quelque chose de l'orgueil furieux du mauvais esprit précipité, et l'on put connaître la profondeur de la blessure au fiel qui coula de sa plume et de sa parole. Non seulement ses attaques furent sourdes et cachées, mais publiques et sans ménagement quand l'occasion s'en présentait. L'Académie de médecine étant instituée, Richerand, connu par l'élégance de son style, fut nommé secrétaire de la section de chirurgie. Mais poussé par ce désir de dominer qui n'abandonne jamais les hommes de quelque talent, il voulut diriger la compagnie, imiter Louis, l'illustre secrétaire de l'ancienne Académie de chirurgie; ce fut là son idée fixe et prédominante. Il n'y réussit pas. Les oppositions, les railleries, les allusions épigrammatiques de *demi Louis*, lui apprirent bientôt le peu de valeur de ses prétentions; il se résigna. Toutefois, la présence de son rival le gênait et l'offusquait. De son côté, le superbe Dupuytren affectait cette hauteur de dédain, ce froid mépris enveloppe de modération qui lui était particulier. Puis tout à coup éclatèrent, en pleine séance, ces récriminations injurieuses, ces querelles virulentes, dont le public médical retentit si longtemps. Dans ce pugilat d'invectives et d'insolences mutuelles, tous les deux eurent tort, et tous les deux furent condamnés par l'opinion de leurs confrères. Aussi, un membre de la docte assemblée s'écria-t-il avec une malice spirituelle: « Ces messieurs se disent de *telles vérités*, que ceux qui les entendent les prennent pour des calomnies. » La querelle cessa, mais non la haine qui l'avait produite. Richerand, dans un rapport public pour l'Académie, rapport qu'il étendit depuis et publia sous le titre des PROGRÈS RÉCENS DE LA CHIRURGIE, attaqua son ennemi, le peignit sous des traits peu flatteurs en l'affublant du masque de Simon Pimpernelle (1). Dans une autre solen-

(1) Richerand, sans l'indiquer, avait tiré ce portrait de l'INDEX FUNEREUS CHIRURGICORUM PARISIENSIUM, publié par Jean Devaux. Voici le texte: Simon Pimpernelle, *parisiensis, vir disertissimus, consultor famosus, societatis barbitonsorum chirurgorum quater præfectus. Obiit, 7 novem. anni* 1658. En effet, ce chirurgien vivait sous Louis XIII, et Tallement des Réaux en fait deux fois mention dans ses célèbres historiettes.

autres inflammations; il en est de même des lésions trouvées dans l'intestin des sujets frappés de fièvre typhoïde; permis aux médecins qui font de cette affection une phlegmasie de l'intestin, de considérer les ulcérations des follicules comme une inflammation; ce qu'il importe de bien établir, c'est que ces prétendues ulcérations inflammatoires n'ont pas pour effet d'augmenter la fibrine; ce qui arrive cependant dans les maladies que l'on est habitué à regarder comme étant inflammatoires.

Il résulte de ce qui précède que dans les cas où une fièvre coïncide avec une inflammation et constitue avec elle un des élémens de la maladie, la fibrine n'augmente pas; c'est ce qui a lieu dans la variole, la fièvre typhoïde, etc. Il n'en est plus ainsi dans les cas où il surgit une inflammation durant le cours de la fièvre, on bien lorsque celle-ci, par la succession même des phénomènes morbides, finit par aboutir à une phlegmasie manifeste.

Un certain nombre de fièvres continues reconnaissent pour cause une richesse trop grande du sang. La fièvre inflammatoire, dont la durée est de quelques jours, se rattache à un état morbide de ce genre. Cette fièvre était pour les anciens une fièvre proprement dite, tandis qu'elle n'est réellement que symptomatique. Aujourd'hui l'on peut poser cette question: est-ce dans le solide ou dans les liquides que réside la cause de cette fièvre? On l'a résolue en disant que c'est la trop grande richesse du sang qui la produit; mais cette opinion est vague et même fausse, si l'on entend parler d'une augmentation de fibrine; les globules seuls ont augmenté et la fièvre inflammatoire reconnaît pour cause ce changement dans la proportion des globules. A l'époque où Pinel fit paraître sa Nosographie, on ne faisait jouer aucun rôle aux humeurs dans la production des maladies; cependant il plaça le siége de la fièvre angéioténique dans les vaisseaux; plus tard elle fut rattachée à la gastrite et à l'entérite. On en fit ensuite une inflammation du cœur et des vaisseaux (angeio-cardite) et Tomasini conserva cette opinion en nommant la maladie angéioïte. On lui a donné aussi le nom de fièvre par pléthore, de fièvre hypérémique, et c'est ainsi que les idées humorales se sont constituées définitivement au sujet de cette maladie.

Cette fièvre n'est pas la seule qui produise l'augmentation des globules; on constate encore celle-ci au début de beaucoup de pyrexies très différentes, de la fièvre typhoïde, de la rougeole, de la scarlatine. On ne trouve pas cette surabondance de globules dans les phlegmasies; elle existe encore au milieu du cours des fièvres et comme les globules à cette époque ne semblent pas avoir diminué, on doit en conclure qu'ils étaient augmentés car les saignées et la diète ont pour effet d'en diminuer le nombre.

La fièvre, dans les pyrexies continues, tient si peu à l'augmentation des globules qu'elle persiste lorsque ceux-ci sont normaux; elle peut même paraître lorsque les globules descendent au-dessous de leur chiffre normal. M. Andral a été frappé d'un fait qui lui a été fourni par l'observation des chlorotiques; à mesure que le mal fait des progrès et que les globules diminuent, la fréquence du pouls augmente en raison de l'état anémique; une véritable fièvre s'allume, la chaleur s'accroît, le pouls devient d'une fréquence extrême et les sujets succombent. A l'autopsie on ne trouve aucune lésion bien marquée dans les différens viscères.

Tous les états possibles des globules, (état normal, augmentation, diminution) peuvent exister avec la fièvre. On peut admettre, mais sans pouvoir le démontrer rigoureusement, qu'il y a des fièvres liées à une trop grande quantité de sang; il y en a d'autres qui existent avec une diminution très notable de globules; un troisième cas est celui où la fièvre persiste bien que la saignée et la diète aient diminué les globules.

Si maintenant nous recherchons comparativement l'état des divers élémens du sang dans les fièvres, nous trouvons que l'augmentation de la fibrine n'a lieu dans aucun cas par le seul fait de l'existence de la fièvre; que celle-ci peut se montrer: 1° la fibrine et les globules étant normaux; 2° la fibrine étant normale, et les globules seuls augmentés; dans ce dernier cas il y a rupture de l'équilibre établi entre les divers élémens du sang et par conséquent changement de sa composition. La fibrine peut diminuer dans les fièvres et baisser au-dessous de 1/1000. Les cas où l'on observe cette diminution sont des fièvres typhoïdes. Lorsque ces fièvres sont à leur début ou peu intenses, la fibrine reste normale; si l'affection s'aggrave la fibrine diminue. Quand la fièvre revêt la forme ataxo-adynamique, on quand celle-ci se prononce, la fibrine diminue; cet état n'arrive guère qu'au quinzième jour; aussi est-on en droit de se demander si ce n'est pas la durée de la maladie qui a amené cette diminution de fibrine. On peut répondre par la négative; en effet dans les phlegmasies aiguës à une époque avancée, la fibrine loin d'avoir diminué, augmente encore malgré la diète et les saignées. L'organisme, dans l'état typhique, offre donc des conditions tout à fait inverses de celles qui caractérisent l'inflammation. Dans la fièvre typhoïde en même temps que les globules et la fibrine s'abaissent, l'eau augmente; c'est donc dans cette maladie que survient le plus grand appauvrissement du sang puisque, non seulement il perd ses globules et sa fibrine, mais que l'eau augmente en même temps.

Propriétés physiques du sang dans les fièvres. — Lorsqu'il existe un état fébrile, la séparation du sang en sérum et en caillot est plus incomplète que dans d'autres circonstances, parce que le caillot est plus lâche et retient plus d'eau. Le sérum est assez souvent coloré en rouge par les globules et le caillot volumineux; ce qui tient: 1° à ce qu'il y a souvent au début de la fièvre quantité surabondante de globules; 2° à ce que le caillot conserve beaucoup de sérum; 3° à ce qu'il y a, d'une manière absolue ou relative, moins de fibrine, ce qui fait que le caillot est moins rétractile. Il peut conserver sa consistance ordinaire dans un grand nombre de cas, mais jamais celle-ci n'augmente et souvent elle diminue. Le cas le plus fréquent est celui où l'on trouve le caillot diffluent; parfois cette diffluence est telle que les débris du caillot nagent dans le sérum. La couenne parfaite ne se forme jamais dans les fièvres qui ne sont pas symptomatiques d'une phlegmasie; parfois on observe à la surface du caillot une couche mince et verdâtre qui n'est autre chose qu'un rudiment de couenne; c'est ce que l'on trouve dans la fièvre typhoïde et la variole.

Je livre les faits que je viens de signaler aux hommes impartiaux qui n'étudient la science que pour s'éclairer et qui n'ont aucun intérêt à s'élever contre les nouvelles vérités que l'observation fait découvrir. Je n'espère pas convaincre ceux qui ont soutenu dans quelque livre des théories que renversent les faits qui viennent d'être exposés. Il est évident, par exemple, que M. Forget ne voyant dans la fièvre typhoïde qu'une entérite folliculeuse ne peut accepter les remarques que j'ai faites sur son livre. J'aurais répondu avec détail à la lettre qu'il a fait paraître récemment dans ce journal si M. Andral ne s'était chargé lui-même de faire la réponse; seulement je déclare maintenir ce

---

nité à la Faculté de médecine, il n'épargna pas davantage celui qu'il désignait ainsi, « l'homme au cœur de glace, à l'encéphale cerclé de bronze, et qui ment comme on respire. » Bien plus, ce rival avait cessé de vivre; après une réconciliation *in articulo mortis*, Richerand, par un choix assez étrange, fut chargé de l'article Dupuytren, dans la Biographie universelle; c'était le cas de déposer les armes; eh bien! non, il en fut autrement. A la vérité, ce n'est plus la même vivacité de reproche et de critique; on sent même que l'auteur désire et veut être juste; impuissans efforts! le ressentiment, *manet alta mente repostum*, perce dans chaque phrase. Après quelques éloges aussi pâles qu'insignifians, l'auteur dit que le génie de Dupuytren ne consista qu'à *faire autrement*. Telle fut la mesure qu'il donna d'un homme qui, dans les derniers temps, était l'honneur de la chirurgie française. Il faut le dire, cet article de Richerand fut mal accueilli par le public, et feu le docteur L. V., de l'Académie de médecine, après l'avoir lu, ferma le livre avec indignation, et s'écria en parodiant l'abbé de Voisenon: *Zoïlus genuit Mœvium, Mœvius autem genuit Richerandum*, etc. (1).

Nous n'avons rappelé ces tristes débats que pour ne rien oublier de ce qui peut faire connaître les hommes qui, à notre époque, ont dominé dans la science. Esquisse ou portrait, il faut que le peintre soit exact et vrai, afin que personne ne vienne hautement accuser l'infidélité louangeuse ou malveillante du pinceau. D'ailleurs, il résulte toujours de cette publicité un grand enseignement pour les hommes élevés sur le pavois d'un mérite reconnu. C'est de se garder d'oublier que la célébrité, la fortune, le rang, l'influence dont ils jouissent, donnent à leurs qualités, à leurs défauts, un éminent relief; qu'ils sont toujours devant le juge de tout et de tous, le public; que pendant et après leur vie, ils seront pesés et appréciés avec une rigoureuse justice. Malheur à eux si, doués de talens, le fond de leur cœur ne recèle que misère et petitesse, s'ils ne sont réellement élevés que par le piédestal de leur position. Ajoutons qu'on ne ressent jamais sans danger l'impulsion d'un sentiment extrême et vivace. Dupuytren et Richerand ont subi la fatalité de leurs caractères. Tous deux eurent de grands talens, mais consumant leur vie dans des querelles passionnées, ils n'ont peut-être pas fait pour la science ce qu'elle avait droit d'en attendre. Comment ne pas croire également que des haines aussi ardentes n'influent sur la santé, sur le bien-être et l'existence? Aussi tous les deux sont morts dans la force de l'âge, moins épuisés peut-être par une longue épreuve de la vie et du travail, que par le chagrin et les anxiétés de l'esprit. Dupuytren, malgré la force de son caractère, la vigueur de sa constitution, éprouva le premier les atteintes de ces funestes luttes. Sa célébrité toujours croissante, sa fortune toujours en progrès, n'y ont rien fait. Dans les dernières années de sa vie, l'abattement de ses traits, son regard sans expression, ce rire mécanique qui ne rit pas, car il n'effleure que les lèvres,

(1) Pour *specimen* de cet article, nous citerons le fragment suivant: « Professeur disert, facile, ingénieux, doué d'une activité infatigable. Faire répéter son nom en y accolant l'épithète du premier, du grand, de l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu, était sa plus grande affaire comme sa plus douce jouissance. Elle le consolait de ses infortunes domestiques, dont la publicité n'était pas pour lui sans charmes. » (Biographie universelle, t. lxiii, supplément, art. Dupuytren.)

que j'ai dit dans mon compte-rendu ; plus tard je trouverai une occasion plus favorable pour m'expliquer sur les assertions contenues dans le traité de M. Forget, lorsque je publierai, avec M. Fleury, l'article fièvre typhoïde.

RAPPORT DE L'ÉTAT DU SANG AVEC LES DIFFÉRENS PHÉNOMÈNES DE L'ÉTAT FÉBRILE. — Le mouvement fébrile peut parcourir ses différentes phases sans que l'on observe d'autres phénomènes que ceux qui caractérisent l'état fébrile, ou bien il peut survenir en même temps que la fièvre des phénomènes qui ne sont point produits par elle, mais qui ont une certaine liaison avec elle. Ces phénomènes sont au nombre de quatre, l'inflammation, la congestion, l'hémorragie, la gangrène. Ils ne se montrent pas d'une manière constante, mais leur fréquence est assez grande pour que l'on soit en droit de les considérer comme ayant une connexion intime avec la fièvre.

Parmi les inflammations, il en est un certain nombre qui viennent se jeter à la traverse du mouvement fébrile et qui ne s'accompagnent d'aucune altération du sang. Aussi, n'est-il pas toujours vrai de dire que la fièvre en se prolongeant finit par produire l'inflammation : celle-ci peut très-bien s'ajouter à la fièvre, mais elle n'en est point le produit. D'autres fièvres, comme la rougeole, la variole, la scarlatine, s'accompagnent de lésions que l'on a considérées comme étant d'origine inflammatoire ; dans ce cas encore ces phlegmasies n'amènent pas d'altération dans le sang. D'autres fièvres enfin finissent par provoquer une inflammation, le sang alors est altéré comme dans les phlegmasies.

Dans le cours des fièvres, les congestions des membranes et des parenchymes sont assez fréquentes. Si l'on cherche le rapport qui peut exister entre les congestions et l'état du sang, on est porté à supposer qu'elles dépendent d'une rupture d'équilibre entre les globules et la fibrine ; elles sont très fréquentes dans la fièvre typhoïde, dans la variole, dans les grands typhus ; la rate et d'autres parenchymes sont ordinairement congestionnés dans ces maladies ; or la diminution des quantités de fibrine par rapport aux globules (soit absolue, soit relative), est l'altération qui a été observée dans le sang des sujets. Ainsi donc l'état typhoïde, les congestions, l'altération du sang dont nous venons de spécifier la nature, tels sont les trois ordres de faits que l'on peut placer les uns à côté des autres, comme marchant parallèlement.

Dans les fièvres les hémorragies sont très fréquentes, tandis qu'elles sont très rares dans les phlegmasies franches ; si l'on compare sous ce point de vue la pneumonie et la fièvre typhoïde on saisira facilement les différences qui les séparent. Les hémorragies sont non seulement communes, mais leur intensité s'accroît aussi avec la violence des phénomènes que présentent les fièvres : dans le typhus d'Europe, dans la fièvre jaune, la peste, elles sont remarquables par leur gravité.

La gangrène est beaucoup plus rare que les trois phénomènes précédens ; cependant on la voit se produire dans un assez grand nombre de fièvres, comme dans la peste d'Orient, dans le typhus d'Europe ; j'ajouterai que la morve aiguë, les affections charbonneuses, les fièvres dites purulentes dans lesquelles on observe souvent des gangrènes, sont des maladies générales fébriles où l'altération du sang peut être supposée, mais non démontrée.

Les anciens, en présence des phénomènes que nous venons d'étudier, avaient été conduits à admettre que le sang est altéré et que ses divers élémens ont la plus grande tendance à se dissocier. Ils appelaient putridité cet état morbide dans lequel les forces vitales semblent céder à l'empire des lois physiques et le sang devenir putrescent. Borden, dont les opinions sur la nature de la fièvre typhoïde sont empreintes d'une sagacité et d'une philosophie si remarquables, n'hésite pas à considérer cette maladie comme liée à un état général et la désigne sous le nom de *scorbut aigu*. Cette expression ne manque pas de vérité quand on se place au point de vue de l'état du sang. La diminution de quantité de matière coagulable du sang est un fait général qui se fait remarquer dans presque tous les grands états fébriles ; ainsi, dans les fièvres par intoxication miasmatique, il y a d'abord absorption des miasmes, et immédiatement après le seul phénomène saillant qui se découvre à l'observateur est l'altération du sang ; il y a diminution de la fibrine. Cette altération qui se montre dans la fièvre typhoïde est l'effet de quelque altération que nous ne connaissons pas encore ; car on ne peut pas dire que la diminution de la fibrine en soit la cause puisqu'elle ne se prononce qu'en même temps que les autres symptômes marchent et à mesure que le mal suit ses phases et prend plus d'intensité. Aussi, dans les analyses faites, voit-on l'altération du sang n'être bien prononcée qu'à une époque avancée de la maladie, ou quand elle se manifeste avec violence dès le début.

Il résulte de ce qui précède des objections assez sérieuses contre les divers traitemens proposés pour combattre la fièvre typhoïde. Ainsi, en se plaçant seulement au point de vue des altérations du sang on peut raisonner de la manière suivante : dans la fièvre inflammatoire il y a plus de globules, et comme le meilleur moyen d'enlever cette surabondance de globules est la saignée, on doit conseiller les émissions sanguines en pareille occurrence. Dans la fièvre typhoïde les globules sont aussi augmentés et l'on peut croire que la saignée sera utile comme dans le cas précédent. La diminution de la fibrine n'a pas lieu par le fait même des saignées, si ce n'est lorsqu'elles sont portées très loin et lorsqu'elles ont été continuées pendant longtemps ; ainsi donc on arrive par le raisonnement à conseiller l'emploi de la saignée dans la fièvre typhoïde ; mais comme dans cette maladie il faut tenir compte du trouble profond de l'économie, trouble qui existe avant que le sang soit altéré, on ne peut pas savoir si la saignée n'agira pas sur la cause inconnue du mal. Aussi croyons-nous que le traitement de cette maladie ne pourra être établi que sur l'expérimentation. Qu'on se rappelle bien que la diminution de la fibrine n'est pas la cause de la fièvre typhoïde, mais seulement de quelques-uns de ses symptômes.

DU SANG DANS LES PHLEGMASIES. — L'inflammation n'entraîne pas les mêmes modifications suivant qu'elle est à l'état aigu, subaigu, chronique ; les modifications du sang ne sont appréciables que dans les deux premières formes de l'inflammation.

FIBRINE. — Elle augmente d'une manière constante ; le chiffre de l'augmentation peut varier de 4 à 10.

GLOBULES. — Ils n'augmentent pas par le fait de l'inflammation, quoiqu'on ait dit le contraire ; l'augmentation est le cas le plus rare ; ils restent à leur chiffre normal ; parfois ils s'abaissent au-dessous. La phlegmasie marche, la fibrine augmente, et à mesure que la diète et les saignées ont été plus longtemps continuées, les globules alors s'abaissent ; ils ne jouent donc aucun rôle dans la production de l'inflammation ; nous avons dit que les sujets pléthoriques, c'est-à-dire qui ont une surabondance de globules, ne sont pas plus disposés que les autres à contracter des inflammations.

---

furent les indices frappans des agitations de son âme, ou plutôt les symptômes d'une mélancolie profonde, se reflétant sur son visage et dans son esprit. Déjà la mort l'avait touché.

Le découragement moral fut peut-être encore plus précoce chez Richerand. Sa personnalité, aussi forte, mais moins haute que celle de son rival, s'abaissa jusqu'à des récriminations, des chicanes sans fin ; dès lors son talent diminua et les fruits de la maturité ne répondirent pas à la vigueur promise par la jeunesse. Aspirer à devenir et se croire un des premiers chirurgiens de l'époque a été la grande déception de sa vie ; il s'aperçut enfin qu'il s'était trompé, et l'on vit d'assez bonne heure, dans ses paroles et ses actions, je ne sais quoi de fatigué, d'affaissé, de brisé, d'abdiqué. On remarqua un fonds d'amertume et de causticité, de mécontentement hautain, une surexcitation acrimonieuse s'exerçant à plaisir sur les hommes et les choses. Qu'arriva-t-il ? Richerand se retira le premier de la lutte et de la haute pratique chirurgicale. *Væ victis* est le mot favori du monde, et il le savait. Sans quitter tout à fait le théâtre, il n'y joua plus le rôle actif et éminent qu'il avait tant ambitionné. Aussi sa réputation a-t-elle conservé jusqu'à la fin de sa vie, quelque chose de contesté, de difficile et d'incertain ; on pensait même que cette réputation était sans racine et sans base, parce qu'il y eut en lui quelque chose de toujours *à côté* de l'homme célèbre, à jamais et à juste titre. La justice oblige de dire que ce jugement était trop rigoureux. Devenu riche, il eut le bon esprit de vouloir jouir de sa fortune et de ses loisirs. Ce parti était d'autant plus sage que les belles lettres ne lui étaient pas étrangères ; comme les esprits d'élite, il s'était pris à leurs charmes. Ambroise Paré, Lapeyronie, Lamartinière, Marechal, Quesnay, Louis, Morand, Sabatier, etc., lui en avaient donné l'exemple. C'est même ainsi que ces hommes illustres avaient jeté tant d'éclat sur leur profession, car dès qu'on s'avisa de *parler latin* à Saint-Côme, la chirurgie française reconquit le rang que des *bistouriseurs* illettrés, si communs autrefois lui avaient fait perdre.

Toutefois Richerand voulut d'abord mettre en œuvre dans sa retraite, ses connaissances et son talent d'écrivain ; il avait entrepris, dit-on, une histoire de la chirurgie, et il est vivement à regretter qu'il n'ait pas exécuté son dessein. Loin de là, frappé ou plutôt effrayé par le mouvement social, il descendit des hauteurs de la science dans l'arène des passions politiques, et il publia un livre dont le caractère est tout à fait opposé à ses travaux ordinaires. (DE LA POPULATION DANS SES RAPPORTS AVEC LA NATURE DES GOUVERNEMENTS, 1837.) Cet ouvrage surprit, mais n'eut qu'un succès médiocre, ce n'était en effet qu'un énorme pamphlet. On s'aperçoit aussitôt que l'auteur n'a contemplé ni d'assez haut, ni d'un coup-d'œil assez profond l'état actuel des idées sociales. Il n'en voit qu'un seul côté, aussi son livre n'est-il qu'une véhémente réprobation du dix-neuvième siècle. De là les opinions les plus étranges, les accusations les plus virulentes ; aux yeux de l'écrivain, Montesquieu n'est qu'un *Gascon cauteleux*, O'Connell, un *Thersite révolutionnaire*. Il invoque le despotisme le plus rude, le plus absolu ; selon lui, la liberté et l'égalité ne sont que de sublimes niaiseries politiques. Comme en chirurgie, il veut qu'on emploie le fer et le feu pour guérir les plaies sociales. Ne comprenant pas qu'on peut être progressif sans être subversif, il blâme, il critique tout ce qui offre un caractère de nouveauté, même le *pain de gruau*. C'est dans toute la rigueur de l'expression, un radical rétrograde, manquant de ce sens qu'on peut appeler le sens de l'actualité. Au reste, la peur dominait son esprit, émerveillé du

Matériaux solides du sérum. — L'albumine peut être augmentée, mais non d'une manière nécessaire. L'inflammation peut acquérir une très grande intensité sans qu'il y ait une grande quantité d'eau.

Propriétés physiques du sang. — En général le caillot a plus de résistance et est plus consistant parce que la fibrine a chassé plus de sérum de ses mailles. Dans les pyrexies, ce sérum reste combiné en plus forte proportion avec le caillot qui est alors plus mou et plus volumineux. Dans les inflammations, le caillot a un petit volume, ce qui veut dire que la fibrine étant plus abondante, elle s'est plus fortement rétractée, les globules sont fortement tassés les uns contre les autres, de sorte que le caillot petit et dense des phlegmasies contient au moins autant de matériaux solides que le caillot volumineux.

Explication des phénomènes des phlegmasies. — Lorsque, dans le cours d'une phlegmasie, il se forme du pus dans les membranes ou dans les parenchymes, la fibrine augmente; aussi l'accroissement des quantités de fibrine et la suppuration sont deux faits qui coïncident; on peut même en ajouter un troisième, c'est la présence de fausses membranes sur les tissus enflammés. Les cas dans lesquels le sérum devient trouble et floconneux sont aussi des cas de phlegmasie dans lesquels il y a augmentation de fibrine. Les fausses membranes ont été analysées, et on les a trouvées constituées par la fibrine. Cette composition du reste est en rapport avec la ressemblance parfaite de la couenne du sang et des fausses membranes; celles-ci sont seulement plus consistantes.

Le pus est un liquide complexe dont l'analyse laisse encore beaucoup de choses à désirer. On ne peut pas dire que le pus est formé par la fibrine; mais il y a quelques espèces de pus dans lequel il y a une matière blanche assez semblable à la fibrine.

Si l'on cherche de quelle manière se forment les fausses membranes, voici ce que montre l'analyse du sang. Jamais on n'a pu constater dans ce liquide une augmentation de fibrine avant que le produit de l'inflammation ait donné des signes de sa présence. Est-ce parce qu'au début l'augmentation de fibrine est trop faible, trop minime pour pouvoir être aperçue? De même que l'urée ne se montre pas dans le sang, à moins qu'on ne force ce principe à s'y accumuler. Cette question ne saurait être résolue.

Il y a des cas où l'on ne peut déterminer la cause de la phlegmasie, et d'autres où elle se manifeste clairement; c'est ce qui a lieu lorsqu'on établit un travail local d'irritation à l'aide d'un vésicatoire. Il n'y a dans ce cas aucune modification préalable du sang. On peut donc conclure que le sang peut n'être modifié en aucune façon, et cependant une phlegmasie peut prendre naissance : on observe exactement la même chose dans un cas de brûlure. A la surface du vésicatoire il se forme un liquide séreux contenant en suspension une véritable couenne fibrineuse; de même aussi la suppuration s'établit à la surface des parties brûlées.

La fièvre n'exerce aucune influence sur les altérations de composition du sang. Suivant Tomasini, il est impossible qu'une diathèse inflammatoire se développe sans que l'organisme ne se modifie préalablement; avant tout travail local il y aurait, suivant le médecin italien, un état général de l'organisme auquel il donne le nom de diathèse. Il reste à examiner cet état dans ses rapports avec le sang.

On a cru que toutes les inflammations ne se ressemblaient pas sous le rapport de leur cause; on a supposé, par exemple, que la bile pouvait amener la diathèse bilieuse et que les inflammations recevaient une influence toute spéciale de l'état du sang altéré par la bile. Il était nécessaire, suivant les fauteurs de cette doctrine, de recourir aux évacuans; les antiphlogistiques étaient nuisibles. Sans doute on doit reconnaître que l'état bilieux a une existence bien réelle, mais seulement à titre de complication et non comme cause des phlegmasies. Aussi dans les pneumonies bilieuses le sang des sujets atteints de cette forme de phlegmasie n'a rien offert de particulier. De là résulte le précepte de traiter toutes les pneumonies par des émissions sanguines.

Des agens thérapeutiques employés contre les phlegmasies. — Il convient de rechercher si l'étude du sang ne peut pas répandre quelque lumière sur le traitement des phlegmasies. Disons d'abord que pour celles-ci, comme pour la fièvre, il faut demander le traitement à l'expérimentation d'abord et à la théorie ensuite. Si l'on s'en tenait aux données que cette dernière fournit on trouverait, par exemple, que la saignée n'est pas aussi bien indiquée dans les phlegmasies que dans les fièvres, comme dans la typhoïde, puisqu'elles ont pour effet d'agir sur les globules qu'elles abaissent, et non sur la fibrine; mais, nous le répétons, l'influence de la saignée doit être étudiée expérimentalement.

Les médecins ont été souvent partagés au sujet de l'efficacité des révulsifs dans le traitement des phlegmasies; les uns soutiennent que les vésicatoires augmentent l'inflammation; Tomasini, qui a embrassé cette opinion, prétend que la diathèse inflammatoire en est augmentée. D'autres pensent que les révulsifs cutanés sont utiles en appelant l'irritation vers la peau. Enfin, il est d'autres médecins qui croient le vésicatoire utile à certaines époques de l'inflammation. On doit en effet admettre comme un fait démontré par l'expérience, que ce mode de révulsion est nuisible dans les premiers temps de l'inflammation et qu'elle l'augmente; les phlegmasies chroniques mêmes sont réveillées par l'emploi inopportun de cet agent thérapeutique.

En se plaçant au point de vue des altérations du sang, on peut admettre que le vésicatoire établi sur une large surface, augmente nécessairement la fibrine puisqu'il produit une inflammation locale capable d'exciter la fièvre. Outre cette première influence exercée par le vésicatoire, il en est une seconde tout-à-fait opposée; elle consiste dans la soustraction de la fibrine du sang. En effet, le sérum du vésicatoire en contient une proportion assez forte; mais cette quantité de fibrine retirée du sang ne suffit pas pour compenser l'augmentation qu'a déterminée l'inflammation locale.

L'eau bouillante, la pommade stibiée, etc., agissent comme le vésicatoire. Dans quelques cas le sérum seulement est enlevé; dans d'autres il y a soustraction de sérum et de fibrine. Le derme fait l'office d'un filtre; les globules ne passent pas; l'albumine sort avec le sérum et ce n'est qu'exceptionnellement que les globules sanguins se fraient une route au dehors; il y a alors hémorragie.

Il y a des médicamens qui ont pour effet d'appeler la sueur à la surface de la peau; d'autres qui font affluer les liquides à la surface de l'intestin. Ces liquides peuvent être de nature très différente. Ainsi, l'aloès produit chez un grand nombre de sujets des selles copieuses constituées par une grande quantité d'eau fortement colorée en jaune par la bile. Plus ordinairement il arrive que l'on excite une sécrétion de mucus ou de bile pure; si l'on demande de quelle manière on modifie le sang en pareille circonstance, on ne peut fournir aucune réponse satisfaisante. Les ma-

---

silence, de l'ordre servile qui avait régné sous Napoléon, il en était resté à l'empire de ce dernier, sans en considérer la fin désastreuse. Il ne voyait dans le mouvement social actuel qu'un travail sinistre de désorganisation, craignant toujours, comme Sieyes, de voir cheviller au pouvoir *l'enfer* de la république.

Quoique l'ouvrage dont il s'agit, n'eût pas le retentissement que l'auteur attendait et même qu'il affectait de craindre, ce livre montre cependant le talent de Richerand pour traiter certaines questions et surtout sa haute liberté de voir et de s'exprimer. C'est même là un trait particulier de son caractère et de son mérite. Il n'était pas homme à changer de culte quand l'autel avait changé de divinité. Richerand fut loin d'être un de ces esprits éminens qui font époque dans la science, poussés par des convictions profondes, hardis de pensées et d'invention, dont le génie plonge avec vigueur dans les entrailles de la vérité pour en retirer des trésors inconnus. De pareils hommes sont rares, mais après eux il reste de belles places à conquérir, et il faut y compter Richerand. Ses conceptions ne sont pas le fruit d'inspirations élevées qui découvrent de vastes horizons; mais il ne faut pas croire non plus qu'il fut seulement habile à marteler sur l'enclume de la science, les découvertes d'autrui, qu'il n'était que l'homme qui glane, pour arranger, polir, élaborer. Sur beaucoup de points de pathologie chirurgicale qu'il n'entre pas dans notre plan d'énumérer, il a trouvé des principes solides, donné des solutions satisfaisantes, en un mot, lui aussi a jeté d'heureuses semences dans le champ de la science. Il aurait poussé sans doute plus loin ses recherches, si de bonne heure il n'eût été en quelque sorte arrêté, pétrifié par le génie hautain, envahisseur de son rival. A dire vrai, il s'occupa trop de ce dernier, de la haine qu'il lui voua; son caractère n'était pas assez fort pour être impartial. S'apercevant qu'il n'y avait pas moyen de tenir à deux le sceptre chirurgical, il voulut se confiner dans le quiétisme stoïque, déposer glorieusement son ceste, puis doucement se laisser aller au courant des années, ce fut en vain; il oublia que la pensée est le moule de nos chagrins et de notre bonheur. Sa mémoire et son ressentiment étaient trop vivaces, or, le bonheur de l'étude, ce bonheur d'illustre origine ne lui suffisait pas. Dans ses paroles, dans quelques écrits passagers, dans l'éloignement affecté des sociétés savantes, perçait toujours ce sentiment amer et bilieux, où se puisent le doute, la critique et le dénigrement. La mélancolie sourde qui d'ordinaire s'attache au génie méconnu et surtout aux célébrités sur le déclin, ne l'épargna pas toujours, des accès de découragement, de pessimisme, en furent les symptômes manifestes. On doit d'autant plus l'en plaindre, que son caractère était naturellement bon et affectueux. Hors de ses travaux habituels, en un mot, *décathédralisé*, dans le huis-clos de l'intimité, on le trouvait ce qu'il était au fond, un chirurgien profondément instruit, faisant honneur à sa profession, un homme très éclairé, obligeant et bon, qualités bien plus saillantes encore quand il pouvait se délivrer de la préoccupation douloureuse des triomphes d'un autre, quand il faisait trêve avec sa haine. Il montrait alors une facilité de mœurs, une sorte de bonhomie qui lui allaient bien. Dès qu'on peut connaître un homme et l'expliquer, on est bien près de l'excuser. Certainement, comme la plupart des hommes qui ont de la célébrité, Richerand avait cet orgueil *carré* par la base que rien ne peut ébranler, car il s'appuie sur le rang, sur le nom, sur la fortune qu'ils ont acquis; cependant il n'en donnait des preuves que dans quelques circonstances. Il s'inclina devant le pouvoir et les hommes qui en sont les dépositaires, mais qu'on se garde de le confondre avec ceux qui, joignant un

tériaux du mucus et de la bile sont pris quelque part, et sans doute dans le sang; mais on ne sait rien de la composition de ce liquide.

Quelques médecins ont attribué aux mercuriaux une action antiphlogistique; on a dit que les frictions mercurielles ne sont si salutaires que parce qu'elles jouissent de cette propriété antiphlogistique. En supposant qu'elle soit aussi bien établie que le veulent quelques auteurs, peut-on se rendre compte de son mode d'action? On a dit que le mercure rendait le sang moins coagulable, c'est-à-dire diminuait les quantités de fibrine et partant de l'élément constitutif de l'inflammation. Cette manière de voir doit être considérée comme purement hypothétique ou du moins comme n'étant fondée sur aucune preuve de fait.

Dans un prochain article j'étudierai l'état du sang dans la congestion et les hémorragies, et je terminerai tout ce qui est relatif à ce liquide.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les cahiers de mars et avril contiennent les articles originaux suivans : 1° *Cas de spina-ventosa, de forme singulière, traité par la résection du maxillaire inférieur*; par M. Signoroni. (La maladie était une nécrose, et la résection d'une moitié du corps de l'os fut suivie de succès.) 2° *Classification dynamique des fièvres intermittentes, et nouvelles recherches sur leur siége*; par M. Mendini. (Article de théorie. Pour l'auteur, la cause des fièvres intermittentes est une hypersténie de la veine-porte.) 3° *Considérations sur l'Histoire pragmatique de la médecine, de Sprengel*; par M. Freschi. 4° *Sur la nature des difformités articulaires susceptibles de guérison par la ténotomie*; par M. Pétrali. (Analyse du mémoire de M. J. Guérin sur l'étiologie générale des pieds-bots.) 5° *Expériences thérapeutiques sur le monésia*; par M. Bonetti. (Malgré sa défiance pour les nouveaux médicamens, M. Bonetti a été forcé, par les résultats de sa pratique, d'ajouter foi à l'efficacité du monésia. Cette substance a réussi entre ses mains dans un cas de leucorrhée, pour une ulcération rebelle du conduit auditif, un ulcère gangréneux à la jambe, un ulcère au sacrum. Elle a échoué, quoique administrée à l'intérieur et à l'extérieur, contre une leucorrhée succédant à une urétrite et contre des douleurs odontalgiques.) 6° *Désarticulation de l'épaule, avec ablation de l'omoplate; résection d'une moitié de la clavicule, et extirpation d'un testicule; opérations pratiquées sur le même individu*; par Gaëtani-Bey. 7° *Histoire d'une lésion cérébrale très étendue, avec réflexions*; par M. Bonetti. (L'auteur établit, par de longs développemens, que cette lésion, semblable à celles que les modernes ont décrite sous le nom de ramollissement, n'avait pas de rapport avec la gangrène du cerveau.) 8° *Histoire d'une maladie grave, suivie de gangrène partielle et terminée par la mort*; par M. Castiglioni.

DÉSARTICULATION DE L'ÉPAULE, AVEC ABLATION DE L'OMOPLATE, RÉSECTION D'UNE MOITIÉ DE LA CLAVICULE, ET EXTIRPATION D'UN TESTICULE; opérations pratiquées sur le même individu; par GAETANI-BEY.

OBS. — Le 31 décembre 1830, on apporta à l'hôpital du Caire un enfant de 14 ans, atteint de blessures graves à l'épaule gauche et au scrotum. Employé dans une fonderie de canons, il se trouvait près du fourneau lorsqu'on y plaça, pour la refondre, une vieille pièce d'artillerie chargée seulement à poudre, mais oubliée depuis longtemps, et dans laquelle s'étaient amassées des pierres, des briques et de la terre. La décharge eut lieu immédiatement et atteignit l'enfant en différens points, mais principalement au bras et à l'épaule gauche, dont les parties molles et les os furent divisés et déchirés de la manière la plus cruelle, tandis que d'autres projectiles allèrent frapper le scrotum et divisèrent le cordon spermatique du même côté. En cet état de choses, mon premier soin fut de mettre à découvert l'extrémité supérieure du cordon pour lier l'artère spermatique, puis j'enlevai le testicule; je fis l'extraction de quelques corps étrangers, et après avoir séparé les chairs contuses qui formaient les bords de la plaie, je réunis les lambeaux à l'aide de bandelettes agglutinatives et de quelques points de suture. Cela fait, j'examinai l'état du bras, que je trouvai fracturé comminutivement vers son extrémité supérieure, les parties molles lacérées et comme broyées. La seule ressource étant l'ablation du membre, je l'exécutai avec facilité, sans ménager les tégumens contus et en ne conservant qu'un lambeau que je trouvai par bonheur intact à la partie interne, et que je destinais à recouvrir la cavité glénoïde. Mais je fus forcé de renoncer à ce projet, en découvrant que l'omoplate était divisée en plusieurs fragmens, dont quelques-uns étaient totalement isolés. Les graves conséquences résultant d'une lésion aussi profonde si on l'abandonnait à elle-même, et l'insuffisance des tégumens pour recouvrir la plaie de l'opération, me décidèrent à passer outre et à enlever avec le membre supérieur l'omoplate et les muscles qui y adhèrent. Je séparai donc, en premier lieu, la clavicule de l'acromion, et je disséquai ensuite avec beaucoup de soin la peau qui recouvrait encore une partie de l'angle inférieur du scapulum. L'omoplate enlevée, il restait à réséquer l'extrémité acromiale de la clavicule, afin de détruire la proéminence incommode qu'elle aurait formée par la suite. Une compresse pliée en quatre et placée sous la clavicule servit à garantir les vaisseaux sous-claviers et les nerfs du plexus cervical de l'action de la scie. Les bords de cette vaste solution de continuité étaient irréguliers et contus; il fut donc nécessaire de les tailler avec les ciseaux pour faire, autant que possible, correspondre leurs dentelures, et pour enlever les parties incapables de réunion primitive. L'adhésion fut maintenue au moyen de bandelettes et de points de suture.

La fièvre traumatique fut modérée; le seul accident qui survint pendant la durée de la cure, fut un état gangréneux de la plaie du scrotum. Quant à celle de l'épaule elle était déjà réunie en grande partie dès le quatrième jour, bien que les lambeaux n'eussent pas recouvert la surface en totalité. Le 24 février, la cicatrisation de l'une et de l'autre plaie était complète.

Nous avons cru devoir rapporter dans tous ses détails cette intéressante observation, dont la GAZETTE MÉDICALE avait déjà donné un sommaire (voy. 1840, p. 510). Elle offre, sans contredit, un des exemples les plus remarquables qui aient été jusqu'ici publiés de guérison après une ablation aussi étendue. Des succès à peu près semblables ont été attribués à Cheselden, Carmichaël, Dorsey, MM. Mussey, Larrey, Clot, Cunning, Gensoul et Brice; mais pour quelques-unes de ces observations, il règne beaucoup de vague dans l'indication des parties enlevées, tandis que chez le mala e de M. Gaëtani-Bey, la précision des détails ne permet pas de douter qu'il n'y ait eu réellement extirpation du bras, de l'omoplate et d'une partie de la clavicule. La lésion du scrotum venait ajouter à la gravité déjà si effrayante du pronostic. Observons enfin que

---

incroyable besoin de paraître et de se poser, à une grande flexibilité, se baissent toujours trop pour saluer. Loin de là, sa nature répugnait essentiellement aux lignes courbes; il y avait quelque chose de rude et d'âpre dans sa manière d'être et de s'exprimer. Aussi sa célébrité n'est-elle point relevée de charlatanisme et de manége; peu soucieux de faire crier son nom dans les carrefours de la publicité, l'hypocrisie, cette partie importante du savoir faire, lui était odieuse et étrangère; il fut aidé, protégé, soulevé, mais il y eut de la mesure, de la dignité dans sa rapide élévation.

Plutôt aigri que passionné contre la génération actuelle, Richerand aida de son influence beaucoup de jeunes talens. D'ailleurs il encourageait franchement, généreusement, sans arrière pensée. Le ton d'une bienveillance hautaine, le *sinite parvulos* du protecteur constitué en dignités, était tout à fait étranger à sa manière. Plus d'une fois même on trouva dans sa conduite cette chaleur du cœur, cette effusion de l'ame qui caractérisent le dévoûment. Cependant, il donnait parfois aux jeunes gens d'assez rudes avertissemens. C'est ainsi qu'il dit à l'un d'eux, très laborieux mais sans esprit : « Vous ne serez jamais qu'une *utilité*, tâchez donc d'être le plus utile possible. » Mais ces saillies caustiques furent surtout dirigées contre les hommes qui, selon son expression prennent *enseigne et boutique de savoir faire*, réputations éphémères qui viennent pâlir et s'éteindre au dangereux soleil du bon sens public, et d'une critique impartiale. Il se moquait aussi de ceux qui ont la prétention de faire passer leurs traits, sinon leurs œuvres à la postérité! « A l'exception, disait-il, du petit nombre, nous n'avons de célébrités que sur du papier, ou coulées en plâtre, et la solidité de la matière est en rapport avec la gloire du modèle. »

D'un abord très affectueux ou sévère et glacial, selon la préoccupation du moment, son aspect étonnait toujours ceux qui ne le connaissaient que par ses écrits. Cet ensemble assez massif du corps et des membres, cette force physique, ce luxe de santé qu'on remarquait aussitôt, formait un contraste singulier avec la finesse et l'élégance de son style; sa figure même, grassement épanouie, n'annonçait en général ni son esprit, ni son savoir; on n'y trouvait ni le *maximum*, ni le *minimum* de l'angle facial de Camper. Ce n'est pas sur son front qu'on aurait lu ces caractères mystérieux tracés par la nature et qui disait hautement *génie*. Cependant on remarquait de l'expression dans son sourire, et de l'esprit dans son regard. Vu de profil, il avait l'œil oblique et fin avec la patte d'oie maligne et moqueuse. Sa physionomie ne devenait remarquable, expressive, que quand il était animé ou quand il versait les flots de sa bilieuse animadversion contre son rival.

Malgré la force de sa constitution, Richerand n'a eu qu'une carrière d'assez courte durée. La sereine influence d'une belle position, d'une vie en apparence calme et heureuse, n'a pu contribuer à prolonger ses jours. Atteint d'une maladie aiguë, peu caractérisée d'abord, il succomba à la fin de janvier 1840. Avant de mourir, il exigea qu'on ne prononçât aucun discours sur sa tombe, voulant sans doute ne confier sa réputation qu'à ses ouvrages, et sa mémoire qu'au cœur de ses amis. Soit prudence ou modestie, une pareille défense prouvait qu'il connaissait bien les hommes. En effet, qui donc ignore à notre époque de scepticisme et d'indifférence ce que peuvent et ce que valent les glorifications posthumes?

R. P.

l'opérateur n'a pu se guider sur aucune règle, et qu'il a été obligé de tailler les lambeaux presque au hasard et seulement d'après l'état des parties molles : circonstance qui, en mettant obstacle à l'adhésion primitive de la plaie, augmentait encore la somme des chances fâcheuses.

HISTOIRE D'UNE MALADIE GRAVE, SUIVIE DE GANGRÈNE PARTIELLE ET TERMINÉE PAR LA MORT ; par M. CASTIGLIONI.

L'observation donnée sous ce titre a rapport à une femme de 60 ans qui, depuis son enfance, avait éprouvé une suite non interrompue d'affections diverses, telles que fièvre *gastro-typhoïde*, épilepsie, nécrose du bras gauche, gingivite avec engorgement des glandes du cou, odontalgie, métrite, leucorrhée, pneumonie et rhumatismes. Aucun système d'organe, aucun tissu, pour ainsi dire, n'avait été épargné. Elle fut attaquée en dernier lieu d'une maladie que M. Castiglioni appelle une péritonite combinée avec une adénite sous-maxillaire, et de nature rhumatismale.

Au bout de deux mois, il se manifesta au membre supérieur du côté droit une gangrène. précédée de douleurs violentes dans le bras et de suppression des battemens de l'artère humérale. Le sphacèle gagna peu à peu de bas en haut, et l'on remarqua que l'extrémité des doigts était desséchée, tandis que vers le poignet les parties molles étaient au contraire gonflées par l'infiltration de liquides. Il y eut constamment des douleurs extrêmement vives vers le haut du bras, soif ardente, langue sèche, etc., et la malade succomba avant que la mortification eût atteint le niveau du coude. A l'autopsie, le cœur fut trouvé sain quoique renfermant plusieurs caillots sanguins. Une concrétion solide commençant dans l'artère inominée, se prolongeait jusqu'à l'origine de la brachiale droite dont elle oblitérait entièrement le calibre ; du reste elle n'offrait ni traces de vascularité, ni adhérences avec la surface du vaisseau qui était à peine colorée en rouge. Les veines brachiales étaient aussi obstruées par un coagulum de même nature.

L'auteur se demandant à quelle cause on peut attribuer l'oblitération de l'artère, ne pense pas qu'elle doive être rapportée à l'affaiblissement général de l'économie, non plus qu'à une paralysie locale. Il examine ensuite l'hypothèse de l'artérite, et bien qu'elle lui semble plus vraisemblable, il la repousse néanmoins à cause du défaut d'organisation du caillot. Mais ne pourrait-on pas expliquer cette circonstance par le peu d'ancienneté du mal ? et la persistance jusqu'au dernier moment, de douleurs aiguës dans le point où l'on trouva un caillot après la mort, ne nous porte-t-elle pas à regarder l'artérite comme la cause de cette gangrène, dont il serait, d'ailleurs, fort difficile de concevoir autrement la formation ?

IL BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de février, mars et avril contiennent les mémoires suivans : 1° *Du compresseur articulé* (pour la suspension du sang dans les artères), de M. Signoroni, et des modifications que lui a fait subir le professeur Rizzoli. 2° *Tic douloureux guéri par l'excision d'une partie du nerf maxillaire inférieur* ; par le docteur Zambonini. (Ablation du nerf mentonnier dans l'étendue de 5 lignes, pratiquée par l'intérieur de la bouche. Les accès diminuèrent d'abord de force et de fréquence ; puis au bout de 11 jours, ils disparurent complètement et d'une manière spontanée ; la guérison fut constatée un mois et demi après la chirurgien lui-même.) 3° *Guérison du tétanos traumatique par la section du nerf principal de la partie blessée* ; par M. Zanobi Pecchioli. 4° *Observations de clinique médico-chirurgicale* ; par M. Portal. (Observations déjà insérées dans IL FILIATRE SEBEZIO, et dont il a été rendu compte dans la GAZ. MÉD., voy. 1841, p. 267.) 5° *Observations pathologiques à l'appui des expériences de Panizza sur les nerfs de la langue et en particulier sur le nerf propre du goût.*

GUÉRISON DU TÉTANOS TRAUMATIQUE PAR LA SECTION DU NERF PRINCIPAL DE LA PARTIE BLESSÉE ; par M. ZANOBI PECCHIOLI.

OBS. I. — M. Pecchioli dit qu'il avait déjà proposé cette opération à un malade qui mourut sans avoir voulu s'y soumettre, lorsqu'il trouva occasion de l'appliquer sur un paysan de 16 à 17 ans, affecté d'un tétanos bien caractérisé et développé à la suite d'une plaie déchirée du gros orteil, pénétrant dans son articulation métatarso-phalangienne. Le tétanos datait de 24 heures environ. Je fis, dit M. Pecchioli, avec un bistouri à deux tranchans, une incision de 8 lignes de longueur dans le point où le nerf saphène interne passe sur le premier cunéiforme, après avoir envoyé un rameau sur le dos du pied : puis j'enfonçai la pointe de l'instrument jusqu'à l'os pour être sûr de l'entière division du filet nerveux. A peine l'opération terminée, les douleurs du pied et de la jambe cessèrent, et les contractions spasmodiques diminuèrent d'abord pour disparaître bientôt complètement et sans retour.

OBS. II. — Cinq mois après, il se présenta dans le même hôpital un homme de 30 ans, pareillement affecté de tétanos à la suite d'une plaie par instrument tranchant de toutes les parties molles qui recouvrent les deux premiers métatarsiens. Dans ce cas, comme dans le précédent, il existait, en même temps que les spasmes tétaniques, de vives douleurs dans le fond de la plaie. Une incision de dix lignes faite d'avant en arrière, à un pouce environ au-dessus de la malléole interne, divisa le nerf saphène interne ainsi que la veine de même nom. La section fut très douloureuse, et les élancemens que le malade ressentait dans la plaie ne cessèrent pas, non plus que les contractions tétaniques, avec la même promptitude que chez le sujet de la première observation. L'hémorragie veineuse fut aisément réprimée. On pensa un instant que quelques filets nerveux avaient échappé à l'instrument ; mais avant d'entreprendre une nouvelle opération, on voulut attendre, et on fit bien, car tous les accidens généraux avaient disparu dès le second jour.

L'auteur termine sa communication en émettant le vœu que cette pratique reçoive prochainement sa sanction d'une application plus étendue. Il est certain que la section du nerf, en la supposant même complète, ne suffit pas toujours pour guérir le tétanos, puisque l'amputation du membre elle-même a le plus souvent échoué. Mais la division du nerf est une opération de si minime importance comparativement au danger de la maladie principale que nous n'hésiterions pas à la conseiller dans tous les cas de tétanos traumatique, où on peut rapporter le siége du mal à un rameau nerveux dont les connexions anatomiques sont bien déterminées et qui n'échappe point par sa profondeur à l'action de l'instrument tranchant. M. Pecchioli a mis le nerf à découvert avant de le couper. Il serait sans doute plus convenable, en pareille circonstance, d'aller chercher sous la peau le rameau nerveux, comme cela a été conseillé par M. J. Guérin (voy. ESSAIS SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE, p. 39) et comme nous l'avons vu faire à M. Bonnet, de Lyon, pour la section de la branche sous-orbitaire du trifacial ; et l'innocuité de ce procédé, nouvelle application de la méthode sous-cutanée, lui donnerait sur la pratique ordinaire cet immense avantage que, en cas de doute sur la situation du nerf à diviser, on pourrait, sans inconvénient, recommencer l'opération jusqu'à ce qu'on eût rencontré le filet dont l'incision ferait cesser les douleurs. Il est bien entendu d'ailleurs que ce mode d'agir ne devrait pas être indistinctement employé, et ne conviendrait que pour les nerfs suffisamment éloignés de toute partie importante à ménager.

OBSERVATIONS PATHOLOGIQUES A L'APPUI DES EXPÉRIENCES DE PANIZZA SUR LES NERFS DE LA LANGUE ET EN PARTICULIER SUR LE NERF PROPRE DU GOUT.

On connaît l'opinion si tranchée du professeur Panizza sur le siége de la sensibilité gustative qu'il fait résider exclusivement dans le nerf glosso-pharyngien. Les rédacteurs rapportent plusieurs observations à l'appui de cette doctrine. L'une d'elles est inédite ; aussi nous la reproduisons avec quelques détails ; les autres sont empruntées à divers recueils périodiques, et nous nous bornons à en donner un résumé extrêmement succinct que nous ferons suivre de quelques réflexions.

OBS. I. — Un ancien militaire, âgé de 52 ans, maigre et de tempérament nerveux, ayant eu autrefois une maladie vénérienne, se présenta le 2 mars 1839, à la consultation de la société médico-chirurgicale de Bologne. Il se plaignait d'une sorte d'engourdissement qui, ayant commencé environ dix mois auparavant par le côté gauche de la face, s'était graduellement étendu aux deux côtés de cette région. Soumis à une exploration attentive, on reconnut que les mouvemens de la face étaient assez réguliers, excepté ceux des lèvres qui paraissaient mal assurés. Ceux de la langue, quoique un peu tremblans, s'exécutaient néanmoins librement en tous sens. La peau de la face piquée même très fortement avec une aiguille fut trouvée entièrement insensible. L'anesthésie s'étendait jusqu'à l'oreille en arrière, et depuis le front jusqu'au sommet du col. Elle occupait également le palais, l'intérieur des joues et la langue qui restait insensible à toute piqûre. La sensibilité, en un mot, manquait dans toutes les parties où se distribue la cinquième paire. La vue, l'ouïe et l'odorat étaient intacts. Quant au goût, on donna une attention particulière aux expériences destinées à constater son état. Ainsi, après avoir bandé les yeux au malade, on plaça en divers points de la surface linguale, des substances amères, douces, salées et acides, telles que du vinaigre, du sel commun, du sucre, de la coloquinte, etc. Toujours il les distingua les unes des autres par leur saveur seulement. Il jouissait, au reste, comme dans l'état normal, de la faculté de reconnaître les qualités des alimens, et savait fort bien dire si les mets étaient trop fades ou trop salés, si le vin était bon ou mauvais, etc. Cependant au bout de quelque temps, l'aliment perdait de sa saveur, et souvent il en laissait échapper de sa bouche une partie. Il éprouvait aussi un peu de difficulté à boire, et ne pouvait parvenir à vider son verre en entier qu'avec une sorte d'effort et en retenant sa respiration.

Les saignées, les sangsues, les vésicatoires et plusieurs autres moyens étant demeurés sans résultat, on employa le galvanisme au moyen d'une pile de 50 paires de trois pouces de diamètre. Les effets furent d'abord satisfaisans, et la sensibilité était déjà même revenue d'une manière très marquée, mais cette amélioration ne se soutint point, et le malade découragé ayant abandonné tout traitement, la paralysie reparut et se maintint au même degré, jusqu'à sa mort qui

eut lieu le 9 mai 1840, à la suite d'une affection fébrile accompagnée de diarrhée et de vomissemens. L'autopsie ne put être faite.

Obs. II. — (Archiv. de méd. 1834, p. 234.) Paralysie graduelle du bras, de la jambe gauche et du côté correspondant de la face, homme de 29 ans. Le goût persistait du côté paralysé, mais sans avoir cependant la même perfection que de l'autre côté. A l'autopsie on trouva sur le côté droit de la protubérance annulaire, une tumeur cancéreuse qui avait altéré les nerfs voisins à des degrés différens: la cinquième paire était confondue avec la tumeur; le facial, l'acoustique et le glosso-pharyngien étaient seulement comprimés.

Obs. III. — (Gaz. Méd. de Paris, 15 février 1835.) Anesthésie du côté gauche de la face et de la tête, avec amaurose de l'œil correspondant, et sans lésion du mouvement. Abolition complète de la sensibilité générale de ce côté de la langue, quoique le goût y reste entièrement intact.

Obs. IV. — (Gaz. Méd. de Paris, 12 septembre 1840.) Femme de 30 ans; perte de sensibilité de la moitié gauche de la tête, excepté l'oreille, survenue à la suite d'un refroidissement. Le côté gauche de la langue n'est pas sensible aux piqûres d'épingle, non plus que les gencives, la cavité buccale et la moitié du palais de ce côté. La malade continue à percevoir les saveurs indifféremment des deux côtés de la langue, et reconnait, les yeux bandés, les corps sapides que l'on place sur la partie gauche de cet organe.

Obs. V. — (L'Expérience, 1840, p. 254.) Homme de 50 ans. Perte de sensibilité tactile du côté droit de la face, de la bouche et de la langue. On remarqua que, depuis le début de la paralysie, la moitié droite de cet organe resta sèche, tandis que la moitié gauche avait son humidité naturelle. La saveur de la coloquinte était fort bien perçue sur la partie droite de la langue, bien que la sensation ne fût pourtant pas aussi aussi vive que de l'autre côté.

Autopsie. — Une tumeur cancéreuse née de la grande aile du sphénoïde enveloppait le nerf trijumeau, au point qu'on ne put l'en retirer.

Obs. VI. — (Casper's Wochensch, 1839, n° 43.) Femme de 50 ans. Perte de l'ouïe et du goût. Conservation de la vue et de l'odorat.

On trouva à l'autopsie une tumeur tellement adhérente au glosso-pharyngien qu'on eût pu la prendre pour un névrôme. Le nerf sain depuis sa sortie du crâne se perdait entièrement dans la tumeur, puis en sortait avec son aspect normal.

Obs. VII. — (M. Gendrin, traduction d'Abercrombie.) Atrophie de la langue dans sa moitié gauche. Sensibilité intacte de ce côté. L'hydro-chlorate de soude, l'acide acétique, l'extrait de coloquinte appliqués sur cette partie de l'organe, ne donnaient lieu qu'à une saveur extrêmement obscure, et qui se manifestait seulement au bout de 7 ou 8 minutes, tandis que sur le côté sain, la sensation était perçue très vive, au bout d'une minute ou d'une minute et demie.

Autopsie. — Kyste hydatique comprimant le glosso-pharyngien gauche qui était réduit à un cordon très grêle, ainsi que le grand hypoglosse. Nerf trijumeau à l'état normal.

En analysant ces observations, nous avons remarqué qu'elles n'ont pas toutes la même signification. En effet, quoiqu'elles soient les unes et les autres entièrement confirmatives de l'opinion de Panizza, elles concourent de deux manières bien différentes à l'appuyer. Les premières prouvent que le goût subsiste malgré la section du trifacial, et les deux dernières montrent que ce sens est détruit dès que le glosso-pharyngien a perdu ses fonctions. C'est donc là une sorte de reproduction sur l'homme vivant des expériences faites par Panizza sur les animaux, une vérification clinique des résultats auxquels il était déjà arrivé dans ses vivisections, en divisant successivement le lingual et le glosso-pharyngien, et constatant que la faculté gustative conservée dans le premier cas était abolie dans le second.

La première observation, outre qu'elle vient à l'appui des faits où Panizza a constaté la persistance du goût après la section du lingual, sert encore de réponse aux objections qu'on a dirigées contre la manière dont ce professeur a conduit l'expérience dans ces cas. On lui a en effet reproché de n'avoir pas indiqué les points de la surface linguale où il appliquait le pinceau chargé de substance sapide, et on a conclu qu'il n'était pas fondé à dire que le goût était conservé sur toute la langue après cette section, puisque la faculté gustative pouvait être entièrement abolie à la pointe et sur les côtés de l'organe, par exemple, et conserver toute son intensité à la base; et que tous les signes annonçant la perception des saveurs se seraient alors très bien manifestés, malgré la perte absolue du sens à la partie antérieure de la langue. (M. Jules Guyot.) Cette critique est fort juste, et l'on pourrait encore reprocher à Panizza de n'avoir expérimenté qu'avec une substance douée de saveur amère, saveur qui serait on ne peut plus mal choisie pour déterminer les effets de la section du lingual sur le goût, si, comme le pense M. Cazalis, la sensation d'amertume est exclusivement transmise par le glosso-pharyngien. Eh bien! les détails de notre première observation fournissent à ces deux objections une réponse péremptoire; car il y est positivement dit que *des substances amères, douces, salées et acides, telles que du vinaigre, du sel commun, du sucre, de la coloquinte, etc., furent placées sur divers points de la surface linguale, et distinguées par le malade qui avait les yeux bandés.*

D'un autre côté, l'affaiblissement du goût constaté dans les observations 1, 2 et 5 s'explique naturellement par la compression du glosso-pharyngien dans l'observation 2, et dans les deux autres, par l'absence de sécrétion muqueuse et salivaire, dont l'observation 5 offre un exemple incontestable; et c'est sans doute à cette dernière cause qu'on doit attribuer l'influence exercée sur la faculté gustative par la paralysie ou la section du lingual, dans les cas que citent Colombo et M. Magendie.

Nous avouons cependant que les observations et les expériences de cette première série (celles où le goût persiste avec la paralysie ou après la section du lingual), n'ont, la plupart, qu'une faible valeur pour juger la question. Ainsi, de ce qu'un animal à qui on a coupé le trijumeau manifeste de la répugnance pour une substance désagréable, on n'est pas en droit de conclure qu'il en a perçu la saveur sur toute la surface de la langue et notamment sur la partie de cet organe où se ramifie le nerf lingual; et l'on peut toujours objecter que l'impression n'a eu lieu qu'à la base de l'organe. Les expériences de cet ordre prouvent donc que le glosso-pharyngien est un nerf gustatif, mais non qu'il est le seul nerf gustatif. Mais il en est autrement des expériences et des cas pathologiques où on a vu le goût aboli par la destruction du glosso-pharyngien. Ces résultats, dont les observations 6 et 7 offrent de nouveaux exemples, ne permettent aucun doute sur la localisation de la fonction gustative. Evidemment si la saveur n'est plus perçue, c'est l'organe de la gustation qui manque, et le nerf lingual ne saurait mériter ce nom si, quoique resté intact, il ne transmet pas l'impression sapide.

Ce second ordre de preuves soit expérimentales, soit cliniques, est, ce me semble, de nature à entraîner une conviction pleine et entière: aussi n'ont-elles, que je sache, rencontré aucune objection; aucune, je me trompe; on a reproché aux faits de Panizza d'être trop concluans, d'avoir un résultat trop tranché. Il y a même à cet égard une sorte d'unanimité parmi les auteurs. (Voy. M. Denonvilliers, Thèse inaug., p. 9. Rullier, Dict. de méd. en 25 vol., t. xiv, p. 207. M. J. Guyot, Arch. de méd. 1837, p. 66.) Etrange accusation! Autant vaudrait taxer *à priori* le système de faux et d'absurde; car s'il est vrai, y a-t-il lieu de s'étonner que des expériences faites de manière à mettre la nature en demeure de répondre par oui ou par non, aient eu un résultat tranché et absolu. Et ce que nous disons des expériences, nous le disons aussi des observations qui, comme les deux dernières (voy. obs. 6 et 7) prouvent le même fait de la même manière.

Il est encore deux argumens qu'on fait valoir pour s'autoriser à conserver au nerf lingual une part dans les fonctions gustatives: 1° Le glosso-pharyngien ne se distribue pas à la pointe de la langue, et pourtant les saveurs sont perçues dans cette partie; 2° quelques substances déterminent deux saveurs différentes, suivant qu'on les place sur la pointe ou sur la base de la langue (M. J. Guyot.) Or, est-il logique de croire qu'un même nerf puisse percevoir du même corps une saveur acide, par exemple, et une saveur amère?

Ces objections ont de la force sans doute; elles reposent cependant plutôt sur la difficulté d'expliquer la théorie de Panizza, que sur des considérations qui puissent permettre de nier la réalité de ses preuves; et nous espérons avoir un jour l'occasion de les discuter avec plus de développement que nous ne pourrions le faire ici. Mais en les supposant même insolubles, la doctrine qu'elles attaquent en resterait-elle moins démontrée? Non assurément; car cette doctrine est fondée sur un fait positif, *l'abolition complète du goût déterminée par la paralysie ou la section du glosso-pharyngien.* Or, quand l'expérience a prononcé, on peut discuter son jugement, mais il faut le subir.

III. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Les numéros de janvier, février et mars contiennent les articles originaux suivans: 1° *Usage thérapeutique de l'eau de résine et de chaux*; par M. Grimelli. (Elle se prépare en faisant macérer pendant deux ou trois jours, dans une livre d'eau froide, une once d'un bois résineux, tel que le gayac, et un petit morceau de chaux; on filtre ensuite, et l'on administre ce liquide en commençant par une ou deux onces chaque demi-heure, pour arriver à la dose de quatre ou six livres par jour. L'auteur dit en avoir retiré d'excellens effets dans la goutte, le rhumatisme et les affections calculeuses.) 2° *Observation de l'excision d'une tumeur fibreuse*; par M. Generali. (Tumeur fibro-celluleuse de l'utérus excisée sans accidens par le procédé de Dupuytren.) 3° *Paralysie* alternative *du sentiment, occupant le côté droit*; par M. Gaddi. 4° *Paralysie du sentiment, de la peau et des muscles du bas-ventre*; par M. Fario. 5° *Effets du sulfate de quinine sur les animaux, et observation d'empoisonnement d'un homme par la même substance*; par M. Giacomi-

ni. 6° *Bronchocèle guéri par la ligature des artères thyroïdiennes supérieures*; par M. Biauchesi. (Le goître était, suivant l'auteur, de nature *lymphatico-anévrismatique*; la ligature des deux thyroïdiennes supérieures, faite à quinze jours de distance, a réduit de ses deux tiers le volume de la masse morbide. Les opérations, sur l'exécution desquelles il n'y a pas de détails, ne déterminèrent que de légers accidens.) 7° *Guérison d'une surdité et destruction d'adhérences existant entre le pharynx et le voile du palais*; par M. Da Camin. 8° *Cas pratique pour servir à l'histoire de l'action thérapeutique du quinquina*; par M. Mendini. 9° *Recherches anatomo-pathologiques et pratiques sur les maladies chirurgicales*; par M. Asson. (Premier article.)

PARALYSIE ALTERNATIVE DU SENTIMENT, OCCUPANT LE CÔTÉ DROIT; par M. GADDI.

PARALYSIE DU SENTIMENT, DE LA PEAU ET DES MUSCLES DU BAS-VENTRE; par M. FARIO.

Ces deux observations sont relatives à la paralysie isolée, et sans cause appréciable, d'une partie du corps. Dans le cas de M. Gaddi, la paralysie, qu'il appelle alternative, mérite en effet ce nom singulier, car elle n'occupait sur le côté droit du corps que des régions bien limitées, et séparées les unes des antres par des parties donées de sensibilité. Ainsi, le sentiment, presque nul à la face et au crâne, était absolument éteint à la partie postérieure du cou et sur l'épaule droite; mais il restait intact depuis le bord postérieur du sterno-mastoïdien en arrière, jusqu'à la ligne médiane en avant. L'anesthésie existait aussi à l'aisselle et sur le deltoïde, et cessait à partir du bord inférieur de ce muscle, et jusqu'à un pouce audessus de l'articulation radio-carpienne, pour recommencer à ce niveau et occuper le poignet et la main. Tout le côté droit du tronc était insensible jusqu'au niveau de l'aîne, mais le membre inférieur jouissait de sa sensibilité. Cette paralysie était survenue chez une femme de 17 ans, à la suite d'une suppression de règles, et jusqu'alors elle était demeurée rebelle à tout moyen de traitement.

L'observation communiquée par M. Fario est celle d'un jeune homme affecté depuis quelque temps d'amaurose, avec strabisme de l'œil droit, et d'une constitution opiniâtre. Le médecin voulant examiner l'abdomen s'aperçut avec surprise que la peau de cette région était complètement insensible, tandis qu'aucune autre partie du corps n'offrait de paralysie. La sensibilité des muscles abdominaux fut explorée en enfonçant une épingle dans leur tissu, et elle y parut tout à fait abolie. Attaquant le mal dans sa source la plus probable, M. Fario prescrivit plusieurs applications de sangsues sur la colonne vertébrale, des pédiluves irritans et quelques purgatifs. Mais ces moyens n'amenant qu'une amélioration lente, il administra la strichnine, qui fut graduellement portée jusqu'à la dose d'un grain et demi par jour. Des mouvemens convulsifs qui parurent alors la firent suspendre, et on s'en tint à l'emploi de frictions mercurielles sur la partie inférieure du rachis et autour de l'orbite. Sous l'influence de ce traitement, l'anesthésie disparut, ainsi que l'amaurose et la constipation, maladies qui tenaient vraisemblablement toutes à une même cause.

GUÉRISON D'UNE SURDITÉ ET DESTRUCTION D'ADHÉRENCES EXISTANT ENTRE LE PHARYNX ET LE VOILE DU PALAIS; par M. DA CAMIN.

Le malade qui fait le sujet de cette observation ayant éprouvé, quinze ans auparavant, une maladie qu'il ne caractérisait qu'imparfaitement, mais qui consistait principalement en un coriza chronique, présentait une adhérence si complète du voile du palais avec la face postérieure du pharynx, qu'il ne restait entre les fosses nasales et la cavité pharyngienne qu'une très petite ouverture à peine capable d'admettre un grain de chenevis. Les mucosités des fosses nasales retenues au-dessus de cette adhérence obstruaient presque complètement l'orifice de la trompe d'Eustachi, et il en était résulté une surdité telle que les sons les plus violens pouvaient seuls être perçus. Des traitemens nombreux et variés avaient échoué contre cette affection. Le chirurgien, rapportant la surdité à sa véritable cause, jugea que la destruction des adhérences était le seul moyen de la faire cesser. En conséquence, il procéda à l'opération de la manière suivante : une incision transversale fut d'abord faite *au-dessous* de l'ouverture du voile du palais, afin de ménager une partie qui pût servir de moyen d'union entre les deux moitiés de ce repli. Puis, en portant le bistouri de bas en haut, il disséqua, dans l'espace de plus d'un pouce, les adhérences qui existaient sur une large surface, entre le voile du palais et le pharynx. Le doigt passé de l'une de ces cavités dans l'autre aida à rétablir entre elles la communication normale. On introduisit avec la sonde de Bellocq deux tentes de charpie qui furent laissées aux deux angles de la plaie, dans le but d'empêcher leur réunion.

Aussitôt l'opération terminée, le malade se leva en exprimant, de la manière la plus manifeste, son contentement de la facilité qu'il éprouvait à respirer, d'un sentiment particulier de légèreté dans la tête, et enfin du rétablissement presque entier de la faculté auditive.

C'est là assurément un beau résultat, et les indications ont été aussi judicieusement saisies qu'habilement remplies par M. Da Camin. Remarquons toutefois que l'ouïe n'est pas revenue complètement à sa perfection primitive. Sans doute l'état inflammatoire qui avait existé lors de la formation de ces adhérences persistait encore à un certain degré à l'époque où l'opération fut faite; et c'est sans doute cette phlegmasie qui, en s'étendant aux trompes d'Eustachi, mit obstacle à la régularité de l'audition. La guérison ne sera donc, suivant toute apparence, définitive, que lorsqu'on aura triomphé de cette dernière cause de surdité, soit en cautérisant l'orifice de la trompe, soit par la méthode beaucoup plus simple qu'a conseillée M. Pétrequin (Voy. GAZ. MÉD., 1839, p. 770), et qui consiste principalement en insufflations de poudre d'alun dans le fond de la gorge.

IV. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les cahiers d'avril et de mai contiennent les mémoires suivans : 1°. *Procédé pour extraire les morceaux d'aiguille enfoncés dans la paume de la main*; par M. Malagodi. (Lorsque le morceau d'aiguille est caché sous la peau, M. Malagodi conseille d'appliquer un fragment de potasse caustique sur l'endroit correspondant au point par où il est entré. Ce moyen est efficace sans doute, mais l'incision nous paraît l'emporter sur lui par la rapidité de son action, et l'auteur lui-même en convient, car il ne conseille son procédé que pour les malades qui redoutent l'instrument tranchant.) 2° *Réflexions sur une amputation de cancer de la mamelle*; par M. Santo Padre. (Préceptes pleins de sagesse, mais fort connus, sur les indications des opérations que réclament les tumeurs cancéreuses.) 3° *Des humeurs et des organes principalement lésés dans les affections morales*. 4° *Sur la doctrine physiologique des Allemands*. (Exposé du système de la polarité.) 5° *Cas de concrétion déposée à la suite d'une infiltration d'urine*; par M. Spadini. (Le malade avait une extrême difficulté d'uriner, survenue dix-neuf ans auparavant, à la suite d'une contusion au périnée. La rétention devint complète, et les accidens d'infiltration ayant nécessité une incision, il sortit de la plaie une concrétion du volume d'un œuf de pigeon.) 6° *Opérations chirurgicales pour la cure du bégaiement*; par M. Malagodi. (Deux opérations de section sous-muqueuse des génio-glosses. L'auteur annonce le succès le plus complet; mais la guérison ne datait que de douze jours dans un cas et de cinq dans l'autre, temps véritablement insuffisant pour juger du résultat définitif.) 7° *Examen de deux signes donnés comme infaillibles pour le diagnostic de la grossesse*; par M. Turchetti. (Il s'agit de la coloration violacée de la muqueuse vaginale, et du principe nouveau signalé dans l'urine des femmes enceintes, par M. Bird. (Voy. GAZ. MÉD., 1840, n. 26.) L'auteur reproche à M. Bird de n'avoir pas indiqué la différence qu'il y a, sous le rapport de la composition de l'urine, entre les femmes enceintes et celles qui ne le sont pas.) 8° *De l'expérimentation en thérapeutique*. 9° *Opération de strabisme*; par M. Baroni. (Section du droit externe, guérison à peu près complète.) 10° *Nouvelle méthode pour la section de l'os dans les amputations*; par M. Bellini.

NOUVELLE MÉTHODE POUR LA SECTION DE L'OS DANS LES AMPUTATIONS; par M. BELLINI.

Malgré les moyens nombreux et variés qu'on a imaginés dans le but de prévenir la saillie de l'os après les amputations dans la continuité, cet accident est encore aujourd'hui plus fréquent qu'on ne le pense, et, soit imperfection du procédé, soit inattention de la part du chirurgien, soit diminution de volume et décollement des chairs du moignon par l'inflammation consécutive, toujours est-il que l'os a constamment de la tendance à proéminer au centre de la plaie, et qu'une méthode permettant de le couper plus haut qu'on ne le fait d'ordinaire remplirait une des lacunes les plus généralement senties de la médecine opératoire. Le problème, en effet, est plus difficile qu'il ne paraît au premier abord, et, pour le résoudre, il ne suffit pas, comme on pourrait le croire, de relever les chairs à une grande hauteur, avant de faire agir la scie; car l'avantage qu'on obtient ainsi est contre-balancé par les tiraillemens, les déchirures, les décollemens que subissent nécessairement alors toutes les parties molles, circonstances qui ont une influence si grande sur la marche ultérieure de la plaie d'amputation. Le moyen que conseille M. Bellini pour éviter ces inconvéniens est vraiment ingénieux. Il consiste en une rondelle, ou plutôt en deux demi-rondelles d'acier, dentées à leur circonférence et munies chacune d'un manche. On introduit dans la cavité médullaire de

l'os cet instrument, véritable espèce de scie circulaire, et comme les deux manches sont unis par un ressort qui leur permet de s'écarter l'un de l'autre, à la volonté du chirurgien, on peut achever, sans secousse et sans délabrement des parties molles extérieures, la section de dedans en dehors, de tout le cylindre osseux. Il conviendrait d'ailleurs d'avoir des instrumens de divers diamètres, pour qu'ils pussent s'adapter à la largeur variable de la cavité de tous les os longs du squelette. Si la section restait incomplète sur quelques points, on la terminerait avec des tenailles incisives.

Nous avons appelé ce procédé ingénieux, et nous avons dit quelles indications il nous paraissait propre à remplir; mais si le principe est juste, les moyens d'exécution offrent de tels inconvéniens, qu'on serait très blâmable, à notre avis, de l'appliquer sur le vivant sans plus ample informé. D'un côté, en effet, la section de l'os serait beaucoup plus longue de cette manière que par la méthode habituellement mise en usage, et on s'exposerait à la faire d'une manière très irrégulière. D'autre part (et c'est là le principal reproche dont ce mode opératoire nous semble passible), l'introduction de l'instrument, en refoulant la moelle jusqu'à l'extrémité supérieure de l'os, provoquerait presque nécessairement l'inflammation consécutive de la membrane médullaire, et les accidens d'infection purulente, qui en sont si fréquemment le résultat. Du reste, il convient, avant de juger définitivement ce procédé, d'attendre qu'il ait été essayé dans une amputation; ce qui n'a pas été fait jusqu'ici.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

VACCINATIONS.

La correspondance officielle contient une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, qui, après avoir rappelé à l'Académie que, malgré les recommandations les plus pressantes et les plus réitérées, on ne peut obtenir des documens assez exacts pour dresser un tableau des vaccinations, fait observer qu'il suffirait, pour arriver à ce but, de connaître le nombre des décès occasionnés par la variole. Mais les renseignemens à cet égard sont tout-à-fait insuffisans, et il soumet en conséquence à l'Académie la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu à introduire quelques modifications dans les formes actuellement en usage pour l'enregistrement des décès.

Cette lettre est renvoyée à la section d'hygiène.

TÉTANOS DES NOUVEAU-NÉS.

M. Boirau écrit à l'Académie que, depuis son séjour à Bourbon, il a vu le tétanos y faire d'affreux ravages parmi les enfans nouveau-nés. Un très grand nombre en sont frappés, et la plupart de ceux qu'il affecte y succombent en peu de jours. M. Boirau a constaté que les enfans chez lesquels il se développe présentent une inflammation au pourtour de l'ombilic. Ce serait donc un tétanos traumatique; et pour éviter cette irritation qui résulte des pansemens fréquens, il propose de n'enlever le bandage du cordon ombilical que le quinzième jour après la naissance, ce qui lui a jusqu'à présent réussi.

M. Emery est chargé de faire un rapport sur cette communication.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. CAVENTOU, au nom d'une commission composée de MM. Husson, Adelon, Pelletier, Chevallier et lui, lit un rapport sur différens travaux relatifs à l'empoisonnement par l'arsenic, rapport qui a été approuvé par les commissaires à l'unanimité.

M. le rapporteur, après avoir insisté sur l'importance de cette question qui a régné seule un moment sur la scène du monde, rappelle les circonstances au milieu desquelles la commission s'est trouvée appelée à s'en occuper, les travaux nombreux et les assertions contradictoires de M. Orfila et de MM. Flandin et Danger. MM. Flandin et Danger, dit-il, affirmèrent qu'il se forme généralement dans la carbonisation des matières animales un produit soluble dans l'eau, donnant, dans l'appareil de Marsh, des taches semblables à celles de l'arsenic, et se comportant comme elles sous l'influence des divers réactifs; ils affirmèrent aussi, quoique en reconnaissant à la vérité des exceptions, que les chiens soumis à un empoisonnement rapide par l'arsenic n'urinent pas, et qu'on ne peut par conséquent tirer de conclusion de l'analyse de leurs urines. Il importait donc de juger si ces propositions méritaient confiance et dérépéter pour cela el les expériences qui leur servent de base, et celles dont elles étaient destinées à faire suspecter la vérité; et c'est ce qu'ont fait vos commissaires.

La commission, après s'être constituée en nommant M. Husson président et M. Caventou, rapporteur, s'est mise à la disposition de MM. Flandin et Danger pendant dix longues séances. Nous n'entrerons pas dans le détail des opérations chimiques, ce serait fatiguer inutilement votre attention, et d'ailleurs leurs résultats sont consignés dans une série de procès-verbaux, signés par tous les membres présens, et par MM. Flandin et Danger eux-mêmes.

Il nous suffira de dire que, dans une première suite d'opérations où ils se proposaient de carboniser ou d'incinérer des viscères non empoisonnés, par les acides nitrique ou sulfurique, ou par le nitrate de potasse, et d'expérimenter les produits par l'appareil de Marsh, MM. Flandin et Danger n'ont jamais pu produire ces redoutables taches pseudo-arsénicales. Il n'est jamais résulté de ces expériences aucun produit sur la nature duquel pût se tromper le chimiste le moins habile, car jamais le gaz enflammé n'a déposé que de l'eau.

MM. Flandin et Danger ont ensuite expérimenté successivement avec les trois procédés de carbonisation et d'incinération sur les viscères d'un chien empoisonné avec 15 centigrammes d'acide arsénieux mis en contact avec le tissu cellulaire de la cuisse; et dans les trois cas, il a été obtenu des taches arsénicales caractéristiques et plus nombreuses par l'emploi du charbon sulfurique que par celui du charbon nitrique. La verge n'ayant point été liée on n'a pu analyser l'urine.

Le point important, celui que la commission avait principalement pour but de constater, c'était de voir ces taches obtenues par la pratique ordinaire des procédés de chimie médico-légale, ces taches qui, suivant MM. Flandin et Danger, devaient donner presque toutes les réactions de l'arsenic sans en renfermer pourtant un atôme; eh bien! nous le disons hautement, MM. Flandin et Danger n'ont pu, malgré leurs efforts répétés, réussir à nous en montrer une seule. Ils nous ont fait voir seulement une substance empyreumatique, d'un blanc jaunâtre qui résulte de la décomposition à feu nu et en vaisseaux clos, des matières animales, et qu'ils regardent comme formée de sulfite et de phosphite d'ammoniaque. Ils disent que cette matière introduite dans l'appareil de Marsh produit des taches ayant tellement les caractères des taches arsenicales qu'elles pourraient en imposer à l'expert, s'il n'était pas doué d'une habileté exceptionnelle.

Mais puisque la méprise est si facile, comment MM. Flandin et Danger n'ont-ils donc pu la reproduire, lorsque tous leurs efforts étaient dirigés dans ce but? Au reste nous comprenons bien pourquoi l'erreur est impossible; pour qu'elle eût lieu il faudrait qu'une matière organique traitée par plusieurs fois son poids d'acide nitrique concentré, laissât pour résidu du sulfite et du phosphite d'ammoniaque. Or jamais pareille chose n'est à craindre: ce serait en effet un véritable contresens chimique.

Mais admettons un moment que la carbonisation ait été défectueuse et qu'au lieu d'un charbon noir et pulvérulent, on en ait un onctueux, adhérent, empyreumatique. Admettons encore qu'il donne par l'appareil de Marsh des taches arséniformes. Cela ferait naître sans doute dans l'esprit de l'expert un soupçon d'empoisonnement, mais après avoir obtenu une quantité assez considérable de ces taches, il verrait qu'elles sont ternes, point miroitantes; que leur dissolution dans l'acide nitrique froid est difficile, et laisse un résidu brun-noirâtre qui ne disparaît qu'en chauffant la liqueur; que, en faisant évaporer à siccité cette solution, et traitant le résidu par le nitrate d'argent, on obtient un dépôt jaune, et dans aucun cas rouge-brique; que ce résidu dissous dans l'eau et exposé à un courant d'hydrogène sulfuré ne forme pas un précipité jaune capable de modifier l'arsenic. Il n'y a donc pas de confusion possible.

Parlons maintenant du procédé de carbonisation par l'acide sulfurique qu'ont adopté MM. Flandin et Danger. Il est fondé sur la propriété connue qu'a l'acide sulfurique concentré de détruire les matières organiques en les charbonnant. M. Barsse, de Riom, avait déjà proposé d'employer ce moyen pour carboniser le sang qu'on présumerait contenir de l'arsenic, mais il n'avait pas donné à ce procédé la perfection que lui ont apportée MM. Flandin et Danger. Le procédé auquel ils se sont arrêtés est commode, parce qu'il produit peu de vapeur, et qu'il détruit l'odeur qui émane des matières organiques lorsqu'elles sont putréfiées; il fournit aussi des résultats très précis, mais l'emploi du nitrate de potasse l'emporte cependant encore sur lui, car il donne des taches arsenicales plus nettes et plus prononcées. Nous préférons donc ce moyen à celui qui consiste dans l'emploi de l'acide nitrique.

Quant à la non sécrétion urinaire que MM. Flandin et Danger avaient annoncée comme étant le résultat de l'empoisonnement par l'arsenic, nous n'avons pas à nous prononcer sur ce fait; car ces messieurs n'ont fait devant nous aucune expérience propre à le mettre hors de doute, et ont avoué qu'ils n'avaient point prétendu que ce phénomène s'observât constamment.

Analysons maintenant les expériences dont M. Orfila nous a rendus témoins. La première a consisté à traiter par l'acide nitrique un mélange de gélatine, de sulfite et de phosphite d'ammoniaque et d'essence de térébenthine. L'eau dans laquelle on avait fait bouillir le charbon ainsi produit, ne fournit aucune tache par l'appareil de Marsh.

Dans une seconde expérience, M. Orfila a mis dans l'appareil de Marsh du sulfite et du phosphite d'ammoniaque avec de l'essence de térébenthine, et a ajouté 4 gouttes de solution aqueuse d'acide arsénieux; il s'est aussitôt manifesté des taches jaunes, larges, brillantes, contenant de l'arsenic, et dans lesquelles on a pu en reconnaître tous les caractères; et cependant l'aspect de l'arsenic était ici masqué par une matière étrangère.

Des viscères de chiens non empoisonnés n'ont fourni dans l'appareil de Marsh aucune tache.

Trois chiens ont été empoisonnés avec 15, 30 et 60 centigrammes d'acide arsénieux introduits dans l'estomac; un quatrième, en mettant 15 centigrammes d'acide arsénieux sur le tissu cellulaire de la cuisse. Les trois premiers animaux sont morts au bout de 4 ou 5 heures, tandis que le quatrième a survécu 26 heures. On leur avait lié la verge, et leur vessie après la mort contenait environ 60 grammes d'urine. Dans une cinquième expérience on en a recueilli 125 grammes. L'urine au moment de la mort ne contenait pas toujours de l'arsenic.

Le foie du chien empoisonné avec 15 centigrammes seulement d'acide arsénieux a donné par l'appareil d'abondantes taches et un anneau d'arsenic métallique, ce qui doit rassurer sur la prétendue difficulté qu'on signalait dans ces sortes d'expériences, et montrer que le chimiste le moins habile ne pourrait se tromper même en analysant des substances où la quantité de poison est très peu considérable.

Abordons à présent la question du procédé d'incinération par le nitrate de po-

tasse. Rapp avait déjà proposé ce moyen il y a plus de trente ans, mais il ne l'appliquait qu'à l'analyse des membranes du canal intestinal; car alors, bien qu'on soupçonnât le fait de l'absorption de l'acide arsénieux dans le torrent circulatoire, on désespérait de le retrouver par l'analyse dans les viscères autres que le tube digestif.

On reconnut bientôt que le procédé imparfait de Rapp exposait à des pertes notables d'arsenic, et que le moyen d'obvier, autant que possible, à cet inconvénient, serait de sursaturer de nitre toute la substance du tissu soumis à l'analyse, après qu'il aurait été d'abord ramolli dans l'eau chaude, de manière à en former une sorte de pâte qui, étant desséchée et projetée dans un creuset de Hesse rouge de feu, pourrait brûler instantanément toute la matière animale, et développer une masse de gaz comburant capable de transformer immédiatement l'acide arsénieux en une combinaison plus oxigénée et fixe au feu le plus violent en présence de la potasse. Tel a été le but que s'est proposé M. Orfila, et qu'il a rempli à l'aide de son procédé d'incinération par le nitrate de potasse, procédé que vous a fait connaître cet habile chimiste. Il fournit des résultats prompts, et d'autant plus précis que la matière organique a été complètement anéantie; aussi donne-t-il lieu à des taches extrêmement caractéristiques. Sous ce rapport on ne saurait balancer à lui donner la préférence sur le procédé de carbonisation par l'acide sulfurique qui ne produit pas de taches aussi manifestement arsenicales. La sensibilité dans les résultats est à peu près la même dans les deux procédés. Mais quoi qu'il en soit, on peut être sûr que par l'un ou l'autre, on arrivera facilement à découvrir la vérité.

Il restait encore à craindre que le zinc dont on se sert ne contînt de l'arsenic. Mais sur plus de 500 échantillons de zinc du commerce qu'il a analysés, M. Orfila n'en a trouvé que deux ou trois arsenicaux. Il faut préférer autant que possible le zinc laminé au zinc en plaques. Pour lever tous les doutes à ce sujet, M. Orfila a fait une dernière expérience sur une grande échelle. Il a mis 2 kilogr. de zinc en grenailles dans un grand flacon, à deux tubulures, et de l'énorme capacité de 11 à 12 litres. Puis il a monté l'appareil et l'a fait agir comme celui de Marsh pendant deux jours. On faisait traverser le gaz dans deux tubes en U communiquant entre eux par des tubes en caoutchouc, et on avait rempli le premier de morceaux de verre mouillés d'une solution d'acétate de plomb, le deuxième de morceaux de verre mouillés d'une solution de sulfate d'argent. A la fin de l'expérience tous les fragmens de verre mouillés par la dissolution d'argent avaient fortement bruni; ce qui pouvait faire craindre qu'il ne se fût développé une grande quantité d'hydrogène arseniqué. Mais tous ces fragmens brunis furent décolorés immédiatement par l'acide nitrique bouillant et étendu de deux fois son volume d'eau; et la solution nitrique, précipitée par l'acide chlorhydrique, filtré, évaporé à siccité, et le résidu qui fut repris par l'eau ne fournirent aucune tache par l'appareil de Marsh. Il resta donc démontré que la dissolution du sel d'argent avait noirci seulement par l'action désoxigénante du courant de gaz combustible, sans qu'il y eût aucune molécule d'arsenic.

Ainsi, il ne faudra pas croire qu'il y a de l'arsenic, par cela seul qu'on aura vu noircir la liqueur argentique, et ce résultat devra rendre l'expert circonspect dans l'emploi du procédé de MM. Simon et Lassaigne.

Conclusions.—A. Pour ce qui regarde les deux assertions principales de MM. Flandin et Danger, savoir :

1° Qu'il est possible de confondre les vraies taches arsenicales avec d'autres qui en présenteraient, jusqu'à un certain point, la plupart des propriétés physiques et des caractères chimiques;

2° Que les animaux en proie à l'empoisonnement par l'acide arsénieux n'urinent pas;

Nous dirons :

1° Obtient-on des taches en carbonisant, en incinérant, par les procédés connus, des viscères à l'état normal? Non.

2° L'arsenic retiré des viscères des animaux empoisonnés offre-t-il tous les caractères de ce métal, de manière à ne pouvoir le méconnaître? Oui.

3° Les taches arsenicales peuvent-elles être confondues avec d'autres taches, et notamment avec celles qui sont produites par la matière indiquée par MM. Flandin et Danger? Non.

4° Enfin, les animaux empoisonnés par l'arsenic, d'une manière aiguë, urinent-ils? Oui.

Notre réponse à l'égard des deux assertions de MM. Flandin et Danger n'est donc pas douteuse : *Non, ces deux assertions ne sont pas fondées.*

B. Quant au procédé par carbonisation adopté par MM. Flandin et Danger, nous le regardons comme bon; toutefois, il ne doit point être préféré au procédé par incinération au moyen du nitrate de potasse, tel que nous l'avons décrit d'après M. Orfila. Sous le rapport même de la netteté, de la sensibilité et de l'aspect métallique du poison, ce dernier procédé est supérieur à l'autre.

C. Enfin, tout en reconnaissant que l'appareil inventé par MM. Flandin et Danger pour convertir en acide arsénieux l'arsenic dégagé de l'appareil de Marsh est bien imaginé, nous pensons qu'il faut préférer le tube modifié, tel que nous l'avons indiqué, parce qu'il est plus simple, d'une application beaucoup plus facile, et qu'il donne des résultats aussi satisfaisans.

D. Pour ce qui regarde les travaux de M. Orfila, dont l'exactitude et la précision avaient été mises en doute, sous le point de vue des applications médico-légales, il ressort évidemment de ce rapport que ces doutes n'avaient aucun fondement.

E. Considérant toutefois les efforts laborieux de MM. Flandin et Danger, pour tâcher d'éclairer une haute question d'intérêt social, la commission vous propose, à ce titre, de leur voter des remercîmens.

F. Quant à M. Orfila, la commission s'abstiendra de toute proposition à son égard; l'intérêt soutenu que l'Académie a porté à tous les travaux de notre savant collègue, les marques d'estime dont elle les a toujours honorés, en ordonnant à diverses reprises, et par des dispositions tout exceptionnelles, la double insertion de ces travaux dans le bulletin, et dans les mémoires de la compagnie, ont été et seront toujours, sans aucun doute, pour M. Orfila, la plus douce récompense qu'il pouvait ambitionner.

G. Quant à votre commission, Messieurs, sa mission étant terminée, il ne lui reste qu'à émettre le vœu d'avoir, par le présent rapport, répondu à votre attente. (Applaudissemens et marques très nombreuses d'approbation.)

M. Gerdy : L'amitié que je porte à M. Danger n'aura aucune influence sur mes paroles. Je tâcherai d'être impartial et juste, mais je ne puis me dispenser de présenter quelques observations sur le rapport qu'on vient d'entendre, car il serait dangereux qu'une question aussi grave passât sans discussion. A la vérité, mes connaissances en chimie sont peu étendues, mais l'amour de la vérité donnera de la force à mes argumens. Je m'appuierai, d'ailleurs, et sur les travaux qui ont été soumis à l'examen de la commission, et sur le rapport fait récemment à l'Institut par M. Regnault, et sur le rapport même de M. Caventou. Je suivrai du reste l'ordre adopté par M. le rapporteur, autant que cela me sera possible, d'après des notes prises à la hâte pendant sa lecture.

M. le rapporteur a cru devoir commencer en rappelant l'état d'imperfection et d'enfance où était la science médico-légale avant M. Orfila. Je partage son opinion; mais peut-être n'était-ce pas ici le cas de présenter ces réflexions. Ne sembleraient-elles pas indiquer, en effet, qu'on s'est moins préoccupé des travaux soumis au jugement des commissaires, que d'un autre rapport fait récemment dans une autre société savante, et dont on aurait voulu neutraliser l'effet? M. Orfila, d'ailleurs, fait partie de l'Académie, et ne craignez-vous pas que ces éloges ne nous attirent le reproche de former ici une *société d'admiration mutuelle?* On nous dit aussi dans le rapport que, sur la question des empoisonnemens par l'acide arsénieux, la science était faite avant les recherches de MM. Flandin et Danger; et cependant on finit par voter à ces Messieurs des remercîmens. Mais n'y a-t-il pas là une sorte de contradiction? car, s'ils n'ont rien ajouté à la science, pourquoi et de quoi les remercier?

Au reste, je dois reconnaître que le rapport reproduit fidèlement les idées de MM. Flandin et Danger, à l'occasion des taches pseudo-arsenicales. Seulement on dit qu'ils n'ont pu présenter de ces taches devant la commission. Mais le rapport fait à l'Institut tient, sur ce point, un tout autre langage. D'ailleurs, M. Caventou lui-même parle de ces taches, il les analyse, il discute leurs caractères distinctifs; or, comment pourrait-il le faire s'il n'en avait vu aucune?

Tout en convenant que l'appareil de MM. Flandin et Danger remplit parfaitement le but, la commission a cru devoir lui en préférer un autre moins compliqué. Mais remarquez, Messieurs, que presque toujours les mécanismes simples donnent un résultat moins parfait, et je vois, par exemple, que l'appareil de M. Orfila, moins compliqué que celui de MM. Flandin et Danger, peut produire une foule d'erreurs.

J'ai dit que cette question est grave; c'est qu'ici, Messieurs, une erreur peut compromettre la vie des hommes et l'honneur des familles, et cette erreur, nul ne peut affirmer qu'il l'évitera; car tous les hommes sont faillibles, et si les grands peuvent se tromper, à plus forte raison ceux qui sont médiocres, à plus forte raison ceux qui sont petits.

M. Orfila avait d'abord employé le nitrate de potasse, il l'abandonna ensuite; il y revient aujourd'hui. C'est là un de ces retours ordinaires aux hommes de bonne foi. Mais cependant le rapport de l'Institut condamne ce procédé. Il lui reproche d'exiger une grande quantité de réactifs, et d'être difficile à bien conduire. Ce rapport accorde la préférence au procédé de MM. Flandin et Danger, qui carbonisent les matières animales par l'acide sulfurique concentré, et traitent le charbon qui en résulte par l'acide nitrique ou l'eau régale.

On sait que l'appareil de Marsh est fondé sur des idées que nous pourrions peut-être revendiquer en faveur d'un chimiste français, de Sérullas. Cet appareil, tel qu'il a été modifié par M. Orfila, a l'inconvénient de laisser passer à travers le tube, du charbon qui va se fixer sur les taches arsenicales, et en dissimule les caractères. C'est dans le but de remédier à ces inconvéniens que MM. Flandin et Danger ont perfectionné l'appareil.

L'appareil de Marsh fournit deux sortes de taches : les taches arsenicales et des taches que M. Orfila appelle *taches de crasse*. Le rapport de l'Institut, qui reconnaît l'existence de ces fausses taches, dit qu'elles présentent, avec les véritables, la plus grande analogie, et que le seul moyen de les distinguer consiste dans les réactions chimiques. Ainsi l'acide nitrique dissout à froid les taches arsenicales et ne dissout pas les taches *pseudo-arsenicales*, où il laisse des matières charbonneuses, brunes, qui ne se dissolvent qu'en chauffant la liqueur. Ceci est très bien; mais voilà que nous trouvons un peu plus loin, dans le même rapport, que les véritables taches arsenicales contiennent aussi quelquefois de ces matières brunes qui ne se dissolvent qu'à chaud. C'est donc déjà un caractère commun entre les deux sortes de taches, et qui obscurcit un peu cette distinction qu'on nous présentait comme si facile. Ces taches, d'ailleurs, sont excessivement minces, ce qui rend leur coloration très peu sensible. Et, Messieurs, lorsque d'après ce signe il faut décider si l'on fera ou si l'on ne fera pas tomber la tête d'un homme, je comprends qu'on hésite. Quant à moi, je n'oserais jamais me prononcer. Aussi le rapporteur de l'Institut a bien senti la portée de cette objection, et il a déclaré que ces signes ne peuvent suffire pour baser un jugement, et qu'il faut nécessairement obtenir de l'arsenic métallique.

Enfin, ce sont MM. Flandin et Danger qui ont expliqué la formation de ces fausses taches, en montrant qu'elles sont dues à des phosphites et à des sulfites. Ils ont ainsi rendu à la science un immense service, et on doit leur en savoir d'autant plus de gré que des savans du premier ordre s'étaient en vain occupés de cette question, et que M. Orfila, en particulier, n'avait pu pénétrer la cause de ce phénomène. Ils ont encore démontré que les os de l'homme ne contiennent pas d'arsenic; et ce sont leurs travaux qui ont amené la commission de l'Institut à proclamer ce fait important, qu'on ne peut, d'après les seules taches, conclure à la présence de l'arsenic dans une substance.

M. Orfila : Je ne suivrai pas M. Gerdy dans son argumentation; il est évident qu'il n'a pas saisi à la première lecture le contenu du rapport, car il fait dire à M. Caventou beaucoup de choses qu'il n'a point dites, et il lui fait commettre

des erreurs graves. Je m'attacherai surtout à combattre deux assertions émises par M. Gerdy, et à donner lecture de quelques passages du rapport de l'Académie des sciences, que M. Gerdy a si souvent cité. Ce rapport, Messieurs, complétement favorable au système médico-légal que j'ai introduit dans la science, a été tellement mutilé et défiguré par certaines gens, qu'à les entendre, ce serait un document contre moi. Vous jugerez de la bonne foi des opposans par la lecture des passages suivans.

S'agit-il de l'*absorption* de l'arsenic, voici ce qu'on lit : « Par un grand nombre d'expériences faites, d'un côté sur plusieurs individus qui avaient péri victimes d'empoisonnement par l'arsenic, et de l'autre sur des chiens empoisonnés par l'acide arsénieux introduit dans le canal digestif ou appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané, M. Orfila *fit voir* que l'acide arsénieux pouvait être retrouvé, après la mort, dans le sang, dans les viscères et dans l'urine. » (P. 1080.)

Pour ce qui concerne les *taches*, on dit : « M. Orfila observe à cette occasion qu'on ne saurait être trop circonspect lorsqu'on aura à se décider sur la nature des taches obtenues ; l'expert ne devra jamais dire qu'elles sont arsenicales, s'il ne leur a pas reconnu les caractères de la volatilité et du précipité rouge-brique avec le nitrate d'argent. » (P. 1083.)

« *Rien n'est plus facile* de distinguer ces taches de celles qui ont été produites par MM. Danger et Flandin. (P. 1089)....... Vos commissaires croient de leur devoir de repousser l'explication que ces messieurs en ont donnée, et d'insister sur ce point, *que ces taches ne sauraient être confondues* avec les taches vraiment arsenicales, toutes les fois qu'elles seront soumises à l'action des réactifs, qui peuvent seuls permettre de prononcer sur l'existence réelle de l'arsenic. » (*Ibid.*)

D'où il suit que MM. Flandin et Danger se sont complétement trompés sur ce point, ainsi que je l'avais établi il y a quatre mois dans cette enceinte ; il y a plus, il suffisait de connaître les élémens de la science pour savoir, *à priori*, que ces taches ne *pouvaient pas se produire* dans les opérations auxquelles on se livre quand on recherche l'acide arsénieux, soit en carbonisant par l'acide nitrique, soit en incinérant par le nitrate de potasse ; vous n'avez pas oublié que je vous disais, dans une séance du mois de février dernier, que le sulfite et le phosphite d'ammoniaque, qui forment ces taches, cessent d'exister, dès qu'on les traite par l'acide nitrique ou par le nitre (V. BULLETIN DE L'ACADÉMIE), qu'il n'est pas un élève qui ne sache qu'alors les acides sulfureux et phosphoreux sont transformés en acides sulfurique et phosphorique, *qui ne donnent plus de taches*. Voici comment la commission de l'Institut confirme mon dire à cet égard : « Il est évident d'ailleurs que si la destruction des matières organiques par l'acide nitrique a été complète, *il ne peut plus exister dans les résidus ni acide sulfureux, ni acide phosphoreux*.... Ainsi, quand les carbonisations ont été bien complètes, *il n'y a jamais de danger* de rencontrer ces taches anormales. » (P. 1089.)

Plus loin, après avoir rapporté les expériences faites par moi devant les commissaires de l'Institut, en tous points conformes à ce que j'avais établi, ces messieurs continuent ainsi : « Nos expériences ont donné des résultats semblables à ceux que M. Orfila avait déjà obtenus devant vos commissaires, et qui ont été décrits plus haut. » (P. 1100.)

« Les procédés donnés par M. Orfila semblaient satisfaire aux recherches de la médecine légale et leur donner les caractères de *précision* désirables ; mais un résultat tout à fait inattendu vint compliquer singulièrement la question. » (Il s'agit de l'arsenic normal annoncé par M. Couerbe.) (P. 1083.)

« Toutes ces expériences, dont les résultats ont été très nets, ont convaincu vos commissaires de l'*exactitude* des faits énoncés par M. Orfila sur l'absorption de l'arsenic et de l'antimoine par les organes, et sur le passage du poison dans l'urine. » (P. 1095.)

« Les procédés de carbonisation des matières animales par l'acide nitrique ou le nitrate de potasse peuvent réussir d'une manière complète. » (P. 1108.)

« Il est facile de trouver dans le commerce du zinc et de l'acide sulfurique qui ne manifestent pas d'arsenic dans l'appareil de Marsh, même *quand on dissout des quantités considérables de zinc.* L'acide sulfurique que nous avons employé était de l'acide purifié par distillation, et le zinc était du zinc laminé en feuilles minces. »

En vérité, Messieurs, il faut avoir grande envie d'altérer les faits, pour ne pas reconnaître, dans ces citations, la confirmation de tout ce que j'avais imprimé touchant les applications médico-légales de mon nouveau système.

J'arrive maintenant aux deux assertions de M. Gerdy que je crois devoir repousser. « 1° Vous avez d'abord donné la préférence au nitrate de potasse, puis vous l'avez abandonné apparemment parce qu'il n'était pas bon, et aujourd'hui la commission le réhabilite en disant qu'il est supérieur à l'acide sulfurique pour déceler les atômes de poison arsenical. » Ma réponse sera simple : j'ai toujours reconnu les immenses avantages de ce procédé, et si j'en ai préféré un autre pendant quelque temps, c'est parce que j'entendais dire de tous côtés, *à tort* il est vrai, que l'acide sulfurique qu'il fallait employer pour exécuter ce procédé pouvait être et était souvent arsenical et induire en erreur. Aujourd'hui qu'il est parfaitement établi, par les expériences mêmes de l'Institut, que l'on se procure facilement de l'acide sulfurique *exempt d'arsenic, ce que j'ai toujours dit*, je recommande de nouveau ce procédé parce qu'il est plus sensible et qu'il fournit l'arsenic le plus pur que l'on puisse obtenir : au reste je n'ai jamais abandonné le nitrate de potasse, car j'ai toujours soutenu qu'il existait des cas où il fallait *absolument* s'en servir et l'on sait qu'à Tulle nous y avons eu recours avec le plus grand succès.

« 2° MM. Flandin et Danger ne sont pas des chimistes si ordinaires, puisque c'est par eux que nous savons qu'il n'existe pas d'arsenic dans les os ; ils ont montré que les taches obtenues avec ces os et que MM. Couerbe et Orfila avaient prises pour des taches arsenicales, étaient tout simplement formées par du sulfite et du phosphite d'ammoniaque. » L'erreur de M. Gerdy est aussi complète que possible. En effet, si les taches que nous avons obtenues avec les os dans le temps, étaient les taches de MM. Flandin et Danger ; si elles étaient le résultat de l'action de l'acide sulfurique sur les os colorés en gris, nous devrions les obtenir aujourd'hui comme alors, *et c'est ce qui n'arrive pas.* Je défie qui que ce soit de les produire en opérant comme nous opérions alors que nous cherchions l'arsenic des os. L'opinion de l'Institut à cet égard est formelle ; lisez les expériences 14, 15 et 16 faites dans mon laboratoire en présence des commissaires, et les expériences 24, 25, 26, 27, 28, 29 et 31 faites par la commission de l'Institut et vous verrez *qu'on n'a obtenu aucune tache*, en traitant les os par l'acide sulfurique, c'est-à-dire en suivant le procédé qui nous avait donné de l'arsenic. Evidemment s'il ne s'est produit, et s'il ne se produit aucune tache dans ces conditions, il serait absurde de soutenir qu'elles aient pu *influer en rien* sur l'explication de ce fait important, savoir : que nous avons, M. Couerbe et moi, extrait de l'arsenic des os, tandis qu'on n'en a pas retiré dans ces derniers temps.

M. ADELON : Comme membre de la commission, je tiens à la disculper des reproches que lui a adressés M. Gerdy. M. Gerdy prétend que le rapport n'a pas tenu la balance égale entre MM. Flandin et Danger et M. Orfila, qu'il est trop laudatif à l'égard de ce dernier. Mais nous avions à juger les travaux de M. Orfila aussi bien que ceux de MM. Flandin et Danger ; et, quelque délicate que soit une pareille mission, quand il s'agit d'un collègue, la commission a dû l'accomplir. Il n'est donc pas étonnant que chacun des travaux soumis à notre appréciation occupe dans le rapport une place proportionnée à son importance. M. Gerdy reproche encore à la commission d'avoir dit que MM. Flandin et Danger ne lui ont pas montré de taches pseudo-arsenicales. Mais ce n'est point là le langage du rapport. Il dit seulement que la commission n'a pas vu de ces taches qui résultent d'une carbonisation imparfaite ; et cela même prouve que l'opération a été bien conduite ; mais il n'est pas permis de croire que tous les experts puissent aussi bien y réussir. D'ailleurs MM. Flandin et Danger ont bien mérité de la science ; le rapport l'a reconnu, je le répète moi-même, et je protesterais contre les conclusions si elles n'exprimaient pas les remercîmens et les éloges les plus formels pour ces deux chimistes.

La séance est levée à cinq heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME ; par M. CH. SÉDILLOT, professeur au Val-de-Grâce, agrégé de la Faculté, etc. — Paris, chez Masson, Fortin et comp., place de l'École-de-Médecine.

Les épanchemens pleurétiques, quelles que soient leur origine et leur nature, comptent aujourd'hui parmi les états morbides dont le diagnostic est devenu aussi sûr que facile. Ils constituaient naguères pour le praticien des problèmes presque insolubles jusqu'à la période extrême, caractérisée par la saillie des espaces intercostaux, l'ampliation de tout un côté de la poitrine et la fluctuation, indice précurseur de l'abcès thoracique, l'une des plus rares terminaisons de l'empyème. Cette différence dans les résultats de l'exploration clinique est un des bienfaits de l'auscultation. Avant l'ère nouvelle qui date de cette découverte, combien de collections pleurétiques qui n'ont été reconnues que sur le cadavre ! Baglivi, Morgagni, Ledran, en rapportent de nombreux exemples ; Bayle (RECH. SUR LA PHTHISIE PULM., sect. VII, p. 335) a réuni plusieurs observations d'empyème, résultant de pleurésie chronique, et qu'on avait envisagés et traités comme des phthisies. Sans doute la percussion, introduite dès le milieu du dernier siècle dans les méthodes d'examen clinique, était un pas immense, puisqu'elle a mis son inventeur sur la trace des épanchemens circonscrits, enkystés : « *Verùm si media pars*, dit-il (INVENT. NOV., etc., Vindobonæ, 1761, p. 84), *aquâ repleta fuerit, evocabitur resonantia major in illâ parte quam aquosus humor non occupaverit.* » Mais Averbrugger reconnaît lui-même, avec une docte candeur, l'insuffisance de sa méthode, d'ailleurs à peine connue avant qu'elle eût été inventée, pour ainsi dire, une seconde fois par Corvisart ; il retrace avec une vérité laconique la marche de ces pleurésies chroniques avec épanchement, pleurésies qui naguères encore étaient appelées latentes dans le langage d'une médecine qui, se désarmant des naturels instrumens d'investigation, c'est-à-dire de ses propres sens, s'abandonnait aux hasards de je ne sais quelle prétentieuse divination : « *Observavi sæpe sub tussi prope nulla, aut respirationis incommodo, integrum thoracis latus sonitu caruisse tunc, quando ex febri acuta reconvalescens, sub febri erratica vix ægrotare visus est medico, donec, morbo sensim crescente (forte etiam tunc nondum cognita mali sede), vel hydropico tumore semi-sepultus, vel ad pellem et ossa usque consumptus, periisset.* » (Loc. cit., p. 50.)

Mais le perfectionnement du diagnostic a-t-il assuré meilleure chance à la thérapeutique ? Guérissons-nous aujourd'hui plus d'empyèmes chroniques que nos devanciers ? Je n'oserai répondre affirmativement à cette question. Parcourez les vastes salles de nos hôpitaux : parmi les malades qui y languissent stationnaires, ou dont le facies vous jette en passant la morne et blême salutation du marasme, se trouve une bonne proportion des sujets porteurs de collections pleurétiques, suite d'une inflammation plus

ou moins aiguë, entrés à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Quand les spoliations par la saignée ou par les éméto-purgatifs n'ont ni prévenu ni réduit l'épanchement, quand la torture des vésicatoires multipliés ou du séton a été vaine, que reste-t-il à tenter? Comment conjurer de nouvelles additions de liquide à l'épanchement déjà formé, ou s'il emplit dès le début toute une cavité pleurétique, la résorption n'est plus qu'une chance exceptionnelle après l'inutile emploi des moyens précités. Il y a plus: en réfléchissant à la multitude des cas d'épanchement pleurétique ou péritonéal qu'un service très étendu et fréquemment renouvelé a soumis à notre observation dans un espace de quatre ans et demi, nous arrivons à cette conclusion qu'au-delà d'une mesure à peu près déterminée le liquide accumulé dans les poches séreuses ne se résorbe plus. Quelques exemples de résorption tardive d'épanchemens considérables n'infirment point ce résultat d'une observation multiple. L'amaigrissement, l'infiltration des extrémités inférieures d'abord, et bientôt de tout le tissu cellulaire sous-cutané, la diarrhée colliquative, autre indice d'une cachexie séreuse, la fièvre hectique, voilà l'inévitable série de phénomènes que détermine à la longue toute collection considérable dans la plèvre; leur développement plus ou moins rapide est en rapport avec les antécédens, la constitution du malade, ainsi qu'avec le traitement employé; mais elle est surtout en rapport avec la nature du fluide épanché et l'état de la surface qu'il baigne; les collections séreuses (hydro-thorax) sont moins graves que les purulentes.

Il est donc naturel que l'on se soit adressé à la chirurgie pour débarrasser la poitrine d'un amas de liquide que nulle médication n'a réussi à dissiper; l'opération de l'empyème est sans contredit l'une des plus anciennement pratiquées; l'école hippocratique en a soigneusement discuté les indications, et c'est un des mérites que nous reconnaissons à M. Sédillot, d'avoir apprécié la doctrine d'Hippocrate sur l'empyème avec une judicieuse libéralité de détails et d'idées. Hippocrate a proposé trois procédés différens pour pratiquer cette opération; l'art moderne a singulièrement multiplié, diversifié les modes et procédés opératoires; il a fourni, comme nous l'avons dit, un ensemble de signes à peu près certains pour reconnaître l'existence des épanchemens pleurétiques, et, contraste frappant, le secours du chirurgien est rarement demandé; la plupart des praticiens reculent, plus encore que leurs malades, devant les éventualités d'une opération qui compte jusqu'à ce jour quelques succès, un plus grand nombre de résultats douteux et beaucoup d'échecs. Quand ils y ont recours, c'est à titre de palliatif, pour écarter l'imminence d'une asphixie par obstacle mécanique à la pénétration de l'air dans les poumons; le plus souvent encore les empyèmatiques sont frustrés de ce suprême bénéfice et ils meurent dans les angoisses de la compression pulmonaire, beaucoup avec les attributs conservés de la force, la plupart dans l'épuisement des maladies chroniques.

Parmi les praticiens qui ont fait de sages tentatives pour éclairer sur la valeur définitive de l'empyème, il est juste de nommer M. le docteur Raymond Faure qui l'a pratiqué ou fait pratiquer sous ses yeux sur huit sujets; chez quelques-uns, l'opération a été répétée un assez grand nombre de fois. Témoin d'une partie de ces faits, assidu à l'observation des malades qui les ont fournis, nous les avons soumis, dans notre dissertation inaugurale, à une étude approfondie; les conclusions auxquelles nous a conduit cette étude, ont été confirmées par notre honorable président, M. Dubreuil, qui a eu occasion de pratiquer avec Delpech l'opération de l'empyème; elles ont été reproduites par M. Faure dans le mémoire qu'il a adressé à l'Académie et qui a servi de base à l'une des meilleures discussions de cette assemblée; il nous sera permis de les transcrire ici, car M. Sédillot en a fondu quelque chose dans son travail (p. 128 et ailleurs), et le lecteur attentif y trouvera l'indication laconique d'idées développées par M. Sédillot: « La ponction nous paraît indiquée, quand la maladie étant reconnue, les moyens propres à activer la résorption du pus et à éteindre l'irritation secrétoire qui le fournit, ont échoué; insister trop longtemps sur l'emploi de ces moyens curatifs, dont l'action est indirecte et douteuse, nous paraît inutile et dangereux, pour les motifs suivans: 1° l'accumulation du fluide augmente et prolonge la compression du poumon, au point de le rendre complètement inhabile à s'amplifier et à respirer; 2° le fluide abondamment secrété entretient l'irritation de la plèvre ou de la pseudo-membrane, soit en la distendant par son volume, soit en l'impressionnant par la nature de sa composition; 3° il forme, en écartant les côtes, un obstacle mécanique à l'oblitération de la cavité costo-pulmonaire, principe et condition de la guérison; 4° l'énergie de l'absorption est en raison inverse de la quantité de l'épanchement, comme le prouve l'infiltration locale et bientôt générale qui se manifeste, tandis que l'évacuation partielle ou presque totale du liquide peut ramener à l'équilibre l'absorption et l'exhalation; cette probabilité résulte analogiquement de la guérison d'hydropisies ascites obtenue par la paracentèse, pratiquée de bonne heure; 5° les évacuations successives imitent le procédé de la nature qui guérit quelquefois l'empyème en l'éliminant graduellement par l'abcès de la paroi thoracique; 6° enfin, l'augmentation et le séjour prolongé du liquide apportent une gêne notable dans les fonctions, déterminent la cachexie séreuse et le marasme. »

Revenons à l'ouvrage de M. Sédillot. Après avoir exposé la doctrine des anciens sur le sujet qu'il traite, il réunit dans un tableau bien fait, les observations les plus authentiques et les plus complètes de l'empyème qui ont trouvé place dans les annales de l'art. Vingt-cinq faits de pyothorax dans lesquels l'opération a pleinement réussi, malgré des circonstances en apparence désespérées, deviennent pour l'auteur la base historique de la réhabilitation de l'empyème. Rien de plus judicieux que les réflexions que lui inspirent ce que l'on appelle succès ou revers dans la pratique de notre art, vicissitudes non raisonnées par ceux-là mêmes qui les éprouvent et sur lesquelles se fonde dans l'opinion des médecins l'excellence ou le danger d'une opération. C'est à juste titre que M. Sédillot réclame contre l'autorité banale de ces oracles automatiques, alors même qu'ils s'appellent des noms les plus illustres; qu'importe que Dupuytren ait vu mourir quarante-huit malades sur cinquante auxquels on a fait l'opération de l'empyème; l'expérience de M. Velpeau qui a vu douze cas d'opération terminés douze fois par la mort, ne doit pas effrayer davantage; ce n'est pas l'opération qu'il faut accuser; mais les circonstances dans lesquelles on l'a tentée, la manière défectueuse dont elle a été exécutée. « La nature, dit M. Sédillot (p. 127), nous montre le mécanisme et les phénomènes de la guérison spontanée du pyothorax; l'anatomie nous les explique; les annales de la science nous apprennent que l'art a su profiter de ces enseignemens et qu'il peut, bien compris et bien appliqué, trouver des ressources là où l'organisme n'en fournit plus. » Sur l'époque de l'opération, l'auteur se résume ainsi: 1° Ne pas opérer dans la période aiguë; les témérités fâcheuses tentées dans un service de l'Hôtel-Dieu, ont prononcé sur ce point; 2° opérer dans les épanchemens chroniques les sujets dont les viscères sont sains, avant que les poumons aient perdu la possibilité de se dilater; 3° reculer le plus possible l'opération, lorsqu'il existe des complications incurables et n'y recourir qu'à titre de palliatif. Si nous approuvons les termes assignés par M. Sédillot à l'opportunité chirurgicale, nous sommes obligé de nous écarter de son opinion quand il considère l'absence totale du bruit respiratoire comme une contre-indication absolue de l'opération (p. 158). Il peut arriver en effet, dans les épanchemens considérables qui s'effectuent brusquement, comme on l'observe parfois chez les convalescens, que l'oreille ne perçoive plus sur aucun point du côté lésé le murmure vésiculaire; et pourtant des exemples de résorption ne sont pas rares en pareil cas, et le poumon est revenu à ses fonctions; je possède en ce moment dans mon service (salle 14, Val-de-Grâce) un fait de ce genre; l'opération a donc des chances, même en cas d'épanchement assez considérable, pour emplir tout un côté. Nous faisons observer d'ailleurs à M. Sédillot, que la persistance du bruit respiratoire, soit en arrière, soit sur les côtés du rachis, phénomène qu'il envisage comme une condition indispensable au succès de l'opération, ne prouve absolument rien quant aux chances d'expansion ultérieure du poumon; une respiration bronchique s'entend fréquemment encore dans la fosse sus-épineuse, ou bien entre le bord vertébral de l'omoplate et le rachis, quand déjà le poumon est cerné par une couche pseudo-membraneuse d'une organisation trop avancée, pour qu'il puisse désormais rompre cette barrière et s'amplifier par les efforts d'inspiration. D'autres contr'indications absolues que signale M. Sédillot exerceront parfois inutilement toute la sagacité du praticien; la complication d'une pneumonie ou de tubercules disséminés dans le tissu pulmonaire, échappe inévitablement toutes les fois que l'épanchement est considérable; car ou l'absence de la respiration est complète, ou elle s'entend encore en quelques points, bruyante, soufflée, et dans ces deux cas toute induction sur l'état du parenchyme pulmonaire est hasardeuse. Nous insistons sur les difficultés, pour ainsi dire médicales, du sujet traité par M. Sédillot, parce qu'il s'en est moins préoccupé et ne leur a point fait une part suffisante. C'est ainsi qu'il s'abuse sur la possibilité de distinguer le plus ordinairement le pyothorax de l'hydrothorax par un ensemble de signes fonctionnels et commémoratifs. M. Sédillot (p. 171, § 11) semble croire que la nature purulente de l'épanchement s'est toujours dénoncée par la fièvre, le point de côté, l'oppression, etc. Rien de plus rare d'abord qu'un hydrothorax idiopathique; l'expression elle-même disparaîtra peut-être de la science, et quant au diagnostic différentiel des épanchemens puriformes, séro-purulens et purement séreux, les praticiens les plus consommés n'auront garde de l'entreprendre avec quelque assurance. M. Sédillot a passé sur une difficulté qui se reproduit souvent au lit des malades, à savoir la distinction d'une hépatisation pulmonaire d'avec un épanchement pleurétique au point de vue médical de la question; nous lui reprocherons encore d'avoir fait trop bon marché de la pénétration de l'air dans la cavité pleurale, soit au moment de l'opération,

soit durant les pansemens. Est-ce chose bien conforme à l'observation clinique que de contester à demi les effets pernicieux du contact de l'air avec la surface pleurale, avec le pus épanché, et de n'attribuer à l'air d'autres effets que ceux d'un corps étranger? Malgré l'autorité de M. Récamier et les succès plus ou moins avérés de Billerey, la méthode des injections conserve à nos yeux un caractère d'étrangeté, de témérité, et nous apercevons encore, dans le chirurgien, une tendance médicale hasardeuse, quand il propose sérieusement (p. 161), en cas de rétention purulente, d'injecter deux fois par jour dans la plèvre un mélange d'huile et de vin, avec la précaution d'en diminuer successivement la quantité. Pour émettre semblable avis, il faut oublier les conditions anatomiques du foyer pleurétique, et la facilité des recrudescences de l'inflammation de la plèvre ou de la pseudo-plèvre, suivies d'épanchemens additionnels. Ceci nous rappelle le malheureux conseil donné par un réformateur célèbre, de faire pénétrer la fumée de tabac dans la cavité péritonéale, après l'évacuation du fluide ascitique; une seule fois nous eûmes recours à ce moyen, à Calvi, sur un tonnelier, et plus jamais l'envie ne nous a pris d'y revenir.

Ces critiques ne portent que sur la face médicale du travail de M. Sédillot; quant à la partie chirurgicale, elle ne peut être jugée que par l'expérience; M. Sédillot propose un procédé opératoire, un mode de pansement, tout un ensemble de règles et de soins, ingénieusement déduits de l'histoire anatomo-pathologique de l'empyème sagement calculés dans le but d'amener une guérison graduelle à laquelle il fait concourir l'expansibilité pulmonaire, l'élasticité de la cage thoracique, l'action musculaire, les phénomènes successifs de l'organisation pseudo-membraneuse, et jusqu'au liquide épanché dont il évacue journellement, par la même ouverture, des quantités proportionnelles au retrait des parois thoraciques, et dont l'aspect lui sert de guide et de renseignement; M. Sédillot propose d'inciser largement l'espace intercostal désigné par élection ou nécessité (deux pouces), d'ouvrir la plèvre dans une étendue de six lignes, d'évacuer le liquide seulement dans la proportion de la possibilité que présentent les organes de s'y substituer, de tenir la plaie exactement fermée entre les pansemens qui devront se renouveler au moins toutes les vingt-quatre heures, de laisser dans la poitrine assez de pus pour empêcher la pénétration de l'air, et trop peu pour écarter les parois thoraciques. La méthode de traitement chirurgical que nous venons d'indiquer ne pourra être discutée complètement qu'après l'épreuve péremptoire de la mise à exécution, et c'est alors seulement que nous saurons s'il sera donné à M. Sédillot de guérir plus d'empyèmes que n'ont fait ses prédécesseurs, mais il est difficile de méconnaître l'exactitude du rapport logique que l'auteur a pris soin d'établir entre la partie critique et la partie pratique de son ouvrage; quoique l'opération, telle qu'il la formule, n'ait jamais été pratiquée, elle porte déjà comme un cachet expérimental, tant elle justifie, par tous ses détails, les principes antérieurement établis par l'auteur sur le double fondement de l'observation clinique et d'une plus saine appréciation des phénomènes anatomo-pathologiques qui marquent les différentes périodes de la cicatrisation costo-pulmonaire. Disons toutefois que la série des brillans articles publiés par Delpech, sur ce sujet, et qui dorment presque ignorés dans le MÉMORIAL DU MIDI, présente en grande partie les mêmes idées que celles dont s'est appuyées M. Sédillot; mais nulle part on ne lira une analyse plus judicieuse des faits acquis à la science, une discussion plus logique et plus élevée de tous les problèmes et de tous les procédés chirurgicaux qui se rapportent à l'empyème. Peut-être aurions-nous dû rencontrer en ce sujet, remanié par une plume si compétente, une application nouvelle de la méthode sous-cutanée; l'empyème est, en effet, l'une des opérations qui nous paraissent légitimement dévolues à cette méthode, puisqu'elle n'a de succès à espérer que par la préservation des surfaces pseudo pleurales contre l'air atmosphérique, non moins que par la dilatation ultérieure du poumon comprimé.

M. L.

VARIÉTÉS.

MYOTOMIE OCULAIRE DANS LA MYOPIE.

M. Cunier vient de pratiquer avec succès l'opération proposée par M. Jules Guérin (*Annales d'Oculistique*, avril) pour la cure de la myopie; quatre malades ont été débarrassés de leur infirmité par la myotomie sous-conjonctivale. La dame d'un capitaine de cavalerie pouvait à peine déchiffrer le caractère double canon avec des verres n° 3 : les deux droits internes et les deux droits externes ont été divisés; aujourd'hui, trentième jour de l'opération, elle lit parfaitement à l'œil nu tous les caractères d'imprimerie, depuis la *mignonne* jusqu'au *double canon*. Un jeune homme d'Anvers, dont la myopie équivalait à la cécité, a subi, il y a quinze jours, la division sous-conjonctivale des muscles droits internes et externes, et il peut lire aujourd'hui à l'œil nu le caractère cicéro, à la distance de quatre mètres il lit les enseignes des marchands; à trente pas il reconnaît les personnes, en s'aidant de verres n° 10. Le troisième myope est un Anglais âgé de 19 ans, qui depuis deux ans ne pouvait plus lire aucune espèce de caractère; aucun verre ne pouvait l'aider. Le troisième jour de l'opération, il lisait le caractère cicéro en armant ses yeux de verres n° 6 : dès le huitième jour, il pouvait lire à l'œil nu ce caractère et tous les autres, y compris la *mignonne* des éditions de M. Laurent.

Le quatrième myope opéré offrait des signes certains de contracture de l'oblique inférieur, et c'est ce muscle qui a été divisé.

M. Cunier fera connaître ces quatre observations avec plus de détails dès qu'il aura opéré les autres myopes qui viennent de s'adresser à lui; il relatera en même temps les nombreux cas dans lesquels il est parvenu, à l'aide de l'exercice orthophthalmique, à modifier, souvent à guérir, cette imperfection visuelle. Chez les quatre myopes qu'il vient d'opérer, le traitement orthosomatique avait échoué.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Vous avez rendu compte de diverses lettres adressées à l'Académie des sciences au sujet des barrières urétrales. Dans cette affaire on s'est plu à déplacer la question, et à me prêter des intentions que je n'ai jamais eues. J'ai dit dans mon ouvrage (p. 241 et suiv.) et dans ma lettre à l'Académie, que les barrières à l'orifice interne de l'urètre avaient été indiquées et décrites par plusieurs chirurgiens; je n'ai pas caché non plus que le nom sous lequel on les désigne avait cours dans la science avant mes travaux, avant aussi ceux des personnes qui réclament contre des prétentions à la découverte dont on m'accuse fort injustement. En effet, mon seul but a été de faire connaître ce que j'ai observé relativement à cet état morbide, d'indiquer les moyens par lesquels je suis parvenu à le constater et à le combattre; enfin de faire remarquer l'insuffisance et les inconvéniens de quelques procédés auxquels on avait déjà eu recours, notamment des ponctions avec le perforateur de M. Stafford. Voilà ce que j'ai fait. C'est aux praticiens à juger le mérite de ma description, et la valeur des moyens d'exploration et de curation que je propose. Sur ces points, la critique est licite; mais la marche qu'on affecte de suivre ferait croire à l'étranger qu'on se dispute chez nous des découvertes auxquelles la France n'a pas droit de prétendre. Je ne veux pas me laisser donner ce ridicule; et je compte sur votre obligeance pour l'insertion de cette note dans le prochain numéro de votre intéressant journal.

Agréez, etc.

CIVIALE.

— M. le docteur JULES GUÉRIN fera, mercredi prochain, 14 du courant, à 10 heures précises, à l'Hôpital des Enfans, une conférence spéciale sur l'anatomie, la physiologie des muscles obliques de l'œil et sur l'influence qu'ils exercent dans le strabisme.

— Sur la proposition de M. le docteur Bouland, directeur des eaux minérales sulfureuses d'Enghien, de livrer les eaux à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris au prix des eaux artificielles, le conseiller des hôpitaux vient, en vertu de sa délibération du 8 juin de cette année, de décider que les eaux sulfureuses d'Enghien remplaceront désormais les eaux artificielles sulfureuses employées jusqu'ici dans les hôpitaux. Cette décision a été prise sur l'avis de M. Soubeiran, que le conseil avait consulté à cet effet. Les malades en recueilleront les plus heureux résultats; ils seront à même de boire les eaux d'Enghein puisées fraîchement à leur source, au lieu des eaux artificielles sulfureuses ou de celles des Pyrennées et autres, que le transport altère si facilement.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 29. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 17 JUILLET 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA TUBERCULISATION DES GANGLIONS BRONCHIQUES; par M. Alfred Becquerel, docteur en médecine, interne à l'hôpital des Enfans malades, lauréat de la Faculté de médecine et des hôpitaux. (Médailles d'or.)

Les maladies dont peuvent être atteints les ganglions lymphatiques qui entourent la bifurcation de la trachée artère et des bronches ont encore été peu etudiées; on ne connaît guère à ce sujet que l'anatomie pathologique de la dégénérescence toberculeuse de ces petits organes. Au-delà, rien de clair, rien de précis; la grande difficulté dn snjet est sans donte la canse de son obscnrité, et tont en ne vonlant pas faire nne histoire complète de la dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques, j'essaierai cependant d'en donner nne esquisse qui pourra contribner à attirer l'attention des praticiens sur nn snjet entouré d'antant de difficultés.

Plusieurs travanx recommandables ont déjà été publiés snr la dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiqnes. Dans nne thèse, qui parut en 1824, M. Leblond a presque immédiatement donné une histoire de cette maladie, qui, sauf quelqnes extensions et qnelques rectifications faites par MM. Rilliet et Barthez, résume à peu près tont ce qui est répandu dans le public sur la connaissauce de cette affectinn. M. Berton, dans un mémoire d'Aber, et plus tard dans son Traité des maladies des enfans, a fait connaître quelques faits nouveanx et curieux. Voici, d'après les travaux de ces deux anteurs, ce qui était connu de l'histoire des tubercules bronchiqnes.

Les ganglions bronchiqnes sont très fréquemment atteints de dégénérescence tubercnleuse. A nue époque nltérieure, ils peuvent se ramollir; lnrsque ce ramnllissement a lieu, ils déterminent assez sonvent la perforation du canal avec lequel ils sont en rapport, perforation à travers laquelle ils évacuent la matière ramollie; il en résulte un kyste communiquant avec les bronches, ce qui, surtout s'il est situé à une certaine profondeur, pent en imposer ponr une caverne. Ces kystes tuberculeux sont susceptibles de se cicatriser.

Ils peuvent s'avancer pour ainsi dire dans le poumon, et aller déterminer une perforation de la plèvre, puis un hydro-pneumo-thorax.

Dans quelques cas, au moins très rares, ils peuvent déterminer la perforation de l'artère pulmonaire.

MM. Rilliet et Barthez, dans un mémoire publié dans les Archives générales de médecine, ont confirmé ces divers résultats; ils les ont étudiés avec beaucoup plus de soin, et out accompagné leur description de

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Très cher et très bonorable confrère,

Notre cœur est plein, il faut qu'il s'épanche dans celui d'un ami. Depuis notre dernière missive qui était passablement rembruoie, tout va de mal en pis chez nous. Nous sommes plus que jamais en proie à la discorde, à la guerre civile. L'anarchie est si grande que ce ne sont plus des disputes de doctrine et de système, qui supposent encore quelque accord dans chaque camp, et qui, portant sur des idées, excusent et justifient même, jusqu'à un certain point, les écarts des passions; ce sont des lutles d'bomme à bomme, d'individu à individu, dans lesquelles tont intérêt de science disparait; d'horribles duels où le choix des armes est indifférent, pourvu qu'elles blessent et qu'elles tuent; où l'on consent à périr pourvu qu'on frappe à mort son adversaire. On aimerait à se représenter notre profession comme une belle et large route sur laquelle s'avancent d'un pas inegal, il est vrai, mais mesuré, la foule de travailleurs à l'œuvre commune, se croisant quelquefois en chemin, mais sans se heurter, et s'entr'aidant au besoin, etc... Hélas! que nous sommes loin de cet idéal! Si vous voulez une image plus ressemblante, figurez-vous un attroupement de barbares, étrangers les uns aux autres, accourus isolément de tous les points de l'horizon, par *l'odeur alléchés*, et s'égorgeant autour d'une proie a dévorer ou d'un butin à piller. La comparaison est byperbolique; soit, mais nous sommes en ce moment dans un accès de pessimisme qui sera d'autant plus court qu'il est plus violent. Tenez donc pour certain, toute declamation à part, que le tableau des mœurs médicales à notre époque est quelque chose de très laid, de très désagréable à voir. Ce n'est pas que les rivalités de profession et les calculs égoïstes n'aient de tout temps donné lieu à des lâchetés, à des trahisons, à de honteuses manœuvres, à toutes les turpitudes que l'envie, la haine, la vengeance suggèrent d'ordinaire aux âmes basses et aux petits esprits; ce n'est pas qu'à toutes les époques la vérité n'ait été sciemment sacrifiée à de vils intérêts, le bien de l'humanité immolé à la satisfaction de quelques vanités ridicules; ce n'est pas que toujours la médiocrité n'ait cherché à jeter la boue où elle se traîne au visage de ceux qui marchent sur elle sans la regarder; ce n'est pas que dans tous les temps on n'ai vu, contre toute règle de probabilité, l'ignorance et la sottise, aidées de beaucoup d'impudence et de beaucoup de tenacite, s'installer scandaleusement aux premiers rangs et y faire quelque figure; rien de tont cela n'est nnuveau dans la profession. Mais ce qui est nouveau, c'est le cynisme avec lequel toutes ces choses se font; ce qui est nouveau, ce n'est pas la bassesse, la déloyauté des sentimens ou des intentions, mais la grossièreté des moyens et la licence du langage. Le fonds et la forme sont maintenant d'accord, et les paroles sont au niveau des actions.

Tout ceci ne vous paraîtra peut-être, très honoré confrère, qu'un préambule,

détails plus exacts et plus circonstanciés; ils ont étudié avec soin le mode d'ulcération des bronches, pour communiquer avec les kystes, le mode de développement simultané des phthisies bronchiques et pulmonaires. Leurs travaux d'anatomie pathologique ont certes contribué à éclairer la question.

Je mettrai à profit ces travaux divers, et j'exposerai en même temps les résultats auxquels m'a conduit l'examen attentif d'un grand nombre de faits de dégénérescence tuberculeuse de ganglions.

1° ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La fréquence de cette altération est très grande. Elle se montre même plus souvent que la tuberculisation pulmonaire. (Papavoine, MÉMOIRE SUR LES TUBERCULES.)

Les ganglions qui s'altèrent peuvent être situés au-dessous ou autour de la bifurcation trachéale, autour des grosses bronches; enfin, à la racine des poumons entre ces mêmes conduits; ils semblent alors situés dans l'épaisseur de ces organes. La matière tuberculeuse qui s'y développe y est d'abord à l'état de crudité. Ensuite, elle se ramollit. On doit distinguer avec soin et étudier à part ces deux périodes.

2° CRUDITÉ.

Les ganglions peuvent éprouver la transformation grise semi-transparente, ou la transformation jaune. La première est à peu près nécessairement suivie de la seconde. Les ganglions divers que j'ai énumérés peuvent s'indurer et s'hypertrophier; le volume qu'ils acquièrent est assez variable; à ce degré, ils n'ont pas encore un volume très considérable, cependant ils dépassent constamment celui de l'état normal.

Si on incise ces ganglions hypertrophiés, durs, inégaux, on les trouve presque complètement transformés en cette matière que Laennec a si bien décrite sous le nom de matière grise semi-transparente. Les ganglions peuvent avoir subi la transformation complète; assez souvent elle ne l'est pas et elle forme comme des îles isolées qui se réunissent et finissent par ne plus former qu'une seule masse. Rarement la matière grise semi-transparente existe seule; presque toujours on trouve au milieu quelques points qui commencent à éprouver la dégénérescence jaune; celle-ci fait des progrès continuels, et la matière grise ne tarde pas à subir la transformation complète.

Quelle est la nature de cette matière grise semi-transparente? Est-elle due à une inflammation chronique du ganglion, ou bien est-elle le premier degré de la dégénérescence tuberculeuse? Je suis porté à partager cette dernière opinion; du reste, cela importe peu, puisqu'il est à peu près certain qu'un ganglion présentant une induration grise semi-transparente se transformera plus tard en tubercule cru.

Les ganglions qui ont éprouvé cette transformation peuvent rester isolés. Souvent ils se réunissent plusieurs ensemble pour former des masses agglomérées et irrégulières, dans lesquelles la section permet de constater la soudure de plusieurs ganglions et leur séparation par des intersections fibreuses qui ne sont autres que la membrane externe ou la capsule des ganglions.

La transformation jaune, ou le changement du ganglion en tubercule cru, peut succéder à la dégénérescence que je viens d'étudier; elle peut survenir d'emblée; d'abord disséminés par points isolés, ils se réunissent ensuite; la transformation fait des progrès et finit par être complète.

Les ganglions peuvent, comme dans le cas précédent, tantôt rester isolés, tantôt s'agglomérer plusieurs ensemble, de manière à former des masses assez irrégulières et plus ou moins volumineuses.

Lorsque plusieurs ganglions transformés en tubercules crus sont soudés ensemble, presque toujours on distingue les intersections fibreuses qui les séparent; on ne les voit guère disparaître que lorsque la masse agglomérée se ramollit.

Les ganglions à l'état de tubercules crus et jaunes acquièrent quelquefois un volume considérable et ont presque celui d'un œuf de pigeon ou de poule; souvent plusieurs de ces tubercules volumineux sont soudés ensemble et constituent une espèce de masse solide qui entoure les grosses bronches et les gros vaisseaux situés à la base du cœur.

Quelle est l'influence de ces ganglions tuberculeux et hypertrophiés sur les parties qui les entourent? C'est une étude importante à faire, et elle nous donnera la clé de quelques-uns des symptômes qui permettent de diagnostiquer la phthisie ganglionnaire.

On peut d'abord établir qu'assez souvent les ganglions tuberculeux, quelque volumineux qu'ils soient, n'exercent aucune influence sur les conduits aériens et sanguins qu'ils entourent, et avec lesquels ils sont en rapport; ils ne les compriment pas d'une manière notable, et n'y déterminent aucune altération particulière; mais assez souvent aussi, ils exercent une influence que nous allons étudier.

1° ACTION DES TUBERCULES BRONCHIQUES SUR LES BRONCHES.

Les ganglions altérés et hypertrophiés se soudent aux canaux bronchiques, avec lesquels ils sont en rapport, comme ils se sont soudés entre eux. Leur action la plus ordinaire, et cela avant qu'ils aient subi aucun ramollissement, c'est la destruction des parois bronchiques. Je ne puis mieux comparer cette destruction qu'à une usure lente, déterminée probablement par l'hypertrophie incessante des ganglions altérés. La bronche se détruit donc par une véritable érosion, et la paroi est constituée ou remplacée dans ce point par la membrane externe du ganglion. Si l'hypertrophie continue, la bronche est de plus en plus détruite, et elle finit même par l'être complètement.

Tel est l'effet qui s'observe le plus communément; je dois toutefois faire observer qu'il est loin d'en être toujours ainsi; quelquefois le ganglion altéré et devenu plus volumineux comprime la bronche avec laquelle il est en rapport, sans la détruire; il l'aplatit un peu et diminue ainsi son calibre. Cet effet doit être pris en considération pour l'explication de certains symptômes.

La bronche étant ulcérée, le ganglion tuberculeux peut s'échapper à travers l'ouverture qu'il vient de faire, et être ainsi énucléé et rejeté au dehors. Je n'ai pas observé de tels faits, M. Guersant m'a dit en avoir constaté plusieurs; cet effet, ajouta-t-il, se produit surtout lorsque le ganglion tuberculeux commence à se ramollir.

2° ACTION DES GANGLIONS TUBERCULEUX SUR LES VAISSEAUX ARTÉRIELS ET VEINEUX.

L'artère et les veines pulmonaires, l'aorte et les veines caves se trou-

---

et vous espérez probablement trouver à la fin de nos moralités les pièces justificatives. Nous aurions bien quelque velléité de satisfaire votre désir à cet égard, et ce n'est certes pas la matière qui nous manquerait; mais sur ce point il n'est pas sage de sortir des généralités. Cependant pour ne pas vous désappointer tout à fait, nous ferons en votre faveur une imprudence; et nous vous régalerons d'un *specimen* de polémique récente, qui ne laisse rien à désirer.

Il est inutile de nommer les gens, mais il est très opportun de dire que ce sont deux professeurs *saluberrimæ facultatis Parisiensis*, deux membres de l'Académie royale de médecine, deux médecins des premiers hôpitaux de la capitale, deux auteurs classiques, en somme deux sommités scientifiques, comme on dit aujourd'hui. L'origine et les motifs de la querelle importent peu. Il paraîtrait qu'elle a commencé à l'Académie de médecine; mais elle s'est continuée et a pris tout son développement dans deux journaux dont vous ne serez peut-être pas fâché d'apprendre l'existence, l'un est intitulé: ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE, l'autre REVUE SCIENTIFIQUE ET INDUSTRIELLE. En voici quelques échantillons. Nous soulignons les passages les plus intéressans.

—Mon cher confrère, dit A., si je vous ai un peu maltraité à l'Académie, c'est que vous êtes célèbre et que par conséquent vos sottises sont dangereuses. Dans tout ce que vous avez écrit sur l'opération du bégaiement, *je ne trouve que des observations chirurgicales médiocres et des considérations ridicules.*

— Mon cher confrère, répond B., je sais que vous n'aimez pas les *essais chirurgicaux*; et pour cause; mais si vous êtes trop *âpre*, je saurai vous mettre à la raison, car *vous avez besoin d'être connu.* Respectez vos collègues, sur lesquels vous n'avez aucun droit de censure.

— Ah! vous vous fâchez, continue A., vous ne voulez pas qu'on blâme votre conduite; mais je veux la blâmer, moi, et j'en ai le droit et même le devoir; car *c'est un droit et un devoir pour tout citoyen de crier à l'injustice, au scandale, au* VOLEUR, *dans l'intérêt de la société, quand il est témoin d'un grand scandale, d'une grande justice, ou qu'il voit un* VOLEUR *en activité.*

— Ceci est un peu fort, réplique B., ménagez vos expressions. Est-ce que vous voudriez me les appliquer littéralement?

—Peu m'importe, poursuit A., comment vous les prendrez; mais ce que je sais et répète, c'est que *vous êtes toujours ardent à chercher de la gloire là où il n'y a que de la honte à recueillir, et que vous disputez à Pierre et à Paul son procédé et sa méthode de la section des génio-glosses... quoiqu'ils soient tous également impuissans à guérir, et propres seulement à faire souffrir les malades et à les exposer à de graves dangers.*

— Vous êtes injuste, reprend tout doucement B., en accusant nos procédés de barbarie; je n'en prône aucun positivement, si ce n'est peut-être la section du filet de la langue, qui est tout ce qu'il y a de plus innocent.

—Il est tout simple, répond A., que vous n'ayiez aucune préférence pour un procédé ou pour un autre, car *vous coupez les muscles génio-glosses ou autres sans savoir pourquoi, et uniquement parce que M. Dieffenbach en a coupé. On sait que, tout professeur de clinique que vous êtes, vous ne vous piquez pas d'agir par raison.* Ce n'est pas de la chirurgie que vous voulez faire, mais bien des *représentations chirurgicales.* Et quant à votre excision anodine du filet, *c'est une jeune fleur qu'on peut offrir aux gens du monde et qui peut rapporter des fruits.* Nous connaissons cela.

vent fréquemment en rapport avec les ganglions altérés, lorsque ces derniers existent dans les médiastins. C'est surtout presque immédiatement après leur sortie du péricarde et un peu au-dessus de la base du cœur que ces rapports s'établissent; la conséquence de ces rapports, lorsqu'ils existent et que les ganglions tuberculeux s'hypertrophient, c'est la compression de ces divers vaisseaux.

La compresssion de l'artère et des veines pulmonaires est certainement celle qu'on observe le plus fréquemment; leur calibre est diminué par suite de l'aplatissement de l'artère. Je dois faire observer toutefois que jamais je n'ai trouvé les parois de ces vaisseaux altérées et ayant éprouvé une dégénérescence quelconque.

L'aorte peut être comprimée, et son calibre un peu diminué. Je n'ai pas observé non plus d'altération notable des parois de ce vaisseau. Une conséquence de cette diminution du calibre de l'aorte peut être l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur; cette hypertrophie n'est jamais considérable, parce qu'elle ne date jamais que de peu de temps. Mon collègue et mon ami, M. Durand, a observé tout récemment une jeune fille qui a succombé, et chez laquelle il a trouvé, à l'autopsie, des ganglions bronchiques hypertrophiés et tuberculeux comprimant la trachée, les grosses bronches et l'aorte, et ayant déterminé médiatement une hypertrophie du ventricule gauche.

La veine-cave supérieure et l'inférieure peuvent également être comprimées par les ganglions hypertrophiés et tuberculeux; tantôt les deux veines le sont, tantôt l'une l'est plus que l'autre. Dans d'autres cas, une l'est, l'autre ne l'est pas, et alors c'est la supérieure ou bien l'inférieure.

La compression des veines caves a lieu et plustôt et plus facilement que celle de l'aorte. La nature des parois de ces vaisseaux nous rend compte de ce fait; je ne puis trop appeler l'attention sur cette compression, parce que, dans quelques circonstances, elle rend un compte satisfaisant d'hypertrophies qui se développent chez certains phthisiques.

3° ACTION DES GANGLIONS TUBERCULEUX ET HYPERTROPHIÉS SUR L'ŒSOPHAGE.

Peuvent-ils exercer quelque influence sur ce conduit? C'est une chose qu'on ne saurait affirmer; il faudrait, je pense, avoir observé une gêne notable dans la déglutition pendant la vie, pour qu'on pût affirmer que les choses se passent ainsi. Je ne doute pas qu'un tel cas ne puisse se présenter, mais je n'ai observé absolument rien d'analogue. Je puis dire la même chose pour le canal thoracique, et j'ai très peu dirigé mon attention sur ce conduit.

Les ganglions tuberculeux et hypertrophiés, surtout s'ils acquièrent un volume considérable et font saillie en avant, peuvent venir adhérer et se souder au sternum, et spécialement à sa partie supérieure.

RAMOLLISSEMENT DES GANGLIONS BRONCHIQUES TUBERCULEUX.

Le ramollissement des ganglions bronchiques tuberculeux commence, en général, et presque exclusivement, par le centre; lorsqu'il a eu lieu, tantôt il est constitué par un pus bien lié, bien consistant et jaune verdâtre. Dans d'autres cas, il est grumeleux et contient une matière blanche, comme coagulée, entourée d'un liquide moins dense, moins consistant et plus séreux.

Dans quelques cas on voit les ganglions tuberculeux se ramollir complètement et simultanément dans toute leur masse. J'ai observé récemment un fait remarquable chez un enfant de 5 ans. Cinq à six ganglions bronchiques étaient remplis d'un pus louable jaune-verdâtre, d'une bonne consistance et sans grumeaux; leur incision montra un kyste, tapissé par une membrane rugueuse et notablement injectée en arborisation. Du reste ils ne contenaient absolument aucun débris de tubercules, et on aurait pu très bien admettre une inflammation suppurative non tuberculeuse des ganglions, si par un examen attentif on n'avait pas trouvé trois petits ganglions bronchiques présentant l'induration grise; et les deux autres transformés en tubercules crus et à peine hypertrophiés. Chez cet enfant il n'existait aucun tubercule, ni aucun ganglion dans les poumons, ni dans les autres organes.

Les tubercules ganglionnaires éprouvent quelquefois une modification particulière, une transformation que j'hésite à considérer comme due au ramollissement. La matière qui les constitue devient comme suiffeuse, stéatomateuse; on dirait du fromage blanc caillé, mais épais, sans liquide et avec une consistance comme graisseuse.

Cette modification particulière, que je n'ai eu l'occasion de rencontrer que deux fois, est-elle l'indice d'un commencement de ramollissement, ou bien d'une transformation qui aurait pour but la guérison, ou encore le passage à l'état crétacé; c'est ce que je ne saurais dire.

Les tubercules bronchiques au lieu de se ramollir peuvent-ils éprouver un tel changement, qu'ils deviennent calcaires ou crétacés; c'est un fait incontestable, mais au moins très rare, et je ne le trouve signalé chez les enfans qu'une seule fois dans mes notes. L'observation des adultes montre que ce fait peut se présenter chez eux avec un certain degré de fréquence.

Les ganglions bronchiques tuberculeux une fois ramollis, forment une masse molle fluctuante, qui peut rester telle un certain temps, mais qui, tot ou tard, doit être évacuée. MM. Rilliet et Barthez ont étudié avec soin le mode d'évacuation de ces cavités. Elle a lieu par l'ulcération du kyste rempli de matière tuberculeuse ramollie et sans ouverture dans les bronches. Si donc le kyste n'adhère pas déjà aux canaux bronchiques, cette adhérence s'opère alors, et l'ulcération se fait de dehors en dedans par la destruction successive des différentes couches des parois bronchiques; l'ouverture occupe en général une des parties latérales de la bronche; il en résulte un kyste communiquant avec ces conduits et qui constitue ce qu'on pourrait en quelque sorte appeler une fausse caverne; il devient souvent difficile de les distinguer des cavernes véritables qui sont le résultat de la fonte tuberculeuse des tubercules pulmonaires; cette distinction est surtout plus difficile lorsque ce sont des ganglions inter-bronchiques un peu profonds qui ont subi cette transformation. Selon les auteurs que j'ai cités, l'ouverture latérale à la bronche, et le kyste qui les constitue permet toujours d'établir la distinction.

Les kystes résultant de la fonte tuberculeuse des ganglions et communiquant avec les bronches sont quelquefois multiloculaires; ils peuvent envoyer des ramifications qui les font encore plus ressembler aux excavations tuberculeuses véritables; ces prolongemens peuvent être la conséquence de la fonte tuberculeuse de plusieurs ganglions, et de leur communication entre eux. Les kystes dont je viens de parler peuvent cheminer en quelque sorte dans les poumons et pénétrer à une certaine profondeur; on les a même vus aller perforer la plèvre pulmonaire et déterminer la

---

— Mon doux ami, s'écrie alors M. B, cela va se gâter; vous me forcerez à des personnalités. Si mes opérations vous semblent absurdes, c'est *qu'elles ne concordent pas avec vos élucubrations sur le mécanisme de la parole*; et quant à leur cruauté, je vous rappellerai brièvement *que vous avez*, il n'y a pas longtemps, *passé six séances* A TORTURER *vainement un malade affecté d'une ancienne luxation du coude.*

— Et vous, dit A., vous avez, il n'y a pas longtemps non plus, laissé appliquer, dans votre hôpital et sous vos yeux, un instrument de supplice à une cuisse luxée, *jusqu'à ce que fracture s'en suivit.*

— Et vous, continue B., *vous avez épuisé inutilement la force de vos moufles sur un genou demi-luxé depuis près d'un an.*

— Et vous, dit A., *pour expérimenter une méthode absurde et barbare, vous avez fait briser sous vos yeux un genou ankilosé.*

— Et vous, dit B., accumulant les citations, vous avez eu la barbarie, en amputant une cuisse, *de passer vingt minutes à pincer les différens tissus de la plaie, y compris le nerf sciatique, afin de montrer aux élèves le degré de sensibilité de chaque lamelle pincée*; vous torturez chaque jour des malheureux *en tentant la cure radicale des hernies par des méthodes qui entraînent la mort*; vous avez fait la sottise et eu le cruel courage *d'enlever une mâchoire simplement hypertrophiée.*

— Et vous, réplique A., *qui vous êtes fait nommer le chirurgien des Amazones, vous avez coupé*, il y a peu, *une mamelle parfaitement saine, et vous mériteriez un autre surnom pour avoir enlevé inutilement une tumeur scrotale dont l'ablation a entraîné la perte du malade.* Voilà ce que j'ai à dire de vos talens chirurgicaux *et de votre loyauté et véracité bien connues.*

— Ho, ho! vous parlez de loyauté, mon cher collègue, reprend B., changeant de ton; mais, mon cher ami, vous êtes, entre nous soit dit, un peu lâche; *vous allez glisser furtivement vos diatribes sous le voile de l'anonyme dans un journal consacré à l'industrie.* Cela n'est pas bien.

— C'est faux, reprend A.; *j'ai seulement fait écrire un article de revue chirurgicale qu'on m'a demandé, et où j'ai inséré quelques phrases par ci, par là, et quelques pages*, pour injurier les gens sans me nommer; mais *cet article ne peut m'être attribué. Il n'y a rien là de furtif. Je ne parle pas, moi, de loyauté, mais j'agis loyalement.*

— *A qui prétendez-vous*, reprend B., *en imposer par des subterfuges aussi grossiers? Ne dirait-on pas, en vérité,* UNE FILLE DE JOIE *qui, pour se venger du dédain des hommes et donner le change sur ses déréglemens, revêt le costume d'une religieuse, et vient ensuite attaquer, sous ce masque, la conduite et les mœurs des autres femmes!! Sic transit gloria mundi!*

— Ah! ah! réplique A., vous faites de la littérature, mais vous ne vous y entendez guère mieux qu'en chirurgie, et vous n'êtes qu'un pauvre *écrivailleur*: sachez que je ne ressemble pas plus à une fille de joie que vous à une femme honnête. Vous dites *sous ce masque*, mais l'expression est impropre; il *fallait dire sous ce vêtement, sous ce travestissement.* Je ne trouve à louer que cette expression, *charmante de modestie ou de* PRUDENCE : *les autres femmes* (au lieu des *femmes honnêtes*), *qui prouve que vous n'avez pas voulu dire que les*

formation d'un hydro-pneumo-thorax. MM. Leblond, Berton, Rilliet et Barthez citent des cas de ce genre; je n'ai pas en occasion d'en observer. Les ganglions tuberculeux ramollis peuvent se souder et déterminer l'ulcération de l'artère pulmonaire; M. Berton cite deux cas de ce genre. On les a vus enfin déterminer la perforation de l'œsophage; ces derniers cas, ainsi que ceux de perforation des vaisseaux sanguins, sont fort rares.

La matière tuberculeuse étant évacuée, les kystes constitués par la membrane des ganglions peuvent-ils se cicatriser par l'adhérence des parois? — Bien que je n'aie jamais pu découvrir chez les enfans un état particulier des ganglions que l'on pût considérer comme des cicatrices, je n'hésite pas à admettre que les choses se passent ainsi probablement quelquefois; je m'appuie aussi à cet égard sur l'opinion et la grande expérience de M. Guersant père, qui m'a plusieurs fois exprimé la pensée que ce mode de terminaison de la phthisie ganglionnaire était un fait incontestable pour lui, bien qu'il n'ait jamais trouvé non plus de cicatrices proprement dites.

La tuberculisation des ganglions bronchiques peut exister seule et être indépendante de toute autre; j'ai plusieurs fois observé ce fait; mais fréquemment, et même le plus souvent, on trouve des tubercules dans les poumons; tantôt ces tubercules sont très nombreux, peu développés; dans d'autres circonstances ils sont multiples, et déjà paraissent à un degré avancé. Dans ces cas la tuberculisation bronchique tantôt est plus avancée, tantôt est parvenue au même degré, tantôt au contraire l'est beaucoup moins que la tuberculisation pulmonaire; ces cas peuvent se présenter. MM. Rilliet et Barthez ont consacré un passage fort intéressant de leur mémoire à démontrer comment pouvaient marcher dans le même poumon la tuberculisation des glandes bronchiques d'une part, et celle du parenchyme lui-même. Suivant eux la tuberculisation bronchique fait des progrès continuels de dedans en dehors, tandis que les tubercules pulmonaires, d'abord développés sous la plèvre et faisant sans cesse des progrès par l'adjonction de nouvelle matière tuberculeuse s'avancent de dehors en dedans. Dans quelques cas les deux tuberculisations peuvent finir par se rencontrer et se confondre. La tuberculisation des ganglions bronchiques peut coïncider avec une dégénérescence analogue des glandes mésentériques avec des ulcérations tuberculeuses des intestins; enfin, avec des tubercules développés dans un point quelconque de l'économie; tous ces cas divers peuvent se présenter et je dois ici les signaler sans les décrire. Une circonstance qui se présente aussi quelquefois, c'est la coïncidence de la dégénérescence tuberculeuse des ganglions lymphatiques du col et de ceux des bronches.

CAUSES DE LA TUBERCULISATION DES GANGLIONS BRONCHIQUES.

Si l'anatomie pathologique des ganglions est assez avancée et assez nettement établie, il n'en est point de même de l'étiologie de cette maladie.

Dans l'enfance, l'affection tuberculeuse peut revêtir quatre formes bien distictes qui sont les suivantes:

1° Les divers ganglions lymphatiques du col, de la poitrine et de l'abdomen sont envahis et éprouvent la dégénérescence tuberculeuse. — Les uns ou les autres peuvent être pris isolément ou simultanément.

2° Les tubercules se développent dans les divers parenchymes. — Le poumon est de beaucoup le premier envahi. Le cerveau, le foie, la rate, les reins peuvent aussi en présenter.

3° Les tubercules se développent presque simultanément dans la plupart des organes, et sous une forme particulière qui est celle de granulations en général peu volumineuses et dites miliaires.

4° Les tubercules se développent spécialement dans le tissu sous-séreux des diverses cavités. — Presque toujours alors ils déterminent une inflammation chronique des membranes séreuses avec lesquelles ils sont en rapport; il en résulte des meningites, des péricardites, des pleurésies et des péritonites tuberculeuses: les ulcérations des intestins peuvent se montrer dans toutes les formes. Telles sont les idées les plus générales qu'on doit se faire de la tuberculisation chez les enfans. — Ces formes peuvent être isolées; mais fréquemment aussi elles se réunissent, se développent simultanément et se combinent. Si elles restaient constamment simples, peut-être en analysant avec une attention minutieuse les observations de chacune des formes, parviendrait-on à assigner à chacune d'elles des causes spéciales; cependant j'en doute encore beaucoup; mais leur combinaison s'oppose à ce qu'un tel travail soit entrepris. Je ne puis donc assigner à la tuberculisation bronchique ou ganglionnaire que les causes des tubercules en général. Mais je consacrerai un mémoire entier à l'étiologie de l'affection tuberculeuse, et je me contenterai de donner ici quelques résultats généraux. Les causes sous l'influence desquelles se développe cette maladie chez les enfans sont spécialement les suivantes:

1° L'hérédité.

2° La procréation par des parens âgés ou malades, quelle que soit leur affection.

3° Leur constitution faible, délicate, lymphatique.

4° Une mauvaise lactation en nourrice.

5° Plus tard, une alimentation mauvaise, malsaine, insuffisante, ou insuffisamment réparatrice.

6° Une habitation malsaine, froide, humide, peu aérée.

7° La misère, de mauvaises conditions hygiéniques.

8° Les mauvais traitemens des parens, les coups que les enfans peuvent recevoir.

9° L'exposition au froid. — Des vêtemens insuffisans.

10. La masturbation.

11. La rougeole, la scarlatine et la fièvre typhoïde pendant leur convalescence.

12. Généralement une maladie quelconque de longue durée et ayant débilité l'organisme.

13° Un séjour trop long et trop prolongé à l'hôpital.

Sous l'influence de toutes ces causes, tantôt une forme de tuberculisation, tantôt plusieurs ensemble peuvent se développer. La tuberculisation des glandes bronchiques peut prendre naissance comme les autres; je n'ai rien trouvé de spécial dans le relevé de mes observations que je puisse consigner ici.

SYMPTÔMES.

Dans l'étude des symptômes de la tuberculisation des ganglions bronchiques, je supposerai qu'elle est isolée et qu'il n'y a point ou que très peu de tubercules dans les autres organes; ce point de départ ne doit point être perdu de vue par le lecteur.

---

personnes blâmées dans notre REVUE de Mars FUSSENT HONNÊTES. Votre latin *n'est pas mieux amené*, et la citation est pitoyable. Et puisqu'il s'agit de vertu et de latin, je vous dirai, une fois pour toutes, *que je n'ai, moi, jamais rien obtenu par la fraude; qu'on ne m'a jamais vu* RÉCITER IMPUDEMMENT *en latin, dans un concours, une composition écrite en français, et me faire néanmoins nommer, après avoir manqué complètement une épreuve du concours*, comme on l'a vu en 1824; *qu'on ne m'a jamais vu chercher à passer par devant ceux qui avaient des droits acquis, comme cela est arrivé en 1830, pour une place de chirurgien vacante à l'hôpital St-Louis*; qu'on n'a jamais vu.

Votre adversaire *oubliant, par la* PLUS MONSTRUEUSE DES INGRATITUDES, *les bienfaits du maître par les soins duquel* IL FUT NOURRI DANS SON INDIGENCE, *soutenu dans sa faiblesse, protégé dans les concours, disputer avec acharnement à ce maître, après en avoir reçu les derniers bienfaits, une place de professeur qu'un jury venait de lui donner à l'unanimité, et réclamer ensuite contre une nomination aussi légitime; que la presse* n'a jamais eu à dénoncer de ma part des INTRIGUES ET DE HONTEUX MARCHÉS, *pour me faire ouvrir les portes de la Faculté*, comme la presse en a dénoncé, en 1833, de la part de quelqu'un, à l'occasion du concours de pathologie externe; et..., etc..., etc. ...»

Est-ce assez? Oui, et c'est trop. Jugez, cher confrère, si nos lamentations étaient déplacées. Mais tirons un voile sur ce triste spectacle, que deux hommes, justement estimés par de laborieux travaux, et recommandables par leur position élevée, donnent à leurs amis, qui s'en affligent, et à leurs ennemis, qui en triomphent. Pour nous, qui ne sommes ni dans l'une, ni dans l'autre de ces catégories, nous aurions préféré, dans l'intérêt de la dignité de la profession, n'avoir pas à raconter ce malheureux débat.

Voici quelques nouvelles moins désagréables.

Un de nos plus habiles confrères en orthopédie nous a récemment honoré d'une attaque en règle au sein de l'Académie des sciences, au sujet de nos opérations de myotomie pour le traitement des déviations de l'épine. Nous sommes très flatté qu'un savant de cette autorité consacre tant de veillées à examiner, à étudier nos travaux. Nous nous proposons de répondre prochainement aux doutes qu'il exprime et nous espérons le convaincre qu'il se trompe sur tous les points de la question, tant de théorie que de pratique. Mais nous ne pouvons nous empêcher de regretter qu'un si habile homme perde tant de temps à l'examen et à la critique de nos idées, et qu'il n'ait pas songé encore à exposer les siennes: c'est un bien qu'il dérobe à la science et au public.

Vous avez lu probablement dans la GAZETTE, il y a peu, quelques articles sur le magnétisme et les *magnétiseurs*. Un de ces derniers, M. Ricard a, dit-on, été très satisfait du jugement que nous avons porté sur sa personne, sur ses travaux et sur son talent; et il nous en aurait remercié dans son JOURNAL DU MAGNÉTISME. Nous n'attendions rien moins de l'affabilité et de l'excellent jugement de ce magnétiseur. Un esprit mal fait aurait pu prendre de travers quelques innocentes plaisanteries, et il y a des vanités si ombrageuses qu'elles s'offusquent de tout. M. Ricard a, du premier coup, saisi le vrai point de vue de la question, et vu la chose comme elle est. Nous n'avons pas toujours si bonne chance, *Deo gratias*. A propos de magnétisme, nous pouvons placer ici l'annonce de deux

Ces symptômes sont peu connus, et il est généralement admis maintenant qu'ils n'existent pas ou qu'ils sont si obscurs, qu'il est extrêmement difficile de diagnostiquer cette altération organique. Je crois cependant être arrivé à quelques résultats nouveaux et je vais les exposer. Établissons d'abord que dans le commencement de leur existence, lorsqu'ils sont peu volumineux, ils ne donnent lieu à aucuns symptômes; plus tard on peut en observer qui sont les suivans :

1° Douleur sternale. — Un sentiment de douleur sourde occupant le sternum et que les parens ou les enfans qualifient de mal à l'estomac existe quelquefois; mais il ne présente rien de constant et on peut l'observer chez les enfans dans les cas de bronchites aiguës ou chroniques et dans les diverses formes de tuberculisations.

2° Toux. — Elle peut exister, mais comme on l'observe dans toutes les affections des poumons, elle ne peut en aucune manière servir au diagnostic.

3° Dyspnée.—Lorsque des ganglions tuberculeux et fortement hypertrophiés compriment la trachée artère à sa bifurcation ou les grosses bronches, la dyspnée devient plus forte qu'elle n'est ordinairement; la diminution du calibre de ces canaux est sans doute la cause de la production de ce phénomène pathologique. Je signalerai comme un fait pouvant servir puissamment au diagnostic, l'existence d'une dyspnée notable, et qui ne peut être expliquée par les phénomènes d'auscultation qui sont ou nuls, ou bien révèlent des lésions de diverse nature, qui, par leur étendue, seraient loin de pouvoir expliquer la gêne de la respiration qu'on observe. J'ai vu plusieurs fois M. Jadelot annoncer l'existence de tubercules bronchiques volumineux par la considération de la dyspnée que présentaient les jeunes malades, et qui existait avec des conditions telles que celles que je viens d'exposer.

4° Expectoration. —Il est une seule circonstance dans laquelle elle puisse servir en quelque manière au diagnostic de la tuberculisation bronchique, c'est lorsqu'il y a énucléation du ganglion dégénéré, sortie par l'ouverture bronchique, et expulsion au dehors, et encore lorsque les tubercules se ramollissent et que la matière tuberculeuse est rejetée hors du kyste, à travers les bronches également ulcérées.

5° Percussion et auscultation. — La percussion et l'auscultation ne font souvent rien percevoir dans le cas de tubercules bronchiques. La percussion ne pourrait conduire à quelque résultat qu'autant que les ganglions dégénérés auraient pénétré à une certaine profondeur des poumons ou à la superficie; mais c'est au moins très rare, et je n'ai rien observé qui pût me faire admettre qu'il en fût ainsi.

Lorsqu'une bronche volumineuse est comprimée, aplatie, son calibre diminue, ce qui, je le répète, est au moins très rare; il peut en résulter une diminution d'intensité ou une faiblesse du bruit respiratoire dans la partie du parenchyme pulmonaire à laquelle se distribue la bronche. J'ai observé le fait suivant chez une enfant de sept ans. Cette jeune fille maigrissait, pâlissait, se plaignait de quelques palpitations; elle toussait depuis un certain temps. Au sommet du poumon droit, la percussion donnait un son clair et tout à fait normal, mais le bruit respiratoire était notablement diminué d'intensité. Dans le poumon gauche, au sommet, existaient des signes de tubercules pulmonaires proprement dit assez avancés; je diagnostiquai cette dernière lésion; plus, des ganglions bronchiques tuberculeux, existant spécialement du côté droit et comprimant les bronches de ce côté sans les détruire. Cette jeune fille succomba plus tard, et l'autopsie vint confirmer ce diagnostic. Il n'existait que quelques granulations peu douloureuses et disséminées dans toute l'étendue du poumon droit. J'ai observé un autre cas analogue, c'est-à-dire d'un côté de la poitrine conservation du son à la percussion et diminution d'intensité du bruit respiratoire. Je portai un diagnostic semblable; mais la maladie était peu avancée, et la jeune fille sortit au bout de quelque temps.

Voici maintenant d'autres résultats que l'on doit admettre rationnellement, mais que je n'ai pas eu l'occasion de constater.

Lorsque des ganglions tuberculeux assez nombreux pénètrent dans l'intérieur des poumons, il n'y aura aucune modification du bruit respiratoire s'ils sont très-profonds; s'ils se rapprochent de la superficie de l'organe, on pourra constater une prolongation du bruit expiratoire.

Si ces ganglions sont convertis en kystes tuberculeux et si ces kystes communiquent avec les bronches, on pourra constater du gargouillement.

Enfin, s'ils perforent les plèvres, il se développera un hydro-pneumothorax, dont les symptômes sont connus et que je ne dois pas exposer ici.

6° Symptômes résultant de la compression des gros vaisseaux. —Les palpitations s'observent quelquefois dans les cas où existent de volumineux ganglions tuberculeux; c'est ce qui arrive quand ils compriment l'aorte. J'ai eu plusieurs fois occasion de les constater. Elles existent dans le cas de M. Durand, que j'ai signalé, et il y avait en même temps légère hypertrophie du ventricule gauche, qui résultait très probablement de la compression de l'aorte.

Dans les observations que j'ai recueillies, je n'ai pas eu l'occasion de constater cette hypertrophie. La compression de la veine-cave, et spécialement de la veine-cave inférieure donne lieu assez souvent à des hydropisies, et spécialement à un œdème plus ou moins considérable des membres inférieurs et du tronc.

Les hydropisies surviennent assez souvent chez les enfans phthisiques; mais elles sont loin d'être toutes la conséquence de la cause que je viens de mentionner. Lorsque l'anasarque survient à une période avancée de la maladie, à une époque voisine de la terminaison fatale, on peut être presque assuré que l'infiltration de sérosité est due à la cachexie, à la débilitation profonde que présentent les jeunes sujets. L'appauvrissement du sang en est la cause. Lorsque l'anasarque survient à une époque moins avancée de la maladie, on peut supposer et admettre avec un certain degré de certitude qu'il est la conséquence de la compression des veines-caves. C'est presque exclusivement la veine-cave inférieure qui devient le siége de cette compression; aussi l'infiltration de sérosité occupe-t-elle le plus souvent le tronc et les membres inférieurs.

Il est inutile d'ajouter qu'on doit examiner les urines dans de telles circonstances, afin de bien s'assurer qu'il n'y a pas de maladie de Bright, car cette affection vient quelquefois compliquer les tubercules chez les enfans.

La tuberculisation des ganglions bronchiques, surtout lorsqu'elle arrive à l'état de suppuration, peut donner lieu à des symptômes généraux, qui sont les suivans : les enfans perdent leurs forces, maigrissent; une fièvre hectique, et revenant surtout le soir ou la nuit, se développe quelquefois. On voit aussi survenir une diarrhée, qui, le plus souvent liée à des ulcérations intestinales compliquantes, peut aussi être la conséquence du seul affaiblissement du jeune sujet et de son étiolement.

---

faits sans pareils. M. Bourguignon, de Reims, annonce qu'en plaçant sa main à six pouces au-dessus de l'épigastre d'un malade non somnambule, couché sur le dos, le sujet se soulève en masse, attiré par la main, et vient s'y appliquer et s'y suspendre comme un léger fil de fer s'élance et se colle à l'aimant. « Ce phénomène, ajoute avec raison, M. Bourguignon mérite, je crois, l'attention des savans. On me trouvera toujours disposé à le reproduire. » Sans être très curieux, on aimerait à voir de ces choses là.

Le second fait est le suivant. Un magnétiseur allemand est possesseur d'un fluide si puissant et d'une force de volonté si irrésistible qu'il peut, par une seule volition mentale, énergiquement tendue et bien dirigée, faire pencher un des plateaux d'une balance métallique. Le fait est authentique; il est relaté dans un journal de magnétisme.

Nous avions à vous entretenir encore de quelques sujets à l'ordre du jour: du terrible arsenic, qui fait rage depuis quelque temps; de la timide gélatine, qui va bientôt lui disputer le terrain académique; de la strabotomie, qui, avec sa compagne la glossotomie, a déjà fait le tour du monde; de la chirurgie sous-cutanée, que tout le monde invente en détail. Nous sommes trop près de la fin de ces colonnes pour entamer ces sujets aujourd'hui, en vous promettant d'y revenir prochainement. Il nous reste cependant assez de place pour une anecdote que nous recommandons à la Gazette des tribunaux. Un étudiant en strabotomie s'était procuré, avec beaucoup de peine, une portion de crâne frais, comprenant les orbites, garnis des globes oculaires, moins les paupières, qu'il avait mise dans sa poche, soigneusement enveloppée dans son mouchoir. En passant dans une foule, la tuméfaction de la poche attire la main d'un voleur, qui s'y glisse et s'empare du précieux paquet. Quelques instans après, le voleur est arrêté avant qu'il ait eu le temps d'examiner son butin; il résiste; on le fouille; et, le mouchoir étant déployé, les agens, les témoins, et le voleur lui-même sont saisis d'effroi à l'aspect de ces deux yeux, qui, dépouillés de paupières, semblaient diriger de tous côtés leur sinistre regard. On ignore les suites de l'événement.

Tels sont les symptômes, qui, sans être constans et caractéristiques, sont cependant les seuls sur lesquels on puisse s'appuyer pour arriver au diagnostic.

Les autres, qu'on observe très souvent en même temps, sont ceux qui annoncent la complication de tubercules, soit des ganglions lymphatiques du col, soit du poumon, soit du mésentère et du péritoine, enfin des diverses parties du corps. Ce n'est certainement pas ici le lieu de les exposer.

DIAGNOSTIC.

Malgré les symptômes, que j'ai exposés avec quelques détails, la tuberculisation des ganglions bronchiques est une maladie dont le diagnostic est souvent difficile, d'autrefois incertain, et souvent aussi impossible. Ces symptômes d'abord peuvent manquer complètement; c'est ce qui arrive quand la dégénérescence tuberculeuse commence et est dans sa première période. On les a vus manquer aussi complètement chez des enfans qui présentaient une hypertrophie considérable de ces glandes. Mais je demanderai si ces jeunes sujets avaient été observés avec soin. Ces symptômes sont souvent légers, peu caractéristiques, et sans un examen attentif et minutieux, ils pourraient échapper à l'observateur. Ils peuvent être masqués plus ou moins complètement par ceux des autres affections tuberculeuses, qui, dans le plus grand nombre des cas peut-être, marchent avec la phthisie ganglionnaire. Supposons, par exemple, un enfant présentant au sommet des deux poumons des tubercules ramollis et des cavernes; cet enfant toussera, maigrira, présentera de la dyspnée, etc., l'auscultation révélant en même temps l'altération du poumon, on lui attribuera avec raison toute la part des phénomènes morbides qu'on observe.

Il n'en sera pas de même si le travail de tuberculisation s'opère du côté de l'abdomen ou des ganglions cervicaux. Mais dans l'un et l'autre cas, on sera privé aussi de quelques symptômes qui sont communs et sur lesquels on se serait appuyé sans cela. Ainsi l'amaigrissement, la fièvre hectique dans les deux cas, et les hydropisies dans le premier, peuvent exister, sans qu'on soit en aucune manière en droit de les attribuer à la tuberculisation bronchique. D'un autre côté, l'anasarque apparaissant en même temps qu'une phthisie pulmonaire proprement dite et non encore parvenue à un degré très avancé, peut donner quelques soupçons au médecin sur l'hypertrophie et la tuberculisation des glandes bronchiques.

Sans doute, toutes ces distinctions sont difficiles et minutieuses, et il faut savoir faire la part de chacune d'elles; mais c'est précisément parce que le sujet est très compliqué qu'il faut étudier à part les symptômes qui peuvent appartenir à chaque forme de tuberculisation dans le poumon ou les autres organes pour les diagnostiquer, soit qu'ils se confondent, soit qu'ils s'isolent.

TERMINAISONS.

La dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques peut se terminer de plusieurs manières; la terminaison peut être heureuse ou malheureuse. M. Guersant admet quatre modes de terminaisons par guérison, ce sont les suivans:

1° Par résolution des tubercules. On manque de faits pour affirmer que les choses se passent ainsi.

2° Par énucléation et rejet par la toux. M. Guersant m'a dit avoir vu plusieurs enfans qui, toussant depuis un certain temps et maigrissant, ont rendu, après une quinte de toux, un ou plusieurs tubercules bronchiques, de volume médiocre, et commençant à présenter un léger degré de ramollissement; l'aspect physique de la matière expectorée, dit-il, ne permettait pas d'en tirer une autre conclusion. Ce praticien distingué a vu plusieurs fois, après une semblable expectoration, la santé se rétablir complètement, pour toujours, ou bien, à une époque ultérieure, on observait d'autres symptômes, indiquant le développement de nouveaux tubercules, là ou autre part.

3° Par conversion du tubercule bronchique en matière crétacée.

4° Par le ramollissement du ganglion, son ouverture dans les bronches, l'expulsion de la matière tuberculeuse, et plus tard la cicatrisation du kyste. Tout en admettant, comme moi, sa possibilité, M. Guersant, dans le cours de sa longue pratique, n'a pas eu occasion de rencontrer des traces d'anciennes lésions, qu'on pût avec quelque raison rapporter à des cicatrices bronchiques.

La terminaison de la tuberculisation bronchique par la mort est malheureusement ce qu'on observe le plus fréquemment; elle peut avoir lieu de plusieurs manières:

1° Par les progrès seuls de la dégénérescence des ganglions, soit qu'ils soient encore durs et volumineux, soit qu'ils soient ramollis et qu'ils aient déterminé des kystes ou fausses cavernes qui suppurent et sont une cause d'épuisement pour les jeunes malades.

2° Par le développement d'une complication phlegmasique accidentelle et aiguë.

Lorsqu'il existe des tubercules bronchiques, l'influence débilitante qu'ils exercent est telle que les phlegmasies diverses se développent avec une grande facilité. Les bronchites et les pneumonies sont celles qui surviennent le plus fréquemment. Cette dernière surtout détermine souvent la mort; quant à la première, c'est plus rare. J'ai observé dans le service de M. Jadelot, en 1837, une jeune fille de 13 ans, atteinte de ganglions tuberculeux sous-maxillaires et de ganglions bronchiques également dégénérés, qui surtout donnaient lieu à une forte dyspnée. Il n'en existait pas dans les poumons. Sauf l'oppression, cette enfant se portait assez bien, avait de l'appétit, restait levée toute la journée. Elle fut prise d'une bronchite et succomba en trois jours. A l'autopsie on ne trouva qu'une rougeur très vive des bronches, avec sécrétion mucoso-puriforme, sans aucune trace de pneumonie. Il existait autour de la bifurcation, de la trachée et des bronches de nombreux et volumineux ganglions tuberculeux.

Une entérite non tuberculeuse (épaississemens, ramollissemens, colorations diverses de la muqueuse, etc., etc.), peut également venir hâter la terminaison fatale.

3° Par le développement d'autres lésions de nature tuberculeuse.

Tels sont les tubercules des poumons ou des plèvres. — Une péritonite tuberculeuse. — Des ulcérations tuberculeuses des intestins. — Une méningite tuberculeuse.

Parmi ces diverses altérations, les ulcérations intestinales constituent peut être la complication qui, par la diarrhée qu'elles déterminent, affaiblissent le plus rapidement les enfans et les conduisent au tombeau.

PRONOSTIC.

En raison de toutes les considérations que nous venons de mentionner on conçoit que le pronostic de l'affection tuberculeuse des ganglions bronchiques doive être à peu près constamment très grave. — Les chances de guérison, bien que nous en ayons établi les modes, sont infiniment plus rares que celles de mort. — La maladie peut sembler guérie, et elle l'est véritablement; mais il survient plus tard, sous l'influence de quelque cause connue ou inconnue, une nouvelle production de tubercules dans un point quelconque de l'économie, et les jeunes sujets finissent par succomber.

Bien qu'étant très grave, ce pronostic n'indique pas que l'affection sera rapidement mortelle. Cette maladie est en effet essentiellement chronique; sa durée varie beaucoup, mais est en général longue; elle présente des rémissions, des exacerbations avant de marcher à une terminaison fatale, ou de présenter quelques-unes des complications aiguës ou chroniques qui conduisent rapidement les malades au tombeau.

TRAITEMENT.

Une fois l'affection tuberculeuse diagnostiquée, quel que soit l'organe ou le tissu qui en soit le siége chez l'enfant, on doit être convaincu de l'existence de la disposition générale, de la modification profonde qui a dû survenir dans l'économie, pour que ce produit de nouvelle formation prenne naissance. Le traitement devient donc identique dans toutes les formes à peu près, sauf quelques moyens particuliers qu'on doit employer lorsque les symptômes locaux prennent une certaine intensité. Il faut donc combattre cette maladie par les moyens habituellement employés contre la phthisie pulmonaire, et ce n'est pas ici le lieu d'exposer le traitement de la phthisie, qui, à lui seul, pourrait faire l'objet d'un article. Je dirai seulement qu'il y a trois modifications à remplir.

1° Modifier l'état général par les moyens hygiéniques convenables, et par l'emploi des toniques et des fortifians.

2° Combattre les symptômes locaux présentant une certaine intensité; ainsi, la dyspnée, par des émissions sanguines locales, des emplâtres ou des vésicatoires; la toux, par des antispasmodiques; les hydropisies, par des frictions sèches, et à l'intérieur, par des diurétiques; on doit presque toujours éviter, dans ce cas, les purgatifs, car ils détermineraient une diarrhée qu'on ne pourrait que très difficilement, et souvent en aucune manière, arrêter.

3° Combattre les complications accidentelles, telles que la diarrhée, par les astringens unis aux opiacés. Quant aux phlegmasies, il faut être très réservé dans l'emploi des émissions sanguines, qui contribueraient à débiliter encore plus l'organisme, et préférer les vésicatoires.

Je ne pose ici que quelques règles générales, ne voulant pas, je le répète, faire l'exposé du traitement de l'affection tuberculeuse chez les enfans.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les cahiers de janvier et d'avril 1841 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Recherches statistiques sur l'étiologie des maladies des poumons et des maladies rhumatismales*; par M. Samuel Forry. 2° *Cas divers de médecine légale*; par M. Beck. 3° *Remarques sur la dyspepsie considérée dans ses rapports avec les affections morales*; par M. Flint. 4° *Deux observations d'anévrisme montrant la nécessité de la double ligature au-dessus et au-dessous du sac*; par M. Horner. 5° *Cas de déformation des pieds traitée par les appareils mécaniques*; par M. Heber Chase. 6° *Sur la déchirure du périnée pendant le travail de l'accouchement*; par M. Fahnestock. (L'auteur est opposé à l'emploi de la suture qui, inutile dans la plupart des cas, expose, suivant lui, à des accidens généraux très graves, et peut amener un rétrécissement de la vulve capable de mettre obstacle à un accouchement ultérieur.) 7° *Expériences sur la revaccination des enfans avec du nouveau virus*; par M. Kirkbride. 8° *De l'influence du café pour combattre les effets narcotiques de la morphine*; par M. Blanchard Fosgate. 9° *Sur une forme particulière d'ulcérations de la bouche chez les femmes qui nourrissent*; par M. Bakus. 10° *Cas de plaie par arme à feu du bras, de l'avant-bras et de la main, avec fracture de l'humérus; guérison*; par M. Lindsay. (Rien de remarquable; les applications répétées d'eau froide furent employées avec succès pour le traitement de cette fracture compliquée.) 11° *Considérations sur les fièvres rémittentes, d'après les cas observés dans l'hôpital de Pensylvanie*; par M. Th. Stewardson. 12° *Statistique des fractures et des luxations traitées à l'hôpital de Pensylvanie dans l'espace de dix ans, depuis 1830 jusqu'à 1839 inclusivement*; par M. Norris. 13° *Résumé de la topographie médicale de Madison Barracks, à Sacket's Harbour, et des maladies qui y ont régné depuis le 1er août 1838 jusqu'au 30 septembre 1840*; par M. Henderson. 14° *Cas d'absence de l'utérus*; par M. Bennett. (L'observation manque des détails qui pourraient la rendre probante; l'autopsie ne fut pas faite.) 15° *Sur la maladie de lait, affection particulière aux Etats-Unis*. 16° *Statistique sur le mouvement de la population à Boston*; par M. Shattuck. 17° *Cas de malformation*; par M. Mitchener.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR L'ÉTIOLOGIE DES AFFECTIONS RHUMATISMALES ET PULMONAIRES, ÉCLAIRÉES PAR L'APPLICATION DES LOIS DE LA MÉTÉOROLOGIE A LA MÉDECINE, ET BASÉES SUR LES RAPPORTS ADRESSÉS AU BUREAU MÉDICAL DU MINISTÈRE DE LA GUERRE; par le docteur FORRY, médecin en chef dans l'armée des Etats-Unis.

Le but de ce mémoire est d'étudier l'influence qu'exercent les différens climats sous lesquels sont situés les Etats-Unis sur la production des maladies des organes pulmonaires et du rhumatisme, et de faire connaître les avantages que présente la Péninsule de la Floride comme résidence d'hiver pour les personnes dont la poitrine est faible et délicate. L'auteur a eu encore un autre but dans ce travail, c'est de combattre l'opinion émise par le major Tulloch, d'après les « rapports statistiques sur les maladies, la mortalité et les invalides des troupes anglaises stationnées sur tous les points du globe. » Ayant trouvé, d'après ces rapports, que le nombre des soldats qui succombent à la phthisie tuberculeuse dans les pays chauds est plus considérable que dans les pays froids, le major Tulloch avait cru devoir en conclure que le climat ne pouvait exercer aucune influence heureuse sur les affections pulmonaires. Le fait sur lequel M. Tulloch s'est appuyé est vrai et a été confirmé par les résultats qu'a obtenus M. Forry de l'examen des rapports médicaux des troupes américaines, et il est vrai, pour tous les deux, que les maladies du poumon sont plus fréquentes dans certains climats méridionaux que sous les latitudes du nord; mais M. Forry reproche au major d'avoir confondu les résultats annuels avec l'influence des saisons propres; car le même climat peut être défavorable à ceux qui y passent l'année entière, et favorable, au contraire, aux malades qui n'y restent que pendant une saison.

Les matériaux sur lesquels repose le travail de M. Forry sont les résultats statistiques fournis par 45 postes militaires établis sur les points principaux de ce vaste empire, et recueillis dans presque tous pendant une durée de près de dix années. L'auteur a classé ces différens postes et les résultats qu'il en a obtenus de deux manières, sous le point de vue de l'hygrométrie, qui exerce une si grande influence sur la température et suivant leur latitude. Pour la première classification, nous trouvons les postes qui sont situés le long de l'Océan, ceux qui sont autour des grands lacs d'eau douce que traverse le Saint-Laurent, et enfin ceux qui sont éloignés des côtes maritimes et des lacs dont nous venons de parler. Il relève entre ces contrées placées dans des circonstances si différentes des différences extrêmement importantes sous le point de vue de l'humidité et de la température, et sous celui des variations qui en résultent sur la production des affections auxquelles son travail est consacré.

La seconde classification des mêmes postes ou plutôt des contrées où ils se trouvent repose sur leur latitude et distingue les parties du nord, du sud et du centre. Dans ceux qui appartiennent aux deux premières catégories, la température est beaucoup plus uniforme et beaucoup moins variable que dans ceux du centre.

Ces faits, comparés aux résultats statistiques sur le nombre des maladies fournis par chaque poste, amènent à d'importantes conclusions sur le développement du catarrhe, qui est toujours moins fréquent dans les saisons et dans les pays chauds ou froids, que dans ceux soumis à une température moyenne et nécessairement variable, et conséquemment sur l'utilité, pour ceux qui en sont affectés, de passer l'hiver dans les climats chauds, puisque de cette manière ils éviteront les grandes variations de température qui leur sont si nuisibles.

Ce que nous venons de dire des affections catarrhales paraît être vrai aussi pour les phlegmasies thoraciques, la pneumonie et la pleurésie; car il résulte d'un tableau où le nombre de ces deux dernières affections par 1,000 hommes, est indiqué, pour chacune des divisions des stations militaires que nous venons de faire connaître, que la moyenne de ces affections est beaucoup moins élevée dans les contrées froides et variables des Etats-Unis que dans les Etats du centre et du midi. Cette moyenne est de 92 pour toute l'année dans les Etats du sud-ouest, tandis qu'elle n'est que de 41 sur les côtes de la Nouvelle-Angleterre. L'auteur signale cette différence entre les lésions catarrhales et les phlegmasies thoraciques, c'est que les premières suivent, dans tous les climats, la loi des extrêmes de la température, considérés dans chaque saison différente, tandis que, pour les secondes, cette loi est évidemment modifiée par la longue durée des températures élevées.

L'auteur présente aussi le tableau des phthisies pulmonaires observées dans les postes militaires, et classées comme les précédentes maladies, mais sans qu'il soit possible d'en tirer aucune induction sur l'influence directe des différens climats, car les chiffres sont à peu près les mêmes, ne variant que de 9 à 13 entre les différentes stations; cependant les chiffres les plus élevés appartiennent à celles qui se trouvent dans les contrées méridionales. L'auteur en conclut que, bien que la phthisie chez les soldats soit, jusqu'à un certain point, sous l'influence des saisons et des climats, cependant elle est encore sous le contrôle d'agens plus énergiques.

Les maladies rhumatismales, qu'on attribue généralement aux changemens de température combinés à l'action de l'humidité, dépendent pourtant beaucoup moins qu'on ne le pense communément de cette cause. C'est ce qui ressort au moins du tableau où les cas de cette maladie sont indiqués suivant les différentes stations et les saisons. Or, ces influences si diverses n'ont déterminé, pendant une moyenne de dix années, que des différences peu importantes dans le chiffre des sujets atteints de ces affections. Si, comme on le croit communément, le froid, l'humidité et les variations subites de température étaient les principales causes de ces maladies, le chiffre le plus élevé serait fourni par les côtes de la Nouvelle-Angleterre et la chaîne des lacs du nord, ce qui n'est pas, tandis que ce chiffre appartient aux régions sèches et froides de l'intérieur, où le thermomètre est toujours très élevé ou très abaissé, et où les saisons sont fortement tranchées.

Ce mémoire est terminé par de longs détails sur la Floride, que la douceur de son climat recommande aux Américains atteints de l'une des maladies dont il est question dans ce travail, et que l'on attribue trop généralement, comme nous venons de le voir, aux variations de température et à la rigueur des climats. Mais il paraît que la plus grande partie de cette belle contrée est encore occupée par les peaux rouges, et ce n'est pas sans tristesse que nous avons lu la phrase suivante, par laquelle l'auteur termine son travail, et qui, du reste, est d'accord avec le plan adopté par ses compatriotes pour l'extermination des anciens habitans de l'Amérique. « On peut prédire, sans crainte de se tromper, que quand l'époque du départ de l'homme rouge sera arrivée, le climat de cette « terre fleurie » acquerra autant de célébrité, comme résidence d'hiver, que l'Italie, Madère et le midi de la France. »

OBSERVATIONS DE MÉDECINE LÉGALE; par le docteur BECK.

Les faits rapportés dans cette communication du savant professeur de médecine légale américain sont assez intéressans pour que nous en donnions au moins une légère esquisse.

SUPPOSITION DE PART. — Une femme faisait poursuivre deux de ses beaux-frères réclamant l'héritage de son mari défunt, comme héritière d'un enfant qui lui était né de lui après sa mort, et qui lui-même était mort avant le commencement du procès. L'assertion de cette femme, relative à la naissance de ce fils posthume, était soutenue par le médecin qui l'avait accouchée, par la mère de ce dernier, chez lequel elle avait fait ses couches, et par une voisine de cette dernière, qui assurait avoir vu le médecin pratiquer la ligature du cordon.... Mais les faits suivans furent opposés aux témoignages dont nous venons de parler. Un homme ayant prié, un peu avant l'époque de l'accouchement présumé, le même médecin d'accoucher une jeune fille à laquelle il portait de l'intérêt, celui-ci y consentit et lui demanda même s'il consentirait à ce que l'enfant de cette fille passât, aussitôt après sa naissance, entre les bras d'une autre femme, récemment veuve, dont il serait regardé comme le fils, en même temps qu'il hériterait d'une belle propriété qui, sans cela, passerait à des collatéraux. L'homme auquel cette proposition fut faite, ainsi que la jeune fille, y donnèrent leur consentement, et la jeune fille fut renfermée, pendant les derniers jours de sa grossesse, chez la mère du docteur, chez laquelle il ne lui était permis de voir personne, pas même l'homme qui l'y avait fait entrer, et, après l'accouchement, l'enfant lui fut enlevé. Plus tard, l'accoucheur lui dit que l'enfant était mort au bout de huit jours et qu'il l'avait enterré dans le cimetière, à minuit.

De nombreux témoins assurèrent que la prétendue mère avait allaité l'enfant tant qu'il avait été bien portant, et même que, quand il était tombé malade, son accoucheur lui avait procuré un petit chien pour tirer son lait. L'enfant était mort au bout de trois semaines et avait été enseveli avec pompe dans le terrain de la famille.

L'accoucheur assura, dans sa déposition, que l'enfant de la jeune fille étant mort peu de temps après sa naissance, il l'avait mis dans l'esprit-de-vin pour le conserver, mais que ce dernier n'étant pas assez fort, la putréfaction s'en était emparée; malheureusement l'accoucheur ne put faire connaître l'endroit où avait été enseveli ce second enfant, et le jury prononça, après quelques minutes seulement, un verdict en faveur des frères du défunt.

Ce fait, que le docteur Beck regrette de ne pas pouvoir donner plus complet, offre surtout cette singularité que la mère réelle de l'enfant s'était mariée depuis et que son mari n'avait eu aucune connaissance de ce qui lui était arrivé avant le mariage. Ce fut lui qui insista auprès de sa femme pour qu'elle révélât tout devant le tribunal, tandis que la prétendue mère et ses amis, pensant que personne n'était dans le secret, se croyaient tranquilles du côté de la mère réelle, qui semblait avoir tout intérêt à cacher sa faute.

EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC; MORT SUBITE. — Ce fait, recueilli par le docteur Beck lui-même et dans sa propre maison, est important sous plus d'un point de vue. Le sujet était une jeune fille qui, devenue enceinte, prit, à l'état sec, une once d'arsenic, et mourut environ trois ou tout au plus quatre heures après, sans avoir éprouvé aucun autre symptôme que des vomissemens abondans et des selles liquides, et qui encore cessèrent une heure avant la mort. Les yeux étaient rouges, l'expression naturelle et la figure pas plus injectée que si elle eût pris un simple émétique; une faiblesse extrême, sans aucune trace de stupeur, et des défaillances sans convulsions. L'auteur indique ensuite les cas qui se rapprochent le plus de celui-ci sous le rapport de la rapidité de la mort, avec le nom des auteurs qui les ont rapportés, et qui sont au nombre de 16, savoir : 1 où la mort est arrivée au bout de deux heures; 2 au bout de quatre heures; 3 après cinq heures; 1 après six heures et sept heures; 2 après huit heures; 2 après neuf heures; et les autres douze, dix-sept heures et quelques heures seulement. La plupart de ces cas sont empruntés à la littérature médicale anglaise.

NAISSANCE TARDIVE. — Le sujet de cette observation est une dame polonaise qui jouissait de l'estime de toutes ses connaissances. Son mari s'absenta pour affaires, du 13 juillet au dernier novembre de la même année, et en février 1840, elle annonça à son médecin qu'elle accoucherait vers le 10 ou le 15 d'avril suivant. Déjà il l'avait soignée pour une hémoptysie, et le 7 avril il fut appelé auprès d'elle pour une attaque de la même maladie; il la saigna deux fois abondamment, la soumit à une diète légère, à l'absence de tout stimulant, même de la lumière, espérant qu'au bout de quelques jours l'accouchement arrêterait définitivement ces accidens. Le traitement fut suivi de succès, la toux et l'hémorragie cessèrent, mais l'accouchement n'eut lieu que le 29 mai.

Voici maintenant les faits qui, outre l'absence du mari dont nous avons déjà parlé, peuvent jeter quelque jour sur ce fait curieux : 1° pendant les trois premiers mois de sa grossesse elle fut menstruée deux fois; mais comme elle avait 39 ans, qu'elle avait eu six enfans et qu'elle n'avait perdu que très peu de sang elle y fit peu d'attention; elle fut disposée à attribuer ces changemens à l'influence de l'âge, d'autant plus qu'elle n'observait aucuns des signes qui lui avaient annoncé ses grosses précédentes, le mal de cœur, de dents, etc.; 2° le 30 novembre, elle sentit les mouvemens de l'enfant pour la première fois; 3° dans la nuit du 12 au 13 décembre elle eut une forte attaque d'hémoptysie qui fut suivie de quelque crachement de sang pendant trois semaines, et d'une plus forte encore le 7 avril; 4° au commencement de mai, cette dame se plaignant de beaucoup de douleurs au périnée, de ne pouvoir prendre de lavemens et de ne pouvoir s'asseoir sans éprouver une forte gêne causée par une pression sur le périnée, son accoucheur trouvant la tête sur le périnée et le museau de tanche dilaté à la largeur d'un dollar lui annonça qu'elle accoucherait probablement au bout de quelques heures, et cependant elle ne fut délivrée que le 29 mai. L'enfant pesait 9 livres 3/4.

REMARQUES SUR LA DYSPEPSIE DANS SES RAPPORTS AVEC L'INTELLIGENCE; par M. FLINT.

A la dyspepsie se joignent souvent des troubles intellectuels plus ou moins prononcés et dont les malades eux-mêmes n'ont pas ordinairement la connaissance; mais quel rôle jouent ces troubles dans les maladies? Sont-ils cause ou effet de la lésion locale, c'est ce que l'auteur examine dans ce travail. Voici l'ordre dans lequel il pense que se développent les principaux accidens que présente cette affection bizarre et à formes si variées. Il pense que les causes morales agissent les premières et il les trouve dans l'activité souvent désordonnée que donnent à ces causes les personnes des classes moyennes de la société. L'appareil digestif ne tarde pas lui-même à présenter des troubles notables qui réagissent à leur tour sur l'intelligence. Le développement de cette théorie n'offre rien qui doive fixer notre attention d'une manière spéciale.

DEUX OBSERVATIONS D'ANÉVRISME MONTRANT LA NÉCESSITÉ DE LA DOUBLE LIGATURE AU-DESSUS ET AU-DESSOUS DU SAC; par M. HORNER.

Ce n'est pas ici, disons-le tout d'abord, un plaidoyer en faveur de la méthode ancienne considérée d'une manière absolue, ou, du moins, si l'intention de l'auteur a été de prouver la supériorité de cette méthode dans tous les cas, les faits qu'il rapporte ne sont pas de nature à légitimer des conclusions aussi générales. Ses deux observations ne sont en effet relatives qu'à des anévrismes variqueux; or, la nécessité d'une double ligature dans ces cas est une chose universellement admise depuis les travaux de MM. Breschet et Guthrie; c'est un principe passé à l'état de vérité classique, et qui n'a pas besoin de nouveaux argumens. Les deux exemples que cite M. Horner offrent à l'appui de ce précepte la garantie d'une épreuve et d'une contre-épreuve; car, dans l'un, on a fait une seule ligature, et le malade a succombé; dans l'autre, on a lié au-dessus et au-dessous du sac, et cette conduite a été suivie de succès.

La première observation est celle d'un anévrisme variqueux développé au-dessous du ligament de Fallope à la suite d'un coup de feu reçu dans cette région. L'opération ne consista qu'en une seule ligature faite sur l'artère fémorale immédiatement au-dessus de la tumeur. La gangrène se développa presque immédiatement et envahit en peu de temps la totalité du membre. Vingt-deux jours après l'opération, et le jour où la ligature tomba, on s'aperçut que la tumeur, qui avait précédemment diminué de volume, s'était de nouveau accrue, mais ne présentait plus aucune pulsation. Une ponction faite dans son intérieur donna issue à du sang artériel, et l'hémorragie ne put être suspendue en comprimant l'artère au-dessus du sac, ce qui prouve que le sang était revenu dans la tumeur par les anastomoses. L'écoulement de sang fut arrêté au moyen de plusieurs ligatures placées autour de l'anévrisme. Le malade mourut un mois environ après la première opération, des suites de la gangrène. L'autopsie montra que l'artère était complètement oblitérée au-dessus du sac.

L'auteur se demande en terminant si le développement de la gangrène n'a pas été favorisé par cette circonstance, que le sang artériel ramené à travers les collatérales jusque dans la tumeur pouvait passer de là dans la veine, au lieu de suivre son cours habituel par le bout inférieur de l'artère, pour aller se distribuer dans le membre. C'est là sans contredit une des causes qui contribuent le plus à intercepter la circulation, et qui expliquent pourquoi, après l'application de la méthode d'Anel, la gangrène est plus fréquente dans les anévrismes variqueux que dans ceux où il n'y a pas de communication entre la veine et l'artère. Peut-être aussi faut-il attribuer en partie cet accident à ce que le bout inférieur de

l'artère se trouvant vide après l'opération, le sang veineux s'y introduit à ce moment sans difficulté, et va porter sur tous les tissus son influence délétère. Enfin une troisième cause bien réelle de gangrène, est l'obstacle qu'apporte à la circulation veineuse du membre malade le sang artériel qui est entré dans les veines voisines de la tumeur anévrismale.

Le second fait est rapporté d'une manière extrêmement succincte. Il s'agit d'un anévrisme au pli du bras développé à la suite d'une saignée. Une double ligature fut faite à la veine et à l'artère au-dessus et au-dessous de la tumeur. La malade guérit sans accident; mais la ligature de la veine n'a pu contribuer en rien à cet heureux résultat, et les dangers de cette pratique ainsi que son inutilité doivent la faire entièrement proscrire dans des cas semblables.

DE L'INFLUENCE DU CAFÉ SUR LES EFFETS NARCOTIQUES DE LA MORPHINE; par le docteur FUSGATE, d'Auburn.

C'est l'auteur lui-même qui est le sujet de cette observation sur laquelle il nous suffira de dire quelques mots. Tourmenté par un mal de dents atroce qui l'avait empêché de prendre aucun aliment depuis 18 heures, M. Fusgate prend une once d'une solution contenant près de 1 décigramme de morphine (1 grain 3/4), équivalent à environ 4 décigrammes d'opium solide. Au bout de 20 minutes la douleur de dent avait entièrement disparu, mais en même temps des symptômes graves se montraient, des vomissemens, des crampes d'estomac, l'impossibilité de rien introduire dans cet organe, l'apathie, le ralentissement de la circulation. Le thé et les acides végétaux ne pouvant plus passer, on eut recours à une forte décoction de café administré froid: bien que rejetée au bout de cinq minutes, elle amena pourtant un notable changement dans l'état du malade. L'oppression qui l'accablait disparut et en même temps aussi le contrôle de la raison; car aussitôt il passa sous l'influence de ces illusions, de ces splendeurs magnifiques auxquelles les Orientaux attachent tant d'importance et auxquelles l'imagination la plus brillante ne s'élève jamais sans le secours de ces moyens puissans. L'auteur attribue, avec raison, nous pensons, la rapidité de l'action du café dans ce cas à ce que l'estomac était entièrement vide depuis bien longtemps.

MALADIE DE LA BOUCHE, PARTICULIÈRE AUX NOURRICES; par le docteur BACKUS, de Rochester.

L'auteur assure avoir, tous les ans, observé depuis 24 années qu'il se livre à la pratique, plusieurs cas d'une maladie de la bouche qu'il regarde comme tout à fait spéciale chez les nourrices. A certaines époques elle est plus opiniâtre que dans d'autres, bien que ce soit toujours une maladie d'une certaine gravité. Elle se montre pendant les derniers mois de la grossesse; quand elle ne vient qu'après l'accouchement, comme elle a lieu le plus souvent, elle apparaît indifféremment à toutes les époques pendant les six premiers mois; elle commence quelquefois subitement; d'autres fois elle ne vient que graduellement; elle attaque les femmes de toutes les classes qui allaitent ou qui sont arrivées au dernier mois de leur grossesse et ne se développe jamais chez d'autres. Les enfans dont les nourrices en sont atteintes conservent toute leur force et leur santé, parce que la secrétion du lait continue abondante jusqu'aux dernières périodes de la maladie quand les femmes ne peuvent plus prendre d'aliment.

Le premier symptôme qu'éprouvent les femmes est une douleur vers la langue, semblable à celle d'une brûlure; la langue et tout l'intérieur de la bouche offrent une rougeur vive en même temps que la bouche se remplit d'un fluide aqueux qui paraît si chaud qu'il fait éprouver la sensation d'une brûlure sur la peau de la face sur laquelle il coule. L'appétit reste ordinairement très bon, souvent même vorace; mais l'intensité de la douleur ne permet de prendre que des alimens extrêmement doux. Au bout de quelques semaines on voit succéder à cette rougeur avec chaleur, de légères ulcérations sur la pointe ou sur le bord de la langue, sur la voute palatine ou dans le pharynx. Quelquefois ces ulcérations apparaissent dès le début; il y a de la constipation, pas de fièvre, mais souvent une irritation excessive de toute l'économie, causée par l'intensité, la douleur continue et l'écoulement abondant de la salive.

L'auteur ne nous apprend rien sur le traitement de cette singulière affection; quelques dérivatifs sur le tube digestif paraissent lui avoir réussi, accompagnés de lotions astringentes ou d'une légère solution de nitrate d'argent; mais ce moyen même a été infidèle dans quelques cas.

OBSERVATIONS SUR LA FIÈVRE RÉMITTENTE SUIVIES DE CAS RECUEILLIS A L'HÔPITAL DE PENSYLVANIE; par le docteur SEWARDSON. (Travail qui n'est pas encore complet.)

RAPPORT SUR LA TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE BAROQUIN, DE MADISON, ET SUR LES MALADIES QUI Y ONT RÉGNÉ DU 1er AOUT 1838 AU 30 SEPTEMBRE 1840; par le docteur HENDERSON. (Les détails contenus dans ce mémoire n'ont qu'un intérêt local.)

DE LA MALADIE QUI EST TRANSMISE PAR LE LAIT ET QUI RÈGNE A L'EST; par le docteur GRAFF.

Sous la dénomination de *milk disease*, l'auteur indique une maladie d'une nature tout à fait particulière, qui est propre aux Etats-Unis et qui se transmet surtout au moyen du lait, bien que plusieurs autres substances puissent aussi la transmettre. Elle est très commune dans les états de l'Ouest depuis le Mississipi au Sud jusqu'aux frontières au nord, et on la rencontre rarement au-delà des monts Allghani. L'historique de cette maladie remonte à l'établissement des premiers colons dans ces contrées et parmi lesquels elle fit de grands ravages dont le souvenir a été conservé. Dans les premiers temps elle causa la destruction et l'abandon de bien des établissemens dont les habitans furent obligés de se retirer dans des lieux où elle était moins à craindre. Beaucoup de localités mêmes offrant les conditions les plus heureuses de salubrité et de succès sont longtemps restées inhabitées pour ce motif, et ceux mêmes qui s'y sont à la fin établis sont obligés de s'abstenir de l'usage du lait, de ses préparations et de la chair de leurs troupeaux.

Le développement de cette maladie ne se lie à aucune saison, ni à aucune condition de température, ni d'hygrométrie.

Les animaux chez lesquels on l'a observée sont les bœufs, les chevaux, les moutons et les chèvres; on croit qu'ils la contractent par leurs alimens, et jusqu'ici ce n'est que par l'intermédiaire des animaux que l'homme a été affecté; ils peuvent même la lui communiquer avant qu'elle se soit manifestée chez eux par aucun symptôme appréciable. On peut cependant arriver à reconnaître cet état latent de la maladie en soumettant les animaux suspects à un violent exercice qui détermine bientôt chez eux, suivant l'intensité de la cause cachée, des tremblemens, des spasmes, des convulsions ou même la mort. C'est une précaution que prennent toujours les bouchers de ces contrées avant de tuer un animal qu'ils ont quelques motifs de croire atteint de la maladie. Ordinairement les symptômes n'apparaissent chez les animaux que pour être promptement mortels. On les voit alors marcher sans aucun but, refusant toute nourriture et éprouvant un trouble notable de la vue. Les yeux deviennent brillans, puis prennent une couleur rouge de plus en plus foncée jusqu'à ce que l'animal tombe ou soit pris d'un tremblement qui ne lui permet plus de se tenir sur ses jambes. Ordinairement il meurt après plusieurs attaques de convulsions, et il tombe souvent subitement comme s'il eût reçu un coup violent sur la tête et meurt en quelques instans. L'agitation que présentent les muscles chez les animaux pendant cette affection lui a fait donner le nom de *tremblement*. Dans un cas où l'auteur put observer les organes peu de temps après la mort, il trouva que le cerveau était coloré par une grande quantité de sang qui paraissait avoir dû exercer une pression considérable sur cet organe.

Chez l'homme, les symptômes ne sont pas les mêmes et sont plus nombreux. La durée de l'incubation varie suivant une foule de circonstances, telles que l'âge, le sexe, la condition des malades, la violence du poison, etc., du troisième au dixième jour. Le symptôme précurseur le plus remarquable est une fétidité extraordinaire et tout à fait spéciale de l'air expiré. Cette fétidité ne peut pas être plus méconnue de ceux qui l'ont sentie que celle qui caractérise la variole, et on peut la considérer comme le signe pathognomonique du début de la maladie. Cette odeur qu'on trouve, dans tous les cas, plusieurs jours avant l'apparition des autres symptômes augmente tant que la maladie n'a pas atteint sa plus grande intensité; mais on ne la retrouve plus au bout de quatre ou cinq jours; le malade n'en a pas la conscience lui-même. L'appétit disparaît; puis il lui survient des douleurs dans la région épigastrique avec excitabilité considérable de l'estomac, constipation opiniâtre, suspension de la sécrétion bilieuse, action fébrile générale, et un refroidissement notable des extrémités. Dans d'autres cas, outre le signe précurseur dont nous avons déjà parlé, le malade éprouve une agitation et un malaise qu'il ne peut décrire; il lui est impossible de fixer ses idées sur un seul objet; des idées tristes, des craintes vagues le préoccupent, le plus léger bruit le fait tressaillir, il est très irritable, ses lèvres tremblent quand il parle, ses idées sont un peu confuses, il ne trouve pas les mots pour les exprimer, et se plaint de mal de tête, de tintemens dans les oreilles,

de ne pouvoir supporter la lumière. Le vomissement des matières contenues dans l'estomac, mêlées de quelques glaires et quelquefois teintes de sang, annonce le début de la maladie; le pouls prend de la fréquence, la constipation devient opiniâtre, et au bout de cinq ou six jours il survient une diarrhée fétide qui annonce une dissolution générale. La langue qui, dans les premiers jours, était couverte d'une couche blanchâtre, augmente peu à peu de volume, et finit par remplir complètement la bouche dans laquelle elle prend l'empreinte des dents qu'elle conserve quand on la sort. Cet état de la langue est un des signes les plus caractéristiques de la maladie. Sous l'influence d'un traitement convenable la langue ne tarde pas à reprendre son volume, tandis que le vomissement est au contraire le dernier symptôme à disparaître. Dans d'autres cas le malade est dans un état de *sub delirium* et d'assoupissement avec une agitation nerveuse et tous les symptômes cérébraux qui indiquent un état typhoïde ataxique. Cette dernière forme se présente fréquemment à une période avancée de la maladie, lorsqu'elle a été abandonnée à elle-même ou que le traitement n'a pas été conduit avec toute la vigueur nécessaire.

Il y a de fréquens accès d'une extrême anxiété, laquelle va en augmentant et ne disparaît qu'après le vomissement de quelques onces d'un liquide noir, semblable à du marc de café; puis le malade retombe dans son premier état de stupeur ou d'insensibilité pour tout ce qui l'entoure. On n'observe jamais ces phénomènes dans les cas qui se terminent par la guérison.

La convalescence des cas graves est extrêmement longue; il faut plusieurs années pour que le malade recouvre sa santé et sa vigueur naturelles. On a même mis en doute si ceux chez lesquels l'affection a été grave en guérissent jamais complètement. Dans les cas funestes, la maladie se termine du huitième au treizième jour, d'après l'intensité de la maladie, l'activité du traitement, etc. Pendant l'été, la maladie semble plus disposée à prendre les caractères inflammatoires; en hiver, c'est la forme adynamique qui domine; en automne, la fièvre secondaire offre souvent la forme rémittente, quelquefois une intermittence bien caractérisée. Après la guérison, le malade ne conserve pas le moindre souvenir de tout ce qui lui est arrivé pendant le cours de la maladie, quelquefois même pendant les trois ou quatre jours qui l'ont précédée. L'auteur a vu un cas peu grave se terminer par une aliénation mentale peu grave. La sécrétion urinaire est diminuée, quelquefois même entièrement suspendue. L'urine, d'abord très colorée, et fournissant un dépôt abondant, à une époque plus avancée devient incolore et contient une certaine quantité de mucus. Le sang offre de très grandes différences aux différentes époques où il est tiré. Au début, il est foncé, épais, couenneux, et coagule très facilement, mais ne se contractant pas. Plus tard, la proportion du sérum augmente beaucoup et le caillot diminue en proportion, offrant un aspect gélatineux et peu de cohésion.

Étiologie. — La cause de cette maladie chez les animaux est encore enveloppée d'incertitude. Les limites où on l'observe ne sont pas très vastes et sont entourées de localités où elle ne s'est jamais montrée. On ne connaît pas d'exemple qu'un pays où elle ne s'était pas encore montrée en ait offert des cas spontanés, et les limites des lieux où on l'a observée dès le début de la colonisation sont toujours restés les mêmes. Ces localités se présentent ordinairement sous la forme d'une veine d'une largeur variable, qui traverse le pays dans une grande étendue. On cite un cas, par exemple, où elle fait un trajet de près de cent milles, parallèlement au cours du Wasbbach dans l'état d'Indiana.

On a interrogé les trois règnes de la nature, on a fait une foule de recherches pour trouver la cause de cette grave affection, mais on n'est arrivé à rien de positif. L'auteur surtout paraît avoir fait de nombreuses expériences avec diverses substances minérales et végétales vénéneuses, et sans aucun succès.

On attribue au beurre et au fromage fourni par les vaches qui en sont atteintes des propriétés extrêmement malfaisantes, comme si le poison s'y trouvait sous une forme plus concentrée. Ces substances ne peuvent être distinguées de celles qui ne sont pas altérées par aucun caractère, aucune odeur, aucun goût. Il suffit d'une très petite quantité de l'une ou de l'autre pour communiquer la maladie à l'homme. On assure que la quantité de crème que l'on met dans le café pour un seul repas a suffi pour la faire développer. La propriété vénéneuse ne se trouve renfermée dans aucun des élémens du lait isolément, mais est distribuée dans tous. Le bœuf, à la dose de quelques onces seulement, peut déterminer la maladie, et même on croit généralement sous une forme plus violente et plus funeste que quand elle est causée par le lait ou quelqu'une de ses préparations.

L'auteur a observé que, quand les animaux périssaient, le lait ne perdait pas sa propriété vénéneuse lentement et graduellement, mais tout à coup. Les nombreuses expériences qu'il a faites sur les chiens lui ont démontré que, dans l'espace de 48 heures après le commencement de l'administration du beurre, ou du fromage, ou de la chair des animaux empoisonnés, on observe des phénomènes non douteux de leur action spéciale. Une once de beurre ou de fromage, ou 4 onces de bœuf cuit ou cru, peu importe, administrés trois fois par jour, déterminent la mort en six jours, quelquefois même plus tôt. Une chienne qui allaitait cinq petits chiens, ayant reçu de la viande infectée, tous les cinq étaient morts au bout de quatre jours et la mère deux jours plus tard. On croit que le tissu musculaire est beaucoup plus contagieux que les tissus cellulaire et graisseux. C'est en vain que la chair des animaux morts de cette maladie était traitée, avant d'être donnée à d'autres animaux, par l'acide sulfurique, ou les autres acides minéraux ou végétaux, par les chlorures, les alkalins et les désinfecteurs de tout genre, elle n'en conservait pas moins toutes ses propriétés vénéneuses. Une seule opération a paru à l'auteur diminuer ces propriétés vénéneuses, c'est l'ébullition pendant longtemps dans une décoction de noix de galle. Les viandes qui ont été soumises à cette opération sont beaucoup moins malfaisantes qu'avant. Cependant c'est en vain que le docteur Graff a employé, à plusieurs reprises, le tannin pour prévenir les effets vénéneux chez les animaux qui avaient été nourris avec ces viandes; il n'en obtint aucun effet. Le beurre, soumis à une chaleur assez élevée pour qu'il prenne feu, ne perd également rien de ses propriétés vénéneuses. La viande bouillie ne paraît pas communiquer au bouillon ses propriétés, et c'est en vain que l'on a tenté d'inoculer la maladie avec des chairs ou des fluides sécrétés par les animaux malades.

Le seul animal qui jusqu'ici est resté inaccessible à cette maladie est le cochon. M. Graff en a nourri plusieurs uniquement avec des débris d'animaux morts infectés, et ils n'ont donné aucun signe de souffrance.

La maladie ne frappe pas l'homme dans les endroits seulement où elle règne habituellement, mais encore sur des points où elle n'avait jamais été observée, et cette circonstance tient à une habitude, que M. Graff appelle meurtrière, et qui mériterait d'être frappée par la loi, c'est celle qu'ont les habitans des contrées infectées, qui, ne consommant pas eux-mêmes le beurre et le fromage qu'ils obtiennent de leurs troupeaux suspects, ne craignent pas de les expédier dans les villes de l'ouest, et surtout à Louisville, à Ky, à St-Louis, à Missouri. Ces articles, transportés au loin, transmettent le virus dont ils sont chargés et déterminent des accidens très graves, quelquefois même la mort, sur plusieurs personnes à la fois, dans les mêmes familles, accidens qui, ne se reproduisant pas, passent aux yeux des médecins non prévenus pour des anomalies. L'auteur cite des faits qui ne permettent aucun doute sur l'exactitude de cette assertion.

L'auteur donne quelques détails sur les lésions anatomiques qu'il a observées sur quelques animaux et sur une femme à la suite de cette affection; mais nous ne trouvons rien qui soit assez caractérisé pour que nous le reproduisions ici.

Quant au traitement, il ne peut qu'être empirique, puisque la nature de la maladie est entièrement inconnue. La saignée générale paraît être le moyen auquel tous les praticiens ont immédiatement recours; mais elle doit être faite dès le début; plus tard, elle ne fait qu'augmenter l'adynamie. Elle ne doit point être poussée jusqu'à la syncope, car la réaction ne s'établit qu'avec lenteur, et il se forme souvent des congestions passives quand on néglige ces précautions. L'auteur indique ensuite les saignées locales et les autres moyens employés dans les affections cérébrales aiguës. La seconde indication est de combattre la constipation par des purgatifs, quand l'irritabilité de l'estomac permet qu'ils soient supportés. Le calomel uni à l'huile d'olive réussit assez bien dans ces cas.

L'histoire de cette maladie est fort intéressante. Si déjà nous ne lui avions pas consacré un espace considérable, nous aurions cherché à la rapprocher d'une affection peu connue parmi nous, mais qui a été observée dans quelques villes d'Allemagne. On l'a attribuée à l'altération des viandes, et surtout des viandes sèches et salées, altération qui est restée inconnue, car souvent elle était tout à fait inappréciable.

STATISTIQUE DES FRACTURES ET DES LUXATIONS TRAITÉES A L'HÔPITAL DE PENSYLVANIE DANS L'ESPACE DE 10 ANS, DEPUIS 1830 JUSQU'A 1839 INCLUSIVEMENT; par M. NORRIS.

Le tableau statistique est précédé de quelques considérations pratiques sur le traitement en usage à l'hôpital de Pensylvanie, et nous allons successivement donner une description sommaire des moyens employés pour les fractures et pour les luxations.

FRACTURES: A. DU FÉMUR. — Les fractures de cuisse sont en général

traitées par l'appareil de Desault qu'on a modifié en donnant plus de longueur à l'attelle externe, et en adaptant à son extrémité inférieure une traverse sur laquelle passe le lac contre-extensif; ce qui est destiné à faire agir la force de traction dans l'axe du membre. On ne s'efforce pas de ramener du premier coup le membre à sa longueur naturelle, et l'on préfère l'obtenir ce résultat que graduellement et à l'aide de tractions souvent répétées dans les premiers jours.

Quant aux fractures du col en dedans de la capsule, on ne met pas d'attelles, et le membre est couché sur des oreillers et abandonné à lui-même.

B. De la jambe. — Dans les fractures de jambe, on n'emploie ordinairement ni attelles, ni bandage. On place le membre dans une sorte de boite dont le fond est garni de coussins, et leur pression est en général suffisante pour empêcher tout déplacement des fragmens. Lorsque l'extension devient nécessaire, on la fait suivant les principes de l'appareil de Desault pour les fractures du fémur. L'inflammation est combattue par des lotions froides. S'il y a complication de plaie, on recouvre la solution de continuité d'un emplâtre adhésif. Mais dans les cas où la suppuration devient abondante, M. Norris conseille d'employer un procédé qui a été mis en usage par M. Barton, et qui consiste à placer le membre dans une caisse contenant du son. Le contact de cette substance est agréable au malade, la pression que supporte le membre se trouve plus également répartie à sa surface, et enfin c'est un pansement qu'on peut facilement renouveler, sans douleurs et sans secousses, lorsqu'il est altéré par la suppuration.

Dans les fractures de l'extrémité inférieure du péroné où le renversement du pied en dehors est considérable, on a l'habitude d'appliquer le bandage de Dupuytren.

C. De la clavicule. — On a abandonné le bandage de Desault pour les fractures de clavicule; car ou il est peu serré et ne remplit pas son but, ou il est appliqué de manière à prévenir le déplacement, et alors la constriction qu'il produit détermine de la dyspnée et des douleurs au bras et à la poitrine. On préfère l'appareil de Fox, qui s'applique de la manière suivante : on commence par fixer un coussin dans l'aisselle, puis on assujétit le coude dans une sorte d'écharpe, formée d'une pièce de linge qui enveloppe le coude, l'extrémité supérieure de l'avant-bras et l'extrémité inférieure du bras. A cette pièce de linge sont cousus quatre cordons, dont deux partent de sa partie postérieure et deux de sa partie antérieure. On réduit alors la fracture, et les deux cordons postérieurs, ramenés derrière le dos, sont fixés à un collier fait avec quelque substance molle, comme de la mousseline ou de la peau de daim. Enfin, les deux cordons antérieurs sont également attachés à la partie correspondante de ce collier. L'auteur fait observer comme un point important que cet appareil peut être appliqué également sur les femmes et sur les hommes.

D. Du coude. — Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus présentent dans leur traitement de grandes difficultés. A l'hôpital de Pensylvanie, on emploie dans ces cas deux attelles coudées, qu'on place sur les côtés externe et interne du membre, et qui s'étendent depuis le haut du bras jusqu'à l'extrémité des doigts. On se contente quelquefois d'une seule attelle courbe antérieure. Mais quel que soit celui des deux procédés auquel on s'arrête, il faut toujours avoir soin d'augmenter, à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'accident, l'angle que les attelles offrent au niveau du pli du bras, de sorte que le membre, qui était d'abord maintenu à angle droit, soit peu à peu ramené, au point d'être dans l'extension à la fin du traitement.

E. De l'avant-bras. — Dans les fractures du radius, qui sont voisines de l'articulation radio-carpienne, il importe, comme dans celles du coude, de prévenir l'ankylose. Dans ce but, il faut ôter l'appareil au bout de dix à douze jours, et ne le réappliquer qu'après avoir fait exécuter au poignet quelques légers mouvemens, manœuvre que l'on répètera ensuite tous les deux jours.

Après ces considérations, M. Norris donne le tableau suivant, qui fait connaître la fréquence relative des diverses fractures observées à l'hôpital de Pensylvanie et les résultats du traitement.

	Nombre.	Guéris.	Sortis en voie de guérison, ou sur leur demande.	Morts.	Amput.
Fractures de la cuisse	118	92	9	17	2
— de la jambe	293	241	11	41	14
— du crâne	46	14	2	30	
— de la rotule	16	14	2		
— de la colonne vertébrale	8	0	1	7	
— du sternum	5	4	0	1	
— de la clavicule	84	75	7	2	
— du bras	250	216	22	12	9
— des doigts	9	8	1		
— de l'omoplate	10	8	1	1	
— du coude	2	1	0	1	
— du nez	3	3			
— de la mâchoire	19	12	1	6	
— du bassin	5	5			
— du pied	12	10	2		
— des côtes	46	39	2	5	
— dont le siége n'est pas désigné	2	2			
— compliquées du bassin	1	0	0	1	
— compliquées du genou	2	1	0	1	
— compliquées de la cuisse	15	4	1	10	
— non consolidées (venues du dehors)	13	9	2	2	
Totaux	959	758	64	137	31

Sur les 31 amputations faites dans le cas de fracture, il y eut 22 guérisons et 9 morts.

Luxations. — Vnici le tableau des luxations observées pendant la même période :

	Nombre.	Guérisons.	Sortis en voie de guérison ou sur leur demande.	Morts.
Luxations de l'épaule	49	45	3	1
— de la hanche	17	13	3	1
— de l'astragale	1	0	0	1
— de la colonne cervicale	1	0	0	1
— de la mâchoire	2	2	0	0
— du cou-de-pied	2	1	0	1
— du coude	7	7	0	0
— du poignet	4	4	0	0
— de la clavicule	3	3	0	0
— du radius	1	1	0	0
— des doigts	1	1	0	0
— du gros orteil	1	1	0	0
Luxation compliquée du pouce	2	1	1	0
Luxation avec déchirure	1	0	0	1
Luxation avec fracture	1	1	0	0
Luxation dont le siége n'est pas désigné	1	0	1	0
Total	94	80	8	6

Parmi ces luxations, il en est une qui offre beaucoup d'intérêt, en ce qu'elle vient confirmer un fait autrefois nié par tous les auteurs, et dont plusieurs preuves authentiques ont été apportées depuis quelques années. Nous voulons parler des luxations traumatiques de la colonne vertébrale, luxations regardées comme impossibles par Astley Cooper, Samuel Cooper, Boyer, M. Sanson. Un exemple bien concluant est cependant cité par Dupuytren (Voy. Leçons orales, t. I, p. 390), et nous avons présenté nous-mêmes à la société anatomique une observation, avec autopsie, de luxation sans fracture de la troisième vertèbre cervicale en avant de la quatrième. (Voy. Bullet. de la société anat., juin 1836.)

Obs. — Dans le cas rapporté par M. Norris, il s'agit d'un homme de 30 ans, qui tomba d'un cabriolet, la tête la première. Les extrémités inférieures, la moitié inférieure du tronc et la poitrine furent paralysées. A son entrée à l'hôpital on observa que les mains et les bras avaient conservé leur sensibilité, mais il ne pouvait ni fléchir le poignet, ni tenir avec la main un objet d'une manière assurée. La respiration était précipitée, difficile, et ne s'accomplissait qu'à l'aide du diaphragme. Il y eut érection jusqu'au moment de la mort. Les douleurs que le malade éprouvait dans la région du cou engagèrent à exécuter quelques tentatives de réduction qu'on fit en fixant sa tête à l'aide d'un mouchoir dont le plein fut passé sous le menton et les deux extrémités nouées sur la tête du lit, tandis qu'on faisait l'extension sur les deux jambes. Le malade se trouva un peu mieux après ces essais. Néanmoins la paralysie et la gêne de la respiration persistèrent au même degré, et il mourut subitement 60 heures après l'accident.

AUTOPSIE. — Epanchement de sang considérable dans le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire de la partie postérieure du cou. Les ligamens jaunes étaient rompus, et la cinquième vertèbre cervicale était déplacée en avant de la sixième. Le ligament vertébral antérieur et le tissu inter-vertébral étaient aussi déchirés, de sorte que les corps des deux vertèbres se trouvaient complètement séparés. *Un examen attentif montra qu'il n'y avait pas de fracture*, et que toute la lésion consistait dans le déplacement du corps et des apophyses des vertèbres. La moelle présentait le même aspect au niveau de la luxation que dans le reste de son étendue.

STATISTIQUE VITALE DE BOSTON; par M. SHATTUCK.

Boston, dont la population a monté de 1790 à 1840 de 18,308 habitans à 84,311, a éprouvé, comme toutes les autres grandes villes dont la population s'est accrue avec une aussi grande rapidité, de grandes variations dans la mortalité de ses habitans. Le travail de M. Shattuck a pour objet d'étudier la marche de la mortalité dans cette ville suivant les âges, le sexe, la couleur, les croyances religieuses, les saisons de l'année, les années différentes, et enfin suivant les maladies. Ce travail est plein d'intérêt pour les habitans de la ville de Boston, ou des États-Unis, qui y trouveront des renseignemens précieux sur les questions les plus importantes qui se rattachent à la mortalité de cette ville. Pour nous, nous n'y trouvons que peu de résultats assez importans considérés sous le point de vue général pour que nous devions les citer. Cependant nous signalerons quelques faits qui appartiennent à la statistique générale.

Bien que la vie ait plus de valeur aujourd'hui que dans le siècle dernier, elle en a pourtant un peu moins depuis vingt ans, car c'est en 1811 qu'elle a atteint le maximum, et depuis elle a un peu rétrogradé, et cette légère recrudescence de la mortalité depuis cette dernière époque a surtout frappé sur les enfans âgés de moins de cinq ans; car tandis que, pendant la période décennale de 1811 à 1820, le nombre des morts au-dessous de cet âge avait été de 33,64 sur 100 morts de tout âge, ce chiffre s'est élevé de 1821 à 1830 à 37,04 pour 100, et de 1831 à 1839 à 43,09 pour 100; ensuite que près de la moitié (43 pour 100) des morts qui ont eu lieu à Boston pendant les neuf dernières années ont frappé des enfans au-dessous de cinq ans, fait important, qui réclame l'attention la plus sérieuse. L'auteur l'explique par les habitudes de luxe qui se répandent dans tous les rangs et qui affaiblissent la constitution, à la mauvaise alimentation des classes inférieures, et surtout à la gravité qu'ont prise depuis quelques années certaines affections éruptives, qui frappent surtout sur les enfans en bas âge.

En même temps que la vie de l'enfance perdait de sa valeur, celle de l'âge de 30 à 60 et au-dessus de 80 gagnait un peu, mais dans une proportion moins forte.

Il résulterait du chiffre présenté sur la phthisie que cette grave affection aurait éprouvé une diminution considérable, car nous voyons que de 1811 à 1820 le chiffre des morts qu'elle a causées a été, sur 1000, de 223; de 1821 à 1830, de 179, et enfin de 1830 à 1839, de 141. Mais cette amélioration n'est peut-être qu'apparente et peut dépendre du progrès dans le diagnostic, qui a écarté de la phthisie un certain nombre d'affections qui étaient confondues avec elle sous le nom de consomption.

FAUSSE ARTICULATION DE L'AVANT-BRAS; RÉSECTION DES DEUX EXTRÉMITÉS DE L'OS; SÉTON APRÈS LA RÉSECTION; par M. FANESTOCK (1).

OBS. — Valentyne Wyant, âgé de 23 ans, reçut une décharge de fusil dans l'avant-bras, en 1836. La plaie et la fracture des os siégeaient à 108 millimètres au-dessous du coude. Les désordres étaient considérables; il guérit néanmoins sans amputation; mais une assez grande étendue du cubitus se nécrosa pendant le traitement. Les extrémités du radius chevauchèrent alors et ne devinrent le siége d'aucune consolidation, non plus que celles du cubitus. On sentait entre les fragmens du radius une grande épaisseur de parties molles. Beaucoup de chirurgiens avaient conseillé l'amputation, quand Wyant se confia au docteur Fanestock, qui fit l'opération suivante : par une incision longitudinale, il voulait mettre à nu les extrémités des fragmens du radius, mais il y avait tant de parties molles entre qu'il dut ajouter une incision transversale pour découvrir ces os; cela fait, il retrancha de chacun de ces fragmens, préalablement séparés des muscles qui les entouraient, un centimètre du cylindre osseux, et les affronta. L'appareil des fractures de l'avant-bras fut appliqué et les pansemens faits comme pour les fractures compliquées. L'écoulement du sang fut abondant pendant l'opération, ce que le chirurgien attribue au développement des petites artères, depuis la première blessure qui avait altéré les gros vaisseaux du membre.

Au cinquante-sixième jour, les deux extrémités du radius étaient consolidées, mais l'avant-bras était toujours faible. La fausse articulation du cubitus ayant persisté, celle-ci fut traitée par le séton, qui resta quatre ou cinq mois entre les fragmens. Après ce temps, la consolidation était parfaite et le membre solide.

La résection dans les fausses articulations n'est habituellement faite que dans le dessein de mettre en contact deux surfaces osseuses, entre lesquelles se fait un travail d'ossification, comme il arrive dans les fractures. Ici elle remplit deux indications, elle retranche un peu du radius, devenu trop long par le raccourcissement du cubitus.

Le séjour du séton a été beaucoup plus long qu'il ne l'est ordinairement. Physick et tous les chirurgiens depuis lui ne le laissent guère que quinze, six ou sept semaines. Le chirurgien américain ne dit point pourquoi il a cru devoir prolonger le séjour du corps étranger.

(1) Cet article appartient à la revue précédente.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 JUILLET.

M. Magendie commence la lecture du rapport demandé par l'Académie à la commission dite *commission de la gélatine*. La partie de ce rapport qui a été lue comprend seulement l'exposé historique des recherches concernant la gélatine considérée comme substance alimentaire; les autres parties seront lues dans les séances suivantes.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ACTION DES NERFS ET DES MUSCLES DU LARYNX; par M. A. LONGET.

(Nous insérerons textuellement, dans le prochain numéro, le mémoire de M. Longet.)

DÉVELOPPEMENT DE CRYPTOGAMES SUR LES TISSUS DE VERTÉBRÉS VIVANS. — Note de MM. EMM. ROUSSEAU et SERRURIER.

Les auteurs de cette note annoncent que, dans un MÉMOIRE SUR LES MALADIES DES ORGANES DE LA VOIX, qu'ils avaient adressé en 1839 pour le concours aux prix de médecine et de chirurgie, et qui fut mentionné honorablement dans le rapport de la commission, ils signalaient un fait analogue à celui que M. Eudes Deslonchamps a communiqué récemment à l'Académie.

« Une perruche-souris mâle du Brésil, atteinte d'une phthisie laryngée et pulmonaire, mourut en 1834 des suites de cette affection, dont la fréquence se remarque particulièrement chez les oiseaux. A l'autopsie nous trouvâmes dans l'abdomen, entre les intestins et la colonne vertébrale, une espèce de fausse membrane, sur laquelle existait une moisissure verdâtre et pulvérulente, dont l'adhérence était si faible qu'en soufflant elle disparaissait comme la poudre la plus fine et la plus légère.

»Cette moisissure, qui s'est offerte plusieurs fois à notre observation, peut affecter différentes parties du corps; on la rencontre plus fréquemment dans le bassin et entre les reins et les viscères, sur les principaux vaisseaux du cœur, entre les côtes et les poumons. Les pigeons, les poules, en sont plus particulièrement atteints, surtout si ces animaux habitent des lieux froids et humides, et aux époques des saisons pluvieuses. Cependant ce phénomène s'est offert à notre investigation sur des animaux d'une organisation différente, chez une biche (*cervus axis*) et chez la tortue de terre, originaire des Indes (*testudo indica*). »

M. DUMAS annonce que M. le docteur Gruby, par des recherches qu'il se propose d'exposer bientôt devant l'Académie, a reconnu qu'une des variétés de la teigne est due au développement d'un végétal sous l'épiderme. Il croit convenable, dans l'intérêt de M. Gruby, de prendre date de cette découverte, l'éveil donné par les observations de M. Eudes Deslonchamps pouvant exciter ailleurs des recherches dans cette direction.

M. BRESCHET fait remarquer que la teigne étudiée par M. Gruby est la *teigne faveuse* (*tinea favosa*).

L'Académie reçoit en outre les ouvrages manuscrits suivans:

MÉMOIRE SUR L'AMPUTATION COXO-FÉMORALE; par M. SÉDILLOT.

(Commissaires, MM. Larrey, Double.)

RECHERCHES SUR L'APPRÉCIATION DES SIGNES QUE PEUT FOURNIR L'URINE DANS LES MALADIES; par M. GRIFFOLIÈRE.

(Renvoi à la commission nommée pour des recherches sur le même sujet.)

DE L'IMPOSSIBILITÉ DE LA FORMATION DES GRAINES SANS FÉCONDATION; par M. JOUBERT.

(Commissaires, MM. de Mirbel, A. de Saint-Hilaire, de Jussieu.)

SÉANCE DU 12 JUILLET.

EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC.

M. REGNAULT : Dans le compte-rendu de la discussion qui a suivi mon rapport sur l'empoisonnement par l'arsenic, se trouve une phrase de M. Magendie qui pourrait donner lieu à de fausses interprétations. M. Magendie a dit en effet que les procédés chimiques à l'aide desquels on va chercher l'arsenic absorbé constituent un mode d'expérimentation capable de conduire des hommes, même éclairés, à de funestes méprises. Comme ce passage semble infirmer les conclusions du rapport, la commission a pensé qu'il fallait prier M. Magendie de développer sa pensée.

M. MAGENDIE : Je suis heureux de trouver l'occasion de répéter et de faire mieux comprendre ma pensée. J'ai seulement voulu dire qu'il est fâcheux que des expériences chimiques très délicates puissent devenir, dans quelques cas, les seuls documens d'après lesquels des juges soient appelés à prononcer. Mais je

n'ai pas prétendu pour cela élever le moindre doute sur les conclusions du rapport, et sur la possibilité de reconnaître la présence de l'arsenic lorsque l'analyse est faite par des chimistes exercés.

M. Thénard : La commission a dû répéter avec le plus grand soin les expériences annoncées dans les travaux qu'on lui avait soumis, les varier, les étendre ; elle a rempli sa tâche, et elle est arrivée à cette conséquence que le procédé auquel elle a donné la préférence permet d'extraire l'arsenic de manière à en démontrer à coup sûr l'existence. Elle a aussi déclaré que, lorsqu'on veut prononcer sur la présence de ce corps, il ne faut pas s'en tenir au simple aspect des taches, mais que la matière qu'on a sous les yeux doit présenter tous les caractères chimiques de l'arsenic. J'appuie donc l'opinion de M. Magendie, mais seulement en ce sens qu'on ne doit accorder de confiance qu'aux résultats obtenus par des chimistes véritables, et non par ceux qui n'ont de chimistes que le nom.

M. Regnault est chargé de faire les corrections consenties par M. Magendie.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'ÉPINE.

M. Bouvier lit un mémoire ayant pour titre : APPRÉCIATION DE LA MYOTOMIE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE.

ANUS ARTIFICIEL ÉTABLI PAR LE PROCÉDÉ DE CALLISEN.

M. Amussat présente une nouvelle observation d'anus artificiel qu'il a pratiqué dans la région lombaire sans ouvrir le péritoine. Le sujet de l'observation est une femme de 50 ans, chez laquelle il existait une obstruction complète des intestins datant de quarante jours. L'opération fut faite le 3 juillet, avec l'assentiment de MM. Magendie, Foville, etc. Aujourd'hui, neuvième jour, l'état de la malade est très satisfaisant.

EXISTENCE D'UN VÉGÉTAL DANS LA TEIGNE FAVEUSE.

M. Dumas présente un travail de M. Gruby, relatif à cette question. Par des recherches multipliées, M. Gruby a prouvé qu'il se forme, dans la teigne faveuse, un végétal analogue à ceux auxquels le ferment ou la levure donnent naissance par leur développement. Chaque végétation se présente sous une forme qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celle d'une petite tabatière. Lorsqu'on l'ouvre, on trouve sa cavité remplie de granules. Ces végétations sont d'ailleurs complètement semblables à celles qu'on observe dans quelques urines sucrées, et d'après leurs caractères extérieurs, elles doivent évidemment être regardées comme appartenant au groupe des *mycodermes*. M. Gruby tire de ces considérations plusieurs conséquences relatives à la contagion et à la thérapeutique de la teigne faveuse. (Commissaires : MM. Serres, Dumas, Brongniart, Breschet et Flourens.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

L'ordre du jour est la suite de la discussion sur le rapport de M. Caventou, lu dans la précédente séance.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. Pelletier : Je tiens à repousser quelques-unes des allégations qui ont été dirigées, dans la séance précédente, contre le travail de la commission ; je tâcherai de procéder par ordre et de répondre séparément à chacun des reproches qu'on lui a faits. Ainsi, on a d'abord accusé le rapporteur de n'avoir pas rendu un compte suffisamment exact de ce qui s'est passé au sein de la commission. Je crois, au contraire, que le rapport a dit tout ce qu'il fallait dire. Quand MM. Flandin et Danger se sont présentés devant l'Académie, ils ont annoncé qu'il y avait un très grand nombre de cas où il se formait des taches simulant, à s'y méprendre, l'aspect de l'arsenic, et offrant toutes les réactions chimiques de ce métal. Eh bien ! ils n'ont jamais réussi à en produire. Ils en ont montré, il est vrai, mais elles n'avaient pas été produites sous les yeux de la commission, et par conséquent celle-ci n'a pas dû en tenir compte, ni en faire mention dans le rapport. Une seule fois nous avons vu de ces taches pseudo-arsenicales, et c'est moi qui les avais obtenues en analysant une carpe qu'on disait avoir été empoisonnée par l'arsenic. Mais il n'y avait, entre ces taches et les véritables taches arsenicales, qu'une analogie apparente, et toute ressemblance s'est évanouie dès qu'on a soumis les deux substances aux réactifs chimiques.

La commission a également fait son devoir en déclarant que la théorie par laquelle on attribue les fausses taches à la formation de phosphites et de sulfites d'ammoniaque n'est pas admissible ; car ces taches disparaissent toujours par la réaction de l'acide nitro-muriatique.

L'idée de carboniser les matières organiques par les acides appartient évidemment à M. Orfila. MM. Flandin et Danger se sont efforcés de perfectionner cette méthode; mais les améliorations qu'ils ont apportées dans son exécution n'ont pas la valeur d'une découverte. C'est seulement un progrès tel qu'il s'en accomplit tous les jours de pareils dans les sciences, lorsqu'une idée abandonnée par son inventeur est reprise par d'autres esprits, un progrès tel que M. Orfila aurait pu le réaliser, comme tout autre chimiste, s'il s'était occupé plus longtemps de cette question.

On a fait beaucoup d'objections contre la calcination par le nitrate de potasse. Je crois que ce procédé est le plus parfait de tous pour arriver à reconnaître positivement la présence de l'arsenic. Il ne présente qu'un seul inconvénient, qui est quelquefois léger, quelquefois grave, c'est de donner lieu, dans certains cas, à une déflagration qui peut occasioner la perte des substances expérimentées. Mais ce ne peut être là le motif d'un reproche sérieux. Au pis-aller, cet accident entraînerait la nullité de l'expérience et exposerait à méconnaître l'existence de l'arsenic ; mais, dans aucun cas, il ne pourrait conduire à affirmer qu'il y en a dans les matières qui n'en contiennent réellement pas. On pourrait laisser un coupable impuni, mais jamais on ne courrait le risque de condamner un innocent.

M. Caventou croit avoir compris que M. Pelletier l'a accusé de n'avoir pas assez rendu justice à MM. Flandin et Danger, au sujet du mode de carbonisation par l'acide sulfurique qu'ils ont proposé. Pour se disculper de ce reproche, M. Caventou lit un passage de son rapport contenant une appréciation très favorable de ce procédé.

M. Chevallier : L'appareil de Marsh date d'une époque déjà ancienne ; c'est donc à tort que M. Gerdy a avancé qu'on ne l'avait pas étudié avant MM. Flandin et Danger. M. Gerdy a reproché à la commission de n'avoir pas donné à l'appareil de MM. Flandin et Danger tous les éloges qu'il mérite. Cet appareil, Messieurs, j'en avais eu la première idée dès l'année 1839, et je dépose sur le bureau le mémoire dans lequel sa description se trouve consignée. Cet appareil à tube est préférable en ce qu'on obtient de prime-abord l'arsenic métallique, et non une solution arsenicale, comme cela avait lieu par l'emploi de l'ancien procédé. On doit donc, dans tous les cas, accorder la préférence à ce nouveau mode d'expérimentation.

M. Gerdy : J'avais pris la parole dans la dernière séance pour défendre MM. Flandin et Danger, et je l'avais fait parce qu'il ne me semblait pas qu'on eût suffisamment rendu justice à leurs travaux. On a répondu à mes argumens en produisant des faits nouveaux qui n'ont aucun rapport avec ceux dont j'avais fait mention. C'est ainsi que M. Orfila a dit dans sa réplique qu'il avait démontré l'absorption de l'arsenic et son passage dans le torrent circulatoire. Mais outre que je n'avais point parlé de cela, je dois encore faire observer, puisque la question est amenée sur ce terrain, que l'absorption de l'arsenic avait depuis longtemps déjà été annoncée en Allemagne. M. Orfila a aussi cherché à prouver qu'il y avait identité entre l'opinion de l'Académie et celle de l'Institut, et cela sans doute dans l'intention de montrer que je suis seul du parti de MM. Flandin et Danger. Pour établir cette identité, M. Orfila vous a lu plusieurs parties du rapport de l'Institut, mais, je vous le demande, est-il possible de juger d'après la lecture de quelques passages tronqués, la signification d'un document de cette importance ? Il n'en reste pas moins démontré que la commission de l'Institut n'approuve ni le procédé de carbonisation, ni l'appareil imaginé par M. Orfila, et cela est si vrai que dans la dernière séance de l'Académie des sciences, il y a eu une discussion, sorte d'amplification du rapport de M. Regnault, de laquelle est ressortie cette conclusion, qu'on ne doit pas s'en rapporter aux simples taches pour décider si une matière contient ou ne contient pas de l'arsenic.

J'ai dit que le rapport de vos commissaires était trop laudatif ; tout le monde l'a remarqué, l'éloge même était porté au point que cela nuisait à la vérité et empêchait que justice fût rendue à nos prédécesseurs et aux savans contemporains. Dans ce rapport, on a accablé d'éloges un de nos honorables confrères, remarquable sans doute, je me plais à le reconnaître, par ses nombreux travaux, on l'a dépeint comme un Dieu, débrouillant le cahos de la médecine légale !... (Exclamations et murmures.)

M. Caventou : Je n'ai parlé que de chimie toxicologique, et non de médecine légale.

M. Gerdy continuant : En répondant aux reproches que j'avais adressés sous ce point de vue au rapport de M. Caventou, M. Adelon m'a fait l'honneur de me dire que la commission appelée à examiner simultanément une note déposée par MM. Flandin et Danger, et les communications de M. Orfila, avait bien été obligée de se prononcer sur le mérite comparatif des travaux de ces auteurs. Mais en a-t-il été réellement ainsi ? A-t-on traité dans le rapport de tous les sujets que contenait la note de MM. Flandin et Danger ? A-t-il seulement été question de l'arsenic normal, point sur lequel ils avaient apporté le résultat de leurs expériences ? En aucune manière : le rapport a parlé de choses totalement étrangères à celles-ci ; il a parlé de la médecine légale tout entière, sans aborder la plupart des questions soulevées par ces Messieurs. Qu'on ne vienne donc pas nous dire que la commission a porté un jugement raisonné sur le mémoire de MM. Flandin et Danger. Cet hiver, déjà une commission nombreuse composée de médecins et de chimistes avait été nommée à l'occasion d'un mémoire présenté par M. Orfila. C'est à elle qu'il appartenait de se prononcer sur l'ensemble des travaux de ce professeur. Eh bien ! elle a ajourné jusqu'ici son rapport, tandis que celui de la commission nommée tout récemment au sujet des communications de MM. Flandin et Danger a lu le sien dans la dernière séance. Pourquoi cette différence ? Existerait-il donc des commissions complaisantes et dont on presse le travail, et d'autres qui ne le sont pas, et dont on entrave les efforts ? Au reste, je saisis cette occasion pour le dire, MM. Flandin et Danger ne se sont jamais posés comme adversaires de M. Orfila ; ce n'est pas la position qu'ils ont prise ici, ni à l'Institut, et si on s'est habitué à les considérer sous ce point de vue, c'est qu'ils se sont trouvés naturellement amenés à défendre leurs travaux dont les conclusions avaient été attaquées.

La commission de l'Académie a prétendu que l'état de la science était satisfaisant avant les recherches de MM. Flandin et Danger, que par conséquent ces recherches étaient inutiles. Tel n'est pas mon avis, Messieurs, et j'ai pour moi l'autorité de l'Institut et l'assentiment général. D'un autre côté le rapport contient à l'égard d'un de nos honorables collègues des complimens tellement exagérés, qu'en les entendant je me suis demandé plusieurs fois si ce n'était point là un éloge funèbre ! Mais, grâce au ciel, je me suis rassuré en levant les yeux sur la place de M. Orfila.

Le rapport de l'Académie de médecine préfère le procédé de carbonisation par le nitrate de potasse : le rapport de l'Institut au contraire déclare que l'emploi de l'acide sulfurique est plus sûr. De quel côté est la vérité ? Je ne puis, quant à moi, le décider ; mais ces assertions contraires me laissant dans l'incertitude, j'ai

pris le parti, pour savoir à quoi m'en tenir, de m'adresser à M. Thénard qui a dissipé mes doutes en m'expliquant qu'avec le nitrate de potasse on pouvait obtenir un résultat, mais qu'il fallait pour cela être très versé dans l'art des manipulations chimiques, tandis qu'en employant l'acide sulfurique, l'expert le moins habile est sûr d'atteindre le but.

M. Chevallier m'a reproché d'avoir dit qu'on n'avait pas assez étudié l'appareil de Marsh. Mais il ne m'a pas compris, et il est évident que je n'ai pu exprimer une semblable opinion. Quoi! depuis plus d'un an, il n'est question dans le monde que de l'appareil de Marsh, les journaux en sont remplis, les cours publics en retentissent, et j'aurais affirmé qu'on ne s'en est qu'imparfaitement occupé! ce serait là une absurdité inconcevable, et pour la commettre il faudrait vraiment, passez-moi le mot, n'être réveillé que d'hier matin.

Vous avez entendu vos commissaires répéter que MM. Flandin et Danger n'ont pu reproduire sous leurs yeux les taches pseudo-arsenicales dont ils avaient annoncé l'existence. Bien que tout disposé à les croire sur parole, j'ai cependant voulu avoir d'autres renseignemens et je les ai demandés aux personnes directement intéressées dans ce débat. Il m'a été répondu que les expériences faites devant la commission portaient sur de très petites quantités, circonstance défavorable pour la manifestation de ces taches. D'autre part on m'a fait observer que les expériences dont il s'agit avaient été conduites avec le plus grand soin parce que le but qu'on se proposait n'était pas d'obtenir des taches. Enfin on m'a affirmé qu'on en avait produit une fois de très caractéristiques, et que ce fait devait être consigné dans un des procès-verbaux. Je reviens à dessein sur cette question, car l'affirmation de la non-existence des fausses taches avait paru produire sur les esprits une impression profonde. De l'annonce de ce fait on avait tiré la conclusion que les taches signalées étaient chimériques et purement imaginaires. Mais, Messieurs, je l'ai dit et je le répète, ne serait-il pas prodigieux que ces taches constatées à diverses reprises par tant de témoins compétens, ces taches dont l'Institut a reconnu la réalité n'existassent pas. Il reste donc bien constaté, ce me semble, que dans la carbonisation des matières animales, il s'opère, un peu plus ou un peu moins souvent, n'importe, des taches d'apparence arseniforme. Maintenant, ces taches peuvent-elles en imposer pour des taches arsenicales? C'est là une tout autre question. MM. Flandin et Danger n'ont jamais prétendu qu'il était impossible de les distinguer des taches d'arsenic; bien loin de là, puisqu'ils ont reconnu qu'elles sont formées de phosphite et de sulfite d'ammoniaque. Mais il y avait similitude apparente; il y avait donc chances d'erreur; et peut-on leur savoir mauvais gré d'avoir cherché à poser des caractères distinctifs capables de guider les chimistes même d'une médiocre habileté? Ne faisons-nous pas tous les jours en médecine un diagnostic différentiel de cette espèce entre deux maladies qui ont des points de contact?

Mais il y plus; voulez-vous apprécier plus manifestement encore le service qu'ont rendu MM. Flandin et Danger? Jetez un coup-d'œil sur l'état où se trouvait cette partie de la science avant qu'ils publiassent leurs recherches. On avait signalé de l'arsenic normal dans le corps humain, on en avait trouvé dans les os, dans tous les viscères; on en voyait non seulement au sein des matières animales, mais dans les végétaux et jusque dans le pain. C'est là qu'il y avait à proprement parler, une véritable perturbation; c'est à ce sujet que la société avait besoin d'être rassurée. Aussi, je le répète, et M. Adelon l'a dit lui-même avec toute la bonne foi qui le distingue, MM. Flandin et Danger, en dissipant ces craintes par des expériences positives ont bien mérité de la science.

J'arrive aux applications à la médecine légale. On a dit que, sous ce rapport, la science était arrivée avant MM. Flandin et Danger, à un état suffisant de certitude, et que leurs recherches n'avaient produit aucun résultat nouveau. Ils n'ont rien dit de nouveau! Et cependant avant eux, on croyait qu'il était possible de conclure à la présence de l'arsenic d'après de simples taches obtenues par l'appareil de Marsh; et dans un procès célèbre on a provoqué une condamnation sur ce seul indice. Eh bien! il reste aujourd'hui irrévocablement démontré que ce signe ne peut suffire; que pour acquérir une entière conviction, il faut obtenir la revivification du métal; et cette vérité qui va opérer une révolution si importante dans l'instruction des affaires d'empoisonnement, à qui la devons-nous si ce n'est à MM. Flandin et Danger?

La commission a terminé par des conclusions dont je vous ai déjà montré l'insuffisance et la partialité: à mon tour, Messieurs, je vais faire connaître celles qui me semblent naturellement ressortir de l'appréciation à laquelle je viens de me livrer. Ainsi je proposerais pour première conclusion:

1° De dire que MM. Flandin et Danger ont établi d'une manière péremptoire qu'il n'existe pas à l'état normal, d'arsenic dans les os de l'homme.

2° De reconnaître qu'ils ont démontré que la carbonisation des matières animales donne lieu à de fausses taches arsénicales, et qu'il importe d'avoir toujours cette circonstance présente à l'esprit, puisque son omission entraîne des erreurs qui peuvent faire tomber la tête d'un innocent.

3° De déclarer que l'appareil à dégagement de gaz proposé par MM. Flandin et Danger est un appareil très ingénieux et très propre à faire reconnaître la présence de l'arsenic.

4° Enfin je proposerais, à titre de remercîmens pour MM. Flandin et Danger, de publier leurs travaux dans le Bulletin de l'Académie, et d'inscrire leurs noms sur la liste des membres correspondans.

M. Orfila: L'Académie a dû s'apercevoir que M. Gerdy cherche à rendre le débat tout-à-fait personnel: le rapport exalte par trop le mérite de M. Orfila, dit-il; tandis qu'il déprécie outre mesure celui de MM. Flandin et Danger. Vous devez bien penser que je n'accepte pas la discussion sur ce terrain, et que je dois me taire sur tout ce qui me concerne. Quant à MM. Flandin et Danger, M. Gerdy n'a pas cessé de répéter, qu'en les diminuant ainsi, la commission se mettait en opposition avec l'Institut qui, au contraire, les avait comblés d'éloges. Nous allons juger, Messieurs, ce qu'il y a de vrai dans cette assertion, en citant la fin du rapport de M. Regnault: « Vos commissaires, est-il dit, prenant en considération l'importance de la question, les efforts que MM. Flandin et Danger ont faits pour éclairer l'emploi de l'appareil de Marsh, vous proposent de les remercier pour leurs diverses communications. » On remercie donc MM. Flandin et Danger pour les *efforts* qu'ils ont faits. Voyez, par contre, ce que l'on dit de M. Lassaigne, etc.: « Ils pensent que l'Académie doit également des remercîmens à MM. Lassaigne, Kœppelin et Kampmann pour les modifications utiles qu'ils ont apportées au procédé de Marsh. » On reconnaît les *efforts* des premiers; on récompense ce que les autres ont fait d'*utile*. Votre commission ne s'exprime pas à l'égard de MM. Flandin et Danger autrement que l'Institut; elle propose de les remercier à raison des *efforts* qu'ils ont faits; comme l'Institut, elle blâme la presque totalité du travail de ces Messieurs.

Mais laissons là les personnalités et arrivons aux choses. M. Gerdy vient de dire que l'Institut n'a pas adopté l'appareil de Marsh tel que je l'ai modifié, qu'il prescrit de recueillir un anneau d'arsenic métallique, et non pas de simples taches, comme je l'ai proposé, et que c'est là un progrès qui me condamne. En cela, Messieurs, mon collègue s'est rendu l'écho de plusieurs écrits inexacts et absurdes qui ont paru dans certains journaux il y a quelques jours. Ces feuilles, attaquant mon travail avec une violence sans exemple, m'ont présenté comme un homme qui aurait été complétement battu par l'Académie des sciences. « Vos taches ne signifient rien, a-t-on dit; c'est de *l'arsenic métallique* qu'il faut obtenir, et vous êtes mille fois coupable de ne l'avoir pas dit; vos préceptes ont induit tout le monde en erreur; l'Institut le déclare. » Je dirai d'abord qu'il n'y a pas un mot de tout cela dans le rapport de l'Institut; et par une raison bien simple, c'est qu'en janvier 1839, lorsque je lus ici mon premier mémoire, je conseillai précisément de suivre la marche que l'on m'accuse de n'avoir pas suivie. Je vais lire, dans le Bulletin de l'Académie du mois de février 1839, un passage de mon mémoire qui prouvera l'exactitude de ce que j'avance. Voici ce passage: « *Caractères de l'arsenic et de l'antimoine recueillis dans un tube.* Ainsi que je l'ai dit, il ne faut recevoir sur la capsule qu'un petit nombre de taches, afin qu'il reste assez de gaz hydrogène arseniqué ou antimonié, pour recueillir le restant des deux métaux dans un tube de verre long de deux à trois pieds, de quatre à six lignes de large, ouvert par ses deux bouts, et que l'on maintient dans une situation horizontale à côté de la flamme. Celle-ci pénètre dans le tube par une de ses ouvertures et ne tarde pas à déposer, presqu'à côté d'elle, une couche noirâtre d'arsenic ou d'antimoine, qui s'étend jusqu'à deux ou trois pouces au-delà; plus loin il se produit une vapeur blanche d'oxide d'arsenic ou d'antimoine; enfin il sort par l'autre extrémité du tube une vapeur blanche d'une odeur alliacée. » Voyez, Messieurs, la bonne foi de ces critiques; que dit l'Institut? obtenez des taches et un *anneau métallique*. J'ai été plus loin, puisque je prescris en outre de recueillir de l'oxide blanc d'arsenic.

Les perfectionnemens que j'ai introduits depuis quelque temps ne sont que la consécration de ce principe. Je n'emploie actuellement qu'un seul tube, et j'obtiens à la fois des taches et l'anneau d'arsenic. Cet appareil si simple doit ses avantages à l'amiante dont je me sers, amiante dont MM. Flandin et Danger n'ont jamais parlé, et qui a été mise en usage pour la première fois par la commission de l'Institut. Mais, Messieurs, il faut être juste, l'idée première appartient à notre honorable collègue M. Chevallier qui, dès 1839, ainsi que je l'ai dit dans mes mémoires, avait recours à la porcelaine, soit pour obtenir l'anneau d'arsenic, soit pour séparer celui de l'antimoine. On a reconnu seulement depuis que l'amiante était préférable à la porcelaine. Au reste le rapport de l'Académie des sciences, que l'on invoque si souvent contre moi, si l'on excepte ce que l'on y dit de MM. Lassaigne, Flandin et Danger, etc., et ce qui concerne l'arsenic normal, ne renferme *rien que je n'eusse dit et prouvé depuis longtemps*; il me donne raison sur tous les points.

M. Gerdy revient sur l'arsenic normal, et fait honneur à MM. Flandin et Danger d'avoir découvert que l'existence de ce corps dans nos tissus était une chimère. *Il n'en est rien*, Messieurs, et je le prouve. Le mémoire de MM. Flandin et Danger a été présenté à l'Institut à la fin de décembre 1840; or, dès le mois d'octobre, plus de deux mois auparavant, je montrais à la commission de l'Académie des sciences que je ne retirais plus d'arsenic des os; c'est ce qu'on peut lire dans le Compte-Rendu des séances de l'Institut (14 juin, p. 1092). Je l'avais annoncé à MM. Husson, Boullay et Caventou, tout le monde le *savait* dans mon laboratoire. Il y a plus; je déposai, le 3 novembre, à l'Académie, un paquet cacheté, dont je prie M. le secrétaire de donner lecture en ce moment; j'ignore au juste son contenu, parce que je n'en ai pas gardé copie, mais je sais que le fait dont je parle y est articulé. J'ajouterai encore qu'il est à ma connaissance que MM. Thénard, Dumas, Boussingault et Regnault se livrèrent en novembre et en décembre à des expériences sur les os, et que tout le monde *savait* au collége de France que les os ne fournissaient pas d'arsenic; et vous prétendez que MM. Flandin et Danger, qui ne sont arrivés *qu'à la fin de décembre*, ont découvert qu'il n'existe pas d'arsenic dans les os? Au reste, la commission de l'Institut a été plus sage que ces messieurs; elle s'est borné à dire *qu'elle n'en avait pas obtenu*, tandis que ces messieurs établissent qu'il n'y en a pas. Faut-il donc rappeler encore que c'est à tort que M. Gerdy attribue à MM. Flandin et Danger d'avoir reconnu les premiers que les viscères ne renferment pas d'arsenic? L'Académie sait que, dans mon mémoire sur l'arsenic normal, lu dans cette enceinte le 24 septembre 1839, j'avais déjà prouvé qu'il en est ainsi.

Ici M. Orfila est interrompu par M. le secrétaire, qui décachète le paquet et en donne lecture. Voici le sens de cette note: « *Je ne trouve plus d'arsenic dans les os depuis un mois*, en suivant exactement les procédés qui m'en fournissaient autrefois; quelle peut être la cause de cette différence? Je la cherche. » (Paris, 3 novembre 1840.)

M. Orfila: Vous savez, Messieurs, que la découverte de l'arsenic normal appartient à M. Couerbe; vous vous rappelez avec quelle inconvenante acrimonie ce chimiste en a réclamé la priorité; mais je l'ai adoptée, et je suis trop honnête homme pour ne pas en convenir. Comme l'Institut, je dirai, non pas que les os n'en renferment pas ni qu'ils n'en contiennent jamais, mais qu'ils ne nous en ont point fourni dans ces derniers temps. Il y a là, Messieurs, quelque chose d'inconcevable. Comment se fait-il qu'en 1839 nous ayons retiré de l'arsenic des os, et que nous n'en trouvions plus aujourd'hui? J'affirme sur l'honneur que les ta-

ches obtenues dans le temps étaient vraiment arsenicales; je constatai tous leurs caractères à l'aide des réactifs; c'est assez dire que ce n'étaient pas les taches dont MM. Flandin et Danger ont parlé; d'ailleurs, j'ai suffisamment prouvé, dans la dernière séance, que cela ne pouvait pas être.

On pourrait penser, comme je me le suis demandé dans la note cachetée qui vient de vous être lue, que les réactifs dont nous nous servions en 1839, et notamment l'acide sulfurique, étaient impurs et arsenicaux, tandis qu'à cette heure, depuis que j'ai publié un mémoire sur les réactifs, ceux-ci sont purs et exempts d'arsenic. Telle n'est pas la cause de la différence, toute réflexion faite, car à cette époque déjà, avec les mêmes réactifs, ainsi que je l'ai imprimé, on ne retirait pas une seule tache avec des os calcinés au blanc, avec de la craie, etc. J'avoue qu'il y a là quelque chose d'inexplicable; il y a là très probablement une erreur que je ne suis pas encore parvenu à saisir; et, s'il en est ainsi, je serai le premier à la proclamer. Avant tout, il faut être vrai, et je n'imiterai pas MM. Flandin et Danger, qui ne semblent pas vouloir convenir de celles qu'ils ont commises, alors même qu'elles sont reconnues par l'Institut, par votre commission et par tout le monde. Quoi! l'on s'étonnerait que dans un travail aussi délicat, qui a duré trois ans, et qui se compose de plus de dix mille expériences, un fait m'eût échappé, quand la question est aussi ardue? Quoi qu'il en soit, et c'est une vérité consolante, l'absence de l'arsenic dans le corps de l'homme à l'état normal prêtera à mon système médico-légal un appui des plus solides. Vous savez avec quelle force les avocats et les défenseurs zélés des accusés exploitaient l'existence de l'arsenic normal; on le faisait voyager des os jusqu'aux viscères; cette précieuse et dernière ressource manquera désormais, et il suffira d'avoir constaté la présence de l'arsenic dans quelques-uns de nos viscères pour être certain que cet arsenic a été ingéré.

En partant des procédés de carbonisation, M. Gerdy a fait confusion; on voit qu'il ne les a jamais pratiqués. Suivant lui, M. le rapporteur de l'Institut aurait blâmé l'emploi du nitrate de potasse à cause de la vive déflagration qui peut quelquefois avoir lieu à la fin de l'opération. Il est évident que M. Regnault a fait allusion à la carbonisation par l'acide nitrique et non pas à l'incinération de la matière par le nitre; celle-ci ne pouvant pas s'opérer sans déflagration. On ne peut donc pas dire qu'elle soit à redouter et à cet égard je relèverai l'expression de M. Gerdy, qui appelle *carbonisation* le traitement par le nitre; c'est une incinération et non pas une carbonisation. Peu m'importe que M. Thénard ait dit ce matin à M. Gerdy que le nitrate de potasse était bien supérieur à l'acide sulfurique pour détruire la matière organique dans l'espèce; si cela est, M. Thénard s'est trompé, comme cela résulte des faits et de ce que votre commission a constaté en comparant attentivement les deux procédés.

M. Gerdy insiste sur la contradiction flagrante que l'on remarque entre le corps du rapport de votre commission et les conclusions qui le terminent: « Vous blâmez constamment, dit-il, MM. Flandin et Danger, et pourtant vous leur proposez des remercîmens. » Rien n'est plus facile à concilier. Ces Messieurs ont annoncé qu'il se produisait souvent dans l'acte de carbonisation des taches qu'ils ont signalées: l'Institut a dit, comme moi, que cela n'était pas vrai; votre commission en dit autant; on ne les remercie pas pour cette annonce. Ils ont articulé que les taches offraient la plupart des caractères chimiques des taches arsenicales: j'ai fait voir, et l'Institut ainsi que votre commission confirment mon dire, que cela est faux; on ne remercie pas MM. Flandin et Danger pour cette assertion. Ils ont contesté que les animaux empoisonnés par l'arsenic urinaient: votre commission a reconnu que c'était une erreur; on ne leur doit aucun remercîment pour une pareille assertion. Ils parlent d'un procédé que la commission accepte comme bon, quoiqu'elle préfère un de ceux que j'ai donnés: on leur adresse des remercîmens. Ils ont proposé un appareil que la commission a dit avoir été bien imaginé, tout en le trouvant trop compliqué pour en conseiller l'usage: l'Institut reconnaît que cet appareil est bon, sans l'adopter parce qu'il est inutile; on les remercie des efforts qu'ils ont faits sous ce point de vue.

M. Gerdy s'élève contre cette phrase du rapport dans laquelle M. Caventou dit qu'au moment où MM. Flandin et Danger ont fait paraître leur travail, les procédés que j'avais donnés étaient suffisans et offraient les caractères de précision désirables pour la question médico-légale. Cela n'est pas, ajoute-t-il, car MM. Flandin et Danger ont amendé, corrigé et fait un progrès. Voyez, Messieurs, si la réclamation de M. Gerdy est fondée; écoutez ce que dit l'Institut: « Les procédés donnés par M. Orfila semblaient satisfaire aux recherches de la médecine légale, et leur donner les caractères de précision désirables; mais un résultat tout à fait inattendu vient compliquer singulièrement la question. » (Page 1083.) Vous croyez peut-être qu'il s'agit de MM. Flandin et Danger? Pas du tout; ce résultat, c'est l'annonce faite par M. Couerbe de l'existence de l'arsenic dans les os. Au reste, l'Institut, comme on le voit, ne porte pas sur ce point un autre jugement que votre commission.

Il faut le dire tout haut, Messieurs: au lieu de servir la question, MM. Flandin et Danger ont introduit un élément de perturbation qui a failli pendant quelque temps arrêter le cours de la justice. Parmi les faits nombreux que je pourrais apporter à l'appui de ce que j'avance, je me bornerai à citer les deux suivans.

Tout récemment, des experts de Mont-de-Marsan sont chargés de déterminer s'il existe ou non de l'arsenic dans le corps d'un individu que l'on soupçonne être mort empoisonné; ils opèrent convenablement, et ils obtiennent de nombreuses taches arsenicales dont ils constatent les caractères chimiques; sans MM. Flandin et Danger, ces hommes éclairés eussent donné une conclusion affirmative. Mais non: l'annonce irréfléchie de ces messieurs doit porter ses fruits, et les experts de Mont-de-Marsan terminent ainsi leur rapport: « Mais attendu que deux célèbres chimistes (MM. Flandin et Danger) ont vu des taches qu'ils disent offrir la plupart des caractères des taches arsenicales, nous demandons que le restant des matières, ainsi que les taches obtenues, soient adressées à M. Orfila pour faire de nouvelles expériences. » Nous fûmes désignés, MM. Chevallier, Ollivier (d'Angers) et moi, pour vérifier les opérations indiquées, et nous trouvâmes qu'elles avaient été régulièrement faites, et que les taches étaient véritablement arsenicales; nous retirâmes des matières non encore analysées beaucoup d'autres taches, et nous pûmes même obtenir un anneau métallique d'arsenic.

On a jugé dernièrement à Tarbes une affaire d'empoisonnement, dont le Droit a rendu compte le 5 de ce mois. Là aussi, après bien des expertises, on était parvenu à obtenir des taches arsénicales; mais l'un des experts, redoutant la confusion dont MM. Flandin et Danger nous ont menacés dans ces derniers temps, m'écrivit pour me demander ce que je pensais du travail de ces messieurs. J'avais précisément vu quelques jours auparavant M. le rapporteur de l'Institut, qui m'avait assuré devoir dire incessamment dans son travail, qu'il suffisait d'avoir constaté que *des taches offraient les caractères chimiques de l'arsenic pour affirmer que ce métal existait.* Cela était en tout conforme à ce que j'avais établi auparavant: aussi écrivis-je une lettre à l'expert de Tarbes, dans laquelle je stigmatisais avec énergie le travail de MM. Flandin et Danger, que je réduisais à sa juste valeur. Ma lettre fut lue au tribunal, et le jury, convaincu de la culpabilité de l'accusé, tant à raison de ce fait que par les circonstances de la cause, fit son devoir. Tel est, Messieurs, en définitive, le service rendu par MM. Flandin et Danger.

Je ne terminerai pas sans dire que, si je me suis élevé avec force contre les assertions de ces messieurs, c'est qu'il s'agit d'une question sociale, et que les personnes doivent disparaître devant une cause d'un si haut intérêt. Je n'ai rien négligé pour faire triompher cette cause. J'ai voulu amener MM. Flandin et Danger à la barre de l'Académie; je les ai attaqués à plusieurs reprises et, à dessein, je les ai provoqués à venir ici se faire juger. Il ne suffisait pas que l'Institut parlât; vous deviez aussi vous prononcer avec la haute sagesse qui vous caractérise. La question est cependant gagnée. On a beau s'agiter, crier, torturer les rapports, partout on a adopté et on adoptera mon système; partout il est mis à exécution, et déjà l'on trouve en France beaucoup d'hommes capables de mener à bien des opérations qui ne présentent aucune difficulté sérieuse pour les esprits attentifs. J'éprouve le besoin de le dire, j'estime et j'honore MM. Flandin et Danger; j'applaudis, comme tout le monde, aux efforts qu'ils ont faits, et je m'associe de bon cœur aux remercîmens qu'on veut leur voter. Quant à moi, vous devez bien penser que je ne dois pas beaucoup tenir aux éloges que me donne la commission, et que M. Gerdy trouve exagérés. Ce n'est pas à l'âge de 54 ans, et dans une position comme la mienne, qu'on doit les ambitionner; il y a trente ans, je les aurais prisés, parce qu'ils m'eussent été utiles; aujourd'hui je dois être satisfait en voyant adopter par l'Institut, par votre commission, et par tous les gens compétens, un travail auquel j'ai consacré trois années sans interruption, et qui exercera une influence salutaire sur la société, en arrêtant la main de plus d'un criminel.

M. Pelletier: M. Gerdy a fait allusion à une discussion qui s'est élevée hier au sein de l'Académie des sciences. Voilà le fait: M. Magendie avait présenté quelques observations sur la difficulté de reconnaître l'arsenic par l'analyse chimique, M. Regnault a répondu que toutes les fois qu'on suivrait les procédés approuvés par l'Institut, la découverte du poison deviendrait facile. Cela nous explique, Messieurs, la marche que l'Institut a cru devoir suivre dans cette affaire. Ce qu'il s'est surtout proposé, c'a été de donner sur ce point de toxicologie des instructions tellement simples, qu'en les suivant, il n'y eût aucun chimiste qui ne pût arriver à un résultat. C'est ainsi qu'il recommande d'obtenir l'anneau métallique, parce que ce signe est plus certain, et sans prétendre pour cela que les taches ne sont pas de l'arsenic. C'est encore pour le même motif qu'il n'a pas adopté l'appareil de MM. Flandin et Danger, malgré son ingénieuse composition, à cause de sa complication, de la difficulté qu'on éprouve à le manœuvrer, et en outre parce qu'il ne donne que de l'oxide blanc d'arsenic qu'il faut ensuite transformer en arsenic métallique.

M. Bussy: Je ne puis laisser sans réponse les paroles de blâme que M. Gerdy a tout à l'heure adressées aux experts de Tulle. Il regrettera sans doute de les avoir prononcées, lorsqu'il apprendra qu'à cet égard toute son argumentation repose sur une erreur. Il dit qu'on s'est contenté d'obtenir des taches. Mais, d'abord, comme on l'a très justement fait observer, les taches ne sont-elles pas de l'arsenic? Puis on ne s'en est pas tenu là; on a obtenu avec ces taches toutes les réactions de l'arsenic, et la conscience des experts était même tellement éclairée à cet égard, qu'après avoir démontré par l'analyse chimique la nature arsenicale de ces taches, ils en ont abandonné une grande partie, jugeant qu'il était inutile d'entreprendre sur elles les mêmes expériences.

M. Caventou: En prenant la parole contre mon rapport, M. Gerdy a obéi à deux motifs bien différens: son amour pour la vérité et l'amitié qu'il porte à M. Danger. Ces deux sentimens sont également honorables, et on doit même lui savoir d'autant plus de gré d'avoir cédé à leur impulsion, qu'il a avoué, avec une rare bonne foi, qu'il n'était point chimiste. La principale accusation que m'a adressée M. Gerdy est la suivante: de la rédaction générale de mon rapport, a-t-il dit, il semblerait ressortir une certaine partialité contre MM. Flandin et Danger. Mais, Messieurs, pouvait-il en être autrement? Sans vouloir blesser la modestie d'un de nos honorables collègues, je dois cependant faire observer que j'avais à établir une comparaison, entre un savant qui s'occupe depuis trente ans de chimie légale, et des hommes fort instruits sans doute, mais dont les travaux sur cette matière datent à peine de quelques années; et quoique le mérite des services ne s'évalue pas d'après leur ancienneté, il est néanmoins vrai de dire que ces derniers travaux sont inférieurs en importance à ceux de M. Orfila.

M. Gerdy a répété à diverses reprises qu'il existe des fausses taches qui ressemblent beaucoup aux véritables. La ressemblance, dans certains cas rares, peut être très grande, j'en conviens, mais ce n'est pas une raison pour les confondre. Qu'importe que deux corps aient entre eux l'analogie la plus parfaite, s'il existe un signe à l'aide duquel on pourra toujours à coup sûr les différencier. Or, c'est précisément ce qu'on obtient ici au moyen de la réaction chimique, qui distingue à l'instant les fausses taches des véritables. La commission de l'Institut

l'a bien reconnu, lorsqu'elle a dit, qu'avec les procédés indiqués, un chimiste un peu exercé ne s'y tromperait jamais.

J'aurais bien encore quelques autres réponses à faire à M. Gerdy, mais je m'abstiendrai, quant à présent, de continuer cette discussion, pour ménager les momens de l'Académie. Je termine en exprimant le vœu qu'il sorte de ce débat un résultat positif, une solution nette et franche ; il importe de faire cesser l'incertitude qui règne sur cette partie de la science et qui est si préjudiciable aux intérêts sociaux. L'Académie des sciences a donné l'impulsion en commençant à s'occuper de ce sujet intéressant, et il appartient à l'Académie de médecine de suivre son exemple.

Il est cinq heures et quart; la discussion est continuée à la séance prochaine.

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVELLES RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LA VIE; par MICHEL-HYACINTHE DESCHAMPS, D. M. P. — Paris, 1841, chez Béchet, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Le travail de M. Deschamps s'adresse aux plus hautes questions de physiologie : c'est la distinction entre la vie animale et la vie organique qu'il a pour objet. Son but a été de compléter, par l'expérimentation, cette grande pensée due au génie de Bichat, mais que son auteur avait laissée à l'état de simple conjecture. Entre les fonctions nutritives et les fonctions de relation, tout le monde reconnaît une séparation profonde. Mais cette séparation, si naturelle, si généralement admise qu'elle soit, il restait à la prouver par des faits. Un animal réduit aux organes de l'une de ces deux vies peut-il en continuer librement tous les actes? Voilà le problème que s'est posé M. Deschamps. Il a d'abord arraché à des reptiles et à des poissons le cœur, les poumons, les organes digestifs, tous les viscères internes, en un mot, ainsi que les nerfs splanchniques, et il a vu l'animal jouir, pendant un temps assez long (dix-sept heures dans un cas), du mouvement et des facultés sensitives. C'était la vie *de l'animal*, isolée et persistant après la mort de l'individu considéré seulement comme *être organique*.

Quant à la vie végétative, il a aussi voulu observer si elle pourrait persévérer par elle-même. Mais il se présentait ici d'autres obstacles. Les fonctions dont l'ensemble constitue chacune des deux vies nécessitent pour leur exercice un lien, une chaîne organique qui en réunisse les divers rouages, c'est le système nerveux pour la vie de relation, pour la vie nutritive, le fluide sanguin. Or, les conditions d'expérimentation sont loin d'être les mêmes dans l'un et l'autre cas. S'il est aisé de laisser intact l'arbre céphalo-rachidien, on ne peut espérer, au contraire, quelques soins que l'on prenne, de conserver la circulation sanguine dans les organes internes séparés du corps. Aussi M. Deschamps n'a pu reproduire l'isolement des actes végétatifs avec la même rigueur qu'il l'avait fait pour les phénomènes sensitifs et locomoteurs, et il a dû se contenter d'observer séparément dans le cœur, dans l'estomac et les intestins, la continuation de leurs mouvemens après qu'ils avaient été arrachés du corps.

Ces expériences ont-elles la signification que leur suppose M. Deschamps? et doit-on admettre que la disjonction des deux vies soit dès à présent une vérité prouvée par les faits? Nous ne pouvons l'admettre. Dans les vivisections de la première espèce, la sensibilité et la locomotion ont continué, il est vrai, après l'arrachement des viscères; mais remarquons que ces fonctions n'ont pas toujours persisté un temps égal. Leur durée a varié suivant qu'on agissait sur des poissons ou des reptiles; or, l'on sait que chez ces derniers (qui ont résisté plus longtemps), la connexion entre les diverses fonctions est moins étroite, et il se fait en outre à la surface tégumentaire une respiration, véritable supplément de l'hématose pulmonaire, et dont M. Edwards a mis hors de doute la réalité et l'importance. Remarquons enfin que l'énergie de la vie animale diminuait toujours à mesure qu'on s'éloignait du moment de l'expérience. Ces conditions expliquent ce qui pourrait au premier abord paraître surprenant dans les résultats que nous analysons; et loin de prouver l'indépendance des deux vies, les faits de M. Deschamps établissent au contraire leur subordination de la manière la plus péremptoire, puisque de son propre aveu, le temps pendant lequel les fonctions animales ont continué sans hématose a varié suivant l'importance que cette fonction avait dans l'organisation de l'individu soumis à l'expérience et suivant les ressources dont il pouvait disposer pour suppléer à son défaut. Ces expériences ne sont pas neuves du reste. Déjà M. Edwards (voy. AGENS PHYSIQUES) avait fait vivre des salamandres 24 et 26 heures après leur avoir excisé le cœur ; et bien qu'il y ait une différence entre cette manière d'opérer et celle de M. Deschamps, il est évident néanmoins que les fonctions digestives et respiratoires n'aboutissant en dernier résultat qu'à l'élaboration du sang artériel, l'expérience qui, en enlevant le cœur, intercepte le cours de ce fluide, équivaut pour sa signification physiologique à l'ablation de tous les viscères internes. Outre leur but principal sur lequel nous venons de nous expliquer franchement, les expériences de M. Deschamps ont d'autres conséquences intéressantes. En étudiant l'animal réduit aux fonctions de relation, il a pu faire des observations curieuses sur les phénomènes, dont l'origine encore douteuse, est attribuée par les uns aux viscères nutritifs, par les autres aux organes de la vie animale. C'est ainsi que la question du siége des passions, du rôle de l'inervation dans les sécrétions, celui des artères dans le cours du sang ont reçu de ce mode de procéder de nouvelles lumières. Il a aussi constaté un fait utile à connaître pour ceux qui voudraient répéter ces expériences : c'est que la mort par hémorragie est beaucoup moins prompte lorsqu'on a pratiqué l'arrachement des viscères, que quand on les extirpe par incision. Nous n'avons point encore parlé des expériences où les organes internes enlevés des cavités splanchniques ont continué quelque temps leurs fonctions. C'est qu'elles n'offrent rien qui n'ait été déjà observé dans les vivisections exécutées pour observer le jeu du cœur arraché de la poitrine, et dans celles qui ont été faites (notamment par Muller en dernier lieu) pour déterminer le temps pendant lequel les filets du grand sympathique qui restent adhérens aux intestins arrachés de l'abdomen, jouissent de la faculté d'entretenir leurs mouvemens.

Mais ce n'était point assez d'avoir séparé les deux moitiés de l'organisme. Décomposé par l'analyse expérimentale, l'homme n'existe réellement que grâce à l'union de ces deux ordres de fonctions, et leur isolement, si favorable à l'étude, n'est en définitive qu'une création de notre esprit. Aussi M. Deschamps s'est-il préoccupé de chercher où est le nœud, le point de convergence entre les deux vies animale et organique. Cette fonction centrale, siége du foyer vital, pour lui, c'est la respiration. En effet, dit-il, elle est placée sur les limites des deux vies, n'appartient ni à l'une ni à l'autre d'une manière exclusive, et peut s'ajouter à l'une d'elles, dans certains cas, pour en prolonger la durée. L'organe d'hématose reçoit des nerfs de la vie de relation et des nerfs du grand sympathique. Sa présence est constante et nécessaire chez tout être organisé; enfin sa destruction cause rapidement la mort. Mais ces conditions, qui paraissent à M. Deschamps exclusivement propres à la respiration, ne se retrouvent-elles pas dans d'autres fonctions, telles que la digestion, par exemple, et l'inervation ? Et quant à cette dernière, ne tient-elle pas la respiration elle-même sous sa dépendance immédiate et absolue? Nous ne prétendons pas pour cela qu'il faille accorder au système nerveux le rôle que nous refusons aux organes de l'hématose. Car ce système nerveux, que deviendrait-il si le jeu de la respiration et de la circulation ne demeurait intact? Les trois grandes fonctions de l'économie sont sont donc réciproquement tributaires; et dans la machine vivante, véritable gouvernement représentatif, l'équilibre des pouvoirs est tel qu'ils n'ont de force qu'au prix d'un mutuel concours. Tout le monde, nous le savons, n'a pas considéré la question de cette manière. Souvent déjà on a voulu assigner à l'une de ces trois fonctions le rôle d'agent souverain, à l'exclusion des autres, et chaque opinion réunit assez de preuves pour offrir un certain degré de vraisemblance ; de sorte qu'en raisonnant ainsi, on l'a dit avec vérité, il est moins difficile d'avoir plusieurs avis contradictoires fort soutenables que d'en trouver un seul qui soit établi sur des raisons inattaquables et décisives. Mais la science ne se fait pas avec des probabilités. La tendance contemporaine est plus sévère, et nous ne sommes plus à l'époque où le raisonnement, en physiologie tenait lieu de démonstration; où il suffisait, pour faire admettre une doctrine, d'énoncer les faits qui lui sont favorables; où enfin il n'était pas d'hypothèse qui ne trouvât un refuge assuré dans le peu de précision du langage scientifique.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 30. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 24 JUILLET 1841.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DES NERFS, DES MUSCLES DU LARYNX ET SUR L'INFLUENCE DU NERF ACCESSOIRE DE WILLIS DANS LA PHONATION (1); par A. LONGET, D. M. P.

On connaît les nombreuses controverses qui se sont élevées sur la distribution des *nerfs* laryngés dont, selon les uns, le supérieur se distribuerait aux muscles qui resserrent la glotte et l'inférieur exclusivement à ceux qui la dilatent; tandis que, suivant d'autres anatomistes, ce dernier enverrait des filets à tous les muscles du larynx, constricteurs et dilatateurs de la glotte, excepté au crico-thyroïdien. Entre les expérimentateurs, les dissidences ne sont pas moindres; car ceux-ci considèrent le nerf récurrent comme le seul nerf vocal et ceux-là font jouer aussi au laryngé supérieur un rôle important dans la phonation. Quant aux neuf petits *muscles* (1) qui appartiennent en propre au larynx, s'entend-on mieux sur leur mode d'agir; et avant d'affirmer que tel nerf anime exclusivement les *agens dilatateurs de la glotte*, a-t-on bien acquis la certitude que ceux que l'on dénomme ainsi, sont réellement ce qu'on les suppose? Dans cette doctrine, le muscle crico-arythénoïdien latéral, par exemple, qui est regardé comme dilatant cet orifice, en est réputé constricteur par des physiologistes recommandables, et l'arythénoïdien lui-même, qui remplit si clairement ce dernier usage, ne sait-on pas qu'un anatomiste moderne l'en a dépossédé pour lui en attribuer un autre tout à fait opposé? Qui croirait qu'un des savans les plus distingués de l'Allemagne, Mayer de Bonn, enseigne que le crico-thyroïdien, aidé du thyro-hyoïdien, sert à relâcher les cordes vocales, à dilater la glotte? et néanmoins quand on vous dit que le laryngé supérieur, anime seulement *les agens qui la resserrent*, ce sont ces mêmes muscles arythénoïdien et crico-thyroïdien que l'on a en vue.

Nos recherches nous paraissent avoir jeté quelque jour sur ces matières et comme ici il ne fallait que des yeux pour voir, des oreilles pour entendre, nous nous sommes gardé de faire intervenir l'imagination, à l'exemple de beaucoup d'auteurs: en nous efforçant de trouver, expérimentalement, les causes d'une telle divergence dans leurs assertions, nous avons été parfois assez heureux pour reproduire, à volonté, quelques-uns des résultats contradictoires qu'ils ont fait connaître et pour en signaler d'autres qui étaient demeurés inaperçus. Afin d'étudier d'une manière sûre et facile, à l'aide du galvanisme, sur l'animal récemment tué, le jeu de chacun des muscles du larynx, on conçoit que le choix d'a-

(1) Les principales expériences relatées ici ont eu pour témoins MM. *Flourens* et de *Blainville*: elles ont été reproduites, à plusieurs reprises, devant les personnes qui suivent nos leçons particulières à l'école pratique.

(1) Je fais abstraction d'autres faisceaux musculaires tels que les *arythéno-épiglottique*, *thyro-épiglottique*, etc., que l'on rencontre chez certains animaux.

Feuilleton.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR L'ARSENIC.

Le bruit est grand depuis quelques semaines à la rue de Poitiers. L'arsenic est venu rompre la monotonie des rapports quotidiens sur les remèdes secrets et mettre une trêve aux élucubrations législatives sur la pharmacie. Ni la lithotritie, ni la méthode numérique, ni la phrénologie, ni le magnétisme animal, ni même la strabotomie et la glossotomie, si fécondes en orages, n'avaient produit tant d'émoi. Le haut intérêt scientifique, pratique et social de la question n'est pas pourtant la seule cause de tout ce mouvement et de tout ce bruit, il n'en est guères que l'occasion. La science pure et la recherche de la simple vérité n'ont pas tant d'attraits. A voir la foule qui se porte à flots pressés sur le lieu de l'action, on peut être certain qu'il y a du scandale par là. Le scandale est en effet un appât auquel on ne résiste guère en France et ailleurs; le public médical surtout en est très friand, et c'est d'ordinaire à cet ingrédient que notre bonne Académie a recours pour rehausser un peu le goût de ses séances. Les nombreux amateurs de ce genre de spectacle n'auront certes pas à se plaindre; on leur en donne et on leur en donnera probablement encore plus qu'ils n'espéraient peut-être. L'Académie s'est cette fois surpassée. Nous disons l'Académie, parce que, moralement parlant, une compagnie n'est pas responsable simplement de ce qu'elle fait officiellement, mais aussi de ce qu'elle laisse faire par ses membres; elle est censée autoriser ce qu'elle n'empêche point, et on doit lui imputer non seulement ce qu'elle dit, mais encore ce qu'elle écoute. Nous ne prétendons pas sans doute que l'Académie se plaise au scandale; nous croyons au contraire que la majorité en est affligée et indignée, mais en fait elle le tolère; et si on ne peut accuser ses intentions, on peut à bon droit lui reprocher sa faiblesse.

La discussion actuelle a pris, dès le début, et a conservé un caractère absolument extra-scientifique. Il est évident que sous cette forme elle ne peut désormais produire que ce qu'elle a produit jusqu'ici, d'indécentes personnalités. L'importance capitale de la question médico-légale soumise à l'Académie, et sa spécialité même paraissaient devoir laisser le débat sur le terrain neutre de la science. Mais *un homme s'est rencontré*, comme dit Bossuet, qui, possédé, on ne sait de quel mauvais génie, n'a pas voulu permettre à ses paisibles collègues de se livrer en paix à l'examen de la question proposée. Il a prétendu qu'il avait besoin de donner cours à une surabondance des humeurs noires qui l'obsèdent, et qu'en conséquence, que cela leur convînt ou non, il lui fallait une querelle avec quelqu'un d'entre eux, ou avec tous, à leur choix. En effet, réduit à l'inaction depuis la grande échauffourée avec les glossotomistes et strabotomistes, il pouvait dire comme le faux Sosie:

nimaux d'une taille élevée (*cheval, bœuf*) était tout à fait indispensable, tandis que le chien (1) pouvait être employé pour rechercher l'influence des nerfs laryngés sur la phonation et sur la respiration.

§ I. — EXPÉRIENCES SUR LES NERFS LARYNGÉS SUPÉRIEURS.

ACTION DES MUSCLES CRICO-THYROÏDIENS.

A. EFFETS QUI RÉSULTENT DE LA SECTION DE CES NERFS. — J'avais récemment avancé (2) que, d'après mes expériences, les laryngés supérieurs ne me semblaient point influencer la phonation. Cette opinion, conforme d'ailleurs à celle de plusieurs physiologistes et en particulier de Bischoff, connu par ses précieuses recherches sur le nerf spinal (3), était en opposition avec le sentiment de quelques autres expérimentateurs au nombre desquels je citerai Dupuytren (4) ; le physiologiste allemand (op. cit., p. 27) s'exprime ainsi : « *Duobus canibus laryngæum superiorem utrimque dissecui, sed neutrius canis vox nec post plures quidem dies mutata est..... Hujus rei testes erant Tiedemannus et Arnoldus.* » Au contraire, Dupuytren (mém. cit., p. 19) affirme que « de la section des nerfs laryngés supérieurs, sur les chiens, résulte un affaiblissement de la voix avec une raucité assez désagréable. »

En coupant, comme dans mes précédentes épreuves, les deux laryngés supérieurs au-dessus du cartilage thyroïde et dans le lieu où ils traversent la membrane thyro-hyoïdienne pour pénétrer dans l'intérieur du larynx, la voix n'a jamais été modifiée ; tandis qu'en opérant la section de ces nerfs dans un endroit plus élevé et avant leur division en rameaux laryngés interne et externe, la voix est constamment devenue rauque. Comme, chez le chien, ces deux rameaux se détachent quelquefois isolément de la portion cervicale du pneumo-gastrique et que l'interne est le plus volumineux et le plus facile à découvrir ; il a pu arriver à des physiologistes de ne couper que celui-ci et de croire avoir entièrement divisé le nerf laryngé supérieur ; on comprend donc que, suivant la hauteur à laquelle l'expérimentateur aura pratiqué sa section et selon le rameau auquel il l'aura appliquée, il aura constaté ou non un changement dans les sons vocaux. Telle est la raison simple des dissidentes opinions émises à propos de l'action du laryngé supérieur sur la voix ; mais, la conséquence intéressante des expériences variées auxquelles nous avons soumis ce nerf, c'est que, de ses deux divisions, *l'externe seule*, qui distribue ses filets aux muscles constricteur inférieur du pharynx et crico-thyroïdien, *a de l'influence sur la phonation* ; or, le premier de ces muscles n'agissant sur celle-ci que d'une manière inappréciable (5), et comme nous le verrons plus bas, le muscle arythénoïdien n'étant pas sous la dépendance du laryngé interne, il est évident que la raucité de la voix ne doit être alors rapportée qu'à la paralysie des muscles crico-thyroïdiens. Je le démontre, d'une manière péremptoire, en ne coupant que leurs filets nerveux (1) dans le point où ils apparaissent au-dessous et en dedans des muscles sterno-thyroïdien ; en effet, après la section isolée de ces filets, on ne manque jamais d'observer dans la voix les mêmes changemens qu'entraîne la section entière des laryngés supérieurs.

Du reste, le mode d'action des muscles crico-thyroïdiens se vérifie avec facilité sur l'animal vivant ; quand celui-ci pousse un cri, on voit (et cela a déjà été vu), l'arc antérieur du cartilage crycoïde se relever fortement et se rapprocher du bord inférieur du thyroïde, au-dessous duquel il peut même s'engager, chez quelques animaux, tandis que l'arc postérieur du cricoïde surmonté des arythénoïdes (2) auxquels s'inscèrent les lèvres inférieures de la glotte, se renverse en arrière et conséquemment s'éloigne de l'angle rentrant du thyroïde, d'où la tension mécanique des replis vocaux ; or, cette tension étant une des conditions essentielles de la voix, celle-ci doit nécessairement se modifier par l'absence d'une condition aussi importante, et de plus elle doit acquérir de la raucité par cela même que les cordes vocales sont détendues. En effet, selon que l'on détend plus ou moins celles-ci sur le larynx d'un animal mort dans lequel on pousse de l'air avec force, la voix ne manque jamais d'offrir un degré de raucité variable ; au contraire elle devient aiguë, si l'on tend fortement les cordes vocales en même temps qu'on les rapproche un peu.

C'est donc à l'analyse expérimentale, portée, dans ce cas, plus loin qu'on ne l'avait fait, que nous devons d'avoir pu reconnaître que les laryngés supérieurs influencent la voix, seulement à l'aide des filets qu'ils fournissent aux muscles crico-thyroïdiens, qui sont tenseurs des cordes vocales, et dont le mode d'agir dans la phonation se démontre par une expérience simple et directe.

La section des laryngés supérieurs ne compromet point la respiration et n'apporte aucun obstacle à l'introduction de l'air dans les voies respiratoires : on se l'explique d'une manière satisfaisante en se rappelant que les muscles crico-arythénoïdiens postérieurs qu'anime le récurrent, et qui paraissent être les seuls muscles respiratoires du larynx, peuvent continuer à dilater la glotte, lors de chaque inspiration. Mais, sur un animal auquel on a divisé les récurrens, et dont la respiration s'effectue encore sans trop de gêne, vient-on à couper les larynges supérieurs, ou seulement leurs filets des crico-thyroïdiens, de suite l'état de la respiration devient parfois tellement alarmant (3) qu'il faut pratiquer la trachéotomie pour sauver l'animal. Ce résultat, digne d'attention, sera examiné seulement quand nous étudierons les fonctions des nerfs laryngés inférieurs.

B. EFFETS OBTENUS AVEC LES IRRITANS MÉCANIQUES ET LE GALVANISME. — Le pincement du rameau laryngé interne est très douloureux : on s'en rend compte facilement, quand on sait que ce rameau procure à

(1) Quelques expériences comparatives ont été faites sur des chats et des lapins.

(2) COMPTES-RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, 10 mai 1841.

(3) NERVI ACCESSORII WILLISII ANATOMIA ET PHYSIOLOGIA. Heidelberg, 1832.

(4) EXPÉRIENCES TOUCHANT L'INFLUENCE QUE LES NERFS DU POUMON EXERCENT SUR LA RESPIRATION. Dans BIBLIOTH. MÉD., t. XVII, 1807.

(5) Galien, Fabrice d'Aquapendente et quelques physiologistes de nos jours ont admis que ce muscle (*constricteur pharyngien inférieur*) pouvait, en rapprochant les ailes du thyroïde, concourir au rétrécissement de la glotte et rendre les sons plus aigus. Or, sur des chiens, en serrant ce cartilage entre les doigts, j'ai plus fait assurément que ne peut faire le constricteur inférieur du pharynx, et néanmoins, je n'ai pu obtenir qu'une augmentation à peine sensible d'acuité dans les sons qui au contraire devenaient plus graves, si le thyroïde était pressé d'avant en arrière.

(1) Pour les trouver facilement, il faut les chercher sur des chiens d'une assez forte taille.

(2) Ceux-ci devenus fixes, suivent le mouvement imprimé à la plaque postérieure du cricoïde.

(3) Ce phénomène ne s'observe que chez les animaux un peu jeunes ; il est surtout très manifeste chez les lapins.

Depuis plus d'une semaine
Je n'ai trouvé personne à qui rompre les os ;
La vigueur de mon bras se perd dans le repos ;
Et je cherche quelque dos
Pour me remettre en haleine.

Les amis de ce très redouté confrère assurent qu'il n'y a pas l'ombre de la méchanceté dans son fait ; que c'est un simple besoin de son tempérament. Une querelle ne serait pour lui qu'un exercice hygiénique ; et pour preuve que c'est une affaire d'instinct plutôt que de malice, on ajoute qu'il lui arrive quelquefois de se jeter sur ses propres amis, sur les personnes qu'il ne connaît pas et dont il n'a nullement à se plaindre.

Cela peut être vrai, mais tout le monde n'est pas disposé à admettre cette explication ; et d'ailleurs les effets de cette malheureuse disposition n'en sont pas moins très incommodes et fâcheux à quelque cause qu'on l'attribue. Le malheur est, en outre, que cette humeur batailleuse n'est accompagnée d'aucune de ces qualités brillantes qui rendent la querelle agréable, sinon aux acteurs et victimes, du moins aux spectateurs. Une personnalité acerbe, malveillante, injuste même, peut avoir quelque intérêt, lorsqu'elle est aiguisée par les grâces de l'esprit, par le piquant de la forme ou annoblie par la véhémence d'une conviction forte et passionnée. L'insulte veut être maniée avec puissance et avec art pour être admise parmi les gens bien élevés. On peut entre académiciens s'insulter, mais non s'injurier. En effet, l'insulte bien faite, quoique toujours blâmable, emporte souvent avec elle quelque marque de supériorité, tandis que l'injure n'est jamais que l'expression d'une intention haineuse, mais basse et impuissante. Il ne faut pas confondre non plus la franchise avec le cynisme, ni prendre pour du courage le mépris des convenances.

L'académicien qui s'est mis ainsi en travers dans la discussion se flatte, dit-on, d'acquérir de la gloire par ces luttes, dans lesquelles il se lance sans autre but que de faire admirer la vigueur de son esprit, la noble indépendance de son caractère, et la beauté de son éloquence. Ce qui nous étonne en ceci, ce n'est pas qu'il prétende à des succès, car il suffit d'une dose d'amour-propre fort ordinaire pour produire une illusion de ce genre, mais que l'expérience ne l'ait pas encore détrompé à cet égard. De fait, il n'est pas de force à soutenir le rôle qu'il se donne. Jamais orateur ne fut moins heureusement doué. Sa parole n'a ni charme, ni autorité ; il ne sait ni convaincre, ni séduire, ni plaire par aucun côté ; il n'est jamais maître de sa pensée, ni de sa passion, ni de son langage. Lorsqu'il croit s'élever il se boursouffle et déclame des lambeaux mal cousus de mauvaise rhétorique ; il prodigue les plus grands mots pour les plus petites choses, et il ne sort de la déclamation que pour tomber dans une familiarité triviale et sans goût. Mais jamais il n'est plus à plaindre que quand il s'avise de plaisanter ; ce qui par bonheur ne lui arrive que rarement. Il se sent mieux à l'aise dans les situations violentes ; mais sa passion n'est que de la colère, ou qui pis est du dépit. Quelque parti qu'il prenne, il n'est jamais dans le vrai ; il dépasse toujours son but ou le manque. Maladroit autant qu'on peut l'être, il va toujours à contresens. Manquant de tact et de mesure, il ne sait pas plus dire ce qu'il veut, que s'empêcher de dire ce qu'il ne voudrait pas. Il ne prononce pas un mot qui n'indispose ou ne blesse quelqu'un, qui ne choque quelqu'une de ces convenances

la muqueuse du larynx son exquise sensibilité : soumis au même mode d'irritation, le laryngé externe m'a paru à peu près insensible.

J'ai galvanisé, sur plusieurs chiens, chevaux et bœufs, le *rameau laryngé interne*, sans susciter la plus légère convulsion du muscle arythénoïdien; ce rameau, selon nous, exclusivement sensitif, n'a donc pas pour mission de faire contracter ce muscle, comme l'avance M. Magendie (Elém. de physiol., 1836, t. 1, p. 288 *et passim*). Assurément on aperçoit sans difficulté, même chez l'homme, surtout chez le cheval et le bœuf, des filets du laryngé interne qui pénètrent dans l'épaisseur de l'arythénoïdien; mais ne voit-on pas aussi des ramifications nombreuses de la cinquième paire pénétrer les muscles de la face? Et pourtant, vous n'obtiendrez jamais de contractions dans ceux-ci, en galvanisant ces ramifications, pas plus que nous ne pouvons en développer dans l'arythénoïdien, par l'irritation galvanique des filets dont il s'agit (1). Par apposition, le galvanisme appliqué à un certain rameau du récurrent (*laryngé inférieur*) fera éclater dans ce muscle, comme je le dirai plus bas, les contractions les plus manifestes.

Le résultat négatif que l'application galvanique au laryngé interne nous a permis de signaler s'accorde donc parfaitement avec les effets négatifs que, du côté de la phonation, la section de ce nerf nous avait d'abord fait constater. Par conséquent, il nous semble tout à fait inexact de croire, avec le même physiologiste, que l'altération de la voix, occasionée par la section des nerfs laryngés supérieurs, dépende de la paralysie du muscle arythénoïdien. (Op. cit., t. 1, p. 302.)

Nous avons prouvé que cette altération dépend, au contraire, de la paralysie des seuls muscles crico-thyroïdiens.

Enfin, applique-t-on le galvanisme au *rameau laryngé externe*, le constricteur inférieur du pharynx se contracte immédiatement, et si, chez le cheval ou le bœuf (2), on porte son attention sur les cordes vocales, on les voit se tendre manifestement, à la suite des contractions des muscles crico-thyroïdiens : je n'ai point observé néanmoins qu'alors des mouvemens bien sensibles eussent lieu en niveau de la glotte ou dans les cartilages arythénoïdes.

Au rapport de Valentin et de Krimer, les choses se passeraient autrement; le premier (De funct. nerv. cerebral. et nervi sympath. Berne, 1839, p. 47), en parlant du laryngé supérieur, s'énonce ainsi : « *Simul vero vis ejus motoria aliqua dubitari nequit; sin enim in cadavere equi irritatur*, minores laryngis musculi convelluntur. » Le second (Physiol. untersuchungen, 1820, p. 142) avance « qu'ayant irrité les laryngés supérieurs avec un instrument acéré, il vit les cartilages de la glotte se mouvoir, et celle-ci *s'ouvrir et se fermer comme dans la respiration.* » On pourrait, assurément, exiger plus de précision, plus de rigueur, dans le langage du physiologiste de Berne. En effet, par ces expressions, *minores laryngis musculi convelluntur*, il n'a pas pu vouloir dire que tous les muscles du larynx sont convulsionnés par l'excitation des nerfs laryngés supérieurs; mais quels muscles sont

(1) Ces filets paraissent se rendre définitivement à la muqueuse de l'intérieur du larynx; mais, serait-il prouvé que quelques-uns s'arrêtassent dans l'arythénoïdien, qu'il faudrait nécessairement les regarder comme seulement consacrés à la sensibilité et à la nutrition de ce muscle. La même remarque s'applique aux filamens que la cinquième paire semble fournir aux muscles de la face.

(2) Le larynx du bœuf n'offre ni cordes vocales supérieures, ni ventricules.

dans ce cas? Cet expérimentateur s'abstient de le signaler. Ces nerfs, de l'aveu de tous les anatomistes, ne se distribuant pas aux muscles qui dilatent la glotte; comment néanmoins Krimer, dans ses expériences, l'aurait-il vu s'ouvrir comme lors de l'inspiration? Les assertions de ces auteurs ont d'autant plus lieu de surprendre que, dans leurs épreuves, ils ont fait usage des simples irritans mécaniques; or, ceux-ci, appliqués aux cordons nerveux, suscitent des contractions musculaires infiniment moins énergiques et moins apparentes que celles qu'on obtient par l'emploi du galvanisme; comment donc se fait-il, qu'avec cet agent et des animaux d'une si grande taille, c'est-à-dire avec les conditions les plus favorables, nous n'ayons jamais pu, devant nos honorables témoins, reproduire aucun des résultats annoncés par ces expérimentateurs?

§ II. — Expériences sur les nerfs laryngés inférieurs ou récurrens.

Action des muscles arythénoïdien, crico-arythénoïdien latéral, crico-arythénoïdien postérieur, et thyro-arythénoïdien.

A. Effets qui résultent de la section de ces nerfs. — Chez les animaux, l'altération ou la perte de la voix, un trouble plus ou moins notable de la respiration, ne manquent jamais de survenir après la section des récurrens, dont la lésion, chez l'homme, s'accompagne de symptômes analogues (1).

Il y a près de deux siècles, Galien (2), à qui l'on attribue la découverte de ces nerfs, les coupa sur le cochon, et observa que cette opération leur faisait perdre la voix. Les auteurs qui, plus tard, répétèrent son expérience, comme Vésale (3), Riolan (4), Bidloo (5), Drelincourt (6), etc., fixèrent exclusivement leur attention sur l'aphonie. Il faut arriver jusqu'à Legallois pour que l'influence des récurrens sur la respiration soit mentionnée; mais nous voulons étudier d'abord celle qu'ils exercent sur la phonation.

1° *Influence sur la phonation.* — La section des deux nerfs laryngés inférieurs entraîne-t-elle ou non la perte absolue de la voix? Haller (Elém. physiol., t. iii, p. 409) admet que, *dans certains cas*, les nerfs laryngés supérieurs peuvent suffire à la production du son vocal : « *Nervus laryngæus (superior) naturæ sufficit.* » Muller partage cette opinion : « La section des nerfs récurrens, dit-il, paralyse incomplètement le mou-

(1) M. le professeur Cruveilhier a eu l'occasion d'observer sur l'homme un bel exemple de compression des nerfs récurrens, par une tumeur anévrismale de la crosse de l'aorte; la voix avait été abolie longtemps avant que l'on en eût soupçonné la cause; la respiration était difficile. (Anat. pathol.,). M. Gauthrie a récemment publié un cas curieux d'asphyxie produite par le passage des deux nerfs laryngés inférieurs à travers une tumeur encéphaloïde de la glande thyroïde. (Bull. de la soc. anat. de Paris, juin 1841.) N'a-t-on pas vu quelquefois de très jeunes sujets succomber à la suite d'une gêne considérable de la respiration due à la compression des récurrens par des ganglions bronchiques tuméfiés outre mesure?....

(2) De hippocratis et Platonis decretis, l. ii, cap. 6. — De Locis affectis, l. i, cap. 6. *Venetiis*, 1576.

(3) De humani corporis fabrica: *Basileæ*, 1555, p. 823.

(4) Encheiridium anatom. *Parisiis*, 1562, p. 243.

(5) Exercitationes anatom. chirurg., *Lugd. Batav.*, 1708, p. 2.

(6) Experim. anat. *Lugd. Batav.*, 1681, p. 11.

---

délicates qui font loi dans la société polie et cultivée. En ce genre, il est véritablement infaillible; il n'a pas achevé deux phrases qu'il a déjà mis, comme on dit, le pied dans le plat; sans cesse étonné de l'effet de ses paroles, il passe son temps à les expliquer à mesure qu'elles lui échappent, et ses commentaires sont encore plus malheureux que son texte. Une voix rauque, dure et sourde, un *habitus* général inculte et une pantomime peu élégante ne rachètent guère ces inconvéniens.

Cet académicien a pourtant, il faut le dire, des admirateurs. Il paraît que quelques naïfs étudians de première année sont émerveillés de son éloquence. Tous les discours leur semblent sans sel au prix des siens. Ils n'ont peut-être pas tort, et on ne peut nier, d'après ce que nous venons de dire, que cet orateur n'ait des droits incontestables à la grosse popularité. Il excelle dans l'invective; il triomphe dans la personnalité. C'est en cela surtout qu'il fait admirer ce qu'il appelle sa franchise, qui est telle, en effet, qu'il n'y a pas un de ses confrères dans l'Académie qui consentît à se laisser louer d'une franchise de cette espèce. Il a en ce genre un mérite que personne ne lui conteste; et on a d'autant plus de raison de s'étonner de son courage qu'il s'attaque d'ordinaire aux noms les plus estimés et les plus respectés, et qu'il n'y a rien d'assez haut placé dans les choses et dans les personnes pour le forcer au respect, ni même pour échapper à ses mépris.

Il ne faudrait pas croire cependant que cet orateur, malgré cette humeur guerroyante, soit un polémiste bien dangereux. Il n'a que la passion et non la science de la dispute. Il se jette à corps perdu sur son adversaire, sans avoir mesuré d'avance ni sa force ni la sienne. On dirait qu'il cherche seulement à se battre et non à vaincre. Imprudent jusqu'à l'étourderie, il se découvre à chaque instant, et s'enferre lui-même; il n'a ni force, ni adresse, ni tenue. Son attaque est violente, mais aveugle. Bientôt repoussé, il perd du terrain, il recule et se retire tout meurtri du combat. Un pareil adversaire est incontestablement désagréable, sinon redoutable; c'est un homme à fuir, mais non à craindre.

On conçoit que la discussion sur l'arsenic, une fois tombée entre les mains de cet honorable confrère, ne pouvait être qu'une querelle, ou plutôt une rixe. Ce n'est pas lui que nous blâmons ici; il suit son penchant : *Trahit sua quemque voluptas.* Mais on doit s'étonner de la patience, de la longanimité excessives de l'Académie, qui a, pendant trois séances, toléré ce scandale. Oui, pendant trois séances, l'Académie a permis qu'un des plus distingués, des plus respectés et des plus illustres de ses membres, fût mis sur la sellette comme un coupable, morigéné comme un écolier, interpellé, insulté et traité de haut en bas par un homme qui ne pouvait, à aucun titre, prendre ce rôle. Ce n'est pas que M. Orfila eût, dans une question de chimie et de toxicologie, à s'effrayer beaucoup de la science de son adversaire; car l'attaque, odieuse à d'autres égards, n'était, sous ce rapport, que ridicule. Mais nous concevons combien doit être pénible la situation d'un homme bien élevé, en butte, en public, à des personnalités crues et directes, dont l'inconvenance et la vulgarité ne permettent absolument aucune réponse. L'Académie, nous le répétons, aurait dû s'interposer d'autorité dans ce débat, et ne laisser dépasser à personne les limites de l'ordre et de la décence. Si elle veut être respectée, il faut qu'elle se respecte elle-même, et pour cela, elle doit obliger se membres à se respecter les uns les autres.

Il résulte de cette fâcheuse direction donnée dès le début à la discussion,

vement des petits muscles dn larynx, et si la vnix s'éteint, c'est pour reparaître an bout de quelques jours, parce qne le nerf laryngé supérieur exerce encore son influence. (Physiol. du syst. nerv., trad. de Jourdan, vol. i, p. 322.) » M. Sédillot (Thèse inaug., n. 274, 1829) ayant excisé les récurrens sur qnatre chiens, annonce « qu'un de ces chiens aboya distinctement, qu'un antre fit entendre qnelques cris aigus et glapissans, et qne les deux derniers restèrent mnets. » M. Magendie (Elém. de phys., t. i, p. 294) a entendn *plusieurs* animaux dont les denx récnrrens étaient coupés ponsser des cris assez aigus dans des instans où ils éprnuvaient une violente donleur; selnn ce physiologiste, ces cris avaient beanconp d'analogie avec les sons qu'on aurait produits mécaniquement avec le larynx de l'animal mort, en soufflant dans la trachée et *en rapprochant les cartilages arythénoïdes*. « Ce phénomène, ajonte-t-il, s'entend aisément par la distribntion des nerfs dn larynx; le *muscle arythénoïdien, qui reçoit ses nerfs du laryngé supérieur*, se contracte, et dans le moment d'une expiration rapide, il applique fortement l'un contre l'antre les cartilages arythénoïdes; la glotte se tronve assez étroite pour que l'air puisse faire entrer en vibration les muscles thyro-arythénnïdiens, bien qn'ils ne soient point contractés. »

Avant de jnger, par voie d'expérimentation, la valeur de cette théorie, sachons préalablement s'il est exact d'avancer qne les animaux, privés des nerfs laryngés inférieurs, puissent encore faire entendre des cris aigus. Nous répondrons affirmativement pour certains cas et négativement pour d'autres: disons néanmoins que des chiens et des lapins, supposés aphones parce que, endurant de médiocres douleurs, ils ne produisaient qu'une sorte de ronflement, ont pu nous faire entendre des cris glapissans, s'ils étaient soumis à des tortures plus violentes. Nous ne saurions admettre, avec Muller, qu'après la section des récurrens la voix *une fois éteinte complètement*, puisse reparaître au bont de quelques jours, *par la raison que le nerf laryngé supérieur exerce encore son influence*, car, puisqne nons avons démontré que le laryngé supérieur (*rameau externe*) est aussi nerf vocal, pourquoi cesserait-il de l'être pendant qnelques jours pour le redevenir ensuite? que sigoifierait cette intermittence fonctionelle ne? Il est probable que Muller a été témoin de cas analogues à cenx qui snivent: ayant coupé les deux récurrens sur des chiens âgés de 3 à 4 mois et habituellement criards, je les ai vus, en effet, pendant quatre ou cinq jours garder le silence et refuser toute nourriture; au bout de ce laps de temps, ils ont mangé et proféré spontanément quelqnes sons aigus et parfois assez rauques; mais je me suis bien gardé d'en conclnre qne, durant ces qnatre ou cinq jours ils étaient inhabiles à produire ces sons qn'an contraire on leur arrachait en leur tenaillant la quéue avec violence. Le malaise, la douleur locale occasionnés par la plaie et par le moindre mouvement de la réginn cervicale, rendent compte d'un silence que, durant quelqnes jours, les animaux ne rompaient jamais spontanément mais seulement sous l'influence d'une vive impréssion physiqne; en les abandonnant à eux-mêmes, comme semble l'avoir fait le professeur Muller, on a donc pn, quelque temps après l'opération, croire à leur mutité absolue.

Après qu'nn leur a conpé les deux laryngés inférieurs, *quelquefois* les animaux peuvent donc encore proférer des cris assez aigus qui pourtant diffèrent beaucnnp de la voix et ne peuvent guère, en effet, etre assimilés qn'aux sons qu'on prodnit artificiellement en poussant de l'air avec force dans le laryux d'un animal mort. M. Magendie aduiet qu'ici le rapprochement des cartilages arythénnïdes est nécessaire, suffisant (1), et qne chez l'animal vivant, dans le cas que nous examinons, il s'effectue par le muscle arythénoïdien qni reçoit ses nerfs dn laryngé snpérieur. Nous avons néanmnins, avec des larynx de jeunes animaux, après la mort et avec un courant d'air rapide, produit des sons assez aigus, seulement en tendant les cordes vocales qui, alors se rapprochent nn peu par le fait même de leur tension et Muller affirme qn'il n'est pas absolument besoin d'un rapprochement immédiat des cartilages arythénoïdes pour obtenir ces sons. Or, d'une part, le muscle arythénoïdien ne saurait agir sur ces cartilages comme on le snppose, puisqu'il est paralysé par la section même des recurrens (2); et d'autre part, les crico-thyroïdiens, animés encore par le laryngé supérieur (rameau externe), peuvent très bien, quoique seuls, en tendant les replis vocaux par le mécanisme déjà indiqué, entretenir la glotte dans les conditions nécessaires à la production des sons aigus; fait que je confirme encore en paralysant ces muscles par la section de leurs filets nerveux: celle-ci étant pratiquée, l'animal ne peut plus proférer ses premiers cris (3), qui, au contraire, continuent après que les laryngés internes sont coupés. Donc c'est seulement aux muscles crico-thyroïdiens qn'appartient dans ces cas le rôle attribué à tort au muscle arythenoïdien. Je ferai nbserver que, par conséquent, ces dernieres expériences viennent fortement appuyer les résultats que nous avions obtenus de la section des laryngés supérieurs.

Mais, on a dû remarquer que les expérimentateurs qui affirment avec nous qu'apres la section des récurrens, des sons aigus peuvent encore se produire, ne diseut point avoir reconnu cc phénomene sur tous leurs animaux, mais seulement sur quelques-uns d'entre eux. En effet, nous avons conservé pendant quatre et ciuq semaines, des chiens auxquels les deux larygés inférieurs etaient réséqués, sans que leur voix se soit rétablie; aucun cri aigu n'était possible et quand ces animaux poussaient une violente expiration, comme pour crier, ils faisaient entendre seulement une sorte de ronflement laryngien: ce bruit était en tout semblable à celui qu'on obtient avec un soufflet, duquel on expulse l'air avec force à travers un larynx dont la glotte est un peu large. Or, les chiens sur lesquels nous faisions ces dernières observations étaient adultes et d'une taille assez élevée, tandis que ceux qui, quoique privés de leurs récnrrens, pouvaient pousser des cris aigus, etaient tous âgés seulement de quelques mois (4). Si Legallois nota que l'influence de ces nerfs sur la respiration laryngée est singulierement modifiée par l'âge de l'animal, aucun physiologiste, que je sache, n'avait soupçonné qu'il en fût de même pour la phonation. Du reste, Legallois lui-même nous donnera, *en partie*, l'explication de ces différences. Des sons remarquables par leur acuité ne sauraient être produits, dans le cas dont il s'agit, qu'à la condition que l'air traverse une ouverture d'une certaine étroitesse; et, d'après la remarque de cet expérimentateur, la glotte est justement beau-

(1) En effet la tension des cordes vocales n'est pas même mentionnee. (Op. cit. t. i, p. 294.)

(2) Nous avons démontré plus haut que le laryngé supérieur ne préside nullement à la contraction de ce muscle.

(3) Le bruit qui persiste alors résulte du brusque passage de l'air expiré sur les cordes vocales detendues.

(4) Nous avons répeté ces expériences sur des lapins avec les mêmes résultats.

---

qu'elle a été jusqu'ici sans lumière et sans résultat. L'Académie des sciences venait cependant de donner, dans la même affaire, nn exemple qui méritait bien d'être suivi. Elle aussi, ayant eu à examiner de son côte les importantes questions médico-légales de l'empoisonnement par l'arsenic, a rencontré sur son chemin des amours-propres, des intérêts, des rivalités personnelles, des passions; mais séparant d'une main ferme les choses des personnes, elle a entrepris ses investigations dans le but exclusif de decouvrir la verite; et le rapport de sa commission, modèle de discussion scientifique, n'est pas moins remarquable par la haute impartialité d'esprit qui y règne, que par la rigueur des recherches et la solidite des démonstrations. Le rapport de l'Académie de médecine, quoique à peu près identique dans les conclusions scientifiques à celui de l'Academie des sciences, et rédigé aussi par des hommes d'une science et d'une habileté incontestées, n'a pas su aussi bien se tenir en garde contre l'influence des personnes. Quelques sympathies, très légitimes d'ailleurs, et que l'Académie tout entière partage, y sont peut-être trop clairement exprimees. Il n'en fallait pas davantage pour fournir un pretexte aux brouillons. La question scientifique a dès-lors disparu, étouffée sous les questions personnelles.

Quoi qu'il en soit, si l'Académie de médecine, se ravisant, veut enfin imposer silence aux voix qui ont tronble jusqu'aprésent ses délibérations, dans des motifs et pour un but que personne ne peut approuver et qu'elle ne doit pas souffrir, elle fera nne chose utile à la science et conforme à sa dignite.

Dans tout ce qui precède, nous n'avons pas même aborde la question soumise à l'Académie, nous le ferons prochainement avec l'étendue réclamée par son importance. Nons avons voulu seulement parler de la discussion, telle qu'elle s'est produite jusqu'à présent, et signaler les inconvéniens de la forme qu'on lui a laissé prendre.

— Plusieurs journaux quotidiens, confondant le titre de la Gazette médicale avec ceux de deux journaux de medecine qui ont cessé de paraître, ont mentionné la Gazette medicale parmi les faillites de la première quinzaine de juillet. Il est à peine utile de relever cette méprise. Cependant, comme il se pourrait que quelques amis trop zélés s'empressassent de repandre, en la plaignant, l'infortune supposee de cette pauvre Gazette, nous nous empressons de rassurer tout le monde sur son etat: jamais, Dieu merci! elle ne s'est mieux portee.

— Physiologie de la voix et du chant; par M. Félix Despiney, docteur en médecine de la Faculte de Paris, etc. — In-8°. Prix: 2 fr.

— Relation médicale des asphyxies occasionnées a Strasbourg par le gaz de l'éclairage; par G. Tourdes, professeur de médecine legale à la Faculté de Strasbourg. — In-8°. Prix: 1 fr. 50 c.

Ces deux ouvrages se trouvent à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de medecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

coup plus étroite, proportionnellement à la capacité des poumons, chez les jeunes animaux que chez ceux qui sont plus âgés : à cette cause, évidemment favorable à la production des sons aigus, s'ajoutera encore la tension des replis vocaux qui a déjà été mentionnée (1).

2° *Influence sur la respiration.* — Nous arrivons maintenant à étudier les troubles plus ou moins fâcheux de la respiration, occasionés par la division des récurrens, troubles qui, comme nous l'avons dit, avaient échappé à l'observation de Galien et de la plupart des physiologistes, jusqu'à Legallois. Cependant, il était arrivé plusieurs fois que les animaux avaient succombé aussitôt après la ligature ou la section des nerfs pneumo-gastriques; ce fait avait été observé par Piccolhomini, Molinelli, Sénac, Haller, etc., qui n'avaient pu en donner une explication satisfaisante. Legallois (t. I de ses œuvres, p. 170 et suiv.), ayant fait la même remarque sur des chiens âgés de deux jours, cherchait aussi la cause de cet étrange phénomène, lorsqu'un jour, importuné par les cris aigus d'un petit chien du même âge, auquel il voulait lier les carotides, il s'avisa, pour le faire taire, de recourir à l'expérience de Galien, c'est-à-dire de lui couper les deux nerfs récurrens qui se présentaient à sa vue. Aussitôt l'animal fit de grands efforts pour respirer, se débattit d'une manière convulsive, et bientôt ne donna plus aucun signe de vie. Dès-lors Legallois dut rechercher dans le larynx la cause d'une mort aussi prompte, et il soupçonna que cette cause consistait dans une diminution subite et considérable de la glotte : le moyen qu'il employa pour vérifier ce soupçon fut de pratiquer une large ouverture à la trachée-artère, au-dessous du larynx, après avoir coupé les récurrens ou les nerfs pneumo-gastriques. L'air pouvant parvenir promptement dans les poumons par cette ouverture, sans passer par la glotte, tous les symptômes de suffocation qu'il avait observés ne devaient plus avoir lieu, si sa conjecture était fondée; les résultats des expériences démontrèrent la justesse de ses prévisions.

Legallois établit que la section des nerfs récurrens produit une suffocation moins considérable, à mesure que les animaux s'éloignent de l'époque de leur naissance; il donne pour raison de ce fait que l'ouverture de la glotte, relativement à la capacité pulmonaire, s'agrandit à mesure qu'on s'éloigne davantage de cette époque.

La constriction plus ou moins immédiate de la glotte, après la section des récurrens, étant un fait acquis à la science, pouvons-nous en déterminer la cause?

Examine-t-on, sur l'animal vivant, l'intérieur d'un larynx privé de ces nerfs, à chaque effort inspiratoire on voit la glotte se fermer ou tendre à se fermer, au lieu de s'ouvrir, comme il arrive à l'état normal dans ce temps de la respiration, et l'on reproduit facilement cette tendance à l'occlusion, lorsqu'ayant adapté un soufflet à la trachée-artère d'un animal mort, on vient à aspirer l'air par la glotte (2). Au contraire, cette tendance est contrebalancée, dans l'état de vie, par l'action des crico-arythénoïdiens postérieurs qui tiennent les lèvres de la glotte écartées, et préviennent ainsi l'effet de la pression atmosphérique, lors de chaque mouvement d'inspiration. C'est donc évidemment surtout à la paralysie de ces muscles, à celle de la plupart des muscles laryngés, et à la pression atmosphérique, que doit être rapportée l'occlusion plus ou moins complète de la glotte, puisqu'on reproduit à volonté ce phénomène sur des larynx privés de vie, et par conséquent de toute action musculaire. Telle est l'opinion de Legallois, admise et un peu modifiée par M. le professeur Bérard et par nous. Cependant M. Magendie enseigne que ce sont certains muscles, agissant encore après la section du récurrent, qui tendent à occlure la glotte; ayant rappelé les expériences dans lesquelles, après cette section, on avait vu les bords de cette ouverture se rapprocher tellement, que la mort s'en était suivie, ce physiologiste ajoute : « A l'époque où ces observations ont été faites, il n'était guère possible de se rendre rigoureusement raison de ces phénomènes; *mais depuis que j'ai fait connaître la manière dont les nerfs récurrens et laryngés se distribuent aux muscles du larynx, cela ne présente plus de difficulté.* Par la section de la huitième paire, à la partie inférieure du cou (ou des récurrens qui n'en sont que des divisions), les muscles dilatateurs de la glotte sont paralysés; cette ouverture ne s'élargit plus dans l'instant de l'inspiration, *tandis que les constricteurs qui reçoivent leurs nerfs des laryngés supérieurs* conservent toute leur action et ferment plus ou moins complètement la glotte. (ÉLÉM. DE PHYSIOL., t. II, p. 354, 3e édit.) » Il s'agit, en dernier lieu, des muscles crico-thyroïdiens et arythénoïdien, et afin que le lecteur évite toute méprise sur l'action de celui-ci, dont la contraction serait sous l'influence du laryngé supérieur, il est dit ailleurs : « L'effet de cette contraction est tel, qu'il fait périr asphyxiés les jeunes animaux auxquels les nerfs récurrens ont été coupés. (Op. cit., t. I, p. 295.) »

Ainsi, dans ces passages, nous trouvons deux assertions : 1° le muscle arythénoïdien est animé par les laryngés supérieurs; 2° c'est lui qui ferme plus ou moins complètement la glotte chez les animaux auxquels on a retranché les nerfs récurrens. Ces deux assertions sont tellement connexes qu'avoir démontré l'inexactitude de la première, c'est aussi avoir annulé la seconde. M'attachant donc surtout à celle-là, je rappellerai d'abord l'expérience déjà relatée, dans laquelle, en galvanisant sur le chien, le cheval, le bœuf, le rameau laryngé supérieur interne dans le point le plus voisin de l'arythénoïdien, je n'ai point obtenu traces de contractions dans ce muscle, tandis que celles-ci ont éclaté avec force, quand le galvanisme a été appliqué à un certain rameau des récurrens, qui sera décrit plus bas; par conséquent nous serions déjà autorisé à conclure de ces expériences qu'il n'est pas permis d'avancer que l'arythénoïdien se contracte sous l'influence du laryngé supérieur. Mais voici encore d'autres preuves pour les esprits plus difficiles à convaincre. Je divise, durant la vie, chez le chien ou le cheval, la membrane thyro-hyoïdienne, et avec elle *les deux rameaux laryngés internes, que l'on suppose se distribuer au muscle arythénoïdien* : puis je renverse le larynx en-devant du cou de l'animal, en évitant avec grand soin, la lésion des récurrens; alors les mouvemens de la glotte peuvent être étudiés avec facilité. On la voit se dilater à chaque inspiration et se resserrer lors de l'expiration; l'air est-il violemment expiré, ou mieux (chez le chien) un cri se fait-il entendre, le resserrement de la glotte est plus marqué et les cartilages *arythénoïdes se rapprochent avec force.* Or, de l'aveu de tous les physiologistes, il n'y a que le muscle arythénoïdien qui puisse déterminer le rapprochement de ces cartilages; ce muscle n'est donc pas paralysé, et puisque j'avais coupé les laryngés supérieurs internes, ce ne sont point eux, par conséquent, qui excitent sa contraction : les récurrens animent donc à la fois les muscles qui resserrent et ceux qui dilatent la glotte. Aussi venons-nous de voir cette ouverture conserver intacts ses mouvemens de constriction et de dilatation, après la section des laryngés supérieurs, qui font contracter parmi les muscles intrinsèques du larynx, seulement ceux qui tendent les cordes vocales (crico-thyroïdiens).

Dès lors l'expérimentation nous démontre que la première proposition « *les laryngés supérieurs animent l'arythénoïdien,* » doit être rejetée. Mais, au contraire, la section des récurrens, paralysant le muscle arythénoïdien, il pourra paraître superflu de prouver, contre le sentiment de M. Magendie (1), qu'après cette opération, *l'occlusion de la glotte ne saurait être l'effet de la contraction de ce muscle.* Voici néanmoins l'expérience qu'à ce propos nous avons instituée :

Nous divisons d'abord les deux nerfs laryngés supérieurs, puis le larynx est attiré en avant, de manière que, comme nous l'avons dit, les mouvements alternatifs de la glotte puissent être aperçus dans toute leur intégrité; alors, coupe-t-on un récurrent, ceux-ci n'ont plus lieu du côté correspondant et l'ouverture de la glotte diminue de moitié; ces mouvemens cessent tout-à-fait après qu'on a coupé les deux laryngés inférieurs, et celle-ci disparaît plus ou moins complètement (2), par le rapprochement de ses lèvres, toutes les fois que l'animal fait une inspiration. Nous demandons quels sont ici les agens musculaires de cette occlusion; dira-t-on encore que c'est l'arythénoïdien ou quelque autre constricteur? Mais ne voit-on pas que, dans notre expérience, nous avons supprimé les quatre nerfs laryngés, et qu'ainsi tous les muscles propres au larynx sont frappés de paralysie? Puisque d'une part, sur le vivant nous voyons l'occlusion de la glotte s'effectuer en l'absence des forces musculaires, et que, d'autre part, nous la reproduisons à volonté sur le larynx d'un animal mort, d'après le procédé déjà indiqué, force est bien de reconnaître que la théorie que nous combattons ne saurait être admise (3).

Avec Legallois nous avons constaté que le resserrement de la glotte, et par conséquent la suffocation, qui résultent de la section des récurrens, sont beaucoup plus marqués chez les jeunes animaux que chez ceux qui sont plus avancés en âge. Quelle est l'étiologie de cette différence? Et d'abord, il y a dans la glotte : 1° une partie antérieure ou *vocale*, bordée par les cordes de ce nom (4); 2° une partie postérieure, ou *respira-*

(1) Plus loin je ferai connaître une configuration de la glotte, particulière aux jeunes animaux, qui doit singulièrement les aider à produire ces espèces de sons.

(2) Legallois avait obtenu ce résultat en faisant usage d'une seringue au lieu de soufflet. L'expérience réussit mieux sur le larynx de jeunes animaux. (T. I de ses œuvres, p. 179.)

(1) Op. cit., t. I, pag. 295, et t. II, p. 354.

(2) Selon l'âge et même suivant l'espèce des animaux.

(3) Celle que nous avons adoptée a été exposée plus haut.

(4) Les cordes vocales proprement dites, sont les inférieures. Beaucoup d'animaux manquent de ces autres replis, qu'on nomme quelquefois cordes vocales supérieures.

toire, inter-arythénoïdienne (1). Les dimensions relatives de ces deux portions varient selon l'espèce, mais surtout suivant l'âge des animaux. En effet, chez l'homme adulte, la rigole respiratoire fait seulement le tiers environ de l'ouverture glottique tout entière, tandis que dans les espèces que nous avons étudiées à l'état adulte (cheval, bœuf, mouton, chien, chat et lapin), la partie respiratoire de la glotte en occupe la moitié postérieure. En examinant comparativement le larynx de l'homme et de ces animaux, à une époque très rapprochée de la naissance, nous nous sommes convaincu que l'espace inter-arythénoïdien est infiniment petit relativement à l'espace vocal, ce qui tient à l'absence presque complète des apophyses antérieures des cartilages arythénoïdes. Il résulte donc de cette disposition anatomique qu'à un âge peu avancé les côtés de la glotte sont, pour ainsi dire, entièrement membraneux et bordés, dans une étendue infiniment petite, par des cartilages d'ailleurs extrêmement mous et faciles à affaisser. Comme conséquence d'une pareille disposition, après la paralysie des crico-arythénoïdiens postérieurs, qui succède à la section des récurrens, nous devrons nécessairement observer, lors d'une inspiration, un contact facile et immédiat des bords glottiques dans toute leur longueur; car ici ces muscles dilatateurs étaient les seules forces qui pussent, en tenant la glotte ouverte, résister à la pression atmosphérique, lors du mouvement inspiratoire (2). Mais dans un âge plus avancé, les crico-arythénoïdiens postérieurs ne sont plus les uniques causes qui, dans ce temps de la respiration, préviennent l'occlusion de cette ouverture; alors, en effet, dans son état de repos, la glotte prend la forme suivante: elle se termine en pointe antérieurement, s'élargit en arrière et offre un léger rétrécissement dans son milieu, rétrécissement (3) qui est dû aux apophyses arythénoïdiennes antérieures, actuellement très développées et même un peu recourbées en dedans. Les crico-arythénoïdiens latéraux viennent-ils à se contracter, les sommets de ces apophyses se rapprochent, se touchent même (comme il sera démontré plus bas par une expérience directe); la glotte vocale est, dans ce cas, rétrécie ou occluse, tandis que la glotte respiratoire demeure ouverte et circonscrite par des bords curvilignes, résistans, cartilagineux, susceptibles même de devenir osseux avec les progrès de l'âge. L'air pourra donc continuer à traverser ce dernier orifice, à parois peu compressibles et mal vibrantes, d'où le peu de gêne dans la respiration qu'entraîne la section des récurrens chez les animaux adultes et surtout âgés, *d'où aussi l'impossibilité dans laquelle nous les avons trouvés, de produire alors des sons aigus*. Ce dernier résultat négatif est facile à reproduire, en poussant avec force de l'air dans le larynx d'un animal adulte et mort: si l'espace inter-arythénoïdien reste largement ouvert, on ne parviendra pas, malgré la tension des cordes vocales, à faire sortir des sons aigus; ceux-ci, au contraire, se feront entendre aussitôt que cet espace sera diminué. Or, ce cas est celui des animaux plus jeunes; aussi, à cause de l'étroitesse naturelle de leur glotte respiratoire, peuvent-ils, malgré la section des récurrens, faire entendre des cris aigus, dont l'unique condition, comme nous l'avons établi expérimentalement, est alors la tension des cordes vocales par les crico-thyroïdiens, animés encore par les laryngés supérieurs. N'avons-nous pas vu, en effet, ces sortes de cris cesser d'une manière complète après que nous avions supprimé l'action de ces muscles, en coupant directement leurs filets nerveux?

Indépendamment de cette aphonie complète qui, d'ailleurs dans ces cas, n'a point lieu de surprendre, puisque tous les nerfs du larynx (4) et tous ses muscles étaient paralysés, nous avons observé, après avoir empêché l'action des crico-thyroïdiens, chez les jeunes animaux, qui déjà, après la section des récurrens, éprouvaient une grande gêne de la respiration, une difficulté de respirer portée à un tel degré que, pour prolonger leur existence, l'opération de la trachéotomie a dû être mise en usage. Quelle est l'explication de ce curieux phénomène? Nous pensons que les crico-thyroïdiens, en tendant fortement les cordes vocales, sans toutefois les rapprocher au contact, s'opposent, à cause même de cette tension, à ce que la pression atmosphérique les fasse s'accoler complètement. La glotte forme donc une sorte de fente qui, en même temps qu'elle est favorable à la production des sons aigus, permet l'introduction d'une très petite quantité d'air, d'où une dyspnée grave. Mais, aussitôt que par la paralysie des muscles crico-thyroïdiens, les replis vocaux seront lâches et détendus, on conçoit que, dans une inspiration, la pression atmosphérique les accole plus facilement l'un à l'autre, d'où une suffocation imminente (1).

Un autre fait non moins digne d'intérêt s'est révélé à nous, en observant les animaux qui avaient subi la résection des nerfs laryngés inférieurs; il s'agit de l'accroissement numérique des respirations dans un temps donné. On peut établir assurément que toujours la respiration est activée; seulement diverses circonstances, et surtout l'âge, apportent de très grandes différences dans les résultats. Le nombre d'inspirations qui, chez un chien *adulte*, est de 18 à 20 par minute, s'élève, après l'opération, à une moyenne de 30 à 32; tandis que chez les chiens âgés à peu près de trois mois qui, dans une minute, respirent 22 à 25 fois, on peut compter jusqu'à 48 inspirations; le lapin adulte qui fait de 60 à 70 inspirations dans le temps indiqué, peut offrir jusqu'à 100 et même 108. Il faut faire toutes ces observations, sans que les animaux s'aperçoivent, pour ainsi dire, qu'on s'occupe d'eux; autrement la respiration se précipite encore, devient suspirieuse, comme quand on les force à marcher, et surtout à courir, ce qui, dans ce dernier cas, les fait même tomber quelquefois comme suffoqués (2). Il est facile de trouver la cause pour laquelle les animaux, après la solution des récurrens, respirent plus vite qu'à l'état normal: la glotte n'a-t-elle pas naturellement des dimensions ainsi calculées, qu'elle livre passage à la quantité d'air indispensable pour convertir, *dans un temps donné*, telle quantité de sang veineux en sang artériel et nutritif? Dès lors, si, après cette opération, ces dimensions sont moitié moindres, il est clair que, pour établir une compensation, le nombre des inspirations devra devenir moitié plus considérable.

Pourquoi, au contraire, quand on a réséqué les deux nerfs pneumo-gastriques au cou (ce qui annule aussi l'action des récurrens), le nombre des inspirations, au lieu d'augmenter, baisse-t-il d'une manière très sensible? Ainsi, sur le chien adulte, au lieu de 18 inspirations par minute, vous n'en comptez plus que 6 à 7, et parfois même seulement 5. Pourtant la glotte s'est aussi bien rétrécie dans ce cas que dans celui de la simple resection des nerfs laryngés inférieurs. Mais, ne remarque-t-on pas qu'à la suite de celle-ci, le besoin de respirer n'ayant pu éprouver aucune atteinte a dû continuer à se faire sentir avec la même intensité, d'où la rapidité de la respiration; tandis que ce besoin ne commande plus avec le même empire, comme l'a prouvé M. Brachet (3), une fois qu'on a supprimé l'influence des pneumo-gastriques sur les poumons, d'où par conséquent le petit nombre d'inspirations qu'on observe alors chez les animaux?

Malgré la précipitation qu'occasionne dans les mouvemens respiratoires la paralysie des récurrens, la vie peut-elle, dans pareille occurrence, être encore de longue durée? Si nous éliminons tous les cas dans lesquels la glotte s'est immédiatement rétrécie assez pour gêner en peu de jours l'hématose, nous dirons qu'en particulier les chiens adultes ne sont point assez incommodés de la section des récurrens pour en périr. En effet, ceux que nous avons conservés pendant cinq semaines ont joui, durant ce laps de temps, d'une très bonne santé; après les avoir tués, nous avons trouvé leurs poumons parfaitement perméables et exempts de toute trace d'engouement. Le chien d'une fruitière auquel, depuis à peu près un an, des élèves de l'hôpital Beaujon ont coupé les deux laryngés inférieurs, continue à se bien porter, il a de l'embonpoint; et de plus, depuis cette époque reculée, cet animal est demeuré *complètement aphone*: ces deux particularités, longue durée de la vie et aphonie persistante, nous suffisent pour affirmer que ce chien était adulte, lors de l'opération qu'on lui a fait subir. Nous avons déjà vu que le développement de la partie *respiratoire* de la glotte, chez les animaux adultes, nous rendait facilement compte de ces deux sortes de phénomènes.

De tout ce que nous venons de dire touchant l'influence variable des récurrens sur le degré d'ouverture de la glotte, il résulte que, pour apprécier les effets de la section des pneumo-gastriques sur les viscères de la poitrine en particulier, il est important de connaître d'avance ceux de la section des récurrens eux-mêmes. Je ne rapporterai ici qu'un seul exemple: coupez la paire vague pour rechercher son action sur l'hématose et faites abstraction de celle des laryngés inférieurs sur la glotte: parce que le sang, au lieu de jaillir rouge et rutilant par l'ouverture béante d'une artère, en sortira foncé et presque noir, vous en conclurez à l'influence nécessaire des pneumo-gastriques sur la révivification du sang veineux; et d'autres, qui auront commencé par annuler l'action des récurrens sur la glotte, en faisant à la trachée une large ouverture avec perte de substance, arriveront à une conclusion opposée. Du reste, dans

(1) M. Malgaigne seul a distingué convenablement ces deux parties de la glotte. (Voir son mémoire intitulé: NOUVELLE THÉORIE DE LA VOIX HUMAINE, dans ARCH. GÉN. DE MÉD., 1831.)

(2) Les effets de cette pression sur cet orifice ont déjà été étudiés plus haut.

(3) Nul chez les jeunes animaux.

(4) Excepté le laryngé interne, qui, comme nos expériences l'ont prouvé, n'anime aucun muscle et se distribue à la muqueuse du larynx.

(1) Chez les chiens et les lapins adultes, ces effets se produisent à peine, même quand ils font de grandes et larges inspirations.

(2) Il ne saurait être question ici des tout jeunes animaux, chez lesquels la section des récurrens entraîne une suffocation presque immédiate.

(3) FONCTIONS DU SYST. NERV. GANGLIONNAIRE. 2e édit. (Art. respiration.)

le cas spécial que nous examinons, de quelle importance n'est-il pas, si la trachéotomie n'est point pratiquée, de noter l'âge des animaux sur lesquels on expérimente? En effet, j'ai répété à Montfaucon, sur de vieux chevaux, l'expérience que Dupuytren avait exécutée à Alfort sur des chevaux beaucoup plus jeunes et qui consiste à ouvrir l'artère faciale, en même temps qu'on coupe les deux nerfs pneumo-gastriques; cet illustre expérimentateur a signalé un changement évident et presque instantané de coloration dans le sang artériel, changement qui nous a paru presque inappréciable. D'où provient cette différence dans les résultats? Nous opérions sur des chevaux âgés dont la glotte *respiratoire*, large et circonscrite par des cartilages ossifiés, ne pouvait point s'oblitérer sous la pression atmosphérique et conséquemment livrait encore passage à une grande masse d'air; au contraire, Dupuytren expérimentait sur des chevaux plus jeunes dont la glotte respiratoire, d'ailleurs relativement moins considérable, était bordée de cartilages mous et par conséquent plus faciles à s'approcher et à s'affaisser, lors de chaque mouvement inspiratoire; ici, donc, moins d'air passait, d'où une sanguification incomplète et la coloration noire du sang artériel. Sur des chiens jeunes et vieux, j'ai d'ailleurs reproduit les résultats opposés qui viennent d'être mentionnés.

B. Effets obtenus avec le galvanisme. — Nous nous proposons maintenant de déterminer, par la voie expérimentale, l'action des divers muscles propres au larynx (1), action qui, comme on l'a vu au commencement de ce mémoire, a été si diversement et si contradictoirement interprétée par les physiologistes. Afin d'arriver à une pareille détermination, d'une manière à la fois plus sûre et plus facile, nos moyens d'investigation ont été surtout appliqués à l'organe vocal d'animaux d'une taille considérable (bœufs et chevaux) (2). Ces moyens consistent à galvaniser isolément, de suite après la mort, et selon certaines règles, tel rameau des récurrens qui anime tel muscle laryngé; puis, le larynx étant abandonné à lui-même, à observer l'effet physiologique que ce muscle produit lors de sa contraction. Les résultats obtenus de la sorte nous semblent plus certains et plus manifestes que ceux qu'on obtient en dépouillant les muscles de leurs enveloppes, et en les tiraillant, *dit-on*, selon la direction de leurs fibres. D'ailleurs, il faut bien croire que ce dernier procédé a quelque chose de défectueux ou de difficile, puisqu'il est loin d'avoir donné des produits identiques à tous ceux qui l'ont mis en usage.

Des neuf muscles appartenant en propre au larynx, quatre sont pairs (A. *crico-arythénoïdiens postérieurs* ; B. *crico-arythénoïdiens latéraux*; C. *thyro-arythénoïdiens*; D. *crico-thyroïdiens*;) et un seul est impair (*arythénoïdien*). Les muscles crico-thyroïdiens exceptés, on sait que les nerfs récurrens fournissent des rameaux à tous les autres. Selon M. Magendie néanmoins, « on ne voit point de ramification de ces nerfs qui aille à l'arythénoïdien. » (Élém. de physiol., 1836, t. I, p. 288.) Mais l'existence d'un filet du récurrent qui se distribue à ce muscle a été démontrée chez l'homme par plusieurs anatomistes, et notamment par M. le professeur Blandin, qui, le premier, a bien décrit le trajet du filet dont il s'agit. Je l'ai retrouvé chez le chien, le chat, le mouton, le bœuf, le cheval, et dans tous ces animaux, il rampe entre la plaque du cartilage thyroïde et le crico-arythénoïdien postérieur.

Voici comment je démontre que la contraction de l'*arythénoïdien* est bien soumise aux nerfs laryngés inférieurs et non aux supérieurs, comment aussi son rôle de constricteur devient incontestable: sur le larynx d'un bœuf ou d'un cheval récemment tué, après avoir détaché rapidement les insertions des muscles crico-arythénoïdiens postérieurs à la plaque du cartilage cricoïde; je mets à nu les filets indiqués de l'arythénoïdien, puis, les ayant unis et croisés, je leur applique les deux pôles d'une pile de 10 à 15 couples; aussitôt la glotte se *rétrécit*, et les cartilages arythénoïdes se rapprochent avec force. « Il semble, au premier abord, dit M. Cruveilhier, que ce muscle doive rapprocher énergiquement les deux cartilages arythénoïdes l'un de l'autre, et qu'il est constricteur de la glotte; mais si l'on considère qu'il s'insère au bord externe des cartilages, on comprendra que, tout en rapprochant les cartilages, il leur fait exécuter un mouvement de bascule, en vertu duquel le sommet de l'apophyse pyramidale de la base est porté en dehors, et la corde vocale tendue, *mais écartée de l'axe*... » L'expérience qui vient d'être rapportée nous empêche de partager l'opinion de cet honorable Professeur, opinion qui, comme nous le prouverons plus bas, s'applique, non à l'arythénoïdien, mais bien au crico-arythénoïdien postérieur.

Quant aux preuves expérimentales qui démontrent que l'influence des laryngés supérieurs est nulle sur la contraction de l'arythénoïdien, elles ont été suffisamment développées lorsqu'il a été question de ces nerfs.

Pour reconnaître le mode d'agir des *crico-arythénoïdiens latéraux* que Haller (Élém. physiol., t. III, p. 386) et le plus grand nombre des physiologistes regardent comme dilatateurs de la glotte, tandis que Bichat et Muller en font des constricteurs, j'ai procédé comme il suit: les rameaux que les récurrens envoient aux muscles arythénoïdien, crico-arythénoïdiens postérieurs et thyro-arythénoïdiens ont tous été coupés avec soin (1), de manière à laisser intacts *les seuls filets* des muscles crico-arythénoïdiens latéraux desquels il fallait constater l'usage; toutefois, j'ai pris la précaution importante de conserver, de part et d'autre, tout le tronc du récurrent dans le point où il s'engage au-dessous du constricteur pharyngien inférieur, me réservant, à l'aide de cette précaution, la possibilité de croiser ces deux troncs en arrière et sur la ligne médiane, ainsi que je l'avais fait déjà pour les filets de l'arythénoïdien. Cette préparation était faite rapidement pour que la chaleur des parties soit encore assez grande, on applique les deux pôles de la pile (10 à 15 paires) d'abord à un seul récurrent, en même temps que (le larynx étant posé sur un support immobile) on a les yeux fixés sur la glotte; alors on voit l'apophyse antérieure de la base de l'arythénoïde, à laquelle s'insère en partie le muscle thyro-arythénoïdien, se porter en dedans. Vient-on à croiser les deux récurrens et à les toucher à leur point d'union, avec les deux pôles, *brusquement les sommets des apophyses arythénoïdiennes antérieures de chaque côté se rapprochent et se touchent*, de manière que la glotte respiratoire (2) demeurant ouverte en arrière, la glotte vocale se ferme par l'accollement des cordes de ce nom dans toute leur longueur. Je propose donc de nommer, en vertu de cette action si évidente, le crico-arythénoïdien latéral, *muscle constricteur de la glotte vocale*, au même titre que j'appellerai *constricteur de la glotte respiratoire* le muscle arythénoïdien. Du reste, je reviendrai tout à l'heure sur l'influence que ce dernier exerce néanmoins dans la phonation.

Pour agir sur les muscles *crico-arythénoïdiens postérieurs et thyro-arythénoïdiens*, par l'intermédiaire de leurs nerfs, nous avons procédé comme dans l'étude physiologique des crico-arythénoïdiens latéraux, c'est-à-dire que tout en ménageant les troncs des laryngés inférieurs, nous en avons retranché tous les rameaux étrangers au muscle dont actuellement nous voulions apprécier le mode d'action. Après donc avoir conservé en rapport avec les récurrens que les filets des crico-arythénoïdiens postérieurs, galvanise-t-on simultanément les troncs nerveux réunis en arrière, instantanément les arythénoïdes exécutent un mouvement, *en vertu duquel les sommets des apophyses antérieures de leurs bases sont portés en dehors, les cordes vocales un peu tendues et surtout écartées de l'axe*: on voit, par conséquent, que ces muscles remplissent précisément l'usage attribué à tort au muscle arythénoïdien. Quant aux *thyro-arythénoïdiens* auxquels, avec Cowper et Albinus, il faudrait bien se garder de réunir les crico-arythénoïdiens latéraux, on reconnaît, par le galvanisme appliqué à leurs filets nerveux, que leur rôle est de donner plus de rigidité aux cordes vocales, de les rendre plus vibrantes, de les gonfler un peu, de manière à diminuer légèrement l'ouverture de la glotte.

Ainsi nous avons des muscles tenseurs des cordes vocales *crico-thyroïdiens*); des muscles qui les rendent plus rigides ou plus molles (thyro-arythénoïdiens); d'autres sont propres à dilater la glotte tout entière, vocale ou respiratoire (*crico-arythénoïdiens postérieurs*); mais ceux-ci resserrent seulement la glotte vocale (*crico-arythénoïdiens latéraux*), tandis que celui-là est essentiellement constricteur de la glotte respiratoire (*arythénoïdien*). Qu'on veuille bien remarquer que toutes ces assertions reposent sur l'inspection des muscles agissant quand ils sont encore, pour ainsi dire, pénétrés de la vie, et non sur de simples examens de leurs points d'insertion, desquels ensuite l'on infère, à tort ou à raison, le mode d'agir propre à chacun d'eux.

Assurément on s'explique avec facilité qu'un muscle constricteur de la glotte vocale était nécessaire pour la production des sons aigus; on comprend aussi l'existence d'un muscle respirateur propre à dilater la glotte tout entière, afin de permettre, lors de l'inspiration, l'introduction dans les voies aériennes de la plus grande quantité possible d'air atmosphérique. Mais, on ne saisit pas aussi bien de prime abord la cause qui a mérité la présence d'un constricteur spécial pour la glotte arythénoïdienne, qui, ne servant qu'à la respiration, semble avoir besoin surtout d'ou-

(1) Celle du crico-thyroïdien a déjà été étudiée, à propos des nerfs laryngés supérieurs.

(2) Des dissections comparatives ne démontrant aucune différence bien essentielle entre le larynx de ces animaux, du chien, du mouton, etc., et celui de l'homme, on est autorisé à regarder, comme applicables à ce dernier, les résultats qui vont être exposés.

(1) Cette petite opération préalable, qui assurément serait impraticable sur le chien et autres espèces, s'effectue avec une assez grande facilité chez le cheval et le bœuf récemment assommés, surtout quand on a sous les yeux quelques larynx préparés à l'avance et provenant de ces grands animaux.

(2) Ou inter-arythénoïdienne.

muscle qui la dilate et bien moins d'un autre qui la resserre. Or, la cause de cette disposition organique peut se découvrir à l'aide de l'expérience suivante : poussez de l'air dans le larynx d'un animal mort, si la glotte respiratoire est béante et assez large, relativement à la portion vocale (comme chez les animaux adultes), il vous sera impossible, malgré la tension des replis vocaux et leur rapprochement, de produire des sons très aigus; la glotte respiratoire est évidemment l'obstacle qui empêche ceux-ci, car la diminue-t-on, les sons se font aussitôt entendre. Donc, un constricteur de la partie vocale n'était pas suffisant; il fallait encore un constricteur de la partie inter-arythénoïdienne, même pour la phonation, et la nature a fait qu'il y eût un muscle propre à chacune de ces deux portions importantes de l'ouverture glottique. D'ailleurs, encore dans tous les efforts un peu énergiques, son resserrement *total* ne doit-il pas avoir lieu (1) ? Ainsi ce resserrement s'observe dans tous les efforts que nous faisons pour lever un fardeau, pour aller à la selle, uriner, vomir, etc. « Dans tous ces cas, dit Fabrice d'Aquapendente, la glotte reste parfaitement close, l'haleine suspendue, et il s'établit une sorte de lutte entre les muscles de la glotte et les constricteurs du ventre et de la poitrine. » Selon M. Bourdon (op. cit.), cette action de la glotte augmente l'énergie des efforts, et même elle est tellement indispensable, d'après les expériences de ce physiologiste sur les animaux, que les grands efforts ne peuvent avoir lieu sans le secours de ce phénomène, *sans l'appui de la glotte*. En voilà assez pour motiver l'existence du muscle arythénoïdien, duquel il fallait apprécier les usages sous le double point de vue que nous venons d'exposer.

Je ne dois point terminer cette étude physiologique des nerfs et des muscles du larynx, sans rapporter brièvement les résultats des expériences que j'ai tentées, dans le but de savoir si c'est ou non la même paire nerveuse qui préside en même temps à la contraction de ces muscles et à l'exquise sensibilité de la muqueuse laryngienne; jusqu'aux remarquables recherches de Bischoff sur le nerf accessoire de Willis (2), tous les physiologistes avaient pensé qu'au nerf vague appartenait ce double rôle : déjà néanmoins Arnold (3) et Scarpa (4) avaient jeté quelque doute sur l'exactitude de cette manière de voir, en assimilant, le premier à la racine antérieure, et le second à la racine postérieure d'un nerf rachidien. En effet, puisque les racines postérieures sont exclusivement en rapport avec la sensibilité, et que les fonctions des racines antérieures ne sont liées qu'au mouvement (5), cette comparaison tendait à faire pressentir que le pneumo-gastrique présidait seulement à la sensibilité du larynx, et le spinal seulement à la contraction des muscles de cet intéressant organe. Dans un travail postérieur à celui de Bischoff, un anatomiste danois, Bendz (6), prétend avoir pu suivre, tout le long de la portion cervicale du nerf vague, un rameau du spinal qui se continuerait directement avec le laryngé inférieur, de sorte que, selon cet auteur, l'anatomie aurait démontré que le nerf essentiel de la voix émanerait du spinal et non du pneumo-gastrique. C'est toujours sans succès (malgré des macérations préalables propres à détruire le névrilemme) que nous avons essayé de reproduire une semblable préparation; nous n'avons jamais pu suivre bien distinctement le rameau dont il s'agit que dans la longueur des deux tiers supérieurs du cou. Du reste, cela prouve seulement qu'au-dessous s'opère un mélange plus intime des filets du pneumo-gastrique et du spinal, mais ce fait n'empêche nullement que le laryngé inférieur soit un rameau de ce dernier. Quant au laryngé supérieur, il procède d'une manière évidente, surtout du nerf vague, et ne reçoit que peu de filets de l'accessoire, de telle sorte qu'en regardant celui-là comme nerf exclusivement sensitif, le laryngé supérieur doit avoir les mêmes attributions : ne sait-on pas, en effet, que c'est à son rameau interne qu'est due la sensibilité exquise dont jouit la muqueuse du larynx ? Mais passons aux résultats fournis par l'expérimentation.

(1) Fabrice d'Aquapendente. (Part. II, c. 9, De voce, de secunda laryngis actione quæ est spiritus cohibitio.)
Dodart. (Mém. de l'Acad. des sciences, an 1706.) — Isid. Bourdon. (Recherches sur le mécanisme de la respiration, 1820, c. 4.)

(2) Nervi accessorii Willisii anatomia et physiologia. Heidelberg, 1832.

(3) Journal für die physiol. Tiedmann et Treviranus, vol. III, p. 148, 1828. Et Bemerkungen ueber den Bau des Hirns und Rueckenmarks. Zurich, 1838. (Extr. dans les Arch. gén. de méd., août 1840, t. VIII, p. 445.)

(4) Annali universali di Modena, 1831.

(5) Voir, dans les Arch. génér. de méd., numéros d'avril, mai, juin et juillet 1841, notre mémoire intitulé : Rech. expérim. et pathol. sur les fonct. des faisceaux de la moelle épinière et des racines des nerfs rachidiens.

(6) De connexu inter nervum vagum et nervum accessorium Willisii. Copenhague, 1837.

§ III. — Expériences sur le nerf accessoire de Willis.

Après plusieurs tentatives infructueuses, sur des chiens, pour couper le spinal de chaque côté, Bischoff parvint à son but sur un chevreau, *et l'animal perdit complètement la voix*; donc, selon cet expérimentateur, le nerf vocal ou récurrent, c'est-à-dire le nerf qui anime tous les muscles du larynx, hormis les crico-thyroïdiens, ne vient pas du pneumo-gastrique, mais bien du spinal.

L'expérience de Bischoff, faite une seule fois avec succès, n'a été reproduite par aucun physiologiste, que je sache. Voici les résultats auxquels je suis arrivé sur plusieurs chiens, deux chevreaux et un cheval : quatre chiens et un chevreau sont morts d'hémorragie, sans que j'aie obtenu rien de satisfaisant; sur deux autres chiens, j'ai déterminé une raucité de la voix très remarquable. L'autopsie a démontré que la destruction des nerfs accessoires de Willis n'était pas complète. Rien n'est difficile, en effet, comme de diviser tout à fait leurs filets supérieurs, qui forment des petits faisceaux très rapprochés de l'origine du pneumo-gastrique. Mais sur un septième chien, le résultat, quoique n'ayant pas été absolu, m'a semblé, ainsi qu'à tous ceux qui assistaient à l'expérience, confirmatif de l'opinion de Bischoff. Ainsi, ayant agi sur le nerf spinal du côté droit, nous déterminâmes une raucité de la voix beaucoup plus prononcée que dans les deux cas précédens, et qui s'augmenta encore quand j'eus expérimenté sur le spinal du côté gauche. Néanmoins je n'obtins pas encore une aphonie complète. J'eus alors l'idée de fendre la membrane thyro-hyoïdienne et (en évitant avec soin la lésion des deux récurrens) de renverser le larynx au devant du cou de l'animal, pour juger des mouvemens de la glotte; et nous ne fûmes pas peu surpris en voyant qu'à droite la paralysie était complète, tandis qu'à gauche on apercevait encore de légers mouvemens. J'annonçai qu'à l'autopsie, si l'opinion de Bischoff était vraie, nous devions rencontrer une destruction complète du nerf spinal droit, et incomplète du côté gauche. Notre prédiction se réalisa de la manière la plus satisfaisante. Cette expérience me paraît bien probante. En voici une autre sur le cheval, qui me paraît au moins aussi confirmative de cette vérité, que le pneumo-gastrique n'influence en aucune façon les mouvemens du larynx. A Montfaucon, je fis abattre un cheval, en présence de plusieurs élèves, qui assistaient à mon cours de vivisections; j'enlevai les lobes cérébraux, et mis à nu le spinal et le pneumo-gastrique, puis je fendis la membrane thyro-hyoïdienne, et je renversai le larynx au avant, de manière à bien voir l'ouverture de la glotte. J'appliquai les deux pôles d'une pile de vingt couples au nerf spinal, au moment où il s'engage dans le trou déchiré postérieur, et nous vîmes tous, à plusieurs reprises des secousses convulsives dans le côté correspondant de la glotte; au contraire, nous n'observâmes aucun mouvement de cette partie en galvanisant, dans le même point, le nerf pneumo-gastrique.

Avant de galvaniser les racines du nerf vague, nous ne saurions trop dire combien il importe d'éloigner avec le plus grand soin toutes celles du spinal. Quoique, dans toutes ces expériences, nous n'ayons pas pu parvenir à des résultats absolus, il n'en est pas moins vrai que ceux qui se sont offerts à notre observation, confirment la doctrine dans laquelle une portion du nerf spinal est réputée animer les muscles du larynx.

Résumons, dans les courtes propositions qui suivent, quelques-uns des faits *expérimentalement* établis dans ce mémoire :

1° Les nerfs laryngés supérieur et inférieur ont de l'influence sur la phonation;

2° Des deux rameaux fournis par le laryngé supérieur, l'externe seul, quand il est coupé, modifie la voix, et l'interne ne préside point à la contraction du muscle arythénoïdien, mais seulement à la sensibilité de la muqueuse laryngienne;

3° Si l'on divise seulement les filets nerveux des crico-thyroïdiens, ou, en d'autres termes, si l'on paralyse ces muscles, il survient une raucité désagréable de la voix, et leur paralysie (chez les jeunes animaux qui, après la section des récurrens, poussent encore des cris aigus) empêche la production de ces cris en même temps qu'elle augmente la gêne de la respiration;

4° En effet, après la section des récurrens, les chiens assez jeunes peuvent encore faire entendre des sons remarquables par leur acuité, tandis que les plus âgés restent aphones; ces faits ont été expliqués par la conformation spéciale des parties vocale et respiratoire de la glotte, parties dont les dimensions relatives varient avec l'âge;

5° Ces différences dans la grandeur relative de ces deux portions, dans la forme et dans la dureté des cartilages arythénoïdes, aux divers âges, expliquent pourquoi la suffocation imminente à un âge cesse de l'être à un autre;

6° Les animaux, privés de leurs nerfs laryngés inférieurs, respirent plus vite qu'à l'état normal;

7° La contraction de l'arythénoïdien est soumise au récurrent et non au laryngé supérieur; ce muscle *est constricteur surtout de la glotte respiratoire*;

8° Les muscles crico-arythénoïdiens latéraux, animés aussi par le récurrent, ne dilatent point la glotte, comme le disent la plupart des physiologistes; au contraire, ils la resserrent et *sont constricteurs surtout de la glotte vocale;*

9° Il est donc inexact d'annoncer que les muscles constricteurs de la glotte reçoivent leurs nerfs des laryngés supérieurs, et qu'après la section des récurrens, ces muscles, conservant leur action, ferment la glotte;

10° Le pneumo-gastrique préside à la sensibilité du larynx, dont les mouvemens intrinsèques sont subordonnés au nerf accessoire de Willis.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

COLLECTION DE FAITS CLINIQUES SUR DIVERSES MALADIES DE LA TÊTE. (CANCERS ORBITAIRES, CATARACTES, FISTULE LACRYMALE, ULCÈRES RONGEANS, POLYPES DES FOSSES NASALES, MUTILATIONS DE LA FACE ET RESTAURATION DES LÈVRES, KYSTE DE LA JOUE, ANKYLOSE TEMPORO-MAXILLAIRE, CANCER DES LÈVRES, GUÉRISONS DE SURDITÉ, COMMOTION CÉRÉBRALE); par le docteur PAYAN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, etc.

Mon but en publiant un travail clinique sous ce titre, a été de réunir dans un même groupe plusieurs observations relatives à diverses maladies de la tête que j'ai eu occasion de suivre et de traiter, soit à l'Hôtel-Dieu d'Aix, soit dans ma pratique particulière. Non seulement je serai narrateur exact de ces faits qui, j'ose l'espérer, ne seront pas dépourvus de tout intérêt pratique; mais j'aurai soin, en outre, de les faire suivre des réflexions utiles pour notre art qu'ils m'auront suggérées. Il m'eût été sans doute facile de donner plus d'étendue à ce travail, et de lui associer beaucoup d'autres faits dont un service prolongé dans un des vastes hôpitaux du midi m'a rendu témoin; mais il a dû me suffire de faire connaître pour cette fois ceux qui m'ont paru les plus dignes d'intérêt, et sur lesquels j'avais pris des notes précises à mesure qu'ils se sont présentés.

§ I. — HISTOIRE D'UN CANCER DU GLOBE OCULAIRE: PREMIÈRE EXTIRPATION, RÉCIDIVE: SECONDE EXTIRPATION, GUÉRISON PERMANENTE.

Les véritables cancers du globe oculaire ne sont pas moins graves que ceux des autres parties du corps. Peut-être même seraient-ils encore plus exposés à récidiver. C'est au point que, considérant que les deux opérés de Scarpa, que tous ceux de Sabatier, tous ceux de Desault, sont morts par la reproduction du mal, que même il paraît démontré, par l'observation, que l'extirpation des yeux cancéreux et de leurs dépendances accélère plutôt qu'elle ne retarde la perte des malades, il est des auteurs qui se demandent s'il ne serait pas opportun, dans les cas de cette sinistre affection, de s'en tenir uniquement aux seuls palliatifs. Voici cependant un exemple extrait de ma pratique privée, où une première extirpation d'un œil cancéreux, ayant paru d'abord amener la guérison, fut bientôt suivie d'un retour de la cruelle maladie, et où une autre extirpation de la nouvelle masse cancéreuse ayant été encore faite, a été suivie d'une guérison permanente. On verra, par la description succincte de l'une et de l'autre opération, que, si j'ai dû une première fois m'affliger du retour du mal après une première opération, je n'ai eu d'autre part qu'à me féliciter d'avoir osé, pour la seconde fois, reporter l'instrument tranchant sur le cancer repullulé, malgré les circonstances les plus défavorables. Le récit de ces faits pourra encourager les praticiens à ne pas trop se hâter de désespérer des sujets atteints de carcinôme intra-orbitaire, lorsque cette maladie est encore accessible à l'action des instrumens tranchans.

PREMIÈRE OPÉRATION. — En mars 1835, je fus consulté par G., de Rognac, qui, depuis plusieurs mois, portait à l'œil gauche un cancer volumineux. Cet homme, âgé de 35 ans, d'un tempérament très nerveux, avait perdu un oncle d'une affection cancéreuse qui lui avait rongé une partie de la figure: ses père et mère n'avaient eu aucune maladie analogue. Ayant été atteint lui-même d'une ophtalmie chronique de l'œil gauche, à ce qu'il paraît d'après son récit, il recourut à l'emploi de certains moyens empiriques qu'il appliqua sur l'œil. C'est par suite de cette médication intempestive que cet organe s'irrita de plus en plus et affecta un peu plus tard la dégénérescence cancéreuse.

L'œil commença par présenter, à sa partie antérieure, une saillie dont les progrès furent en augmentant; c'est au point que le globe oculaire s'hypertrophiant de plus en plus avait presque triplé ses dimensions quand je procédai à l'opération. La tumeur qu'il présentait était irrégulière, bosselée, noirâtre en plusieurs points; elle occasionnait des douleurs lancinantes qui se reproduisaient fréquemment. Les muscles oculaires faisaient mouvoir facilement cette masse carcinomateuse, ce qui semblait indiquer que tout le mal était limité au globe, et que par conséquent ce pourrait être un cas très favorable à l'opération. Je la proposai effectivement au malade comme seul traitement indiqué, et j'y procédai le 31 mars, de la manière suivante:

Le malade étant assis sur une chaise, devant un jour convenable, un drap plié en deux ayant été placé sur le devant du tronc, et la tête étant maintenue appuyée sur la poitrine d'un aide, je fixai la tumeur avec une double airigne que je plongeai dans cette masse cancéreuse et que je confiai à un aide intelligent. J'incisai ensuite préliminairement la commissure externe des paupières dans l'étendue d'environ un pouce, du côté de la tempe. Ayant alors disséqué chaque paupière par sa face interne, et l'ayant renversée en dehors, je plongeai la pointe d'un bistouri, tenu comme une plume à écrire, vers la commissure interne des paupières, et pénétrai, en rasant l'ethmoïde, jusque près du trou optique. Rasant alors la paroi inférieure de l'orbite de dedans en dehors, j'arrivai ainsi près de l'angle externe; je retirai ensuite mon bistouri, et le reportai encore à l'angle interne pour pouvoir parcourir à son tour la voûte ou la paroi supérieure de l'orbite. J'eus soin d'enlever en même temps la glande lacrymale.

L'œil ne tenait plus, dès ce moment, que par un pédicule formé par les quatre muscles droits, le grand oblique de l'œil, le nerf optique, quelques autres nerfs, les vaisseaux et les paquets cellulo-graisseux interposés: j'excisai alors profondément ce pédicule avec des ciseaux courbés sur la lame; par là fut détachée et enlevée cette masse cancéreuse.

Après nous être hâtés d'enlever quelques autres parties molles que le bistouri avait ménagées, nous eûmes à nous occuper d'arrêter l'hémorragie qui est toujours abondante dans ces cas. A cet effet, des boulettes de charpie préparées à l'avance furent donc introduites et appliquées dans les parties profondes: de petits gâteaux de charpie peu serrés servaient à les maintenir, et ceux-ci étaient eux-mêmes tenus en place par des compresses fines pliées en quatre et fixées en définitive par un monocle.

On voit que nous nous dispensâmes de la cautérisation incandescente qui est quelquefois recommandée à la suite de cette opération. C'est que l'examen anatomique de la partie enlevée nous fit reconnaître que la partie la plus profonde du globe oculaire enlevée, le nerf optique, les muscles oculaires et les tissus circonvoisins de l'œil paraissaient sains, et que tout le mal semblait exister exclusivement dans les trois quarts antérieurs de la masse oculaire. Tout nous indiquait donc que nous avions dû dépasser la limite du mal.

Comme, vu la constitution nerveuse de l'opéré, je devais prévenir l'état de spasme qui pouvait suivre l'extirpation que nous venions de faire, je prescrivis une potion avec 45 grammes de sirop de morphine, à prendre par cuillerée dans le jour, d'heure en heure. Infusion de tilleul pour tisane.

Je suis au reste dans l'habitude, après les opérations graves que je suis à même de pratiquer, de conseiller toujours les opiacés, notamment le sirop de morphine pour combattre l'état nerveux qui les accompagne. Par là, j'apaise l'agitation du malade et tends à lui procurer un sommeil réparateur et anti-fébrile.

Il ne se passa rien d'extraordinaire dans le jour de l'opération; la fièvre fut très modérée; la nuit qui suivit fut sans sommeil, il est vrai, mais fort calme, du reste.

Pour le 1er avril, lendemain de l'opération, potion morphinée avec 32 grammes du sirop; tilleul.

Sommeil et calme la deuxième nuit.

4 avril, dans l'après-midi. Du pus coule à travers l'appareil de dedans l'orbite; le malade est incommodé par l'odeur de ce pus. Nous procédons à la levée du premier appareil, qui fut facile à cause de la suppuration établie.

Injection avec l'eau de mauve, charpie et compresse fenêtrées enduites de cérat.

La fièvre était à peu près nulle, les douleurs de l'orbite légères: le travail de cicatrisation commençait à s'opérer vers la base de l'orbite.

Nous n'eûmes, pendant la continuation du traitement, qu'à tenir l'œil propre et pansé. Lorsque des bourgeons charnus avaient besoin d'être réprimés, nous les touchions avec le nitrate d'argent. Le malade était purgé de temps en temps: un vésicatoire au bras fut aussi prescrit.

A la fin du mois, la cicatrisation était complète: les deux paupières affaissées et enfoncées couvraient la cicatrice opérée derrière elles. — Le malade quitta le 1er mai.

Tout s'était bien passé jusqu'à ce jour; le mal paraissait enlevé si complètement que la récidive semblait improbable. Malheureusement les choses ne se passèrent point ainsi. Le malade étant venu me revoir six ou sept mois après, je m'aperçus que le vide de l'orbite tendait à se combler encore: une nouvelle tumeur s'y développait derrière les paupières; elle était le siége de douleurs rares, mais lancinantes. La figure reprenait cette couleur de paille qu'elle avait déposée depuis l'opération. L'inquiétude croissante du malade nous indiquait aussi qu'il se doutait bien du retour de sa cruelle maladie.

Je lui prescrivis quelques palliatifs que je savais insuffisans pour conjurer le mal qui s'annonçait; mais j'avais besoin de calmer cette imagination irritable, que faisait frissonner la seule crainte de ce qui le menaçait si prochainement.

Cependant la maladie, qui était alors à son début, empira d'une manière fâ-

cheuse ; on peut en juger par l'étendue qu'elle occupait, lorsqu'il vint me revoir, le 17 mai 1838, trois années après l'opération.

A cette époque, non seulement la tumeur remplissait toute la cavité orbitaire, mais encore elle faisait en dehors de la base de l'orbite une saillie large, arrondie, semblable, par la forme et le volume, à une pomme aplatie. Les deux paupières étaient envahies par le cancer, dont les bords renversés, formant un bourrelet fungiforme, cachaient toute la base de l'orbite; des morceaux de cette masse charnue et dégénérée se détachaient de temps en temps dans un état de véritable putrilage. Une odeur infecte s'en exhalait malgré tous les soins de propreté.

Tourmenté par le hideux et la gravité de son mal, et par l'idée fixe d'une mort qui le menace de près, il est continuellement dans un état d'agitation extrême; il a des insomnies presque continuelles; la vie est insupportable; l'idée de ta recevoir par le suicide se présente fréquemment à son esprit; il lutte contre elle à chaque instant, et il a besoin de toute sa raison pour ne pas y succomber.

Ma position devenait on ne peut plus embarrassante. A l'état où était le cancer, et surtout après une première extirpation, je ne me souciais pas trop de recourir encore à une opération qui m'offrait bien moins de chances que la première. Mais, d'un autre côté, déclarer à cet infortuné que son mal n'offrait plus de ressources, c'eût été accroître son désespoir et faire évanouir les quelques lueurs d'espérance qui peut-être l'avaient soutenu contre la fâcheuse idée de sa destruction. Mieux valait, dans ce cas le rassurer et lui faire espérer le retour à la santé par une nouvelle extirpation.

Celle-ci, au reste, était à la rigueur possible. La maladie n'ayant pas encore gagné le front, la tempe et la joue, mais tout étant limité aux tissus de l'orbite et aux paupières, il pouvait se faire que les os ne fussent point affectés encore du principe cancéreux. C'était suffisant pour oser proposer une nouvelle extirpation. Il nous semblait impossible qu'au pis aller la position de cet homme devînt plus pitoyable.

Aussi, notre manière d'opiner étant partagée par un de nos confrères, aux lumières duquel je crus devoir m'adresser pour appuyer mon jugement, je cherchai à décider pleinement le malade, en lui faisant bien concevoir que c'était la seule voie de salut qui lui restait encore, et combien, du reste, il y avait peu à attendre de son état, si on ne le débarrassait point de sa tumeur.

Ce fut effectivement dès le lendemain, 18 mai, que je pratiquai l'opération, en présence du confrère consulté la veille. Voici de quelle manière j'y procédai :

Deuxième opération. — Le malade étant assis sur une chaise, le devant du tronc couvert d'alèses, tout ce qui était nécessaire pour l'opération étant d'ailleurs préparé, je commençai par abaisser et déprimer, avec les doigts de la main gauche, le rebord saillant que faisait la tumeur du côté du sourcil. L'arcade orbitaire étant ainsi mise à découvert, j'enfonçai, vers le côté interne de l'orbite, un bistouri jusqu'au fond de cette cavité, et j'en circonscrivis toute la voûte, en tenant la lame du bistouri aussi rapprochée que possible du frontal. Ayant atteint ainsi le côté externe de l'orbite, je le parcourus également avec l'instrument tranchant, et de là, sans retirer celui-ci, je rasai sa paroi inférieure, puis son côté interne, et rejoignis ainsi le point par lequel j'avais commencé l'incision. Ainsi se trouva détachée des parois osseuses, excepté dans le fond, cette masse cancéreuse. L'ayant alors abaissée, je coupai avec le bistouri, aussi loin que possible, le pédicule auquel elle tenait encore, et j'en débarrassai l'orbite.

Je fus ensuite à la recherche de toutes les parties molles qui avaient pu être laissées par le bistouri, et pour cela je m'aidai tantôt du bistouri, tantôt des ciseaux à lame courbe sur le plat. Non content de ces premières opérations, je promenai rapidement le cautère actuel, rouge à blanc, dans toute l'étendue de la cavité orbitaire.

Il ne resta plus dès lors qu'à faire le pansement et à arrêter l'hémorragie. Dans cette vue, des boulettes de charpie furent placées, comme la première fois, dans le fond de l'orbite, de manière à ce qu'elles exerçassent une compression efficace sur les vaisseaux ouverts. De la charpie, roulée en masses plus volumineuses, fut placée en dehors d'elles, et fut maintenue par des compresses et par le monocle.

Potion avec 45 grammes de sirop de morphine à prendre par cuillerée d'heure en heure; infusion de fleurs de tilleul pour tisane.

Nous redoutions assez les effets de la cautérisation incandescente à laquelle nous avions cru nécessaire de recourir ; néanmoins les premières journées se passèrent assez bien : aucun symptôme cérébral ne se fit remarquer ; la fièvre fut modérée ; il y eut du sommeil dès la première nuit.

22 mai, cinquième jour de l'opération. La suppuration, qui a pénétré l'appareil et qui humecte les joues, ainsi que l'odeur infecte qui s'en exhale, nous engagent à procéder au premier pansement. Celui-ci n'offrit aucune particularité digne de remarque: il fut fait avec une compresse fenêtrée, que j'introduisis dans l'orbite et que je remplis avec de la charpie.

Tout suivit une marche régulière pendant la suite du traitement; aucun accident ne survint ; la cicatrisation s'effectua convenablement et avec assez de rapidité; elle était presque complète le 22 juin, jour de son départ pour son pays.

A cette époque, l'orbite était creux, tapissé par une cicatrice régulière, qui, en avant, se continuait d'une manière insensible avec la peau, un peu attirée en dedans du sourcil, de la tempe et de la joue.

A la fin du traitement, un cautère permanent, que le malade porte encore, fut établi au bras droit. C'était un émonctoire dépuratif et révulsif à la fois.

Près de trois années se sont déjà écoulées depuis l'opération, et le malade n'a cessé de jouir jusqu'à ce jour d'une santé excellente.

Le résultat qui a suivi cette deuxième extirpation du cancer suffit pour la légitimer complètement. Les suites de ces opérations sont, sans doute, graves, si exposées à la récidive, que nous ne voudrions pas assurer que, malgré le long laps de temps écoulé, le mal ne pût repulluler encore. Nous dirons même plus, c'est qu'ayant revu ce malade dernièrement: il nous a paru qu'à la partie inférieure de l'orbite il survenait un peu de tuméfaction, sans que la texture de la cicatrice fût encore altérée. Le malade même semble éprouver quelquefois quelques douleurs vers cette même partie, et ces douleurs paraissent offrir le caractère des élancemens. Nous craignons sérieusement que ce ne soit là le commencement d'un nouvel orbitocèle cancéreux. Mais dussent encore nos craintes se réaliser, dût encore cet homme se revoir affecté d'un nouveau carcinôme, nous croirions avoir bien fait de l'opérer. Si, en effet, il a eu à passer le pénible moment de l'extirpation, il a gagné à cela trois années d'une existence saine, dépourvue de douleurs; car certainement sa carrière ne pouvait se prolonger encore, si nous n'eussions obéi à la nécessité et à l'indication de l'opération. Et dans le cas même où nous devrions avoir le déplaisir de voir repulluler le mal, celui-ci pourrait bien mettre plusieurs années encore à reprendre les tristes caractères qu'il présentait à l'époque de l'opération. Or, ce seraient alors six années de gagnées,

QUELQUES OPÉRATIONS DE CATARACTE.

En rapportant ici quelques faits relatifs à la cataracte, je n'entends pas faire du nouveau sur cette matière : trop heureux en suivant la route tracée par des mains plus habiles, d'avoir vu, par l'exécution des procédés qui nous ont été transmis, mes tentatives couronnées généralement de succès, il devra me suffire d'être le narrateur de quelques opérations que j'ai eu occasion de pratiquer en ces dernières années, soit à l'hôpital d'Aix, soit dans ma pratique privée, et d'y joindre les principales circonstances pratiques qui pourront avoir de l'utilité.

Première opération. — En novembre 1834, se présenta, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, une femme, âgée de 42 ans, atteinte d'une cécité presque complète, par le développement d'une double cataracte. Elle venait réclamer les secours de l'art pour le recouvrement de sa vue. Au point où elle en était, elle pouvait à peine distinguer le jour d'avec les ténèbres. Tout, au reste, annonçait chez cette malade une réussite dans l'opération : âge peu avancé, absence de douleurs oculaires et orbitaires, pour le présent comme par le passé, bonne constitution, etc.

Après quelques jours de préparation, par l'usage seulement des boissons émollientes, de quelques lavemens et d'une purgation, elle fut soumise à l'opération par abaissement, le 28 novembre. Nous n'éprouvâmes point, en la pratiquant, de difficulté notable. La capsule cristalline se laissa facilement déchirer, et l'abaissement du cristallin s'opéra aussi sans peine. La malade, immédiatement après l'opération, eut la satisfaction de voir assez distinctement quelques objets qui lui furent présentés.

Aucun accident grave ne vint contrarier les suites de l'opération. A deux heures de l'après-midi, au moment où la réaction fébrile commençait à s'établir, nous fîmes pratiquer une saignée du bras. Tout, à partir de là, se passa bien : l'œil n'eut qu'une phlegmasie très modérée. Un mois s'était à peine écoulé, que la malade pouvait commencer à fixer les objets sans douleur et sans inconvénient. Elle sortit vers le milieu du mois de janvier suivant, bien guérie et y voyant bien.

Cette observation nous offre un des exemples les plus favorables d'opération de la cataracte ; et l'on est vraiment heureux de voir un beau succès être si facilement obtenu.

Deuxième opération. — M. Farenc, ancien instituteur, se fit recevoir à l'Hôtel-Dieu d'Aix en octobre 1835. Il était, comme le sujet de la précédente observation, encore atteint d'une double cataracte, et l'opacité des cristallins était telle qu'il lui était devenu impossible de se guider seul et même de distinguer les objets. L'examen des yeux indiquait encore que nous aurions affaire à des cataractes lenticulaires. Le cas paraissait même très favorable, comme pour l'opération ci-dessus, sauf l'âge, qui était plus avancé (70 ans).

Ce fut peu de temps après que nous procédâmes encore, selon les désirs du malade, à l'opération d'un des yeux seulement, comme c'est notre habitude. Nous suivîmes, comme ci-dessus, le procédé ordinaire d'abaissement, c'est-à-dire que, le malade étant convenablement situé, et l'œil fixé également, nous présentâmes à l'œil l'aiguille à cataracte, tenue comme une plume à écrire, après avoir pris un point d'appui sur la pommette, avec les deux derniers doigts, et de manière que l'un de ses tranchans regardât la cornée et l'autre l'orbite, et de manière aussi que la pointe de l'instrument pénétrât ainsi perpendiculairement dans la sclérotique, à 3 millimètres de la cornée transparente, et un peu au-dessous de son diamètre transverse. La déchirure de la capsule cristalline et l'abaissement de la cataracte furent ensuite exécutés selon les règles ordinaires.

L'opération terminée, le malade fut placé dans son lit, entouré de rideaux, de manière qu'une demi-obscurité régnât autour de lui. Un bandeau léger, qui n'exerçait aucune pression sur les yeux, avait été placé au bas du front ; des fomentations froides furent faites fréquemment pendant les premiers jours.

Quarante jours après, ce malade pouvait jouir de tous les avantages d'une opération de cataracte convenablement pratiquée et heureusement terminée.

Chez ce malade encore, les suites de l'opération ont été des plus heureuses. Aucune complication sérieuse ne survint. Nous eûmes soin, il est vrai, de les prévenir par une diète convenable, par les boissons mucilagineuses, prises assez abondamment, par la liberté du ventre, soigneuse-

ment entretenue par des lavemens émolliens, et même quelques laxatifs administrés par la bouche, par quelques potions anodines, pour préserver des insomnies, qui ne sont propres qu'à entretenir l'irritation fébrile.

CATARACTE CRISTALLINE OPÉRÉE; INFLAMMATION CONSÉCUTIVE DES PLUS GRAVES; GUÉRISON INATTENDUE.

TROISIÈME OPÉRATION. — En octobre 1836, madame Ch., nous conduisit sa vieille paysanne, âgée de 78 ans, et atteinte depuis plus d'une année d'une double cataracte, en nous demandant s'il n'y aurait pas moyen de lui restituer la vue par l'opération. Si nous n'eussions considéré que le grand âge de la pauvre aveugle et la crainte que nous éprouvions de ne pas voir notre opération suivie de succès, nous aurions cherché des prétextes pour détourner l'idée d'opération. Mais comme cette malade, malgré son grand âge, conservait assez d'énergie vitale pour supporter facilement l'opération, comme elle désirait aussi vivement que nous ne négligeassions pas pour elle les ressources que l'art pouvait fournir à son état, nous pensâmes qu'il n'y avait pas lieu de repousser sa demande.

Reçue, par conséquent, à l'Hôtel-Dieu vers le milieu du mois d'octobre, elle y fut soumise à l'opération le 20. Ce fut encore à la méthode par abaissement que je donnai la préférence.

L'opération fut bien supportée : une sensation de vive clarté suivit immédiatement l'abaissement du cristallin.

Le lendemain et le surlendemain de l'opération, il n'était survenu rien d'insolite, de fâcheux. Les huit premiers jours s'écoulèrent ainsi avec peu de réaction fébrile, et nous ne doutions nullement d'un succès prochain. Mais voilà que tout à coup l'atmosphère se refroidit et d'une manière notable. Le 28 et le 29 octobre, la terre fut couverte d'une quantité abondante de neige; la température était plutôt celle d'un mois de janvier que celle d'un mois d'octobre.

La pauvre vieille ne manqua pas de se ressentir de la fâcheuse influence de cette température anormale. Une sensation de froid, dont elle ne pouvait se dessaisir, était éprouvée par elle dans tout son corps. La tête en était principalement affecté malgré toutes les précautions qu'elle prenait pour s'en garantir. Une phlegmasie oculaire des plus vives, avec chémosis, douleurs fortes, sécrétion de larmes âcres et abondantes, fièvre générale, etc., s'en suivit. Malgré bien des moyens que nous administrâmes, cette ophthalmie malencontreuse n'avait pas encore cessé complètement deux mois et demi plus tard, lorsque cette malade, qui ne supportait qu'avec peine le séjour de l'hôpital, voulut nous quitter. Elle n'y voyait pas non plus; et certes nous étions bien éloignés de penser qu'elle put jamais jouir encore des bienfaits de la lumière.

Mais ayant eu occasion, cinq ou six mois après cette époque, de passer près de la campagne qu'habitait cette femme, je ne fus pas peu étonné de rencontrer ma vieille opérée dont, depuis sa sortie de l'hôpital, je n'avais plus entendu parler, et qui, les lunettes sur le nez, parcourait tranquillement un sentier assez escarpé. M'étant approché d'elle, j'appris que, quelque temps après sa sortie de l'hôpital, elle avait commencé d'y voir un peu; que sa vue avait suffisamment gagné ensuite pour pouvoir lui permettre de se conduire toute seule. Pourquoi fallait-il que cette pauvre femme, qui avait tant apprécié le bonheur de jouir encore de la lumière du soleil dût voir, l'année d'après, sa vue faiblir encore, se perdre ensuite pour toujours!... C'est qu'elle avait 80 ans.

DOUBLE CATARACTE CAPSULO-LENTICULAIRE; OPÉRATION D'UN SEUL ŒIL; OPHTHALMIE CONSÉCUTIVE PAR IMPRUDENCE; GUÉRISON.

QUATRIÈME OPÉRATION. — A la fin de septembre 1837, m'étant rendu auprès de ma famille, dans le Vivarais, je fus consulté par madame D., de Joyense (Ardèche), qui était devenue aveugle d'une manière insensible et lente. Elle se trouvait atteinte d'une double cataracte capsulo-lenticulaire, et elle pouvait distinguer à peine la lumière des ténèbres. Lui ayant déclaré que l'opération était la seule ressource qui lui restât, elle ne voulut point me laisser retourner en Provence sans que je l'eusse opérée. L'opération fut faite, après quelques jours de préparatifs, dans la première huitaine d'octobre. Tout se passa si heureusement d'abord, que les sept premiers jours s'écoulèrent sans presque aucune réaction fébrile.

Le septième jour, elle put promener sa vue sur divers objets, par un demi-jour, sans en éprouver de fatigue ni de douleur.

Le huitième jour, la malade voulut faire plus encore : elle chercha à reconnaître, avec son œil opéré, les diverses personnes qui, connaissant le résultat de l'opération qui s'annonçait si bien, venaient amicalement l'en féliciter; elle parla même beaucoup; mais cette imprudente application de la vue amena la fatigue de l'œil, et celle-ci fut suivie d'une inflammation violente des tissus oculaires, que l'on eut bien de la peine à calmer et à modérer. Celle-ci s'accompagnait, en effet, d'insomnie, de tension et de douleur pongitive de l'œil, d'hémicrânie, d'altération, de constipation et autres symptômes, que l'état nerveux de la malade rendait plus pénibles encore. Cet état phlegmasique de l'œil persista assez longtemps pour qu'on dût concevoir des craintes sur ses suites. Enfin, après s'en être ressentie pendant près de deux mois, madame D. a fini par jouir de tous les avantages que peut procurer une opération de cataracte heureusement réussie.

Cette observation est propre à démontrer combien doivent être surveillées les suites de l'opération de cataracte, et combien il peut être dangereux aux malades de chercher à satisfaire trop tôt le vif désir qui les tourmente quelquefois de profiter de la faculté de voir qui leur est rendue. La lumière, quoiqu'on puisse dire, est un excitant pour la rétine, dont il faut savoir ménager l'action quand l'œil a été soumis aux chances de l'opération. N'en permettons le libre exercice que lorsqu'un laps de temps d'une certaine durée depuis l'opération a permis à l'œil de perdre son irritabilité première.

CINQUIÈME OPÉRATION. — Au commencement de mai 1839, ayant été pour affaires à Séderon (Drôme), j'y fus consulté par la dame N., âgée de 50 ans, qui, sept mois auparavant, avait été opérée de la cataracte, à Nyons, par le docteur Aillaud de Brisis, médecin de cette ville. Mais le succès de cette opération avait été compromis par une ophthalmie consécutive des plus violentes et des plus douloureuses, ophthalmie qui avait laissé de ses traces sur cet œil. Ainsi, quand je vis cette malade, on reconnaissait de de prime-abord que la cornée était opaque dans une grande partie de son étendue et que l'iris était tout désorganisé, signes manifestes de la kératite et de l'iritis violens qui avaient existé. Je voulus me rendre aux pressans désir de la malade, qui sollicitait de moi une autre opération pour l'œil qui n'avait pas été touché. Je procédai à celle-ci le 3 mai, en présence de deux médecins du pays. Dans ce cas, j'eus à lutter contre la réascension du cristallin, qui ne voulait pas demeurer en place, sans doute à cause de quelques parties plus résistantes de la capsule qui le sollicitaient à remonter.

Quoique je craignisse d'abord que cette opération, qui avait été plus laborieuse que les précédentes, ne s'accompagnât d'accidens phlegmasiques intenses, j'eus la satisfaction de voir qu'il n'en fut rien, pendant les quelques jours que je passai dans le pays; les soins éclairés du médecin à qui je la confiai à mon départ, ainsi que la grande docilité de la malade, prévinrent toute suite fâcheuse. Une quarantaine de jours après, la malade pouvait sortir. Depuis lors, la vue n'a pas cessé de la servir.

CATARACTE LAITEUSE AVEC RAMOLLISSEMENT DU CRISTALLIN, ABAISSEMENT ET BROIEMENT; GUÉRISON LENTE.

SIXIÈME OPÉRATION. — Dans le mois de mai de l'année 1840, nous avons eu à opérer, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, un vieillard de passage qui était loin de présenter les conditions favorables que l'on désire rencontrer. Ainsi, les pupilles étaient presque complètement immobiles, la cataracte était comme bombée, blanchâtre, un peu striée. Il nous sembla pourtant, ainsi qu'à M. le chirurgien-major, qui était alors de service, qu'il pouvait convenir de tenter encore l'opération, qui ne craignait pas de rien faire perdre au malade, et qui peut-être lui rendrait la vue.

Nous la lui pratiquâmes effectivement peu de jours après; mais l'aiguille introduite selon les règles, eut à peine pénétré dans la capsule cristalline, que l'œil se trouva immédiatement inondé d'un liquide blanchâtre, qui ne nous permit point de distinguer son intérieur. Nous crûmes alors qu'il y avait indication de chercher à broyer le cristallin le mieux que nous pourrions, afin que l'absorption s'en effectuât plus convenablement. Nous tâchâmes, en effet, d'obtenir ce résultat avant de retirer notre aiguille. L'absorption fut très lente à s'opérer. Quarante-six jours après l'opération, quand le malade quitta l'hôpital, il voyait à peine les corps que l'on mettait devant ses yeux et au grand jour, mais il ne pouvait en distinguer les contours. Cette faible lueur était, au reste, l'avant-coureur d'une amélioration notable dans son état. Nous avons appris effectivement que trois mois après, cet homme y voyait suffisamment pour se conduire.

Ce sont sans doute des cas bien défavorables que ceux qui ressemblent à l'opération en question. Heureusement que, par l'habitude d'observer les maladies oculaires, on peut souvent les diagnostiquer à l'avance pour ne pas s'en laisser surprendre. Il nous semble que, dans ces cas, il est préférable de broyer le cristallin et sa capsule par les mouvemens divers imprimés à l'aiguille, comme nous le fîmes, que de chercher seulement à l'abaisser. Quand, en effet, les humeurs de l'œil sont devenues troubles, on doit être plus sûr de broyer la cataracte que de procéder à son abaissement ou à sa dépression.

CATARACTE CAPSULO-LENTICULAIRE DOUBLE; OPÉRATION; FRIABILITÉ DU CRISTALLIN; ACCIDENS CONSÉCUTIFS.

SEPTIÈME OPÉRATION. — Mademoiselle ..., de la Guadeloupe, âgée de 66 ans, nerveuse, était depuis une année environ en France. Sa vue, qui avait commencé de faiblir avant même son arrivée, fut en diminuant graduellement, et enfin l'opacité capsulo-lenticulaire en étant venue au point de ne plus permettre le passage des rayons lumineux, l'opération devint indiquée.

Appelé pour la pratiquer, je dus d'abord m'enquérir de la qualité de la cataracte que j'aurais à traiter. L'examen attentif des yeux me fit reconnaître que l'opacité était d'un blanc assez prononcé, plus tranché en certains points qu'en d'autres, et qu'elle était entrecoupée de diverses stries inégales, irrégulières. C'en fut assez pour que nous nous attendissions à trouver la capsule opaque, indépendamment du cristallin, qui probablement l'était également. Nous fîmes même part des complications que cet état pourrait nous susciter à M. de B., neveu de la malade, qui assista à l'opération.

Ce fut le 18 juillet que nous procédâmes à celle-ci. L'aiguille introduite à 3 millimètres de la circonférence de la cornée, à travers la sclérotique, et un peu en dessous du niveau de son diamètre transverse, nous parvînmes, sans trop de peine, à déchirer en plusieurs sens la capsule antérieure, qui, cependant, était plus dense qu'elle ne l'est ordinairement. Mais, ayant ensuite voulu presser sur le cristallin pour l'abaisser, nous le trouvâmes tellement mollasse, que l'extrémité de l'instrument s'enfonçait dans son parenchyme sans le déprimer. Quand nous eûmes reconnu cette disposition, nous cherchâmes à opérer le broiement de cette cataracte, que nous ne pouvions abaisser. Mais, en faisant exécuter des

mouvemens à l'aiguille pour obtenir ce résultat, il arriva qu'une partie de ce cristallin mollasse fut déjetée dans la chambre antérieure. Nous crûmes devoir l'y laisser, attendu que les mouvemens, pour le reporter dans la chambre oculaire, n'eussent pas été exempts d'inconvéniens, et qu'on admet généralement que l'absorption de ces débris de cristallin est plus active dans la chambre antérieure.

Nous ne pûmes, comme on le conçoit bien, donner à notre intéressante malade la satisfaction de voir quelques objets immédiatement après l'opération, les débris cristalliniens obstruant le passage de la lumière. (Fomentations d'eau fraîche sur l'œil opéré, séjour au lit, boissons émollientes.)

Ce fut une douzaine d'heures après l'opération que survinrent des vomissemens sympathiques qui tourmentèrent assez vivement cette malade pendant une journée; ils s'apaisèrent ensuite, soit d'eux-mêmes, soit sous l'influence d'une potion morphinée qui lui était donnée par cuillerée.

Dans le courant du traitement, nous eûmes à faire trois applications de sangsues, à conseiller pendant quelques jours les onctions d'onguent gris belladonisé autour de l'orbite de l'œil opéré, à prescrire quelques doses de calomel comme dérivatif et laxatif. Tous ces moyens étaient conseillés pour combattre une ophtalmie consécutive, que concourait à entretenir sans doute la présence d'une partie du cristallin au-devant de l'iris.

Enfin, quand la malade s'est embarquée pour retourner à la Guadeloupe, trois mois après l'opération, l'œil était libre d'inflammation; mais à cause de l'absorption fort lente des portions du cristallin de la chambre antérieure, la malade ne pouvait pas voir encore. Espérons qu'avec un peu de temps, les obstacles au passage des rayons lumineux disparaîtront sous l'influence des forces vitales de l'organisme: c'est ce que permet d'attendre la diminution déjà assez sensible des débris cristalliniens.

Ce cas nous a présenté plus de complications que nous n'en attendions. Nous savions à l'avance que nous avions affaire à une cataracte dont l'opacité tiendrait sans doute, non seulement à un état morbide du cristallin, mais aussi à un épaississement de la partie antérieure de sa capsule; mais nous ne présumions pas que le cristallin nous présenterait le ramollissement que nous rencontrâmes; aucun symptôme pathognomonique ne pouvait nous le faire pressentir. Si nous avions eu la certitude de trouver une pareille disposition, nous aurions probablement préféré adopter la réclinaison capsulo-lenticulaire qu'a proposée M. Bergeon, il y a quelques années (1833), et qui consiste à abaisser à la fois le cristallin et sa capsule, après avoir préalablement détaché celle-ci de ses adhérences au cercle ciliaire. Cette méthode eût été peut-être préférable et eût diminué les complications que nous rencontrâmes. C'est, au reste, le procédé généralement usité que nous avons suivi, et nous nous sommes dirigé d'après les préceptes des grands maîtres dans la conduite que nous avons tenue dans cette circonstance.

J'ajouterai encore, au sujet de cette observation, qu'il m'a paru que les fragmens de cristallin qui se trouvaient dans la chambre antérieure ont seuls entretenu la phlegmasie oculaire qui pendant assez longtemps a tourmenté la malade, et que je n'ai pas reconnu que l'absorption de ces fragmens ait été plus active par leur position dans la chambre antérieure. C'est au point que, si un cas pareil venait encore à se présenter à moi pendant une opération de cataracte, je n'hésiterais pas, si ces fragmens étaient volumineux, à les extraire par une incision faite à la cornée.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 JUILLET.

CHALEUR DÉVELOPPÉE PENDANT L'INCUBATION DES REPTILES OVIPARES.

M. Valenciennes communique le résultat des observations qu'il a faites sur la femelle du serpent python à deux raies, du Jardin des Plantes. On ne savait pas jusqu'ici bien positivement si la chaleur animale des serpens augmentait pendant l'incubation. On inclinait même à penser que le serpent python, originaire des îles de l'archipel Indien, n'avait pas besoin de ce supplément momentané de chaleur, vu la température élevée des régions qu'il habite, et qu'il pouvait se dispenser d'échauffer ses œufs par l'incubation maternelle. Les faits constatés par M. Valenciennes ont démenti ces prévisions. La femelle du serpent python pondit, le 5 mai dernier, 15 œufs d'un assez gros volume. Immédiatement après, elle se ramassa en spirale, de manière à entourer ses œufs de toutes parts, et elle ne cessa de les couver pendant près de deux mois, sans jamais se déranger. Lorsqu'on approchait d'elle, elle se mettait en défense et semblait disposée à protéger ses œufs. Elle avait fait un repas composé d'un lapin vivant et de 2 kilogrammes de viande; mais pendant toute la durée de l'incubation, elle ne prit aucune nourriture, et but seulement le 25 mai, une quantité d'environ deux verres d'eau. Le 5 juillet, le premier serpent brisa son œuf, et dans l'espace de 24 heures, tous les autres parurent au jour après 56 jours d'incubation non interrompue. Ils avaient en naissant 32 centimètres de longueur; et la mère qui les avait couvés avec tant de soins les abandonna dès qu'ils furent éclos, et ne fit plus aucune attention à eux.

Quant aux expériences faites pour s'assurer de la chaleur développée pendant l'incubation, on sait qu'au Jardin des Plantes, ces serpens habitent des caisses de bois dont la partie inférieure, disposée en forme de cuve, est chauffée par de l'eau dont la température varie dans le courant de la journée, de 20° à 70°.

En outre, les reptiles sont enveloppés de couvertures de laine. Il n'était donc pas facile de distinguer la chaleur produite par l'incubation de celle qui était entretenue par ces moyens artificiels. Malgré ces difficultés, M. Valenciennes s'est assuré, par 24 observations faites avec le plus grand soin, que, tandis que la température dans la caisse et sous les couvertures était au plus de 22°, celle du corps de la femelle couvant ses œufs était constamment de 41° du thermomètre centigrade. Il n'est donc plus possible maintenant de nier le développement insolite de calorique qui accompagne l'incubation chez les reptiles de cette classe.

MM. Dumas et Milne Edwards sont chargés de faire un rapport sur cette communication.

EFFETS DE LA RARÉFACTION DE L'AIR SUR L'HOMME ET LES ANIMAUX.

M. Foureault adresse à l'Académie le résultat des expériences physiologiques qu'il a faites pour constater les effets de la diminution de la pression atmosphérique, et de la raréfaction de l'air sur le corps de l'homme et des animaux. En soumettant des animaux au vide fait par la machine pneumatique, il produit l'asphyxie cutanée. L'immersion dans l'huile détermine les mêmes phénomènes.

NATURE VÉGÉTALE DE LA TEIGNE FAVEUSE.

M. Keltner écrit à l'Académie pour revendiquer en faveur de M. Scheunlen, successeur d'Hufeland, à Berlin, la priorité de l'indication d'un végétal dans les croûtes de la teigne faveuse. Ce fait aurait été publié par lui dans les Archives de Muller. M. Keltner dit que M. Scheunlen a pu constater, dans plusieurs cas de *porrigo lupinosa*, la nature végétale de cette affection, et que par conséquent la découverte ne peut être attribuée à M. Gruby.

Renvoyé à la commission chargée d'examiner le travail de ce médecin.

SECTION DES MUSCLES DU DOS DANS LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE.

M. le docteur Jules Guérin adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

« L'Académie a entendu, dans sa dernière séance, la lecture d'un mémoire sur l'opportunité de la section des muscles du dos dans le traitement des déviations de l'épine. Je n'ai pas l'intention de répondre aujourd'hui à cette attaque. Je me propose de le faire aussitôt que l'Académie voudra bien m'accorder la parole. Mais, en attendant, je prie M. le secrétaire perpétuel de vouloir bien donner lecture du contenu d'un paquet cacheté, dont l'Académie a accepté le dépôt le 6 mai 1838. Ce paquet renferme l'énoncé de ma théorie des déviations de l'épine par rétraction musculaire, et relate ma première opération de myotomie rachidienne, pratiquée le 3 février 1838.

» Cette date montre qu'il n'est pas exact de dire, comme l'a avancé l'auteur du mémoire lu dans la dernière séance, que la myotomie rachidienne a été d'abord proposée en Allemagne, puis appliquée en France. L'ouvrage auquel on a fait allusion est celui du docteur Pauli, de Landau. Il n'a paru que dans le mois de juin 1838, c'est-à-dire quatre mois après ma première opération (1). Quelle que soit l'idée qu'on se forme de la valeur de ma méthode, je désire qu'il soit bien établi qu'elle ne m'avait été suggérée par personne, et que je l'ai mise en pratique longtemps avant que personne eût songé à la proposer.

COPIE DU CONTENU D'UN PAQUET CACHETÉ, DÉPOSÉ A L'ACADÉMIE DES SCIENCES LE 6 MAI 1838.

DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE PRODUITES PAR LA RÉTRACTION ET L'ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DES MUSCLES DU DOS. — SECTION SOUS-CUTANÉE DES MUSCLES RÉTRACTÉS; par M. Jules Guérin.

« Il existe des déviations de la colonne vertébrale produites par la rétraction primitive et l'arrêt de développement de quelques muscles (sacro-lombaires, longs dorsaux et transversaires épineux). Ces déviations, qui offrent la répétition de ce qui se passe dans le torticolis ancien causé par la rétraction et l'arrêt de développement des sterno et cléido-mastoïdiens, peuvent être traitées, comme le torticolis, par la section sous-cutanée des muscles rétractés. J'ai fait cette opération pour la première fois le samedi 3 février. Comme je fonde de grandes espérances sur ce mode de traitement, qui n'avait jamais été appliqué aux déviations latérales de l'épine, je crois devoir prendre date, aujourd'hui 5 mai 1838, par un paquet cacheté déposé à l'Académie des sciences. J'attendrai, pour faire connaître cette nouvelle application de la ténotomie :

» 1° Que j'aie pu préciser les caractères anatomiques appartenant à celles des déviations latérales qui sont produites par une rétraction et un arrêt de développement de quelques-uns des muscles de la colonne vertébrale;

(1) Quoique l'ouvrage de M. Pauli porte le millésime 1838, on peut s'assurer de la date précise où il a paru par la date que l'auteur donne à une lettre, imprimée en tête du livre, le 18 mai 1838.

» 2° Que j'aie pu fixer les rapports anatomiques existans entre les muscles rétractés et les parties environnantes;

» 3° Que j'aie obtenu des résultats capables de fixer sur le degré d'utilité de cette méthode.

» Signé Jules Guérin. »

Paris, le 5 mai 1838.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

A l'occasion d'une lettre de MM. Flandin et Danger, M. Dumas dit que MM. Flandin et Danger avaient présenté à l'Académie une note dans laquelle ils posaient en fait : qu'on peut faire dans l'appareil de Marsh des taches ne contenant pas d'arsenic, quoiqu'elles aient avec les taches arsenicales la plus grande analogie; que ces taches sont dues à la réaction électro-chimique des phosphites et sulfites ammoniacaux; enfin, que ces taches sont probablement de la même espèce que celles qui ont été nommées par quelques chimistes taches d'arsenic normal.

M. Dumas rappelle que la commission a admis le fait avancé par MM. Flandin et Danger; qu'elle a repoussé l'explication donnée par eux de la formation de ces fausses taches, qu'elle attribue au contraire à du charbon dont la combustion ne se serait pas opérée en entier; que, quant à l'analogie des fausses taches avec les taches d'arsenic normal, la commission n'a pu se prononcer sur ce point par une raison toute simple, parce qu'elle n'a jamais pu voir des taches d'arsenic normal. La commission désire qu'on lui remette la lettre de MM. Flandin et Danger, pour qu'elle puisse faire à ce sujet un supplément au rapport lu par M. Regnault dans la séance du 14 juin. (Adopté.)

Sur la demande de M. Arago, M. Dumas ajoute que la commission, en plaçant en première ligne le travail de MM. Flandin et Danger, a suffisamment établi par là que c'était à ses yeux le plus important de tous ceux qui lui avaient été soumis.

M. Regnault : C'est en effet le travail de MM. Flandin et Danger qui nous a semblé le plus important; le rapport s'est formellement exprimé à cet égard, et le long espace que nous avons consacré à l'analyse de ce travail montre assez le pas que nous en faisions.

M. Arago : Je suis bien aise d'avoir provoqué cette explication. Elle fera voir s'il a réellement été dans la pensée de la commission de donner une sorte d'infériorité à MM. Flandin et Danger, et montrera ce qu'il faut penser de l'interprétation par laquelle on a cru pouvoir, dans une autre Académie, tirer des conclusions du rapport une semblable conséquence.

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. Guillon avait déjà fait voir à l'Académie un malade traité par sa méthode; mais comme il était alors tout à fait guéri, on ne put apprécier sur lui la valeur des moyens employés. Aujourd'hui, il présente un autre malade en traitement, chez lequel il a déjà obtenu la guérison d'un abcès de la prostate et de 15 fistules au périnée. M. Guillon établit ensuite comme propositions fondamentales :

1° Que la cautérisation des rétrécissemens de l'urètre est un mode de traitement tout à fait insuffisant, et qui ne tardera pas à être généralement abandonné.

2° Que l'incision, les mouchetures, les saignées locales aidées de la dilatation sont au contraire le meilleur moyen.

3° Que la dilatation employée seule, la plus ancienne des méthodes ne peut être qu'un moyen palliatif.

SUR L'OXIDATION DE LA GÉLATINE.

M. Persoz écrit à l'Académie que ses recherches lui ont fait reconnaître que la gélatine, substance azotée neutre, est susceptible, quand elle est soumise à un agent oxidant, de se transformer en cyanide hydrique (acide hydro-cyanique), en ammoniaque et en acide carbonique. Il y a de plus, dans cette circonstance, production d'une petite quantité d'un des acides gras volatiles et odorans dont l'existence a été signalée par M. Chevreul. M. Persoz fait remarquer que cette observation conduit à rechercher par l'analyse, si, parmi les produits des sécrétions normales ou anormales de la peau, il ne se trouve point de l'ammoniaque, du cyanide hydrique ou quelqu'un de ses dérivés, tels que les composés du cyanogène et l'acide formique. Il pense que, dans certains cas de suppuration, il peut se former de l'acide hydro-cyanique, et rappelle à ce sujet que M. le docteur Nonat lui a fait voir des bandes et de la charpie teintes en bleu verdâtre, après avoir été longtemps en contact avec la matière purulente d'un abcès. On peut attribuer cette coloration à du bleu de Prusse; mais pour vérifier le fait, et surtout pour en trouver l'explication, il faudrait observer l'effet que produirait le pus de diverses plaies sur des pièces de linge imprégnées d'un sel ferrugineux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX

Lecture est donnée du procès-verbal de la dernière séance.

M. Pelletier : Il est un point sur lequel je crois que ma pensée n'a pas été bien rendue dans le procès-verbal. J'ai dit que l'incinération par le nitrate de potasse présente un inconvénient assez grave. Telle est en effet ma conviction; je ne proteste pas néanmoins contre la conclusion du rapport qui accorde la préférence à ce procédé, parce que je n'ai pu assister aux expériences faites pour en apprécier la valeur; mais j'ai cru qu'il était de mon devoir de faire au moins à ce sujet quelques réserves, et j'exposerai mes motifs, si l'Académie le désire.

Le procès-verbal est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle comprend une lettre de M. le ministre de l'instruction publique avec envoi d'un rapport fait par un médecin du département de la Dordogne, sur une épidémie de suette miliaire.

Commissaires : MM. Rayer et Bricheteau.

M. Estor communique à l'Académie l'observation d'une amputation coxo-fémorale pratiquée avec succès.

Commissaires : MM. Roux et Larrey.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. Orfila : Quel que soit le motif qui porte M. Gerdy à prendre si souvent la parole dans le débat d'une question sur laquelle il s'est déclaré incompétent, je suis persuadé qu'il regrettera d'avoir été si mal servi par sa mémoire dans la dernière séance, et d'avoir mis l'erreur à la place de la vérité. Deux mots suffiront pour prouver que M. Gerdy, en parlant de M. Christison, lui a prêté un langage qu'il n'a jamais tenu. « La découverte de l'absorption de l'arsenic, a dit M. Gerdy, et du transport de ce poison dans les organes, n'appartient pas à M. Orfila, puisqu'il y a longtemps que le professeur Marx, d'Allemagne, avait, au dire de Christison, cherché et retrouvé l'arsenic dans le cerveau, le cervelet et la moelle épinière des animaux empoisonnés par l'estomac. » Voici le passage textuel de l'ouvrage de Christison.

« Toujours est-il que l'on croit généralement que l'arsenic passe dans le sang. Cependant personne jusqu'ici n'a pu *en constater la présence* d'une manière satisfaisante. On assure, il est vrai, qu'il y a été découvert dernièrement dans le cours de quelques expériences faites dans ce but par le professeur Fodéré. Chez des personnes qui employaient l'arsenic sous forme de médicament, il obtint deux fois *des indices* de la présence de ce poison dans l'urine, le nitrate d'argent et l'hydrogène sulfuré y produisant l'un et l'autre *un nuage d'un jaune blanc pâle*. Mais les remarques déjà faites sur les erreurs auxquelles ces réactifs peuvent donner lieu, ne permettent pas de tirer *quelque conclusion de ce résultat*.

» Une remarque faite par le professeur *Marx*, dans son savant ouvrage sur les poisons *tendrait à faire croire* que Emmers avait trouvé l'arsenic dans quelques-uns des tissus mous du corps, car il fait observer, *d'après l'autorité* de cet expérimentateur, que des différentes parties d'animaux empoisonnés par l'arsenic, la moelle épinière *seule* produit des effets fâcheux sur d'autres animaux, et que du poison injecté que l'on ce peut retrouver *même dans les vaisseaux sanguins*, a été découvert dans la partie postérieure du cerveau et dans la moelle épinière; mais il *m'a été impossible de trouver* dans les mémoires d'Emmers quelque passage qui aurait pu servir de fondement à cette assertion.

» Chez les chats empoisonnés par l'arsenic, les uns lentement, les autres promptement, le docteur *Hardegg, cité par Marx, ne put*, en employant les réactifs liquides de ce poison, *le découvrir* ni dans le sang, ni dans le cerveau, ni dans la moelle épinière. Chez un cheval qui avait pris 11 dracgmes et demi d'arscoic, dans l'espace de 60 heures et qui mourut 36 heures après la dernière dose, le docteur Schubarth *ne put*, en employant le procédé de Rose, *découvrir le poison ni dans le foie, ni dans les poumons, ni dans les muscles, ni dans le cœur, ni dans les veines, ni dans la rate, ni dans le sang, ni dans le cerveau.*

» Christison ajoute : on ne doit pas être *surpris du manque de faits* concluans pour prouver la présence de l'arsenic dans le corps, si l'on considère combien sont petites les quantités de poison qui agissent, et combien il est difficile de découvrir dans le sang des quantités aussi minimes. » (Traité sur les poisons, 2e édition, 1832, p. 263.)

Ainsi Marx, à qui on attribue la découverte, n'a pas fait une seule expérience, et Christison à qui l'on fait dire que l'arsenic a été trouvé dans les organes, dit formellement le contraire et cherche à expliquer pourquoi ce poison n'a pas encore été isolé. *Tout ceci n'a pas besoin de commentaire.*

M. Gerdy : Avant d'aller plus loin, je veux vider l'incident qu'élève M. Orfila. Quel que soit le motif qui porte M. Gerdy à prendre la parole, dit-il..... Le motif, Messieurs, il est bien simple. Personne ne se présentant pour examiner un rapport qui, à mon avis, ne pouvait passer sans discussion, j'ai pris la parole pour le faire. Quant à la rectification que vous venez d'entendre, M. Orfila a mis huit jours à analyser le passage de Christison; il faut que les armes soient égales, et je demande aussi qu'on me laisse huit jours pour répondre. Voilà tout ce que j'avais à dire pour le moment. J'ajouterai cependant, à propos des vociférations dont je suis continuellement l'objet, qu'il me semble que, dans une assemblée, aucun membre n'a le droit d'interrompre à tout propos. Si dans la dernière séance, j'ai laissé entendre quelques expressions que j'aurais voulu retenir, elles m'ont été arrachées précisément par les interpellations et les apostrophes qui m'arrivaient à chaque instant, et me sont échappées, si je puis le dire, dans la chaleur du combat. Nul ne peut ici imposer son opinion; la police de l'assemblée appartient au président, et il n'a pas besoin qu'on le fasse souvenir de ses devoirs. Ce n'est pas à vous, mais à lui qu'il convient de rappeler les orateurs à l'ordre, et si vous voulez substituer votre autorité à la sienne, et couvrir ma voix de vos clameurs, il ne fera qu'user de son droit en vous disant : Taisez-vous!

M. Londe, au nom de la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale, propose de présenter six candidats à la place vacante. Il invite, en outre, plusieurs des compétiteurs à envoyer la liste de leurs titres; il demande à ce sujet s'il ne conviendrait pas de retarder l'élection de trois mois; cette me-

sure, si elle était adoptée, aurait l'avantage de permettre aux candidats de faire des lectures, d'éclairer l'Académie, et de la mettre à même de se prononcer avec connaissance de cause sur leur mérite respectif.

La proposition pure et simple de présenter les cinq candidats est mise aux voix et adoptée.

M. Bouillaud : Je ne m'attendais pas à prendre la parole dans la question présente; car je ne suis rien moins que compétent en chimie. Mais depuis la dernière séance le champ de la discussion s'est singulièrement agrandi. Je commencerai par exprimer le regret que M. le rapporteur ait trop souvent fait d'une question purement scientifique une question de personnes. Je ne puis non plus partager son avis lorsqu'il a dit que, il y a trois mois, les questions relatives à l'arsenic étaient entièrement résolues. Vous avez cependant présentes à l'esprit, Messieurs, toutes les discussions qui ont eu lieu ici sur ce sujet. En 1839, s'est élevée une question excessivement importante et qui tint longtemps toute la société en éveil, la présence de l'arsenic à l'état normal dans le corps de l'homme. L'existence de ce métal dans nos tissus était si bien admise à cette époque, qu'on se disputait la priorité pour l'indication du fait. La question n'était donc pas définitivement jugée alors; et la science a-t-elle depuis ce temps marché tellement vite qu'elle ait pu arriver aujourd'hui sur ce point à la perfection?

D'un autre côté, je n'ai pas entendu sans peine M. Gerdy dire qu'il était seul à combattre le rapport. Certes, je rends hommage à son indépendance, et au talent courageux qu'il apporte dans l'accomplissement de sa mission, mais, il n'est pas le seul, j'aime à le croire, qui désapprouve les conclusions du rapport et qui énonce hautement son opinion.

Je reviens à l'arsenic normal. Vous avez d'abord vu M. Orfila vous faire part de ses doutes. Plus tard, MM. Flandin et Danger sont venus nier son existence de la manière la plus formelle. La science a donc progressé sous ce rapport; et il y aurait un intérêt majeur à ce que la question fût approfondie. Je ne fais ici que la soulever, et j'engage seulement ceux qui sont plus versés que moi en chimie à poursuivre leurs recherches et à apporter de nouvelles lumières.

M. Bussy a dit que, dans un procès célèbre, on a obtenu un si grand nombre de taches qu'on a jugé inutile d'expérimenter sur la totalité. Mais ces taches étaient-elles vraiment arsenicales? C'était justement là ce qu'il fallait préciser puisqu'on sait qu'il existe des fausses taches qui peuvent simuler à s'y méprendre celles qui sont dues à l'arsenic, et que d'après le rapport de l'Institut on ne doit pas prononcer d'après ce seul indice.

Enfin, au milieu de tant de doutes, en présence des contradictions que j'ai signalées, je crois qu'il faut user de la plus grande circonspection dans la rédaction des conclusions sur lesquelles nous aurons à voter; et je déclare, pour ma part, qu'il serait dangereux de confier désormais aux experts ordinaires le soin de procéder aux recherches médico-légales, car l'erreur est facile, et vous voyez qu'un chimiste qui n'aurait pas approfondi la question ou qui aurait négligé de se tenir au courant des progrès de la science serait très exposé à la commettre.

M. Caventou : M. Bouillaud m'a accusé d'être revenu un peu trop souvent sur la question de personnes; mais la commission n'était pas seulement appelée à juger les travaux de MM. Flandin et Danger, elle devait aussi examiner ceux de M. Orfila. Or, comme les conclusions des deux premiers chimistes n'allaient à rien moins qu'à ruiner la doctrine de M. Orfila, il était bien difficile que les noms des adversaires ne se trouvassent pas quelquefois mis en opposition. Quant au reproche que me fait M. Bouillaud d'avoir dit qu'il y a quelques mois, la science était arrivée sur ce point à un état *satisfaisant* (c'est l'expression dont je me suis servi), il est évident que je n'entendais pas parler de la question de l'arsenic normal, puisqu'elle ne nous était pas soumise; mais pour les autres questions, pour ce qui regarde les moyens propres à reconnaître l'arsenic, oui, je persiste à le dire, la science était arrivée à un état satisfaisant.

M. Gerdy : L'Académie, sans doute, doit être fatiguée de la longueur de cette discussion; mais jamais, il faut bien l'avouer, question plus importante ne s'est débattue dans son sein; il y a en effet ici en présence deux doctrines opposées; l'une qui expose à laisser des coupables impunis, l'autre qui peut entraîner à frapper des innocens; deux doctrines soutenues l'une par l'autorité de l'Institut, l'autre par celle de votre commission. Aussi, je vous l'ai déjà dit, le rapport a été rédigé, principalement avec l'intention de contrebalancer l'effet produit par la décision de l'Institut. Et cela est tellement vrai que, comme j'étais inscrit pour la séance où le rapport vous a été lu, M. Caventou vint me prier de lui céder mon tour de parole pour faire la lecture de son rapport qui ne pouvait attendre plus longtemps, me dit-il, à cause de l'apparition récente de celui de l'Institut. Tel a été l'esprit qui a présidé à la composition de ce rapport; ne nous étonnons donc pas s'il immole la vérité à l'erreur, et de jeunes savans dont tout l'espoir est dans l'avenir, à un homme déjà riche de gloire et de puissance.

Nous avons à examiner aujourd'hui la question jusque dans ses entrailles. Je commencerai par un aveu : je me suis trompé dans la dernière séance en disant que le rapport traitait M. Orfila comme le Dieu de la médecine légale. Ce n'était effectivement que de ses travaux de chimie toxicologique qu'il s'agit; mais mon erreur vient uniquement de ce qu'il ne m'a pas été possible de prendre connaissance du rapport. Quoi qu'il en soit des motifs qui ont contribué à m'en faire refuser la communication, il me semble qu'au lieu d'une apologie de M. Orfila, le devoir de votre commission était de porter un jugement comparatif sur ses adversaires et sur lui. En se conduisant différemment, M. le rapporteur a fait une imprudence d'ami; en exagérant l'éloge, il a provoqué le blâme. Et j'ai été d'autant plus surpris de voir M. le rapporteur s'occuper presque exclusivement de M. Orfila, que de cette manière il empiétait sur les attributions de la grande commission, composée de onze membres, et nommée cet hiver pour examiner les travaux de ce professeur. Dans la dernière séance, il est vrai, M. Orfila a déclaré qu'il est insensible aux éloges; en cela, il a parfaitement raison; mais s'ensuit-il que les éloges n'aient pas été donnés?

A propos de l'état des connaissances toxicologiques avant MM. Flandin et Danger, le rapport de l'Institut dit que les procédés donnés par M. Orfila semblaient satisfaire aux recherches de la médecine légale; *semblaient satisfaire !* ils ne satisfaisaient donc pas. Ici, au contraire, on a prêté à M. Regnault un tout autre langage : on a prétendu qu'il avait donné ces procédés comme satisfaisant complètement aux besoins de la science; et, sous ce rapport, on a fait aller l'Institut plus loin que M. Caventou lui-même.

Je pourrais, moi aussi, commenter des mots et des lambeaux de phrases du rapport de l'Institut pour y découvrir un sens favorable à ma cause. On vous a dit que, en remerciant simplement MM. Flandin et Danger pour leurs efforts, l'Institut les avait placés après MM. Lassaigne, Kœpplin, etc., dont il avait approuvé les utiles travaux. Mais d'abord, Messieurs, permettez-moi de vous le dire, jamais on ne met *la tête à la queue*; et si M. Regnault a mentionné MM. Flandin et Danger en tête de son rapport, c'est vraisemblablement parce qu'il jugeait que leurs recherches étaient les plus importantes. Au reste, MM. Flandin et Danger, justement blessés de ces insinuations, se sont adressés à l'Académie des sciences pour demander ce qu'ils en devaient penser, et après quelques explications données par MM. Dumas, Regnault et Arago (Voy. ci-dessus le compte-rendu de l'Académie des sciences), il a été décidé qu'on ferait un supplément de rapport, afin de bien mettre en évidence l'opinion de l'Institut, et de constater qu'il reconnaît les travaux de MM. Flandin et Danger supérieurs en importance aux autres mémoires dont il s'agissait dans le rapport.

M. Orfila a dit qu'il a poursuivi, qu'il a *traqué* MM. Flandin et Danger pour les forcer à comparaître devant l'Académie de médecine. Mais ce mot lui est sans doute involontairement échappé; car s'il était l'expression de sa pensée, il faudrait donc admettre qu'il y a ici quelqu'un qui dispose à son gré de la majorité, et qui domine nos délibérations. Certes, nous n'en sommes pas là, je puis le dire en toute assurance; car si l'on a vu des assemblées corrompues et des corps entiers devenus mercenaires, jamais on n'a vu des Académies serviles et à la merci d'un seul homme!

M. Pelletier vous a dit que la carbonisation sulfurique n'est qu'un perfectionnement de la carbonisation nitrique. Je le regrette beaucoup, mais il m'est encore impossible de tomber d'accord avec lui sur ce point. Voici comment MM. Flandin et Danger sont arrivés à ce résultat : ils ont d'abord essayé tous les procédés; puis ayant constaté, après une nombreuse série d'expériences, qu'avec l'acide sulfurique on fait moins de pertes que par tout autre réactif, et notamment que par le nitrate de potasse, ils ont donné la préférence à ce mode de carbonisation.

On vous a encore dit : Oui, l'appareil de Marsh donne de bons résultats, mais c'est un appareil incommode et d'un maniement difficile. Mais, est-ce là un motif pour le rejeter, s'il est réellement le plus sûr de tous les moyens propres à reconnaître l'arsenic?

J'arrive à la question de l'arsenic normal. Cette doctrine appartient à M. Couerbe, a dit M. Orfila, mais je l'ai adoptée, et je suis trop honnête homme pour ne pas en convenir. Mais, est-ce que j'ai jamais mis en doute que M. Orfila fût honnête homme? Ce serait s'abuser étrangement sur le sens de mes paroles que de me prêter une pareille pensée. Maintenant, M. Orfila a fait lire ce qu'il avait consigné ici dans un paquet cacheté, et il en résulterait, suivant lui, qu'il aurait été le premier à élever des doutes sur la présence de l'arsenic dans nos tissus, car le dépôt de sa communication à ce sujet date du 3 novembre 1840. Mais, par une bizarrerie singulière, par un défaut de mémoire vraiment inconcevable, tandis qu'il doutait ici de la présence de l'arsenic normal, ailleurs il l'affirmait positivement, et il imprimait à la fin de décembre 1840, dans plusieurs ouvrages, qu'il y avait de l'arsenic normal dans le corps de l'homme.

M. Orfila : Je demande la parole.

M. Gerdy lit un passage de l'Esculape du 12 décembre 1840, ainsi conçu : « A cela, M. Orfila répond qu'il n'a fait qu'exprimer une vérité en disant qu'il est reconnu aujourd'hui, par ses expériences, qu'il existe naturellement dans le corps de l'homme une infiniment petite quantité d'arsenic. On sait, en effet, que si M. Couerbe a annoncé le premier qu'il lui semblait qu'il se développe de l'arsenic pendant la putréfaction, il n'a jamais rien publié avant M. Orfila qui pût faire croire à l'existence de l'arsenic dans les corps non putréfiés. »

Et un peu plus loin : « Enfin, M. Orfila est tellement peu revenu de son erreur, et il est tellement éloigné de soutenir que, dans un cas d'empoisonnement, les muscles ne contiennent pas d'arsenic, qu'il persiste plus que jamais à dire que la chair musculaire de bœuf, avec laquelle on prépare journellement le bouillon, renferme une matière arsenicale; il persiste, parce que c'est la vérité. »

La même opinion se trouve reproduite d'une manière aussi précise dans l'Almanach de médecine publié au commencement de 1841.

Ainsi, reprend M. Gerdy, d'une part des doutes, de l'autre une affirmation positive; ici, il disait oui, et là il disait non. Il résulte donc de ces citations que la destruction de la doctrine de l'arsenic normal est véritablement due à MM. Flandin et Danger, et peut-on dire que des hommes qui ont fait cela n'ont rendu qu'un petit service! M. Orfila est si peu fondé à s'attribuer une part dans l'honneur de cette découverte, qu'en procédant comme il le faisait, l'Institut l'a formellement déclaré, on ne pourrait extraire de l'arsenic du corps de l'homme, alors même qu'il en contiendrait réellement; et je sais pertinemment que, dans une expérience faite au sein de la commission de l'Institut, on n'a pu, en suivant le procédé de M. Orfila, parvenir à retrouver de l'arsenic qu'on avait mis à dessein dans les matières analysées.

Passons actuellement aux taches. M. Caventou a dit que MM. Flandin et Danger n'avaient pu, dans aucun cas, réussir à produire leurs taches pseudo-arsenicales. Cela m'avait d'abord semblé extraordinaire, et ne pouvant comprendre qu'il en eût été ainsi, j'ai demandé sur ce point des explications à MM. Flandin et Danger eux-mêmes. Ils m'ont répondu que c'était une erreur, un oubli de la part de M. le rapporteur. J'ai donc consulté les procès-verbaux, et j'ai vu dans celui de la première séance que des taches avaient été produites. (M. Gerdy lit les passages du procès-verbal, desquels il résulte qu'on a obtenu des taches après la carbonisation, soit par l'acide nitrique, soit par l'acide sulfurique.) La con-

clusion du procès-verbal, ajoute-t-il, est même la suivante : « La commission aurait cru pouvoir conclure de ces expériences à l'existence des taches, au point de vue scientifique, mais elle n'aurait pu conclure ainsi dans une affaire criminelle. » Il est juste d'ajouter que M. Caventou, qui n'était pas présent à la rédaction de cette dernière phrase, a fait quelques réserves.

La preuve, d'ailleurs, que l'Institut ne regarde pas la distinction des vraies et des fausses taches comme bien facile, c'est qu'il défend de juger sur ce seul indice, et s'il pouvait rester quelques doutes sur la pensée de l'Institut, ils seraient dissipés par les explications si nettes et si positives que MM. Thénard et Regnault ont données à ce sujet dans l'avant-dernière séance. Sans doute ce système médico-légal, qui ne juge que sur des preuves et repousse tout ce qui est probabilité, sera trouvé trop sévère par quelques personnes; mais c'est un axiome incontestable, qu'il vaut mieux sauver cent coupables que de s'exposer à faire périr un innocent. Quelle est donc la doctrine qu'on voudrait opposer à celle-ci? Vous allez en juger, Messieurs. La nature arsenicale des taches se reconnaît à quatre signes : leur miroitement, leur volatilité, leur solubilité dans l'acide nitrique; et le précipité rouge-brique qu'elles donnent avec le nitrate d'argent. Eh bien! M. Orfila croit qu'on peut conclure à l'empoisonnement d'après trois de ces caractères seulement. C'est là, comme vous le voyez, une doctrine tout à fait différente de celle de l'Institut, doctrine éminemment dangereuse. MM. Flandin et Danger ont eu raison de s'élever contre elle, et moi-même je suis en droit de l'attaquer, bien que je ne sois pas chimiste. N'y a-t-il donc que les chimistes qui puissent juger des questions de cette nature? Et, s'il en était ainsi, pourquoi tous les jours, dans les tribunaux, fait-on lire aux experts le procès-verbal entier de leurs opérations, devant les jurés qui sont pour la plupart dépourvus de notions scientifiques? C'est qu'on sait très bien qu'il est dans ces matières une foule de points sur lesquels le simple bon sens suffit pour décider avec une pleine sécurité.

Pourquoi ne pas s'en rapporter aux taches? dit M. Orfila; ces taches ne sont-elles pas de l'arsenic? A cela, Messieurs, je n'ai qu'une réponse à faire : l'Institut qui s'y connaît mieux que moi condamne cette méthode, et M. Thénard a fort bien fait observer que les taches peuvent constituer des indications quelquefois, des preuves, jamais.

C'est en vain que M. Orfila rappelle que, dans ses ouvrages, il a toujours recommandé d'obtenir un anneau métallique. Messieurs, on est responsable, non seulement de ses préceptes, mais de ses exemples, et, lorsqu'on a prononcé sur de simples taches, lorsque, pour juger de leur nature arsenicale, on s'est contenté de trois des caractères de l'arsenic, je dis qu'on a donné un mauvais exemple, un exemple d'une imprudence fatale et meurtrière. Et cela est si vrai, l'erreur est si facile, d'après cette méthode, que, en la suivant, M. Orfila, homme d'une habileté si consommée cependant, a trouvé de l'arsenic partout, dans tous les tissus de l'économie, dans la viande de bœuf et de mouton, dans le pain, dans les terrains de cimetières, etc.; en un mot, chaque fois qu'il répétait ses expériences, il obtenait de l'arsenic, et il en trouvait tant, qu'il en était lui-même étonné, et que, ne pouvant se défendre d'une certaine défiance, il a cherché si cette énorme quantité de poison ne provenait pas des réactifs, ou des vases qui lui servaient dans ses expériences. Mais jamais la pensée ne lui est venue d'en chercher la cause là où elle était, dans le peu de précision de sa méthode; sa foi, sur ce point, est restée entière; il ne prononçait que sur les taches, et ce sont les taches qui le trompaient. Et supposez qu'au lieu de ces recherches de pur intérêt scientifique, c'eussent été des affaires criminelles; sur ce simple indice cependant, sur ce seul caractère qui l'a si souvent trompé, M. Orfila concluait de même, concluait avec conviction (qui peut en douter?), et vingt têtes roulaient sanglantes sur l'échafaud!

Je me résume, Messieurs : deux doctrines, vous le voyez, sont en présence : l'une a l'appui de votre commission; l'autre a pour elle le suffrage de l'Académie des sciences, qui, nous devons l'avouer, est au moins notre sœur aînée dans les questions scientifiques. Or, elle a déclaré que l'appareil de MM. Flandin et Danger l'emporte sur les autres procédés, que jamais il ne faut s'en tenir aux taches, mais extraire l'arsenic métallique. En se prononçant sur tous ces points à diverses reprises, et de la manière la plus formelle, l'Institut nous a mis dans une position excessivement grave. Si, contre cette autorité imposante, l'Académie donnait aujourd'hui raison à M. Orfila, son jugement, n'en doutez pas, serait partout désapprouvé, et je crois que, de ce moment, sa dernière heure aurait sonné; car elle serait devenue un instrument inutile entre les mains du ministre, et n'oserait plus à l'avenir se permettre de décider sur une seule question. Je vous ai fait voir, du reste, ce que la doctrine de M. Orfila aurait de dangereux; car elle l'a fait tromper vingt fois, et, à coup sûr, portée devant les tribunaux, elle aurait fait tomber vingt têtes innocentes..... Si c'est une pareille doctrine que vous voulez adopter, vous le pouvez, mais songez-y, Messieurs, après l'avoir sanctionnée, vous ne serez plus maîtres d'en arrêter les funestes effets.

M. Orfila : M. Gerdy vient de répéter à peu près ce qu'il avait dit dans les deux séances précédentes; aussi ne répondrai-je pas à tous les points qu'il a traités pour ne pas m'exposer à des redites qui fatigueraient l'Académie. Pour ce qui est relatif à l'arsenic *normal*, c'est à tort que M. Gerdy s'obstine à nier que ce soit dans mon laboratoire que MM. les commissaires de l'Institut aient constaté pour la première fois que les os n'en fournissaient pas; qu'il lise au bas de la page 1092 des comptes-rendus de la séance du 14 juin, et il trouvera la preuve de ce que j'avance; les expériences dont il est fait mention remontent à la fin d'octobre 1840; c'est-à-dire à une époque antérieure de deux mois à celle où MM. Flandin et Danger ont parlé de ce sujet. Faudra-t-il donc répéter encore que les taches obtenues avec des os en 1839 étaient véritablement arsenicales? J'ai affirmé qu'elles en offraient tous les caractères chimiques; il est aisé de prouver d'ailleurs *qu'elles n'étaient pas formées* par la matière indiquée par MM. Flandin et Danger; car, s'il en était ainsi, on devrait faire aussi bien ces taches aujourd'hui qu'autrefois, *en suivant le même procédé que l'on employait alors* : or, on n'obtient rien, comme l'a parfaitement établi ce rapport de l'Institut dans les passages que j'ai cités à la séance du 6 de ce mois. Evidemment, si ces taches étaient dues à la formation de sels ammoniacaux pendant l'action de l'acide sulfurique, on devrait les produire à volonté, en agissant de même, et cela n'est pas.

Si, dans la réponse à M. Raspail, dont M. Gerdy vient de lire quelques passages, et qui parut en décembre 1840, il est dit qu'il existe une minime quantité d'arsenic dans le corps de l'homme, quoique j'eusse déposé à l'Académie, dès le 3 novembre, une note portant que je ne trouvais plus d'arsenic dans certains de nos tissus, cela tient à ce que cette réponse fut imprimée vers le milieu d'octobre; nous ne voulions faire paraître cet écrit qu'après le jugement de la Cour de cassation sur l'affaire de Tulle, mais nous désirions le livrer au public le lendemain du jour où ce jugement aurait été porté; tout était donc préparé longtemps d'avance, et c'est par oubli que l'on ne changea pas le paragraphe auquel M. Gerdy fait allusion. Il n'est donc pas juste de dire que je soutenais publiquement qu'il y avait de l'arsenic dans le corps de l'homme, six semaines après avoir déposé à l'Académie la note dans laquelle j'annonçais ne plus pouvoir extraire ce corps.

A propos de ce même arsenic normal, M. Gerdy prétend que, par les procédés que j'employais, il n'eût pas été possible de retirer des os l'arsenic qu'ils auraient renfermé, alors même qu'ils en auraient contenu, et il s'appuie sur des expériences faites par la commission de l'Institut : « On a mélangé, dit-il, de l'acide arsénieux avec des os; on a traité par votre procédé, et l'on n'a pas retrouvé l'arsenic. » Ma réponse sera péremptoire : on lit dans le rapport de l'Institut (Expérience 30[e], p. 1103) : « On a ajouté à 500 grammes d'os 2 milligrammes d'acide arsénieux, et on les a soumis au même traitement. *Les liqueurs ont donné des taches arsenicales nombreuses.* »

Mon collègue me blâme aussi de ne pas avoir dit, en rapportant mes expériences, que j'avais constaté *chaque fois par les réactifs* que des taches que je disais arsenicales l'étaient en effet. Mais fallait-il répéter incessamment ces mots : *je me suis assuré de la nature arsenicale* de ces taches, en les volatilisant, en les dissolvant dans l'acide azotique et en les traitant par l'azotate d'argent et par l'acide sulfhydrique? Ces répétitions eussent été fastidieuses et inutiles. Voyez si M. Regnault s'exprime autrement que moi; lisez les détails de toutes les expériences de la commission de l'Institut, à commencer par la 30[e] que je viens de citer, et vous ne trouverez que ces mots : *les liqueurs ont donné des taches arsenicales.*

M. Gerdy s'appuie sur une nouvelle note lue dans la séance du 12 de ce mois par le rapporteur de la commission de l'Institut, dans laquelle, dit-il, les taches sont proscrites. A cet égard, je répéterai ce que j'ai déjà dit; dès l'année 1839, j'ai insisté dans mes écrits, comme je l'ai toujours fait depuis, sur l'utilité qu'il y avait à obtenir à la fois des *taches arsenicales* et un *anneau* d'arsenic métallique; j'ai déjà lu et je vais relire encore le passage du Bulletin de l'Académie de février 1839, dans *lequel je prescris formellement aux experts d'agir ainsi.* J'ai fait plus, j'ai indiqué le procédé à l'aide duquel on recueille des lamelles d'arsenic en employant la porcelaine conseillée par M. Chevallier. Ainsi, il n'est pas vrai que je n'aie jamais parlé d'un anneau ou de l'arsenic recueilli dans le tube. Mais, Messieurs, c'est étrangement s'abuser que de croire que les taches soient autre chose *que de l'arsenic métallique*; c'est en effet de l'arsenic *sous une forme sous laquelle il n'aurait pas été vu avant l'année* 1836. Que l'on proscrive ces taches, en tant que l'on se bornerait à les regarder et à s'en tenir là, je le conçois; mais que l'on dise qu'elles n'ont aucune valeur, quand on les a soumises à l'action des réactifs et que l'on a prouvé qu'elles offraient *tous les caractères chimiques de l'arsenic*, cela n'est pas admissible; et, je pourrais citer bien des passages du rapport de l'Institut où cette doctrine est consacrée. Or, j'ai toujours dit qu'il fallait *s'assurer* de la nature arsenicale de ces taches. Voici comment s'exprime M. Regnault à cet égard. « M. Orfila observe à cette occasion qu'on ne saurait être trop circonspect, lorsqu'on aura à se décider sur la nature des taches obtenues; *l'expert ne devra jamais dire* qu'elles sont *arsenicales* s'il ne leur a pas reconnu les caractères de la volatilité et du précipité rouge-brique avec le nitrate d'argent. »

On se trompe si l'on croit qu'un expert puisse conclure à l'existence d'un empoisonnement, par cela seul qu'il a obtenu de l'arsenic sous forme de taches ou d'anneau, ce n'est là qu'un des élémens de l'affaire, parce que l'arsenic obtenu aurait pu être ingéré comme médicament, ou placé sur une partie du cadavre après coup. Le médecin expert n'affirme qu'il y a eu empoisonnement que lorsque les symptômes observés pendant la maladie et les lésions constatées après la mort établissent qu'il y a eu en réalité action délétère.

Afin d'être mieux compris je citerai un exemple : Un individu, jusqu'alors bien portant, est tout à coup en proie à des accidens graves, après avoir mangé un potage; il vomit abondamment et à plusieurs reprises, et a des selles nombreuses; il éprouve des syncopes, de fortes convulsions, etc.; ces symptômes persistent ou se reproduisent souvent pendant 24 ou 36 heures; la mort survient, et à l'ouverture du cadavre on constate dans le canal digestif des altérations remarquables, une vive inflammation des ecchymoses, des escharres, etc. D'un autre côté l'analyse chimique démontre qu'il y a de l'arsenic dans le canal digestif ou dans les matières vomies, ou dans les viscères, tels que le foie, la rate, etc. On conclut de l'ensemble de ces données que l'individu est mort empoisonné par l'arsenic. C'est toujours ainsi que j'ai agi dans les affaires médico-légales dans lesquelles j'ai été requis; je n'ai jamais dit qu'il y eût eu empoisonnement par cela seul que j'avais retiré de l'arsenic; j'ai constamment appuyé mes conclusions à la fois sur l'analyse chimique et sur les élémens pathologiques. Quand ceux-ci manquaient, je me bornais à dire; *il existe ou il n'existe pas d'arsenic.* Dans l'affaire de Tulle, par exemple, nous étions interrogés seulement sur ce point : le corps de M. Laffarge contient-il ou non de l'arsenic? Je me suis borné à répondre : *il existe de l'arsenic* dans le corps de Laffarge; mais je n'ai pas dit qu'il y eût eu empoisonnement; je prends à témoin MM. Bussy et Ollivier, d'Angers, qui attesteront l'exactitude de ce fait que l'on n'a pas craint de

dénaturer. Si la question m'eût été posée en d'autres termes, si l'on m'eût demandé: *Laffarge est-il mort empoisonné?* j'aurais vu ce que j'avais à dire, en combinant les résultats de l'analyse chimique avec ce qui avait précédé la mort, et avec les altérations de tissu constatées à l'ouverture du corps.

M. Caventou: M. Gerdy reproche à la commission de n'avoir pas traité la question de l'arsenic normal. Mais ce n'était pas là sa mission; MM. Flandin et Danger ne l'avaient pas mise en demeure de s'expliquer sur ce point, et cela est si vrai que leur communication se termine ainsi: nous informerons l'Académie du résultat des expériences auxquelles nous nous livrons au sujet de l'existence de l'arsenic dans les tissus. Je ne comprends vraiment pas comment M. Gerdy peut prétendre que les conclusions de notre rapport sont en opposition avec celles de l'Institut; la similitude est parfaite, et notamment sur ce fait capital, qu'il n'est pas possible d'obtenir des taches pseudo-arsenicales qui présentent tous les caractères de l'arsenic. Le fait persiste, et je le maintiens malgré les assertions de M. Gerdy. Les seules taches que MM. Flandin et Danger nous ont montrées, n'avaient pas été produites par les procédés ordinaires de chimie médico-légale. Sur ce point, la commission a été unanime.

M. Adelon: Quoique je sois autant que personne désireux de voir terminer une discussion aussi pénible et dans laquelle on met sans cesse en opposition deux sociétés savantes, néanmoins M. Gerdy a avancé des choses tellement contraires à la vérité, qu'il y aurait, ce me semble, utilité à ce qu'elles fussent réfutées d'une manière complète. Je vote donc pour que la discussion soit continuée.

Le renvoi de la discussion à la prochaine séance est proposé et adopté à l'unanimité, moins deux voix.

La séance est levée à cinq heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur la méningite encéphalo-rachidienne épidémique, observée a Strasbourg en 1841; thèse, par le docteur Wunshcendorff. (78 pages in-4°, Strasbourg.)

Nos lecteurs ne sont pas sans avoir entendu parler de l'épidémie de meningite qui, dans ces derniers temps, a régné à Versailles, Rochefort, Metz, et tout récemment à Strasbourg. La dissertation du docteur Wunschendorff comprend l'histoire de cette maladie observée à la clinique de la Faculté et traduit les idées du professeur, M. Forget. Dans un historique fort érudit, mais dont les élémens seraient sujets à contestation, l'auteur fait connaître que maintes fois des épidémies de ce genre ont été observées depuis plusieurs siècles.

Après avoir exclusivement régné parmi les soldats de la garnison, l'épidémie pénétra dans la population civile. Le premier fait observé à la clinique de Strasbourg, se présenta le 14 janvier 1841; puis, après un intervalle de six semaines, de nouveaux malades affluèrent successivement jusqu'au 1er juin, époque depuis laquelle aucun cas ne s'est présenté. Dans ce laps de quatre mois et demi, 40 malades sont entrés et 21 sont morts.

Les causes réelles de cette épidémie demeurent profondément inconnues. Dans certains cas, la maladie a paru se transmettre par voisinage; néanmoins son caractère contagieux est loin démontré. Les caractères anatomiques révélés par l'autopsie sont ceux d'une phlegmasie intense, se développant quelquefois avec une rapidité parfois foudroyante: injection vive et généralisée de la pie-mère, épanchement de matière gélatineuse, puriforme, sur toute la périphérie de l'encéphale et la plus grande étendue de la moelle épinière. Lésions intestinales à peu près constantes consistant en une entérite villeuse et folliculeuse à l'état rudimentaire, etc., d'où résulte que, pour l'auteur, le caractère franchement inflammatoire de la maladie est patent et incontestable.

L'appareil symptomatique est en rapport avec ces lésions: prodrômes variables; le plus souvent invasion subite par la céphalalgie, les vertiges, les vomissemens, le délire, les convulsions, le spasme tétanique de la mâchoire et du tronc; puis état comateux, phénomènes paralytiques variables. Constipation à laquelle succédaient assez souvent la diarrhée et des phénomènes typhoïdes. Un symptôme remarquable, mais non constant et qui n'est pas exclusif à cette épidémie, fut la lenteur du pouls souvent observée au début. *L'herpes labialis* s'est manifesté dans la plupart des cas, mais sans aucun caractère critique. Selon la prédominance de certains symptômes, l'auteur établit des formes inflammatoires, douloureuse, délirante, convulsive, comateuse, etc. Mais on n'a pas pu rattacher ces diverses formes à des modifications spéciales des lésions anatomiques qui, au contraire, ont affecté des aspects à peu près invariables; ce que l'auteur ne peut expliquer que par la variété des idiosyncrasies.

La marche de la maladie fut très irrégulière, souvent elle faisait explosion par des symptômes d'excitation vive auxquels le malade pouvait immédiatement succomber, ou bien on voyait succéder des phénomènes de torpeur et des accidens très variés. La durée n'avait rien de fixe; souvent le malade était enlevé en quelques jours, même en quelques heures; mais ce premier orage conjuré, souvent aussi la maladie se prolongeait pendant un ou plusieurs mois pour se terminer par la mort on par une convalescence des plus pénibles.

Certains cas ont pu être confondus avec la fièvre pernicieuse, l'entérite folliculeuse, l'apoplexie, etc. Le pronostic était des plus graves, puisque plus de la moitié des sujets a succombé! mais cette gravité est commune à la méningite sporadique qui tue au moins deux fois sur trois. On a vu qu'à la clinique on avait perdu 21 malades sur 40; à l'hôpital militaire on en avait perdu 104 sur 176. L'âge moyen des sujets affectés fut de 18 à 25 ans.

Le caractère inflammatoire de la maladie étant bien et dûment constaté, on a dû mettre en œuvre un traitement antiphlogistique proportionné à la violence du mal. Dès le début, la saignée générale était pratiquée plusieurs fois et à de courts intervalles, suivant l'intensité de la réaction. Des sangsues en grand nombre étaient appliquées en permanence à la base du crâne (aux tempes ou derrière les oreilles); de nombreuses ventouses scarifiées étaient distribuées le long du rachis. On appliquait des fomentations froides sur la tête; souvent on rasait le cuir chevelu, pour y appliquer des onctions mercurielles. Ayant perdu plusieurs malades à la suite de l'emploi du calomel à haute dose, et des accidens abdominaux compliquant fréquemment la maladie, le professeur Forget avait renoncé aux dérivatifs intestinaux, se bornant à combattre la constipation par des lavemens plus ou moins actifs.

Dans une période plus avancée, on insistait sur les dérivatifs cutanés. A cette époque, l'opium, sous forme de sirop, à la dose de 16 grammes, dans une potion gommeuse, paraît avoir procuré des résultats très favorables dans des cas de céphalalgie et de délire persistans. Les excitans et les toniques, notamment le sulfate de quinine, n'ont pas eu de bons effets, si ce n'est dans l'état avancé et dans des cas d'intermittence bien caractérisée.

Le travail de M. Wunchendorff donne, comme on le voit, une idée assez complète de la maladie. Il sera consulté avec avantage, en attendant le travail plus circonstancié que l'auteur annonce devoir être publié par le savant et laborieux professeur de clinique de Strasbourg.

F.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 31. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 31 JUILLET 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LA CURE RADICALE DU SPINA-BIFIDA, AU MOYEN D'UNE OPÉRATION NOUVELLE; par M. Dubourg, médecin de l'hôpital de Marmande (Lot-et-Garonne), membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

PRÉAMBULE.

Le travail que je prends le parti de livrer aujourd'hui à l'impression a été présenté à l'Académie royale de médecine il y a environ deux ans et demi. Cette illustre compagnie, dont je réclamais le jugement pour des faits d'une incontestable nouveauté, et dont la sanction eût inspiré aux praticiens de tous les pays la confiance nécessaire pour continuer mes essais, nomma à cet effet un commissaire rapporteur, qui n'a jamais eu le loisir de s'occuper de cet objet. Si je consens à me priver de la sanction de l'Académie, que j'ai attendue aussi longtemps, je puis affirmer que c'est moins dans le but de m'assurer la priorité de l'innovation que je propose, qu'afin de faire profiter du bénéfice de l'opération qui m'a réussi, tous les enfans qui naissent avec une infirmité réputée incurable. J'ai hâte en effet de communiquer aux praticiens zélés et consciencieux des résultats qui ne feront loi dans la science que lorsqu'ils seront répétés plusieurs fois et dans des circonstances diverses.

Lorsque la presse aura propagé la méthode que je soumets au jugement et à l'expérimentation de mes pairs, je ne doute pas qu'il n'y ait, chaque année, un bon nombre d'enfans ramenés aux conditions de viabilité et de santé, qui étaient jusqu'ici voués à une mort certaine ou à une existence misérable. Si ma confiance à cet égard n'était pas entière, elle serait corroborée par l'assentiment que j'ai reçu de quelques sociétés savantes et de quelques notabilités médicales, auxquelles j'ai déjà fait part, quoique d'une manière incomplète, de mes premières tentatives. Je citerai dans les deux catégories les sociétés de médecine de Bordeaux et de Toulouse; et MM. Ast. Cooper, Roux, Blandin, Serres, Bouillaud, etc. Le temps fera le reste.

ENFANT MALE, NÉ A TERME AVEC UN ÉNORME SPINA-BIFIDA A LA RÉGION SACRÉE; SUTURE ENCHEVILLÉE; INSUCCÈS.

Obs. — Vers la fin du mois d'oût 1836, M. Dubédat, chirurgien à Bougion, village distant de Marmande d'environ trois lieues, me fit appeler pour voir avec lui un enfant qui venait de naître avec un énorme spina-bifida siégeant à la région sacrée. Je me rendis, en effet, auprès de ce petit malade, avec un sentiment de peine et de pitié bien plus qu'avec l'espérance de pouvoir tenter quelque chose d'avantageux pour remédier à cette monstruosité. L'inspection minutieuse de

Feuilleton.

DISCUSSION SUR L'ARSENIC A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Gazette Médicale s'est efforcée, dans son dernier numéro, de montrer le caractère fâcheux qu'avait pris, sous le rapport de la forme, la discussion sur l'arsenic à l'Académie de médecine. Elle a attaqué avec vivacité et mis à nu le système de personnalités que la passion avait réussi à substituer à une discussion purement scientifique, système qui menaçait de porter une atteinte grave à la considération de l'Académie. En cela, nous n'avons fait que parler au nom des honnêtes gens et des gens sensés. Nous avons exprimé une opinion et un sentiment nés spontanément chez tous les amis de la science et de l'Académie. Aussi a-t-il suffi de faire remarquer explicitement à tous ce que tous avaient senti et pensé implicitement, pour que le débat prît une autre physionomie, et pour que l'*auteur de toute chose* lui-même crût devoir réprimer, extérieurement au moins, la violence de ses attaques. Mais, en signalant le côté le plus affligeant de la discussion, nous n'avons fait qu'aller au plus pressé. La discussion elle-même, ramenée à un caractère plus scientifique, demande à être examinée sous un autre rapport. La manière dont elle est engagée, la direction qu'on veut lui donner, ce qu'on veut lui faire dire et conclure, cachent des écueils qu'il n'importe pas moins à l'indépendance et à la dignité de l'Académie de reconnaître et d'éviter. Peut-être, sous ce point de vue, est-il plus utile encore de l'avertir; car il est des intentions et des manœuvres bien plus dangereuses et plus difficiles à reconnaître que la violence et la colère.

Pour mieux faire apprécier les tendances que nous voulons signaler, et aussi pour mettre nos lecteurs à même de saisir, à travers tous les incidens du débat, sa véritable signification et sa portée, nous allons le résumer dans ses faits les plus généraux. Ce résumé nous permettra en même temps de préciser la valeur et de marquer la place des idées et inventions de chacun dans le développement et la classification méthodique des résultats.

Le débat a pris naissance à l'occasion d'une communication faite par deux jeunes chimistes étrangers à l'Académie, MM. Flandin et Danger, tendant à infirmer dans une de ses bases principales le nouveau système toxicologique de M. Orfila. Nos lecteurs savent que cet habile toxicologue, poursuivant la substance toxique, et l'arsenic en particulier, jusque dans la trame de nos tissus, où il est porté par l'absorption, a cherché à établir qu'on peut l'y découvrir et l'en extraire aussi sûrement qu'on l'avait fait jusqu'ici en le cherchant dans le tube digestif et les matières vomies. De là une époque nouvelle, une véritable révolution en toxicologie. La doctrine de M. Orfila se résume dans les deux faits nouveaux qui suivent :

1° Le fait de l'absorption de la substance toxique qui passe dans le sang et va se déposer avec lui dans la trame de nos organes.

2° Le fait de la séparation et de la mise à nu de la substance toxique, au moyen de la destruction des tissus dans la trame desquels il était déposé.

Appliquant cette nouvelle doctrine aux empoisonnemens par l'arsenic, M. Orfila avait montré qu'on pouvait sûrement aller découvrir, dans les viscères et tis-

la lésion, et l'appréciation des circonstances accessoires ne m'inspirèrent pas de meilleures idées. Cet enfant, né depuis une huitaine de jours, présentait à l'extrémite inférieure du tronc une énorme appendice, constituée par une poche mince et transparente, en forme de calebasse, descendant jusques sur les talons. La partie supérieure de la tumeur, annexée à la série vertébrale, était beaucoup plus mince que l'inférieure; et par une pression médiocre, on faisait pénétrer ses doigts dans un vaste *hiatus*, formé par la non réunion des lames vertebrales, depuis et y compris la région coccygienne jusqu'au niveau des premières vertèbres lombaires.

L'enfant n'était pas aussi cacochyme que le vice de conformation dont il était porteur aurait pu le faire presumer. Les membres inférieurs, quoique grêles, n'étaient point frappés d'inertie, et la tête n'offrait pas un volume extraordinaire. L'allaitement et les autres fonctions de la vie animale se faisaient régulièrement. La mère, jeune encore, et jouissant d'une excellente santé, avait eu d'autres enfans parfaitement conformés.

En présence d'un fait pathologique aussi grave, que devais-je faire? Abandonner les choses à la nature, c'est-à-dire l'enfant à une mort certaine et prochaine? Ou bien était-ce le cas d'essayer quelques-uns de ces moyens indiqués par les auteurs, et qui n'ont jamais réussi, du moins dans des cas aussi prononcés? La pression graduée, conseillée par Abernethy, ne pouvait être efficace contre une collection séreuse aussi abondante. Les ponctions successives, à l'imitation du même chirurgien et d'Ast. Cooper, n'offraient non plus aucune chance de succès, car la source du liquide était trop largement ouverte pour que l'enfant ne succombât pas avant qu'elle fût tarie.

L'inutilite de semblables tentatives me parut si évidente, que j'aurais cru devoir m'abstenir plutôt que d'y avoir recours. Dans cette conjoncture, j'eus la pensée d'étreindre la base de la tumeur par un moyen quelconque; d'interrompre toute communication entre le canal spinal et la poche anormale, et d'enlever secondairement, si ce premier résultat était obtenu, l'énorme appendice charnue. Pour proceder plus facilement, je commençai par vider la tumeur au moyen d'une petite ponction : il s'écoula près d'un litre de liquide, sans que l'enfant éprouvât ni syncope, ni convulsions, ni aucun symptôme extraordinaire. N'ayant plus à agir que sur une poche flasque et vide, dont la base avait environ 4 pouces d'étendue de haut en bas, j'étreignis cette base de la manière la plus exacte possible et la plus propre à fermer la fente établie sur la ligne apophysaire, au moyen de la suture *enchevillée*, que je crois superflu de décrire ici avec détail. Cependant, je ne retranchai pas immédiatement les tissus qui formaient le kyste en dehors de la suture, dans la double crainte, ou que l'obturation ne fût incomplète dans quelque point d'une aussi grande étendue (4 pouces), ou que la section des filets nerveux compris dans les enveloppes, ne produisît une douleur trop aiguë et fatale. Je me réservais d'en faire l'ablation plus tard, lorsque la suture, agissant ici comme une ligature, aurait commencé à développer la mortification des parties. Je confiai, avec peu d'espoir, je l'avoue, ce pauvre petit malade aux soins de M. Dubédat, jusqu'à nouvel ordre. Mais il succomba deux jours après l'opération, sans que j'en fusse prévenu et par conséquent sans que j'eusse pu le revoir.

Ce revers, qui n'ent rien de surprenant pour moi, ne laissa pas que de fournir matière à mes réflexions et servit de point de départ à des tentatives analogues, que j'eus plus tard le bonheur de voir réussir.

Dans l'isolement où je me trouve au fond d'une province, privé des conseils et de la faculté de puiser dans les archives de l'art les faits nouveaux qui n'ont pas encore eu un grand retentissement, ou la sanction d'expériences multipliées, il n'est parvenu à ma connaissance, en fait de guérison de spina-bifida, que les deux observations d'Ast. Cooper dont une même n'est point radicale; quelques autres citées par Morgagni et Keilmann, me paraissent encore plus équivoques (1). A l'exception de ces cas, dit Samuel Cooper, « il n'existe pas, je pense, dans les annales de la médecine et de la chirurgie un seul cas de spina-bifida, dans lequel cette maladie ait guéri d'elle-même, ou contre lequel on ait employé aucun mode de traitement avec avantage. En général, l'ouverture de la tumeur, soit par le caustique, soit à l'aide de l'instrument tranchant, n'a contribué qu'à avancer le terme fatal de la maladie; la mort suit de près une semblable opération, et quelquefois même elle est instantanée. »

Néanmoins, malgré ces paroles décourageantes, qui résument sans doute le sentiment général des hommes de l'art, lorsque le hasard m'eut de nouveau placé en présence d'un fait analogue, mais réunissant des conditions aussi favorables que celles des premiers l'étaient peu; lorsque je vis la similitude que les sujets de la deuxième et de la troisième observations rapportées plus bas présentaient avec ceux d'Ast. Cooper, je pensai qu'on pouvait tenter un moyen de guérison plus expéditif et tout aussi rationnel, quoique plus hardi que celui du célèbre chirurgien anglais. En jetant un coup-d'œil sur les principales circonstances des deux espèces de succès qu'il a obtenus, voici ce qu'on remarque :

« A. — James Applèbée portait sur la région lombaire une tumeur arrondie, transparente et *de la grosseur d'une grosse noix*; la tête de l'enfant, n'était pas plus grosse que de coutume et il pouvait mouvoir ses jambes..... Ast. Cooper appliqua une bande autour des reins, de manière à comprimer la tumeur, et ce qui le détermina à agir ainsi, c'est *qu'il considéra la tumeur comme une espèce de hernie*. Ce traitement palliatif dura cinq mois, espace de temps pendant lequel l'enfant eut plusieurs fois des convulsions. A cette époque on fit usage d'un petit brayer, comme pour la hernie ombilicale....., de la sorte, à 15 mois, l'enfant se traînait tant bien que mal et montait un ou deux étages. A 18 mois, le bandage se déplaça de dessus la tumeur qui devint grosse comme une petite orange..... Quand on voulut la réduire, l'enfant *paraissait stupide*....., plus tard, l'enfant allait à l'école, sautait et jouait avec ses camarades, mais il *fallait constamment tenir le bandage*, sans quoi la tumeur reparaissait au dehors. »

Je le demande, de bonne foi, est-il permis d'inscrire ce fait au rang des succès? et une pareille *guérison* n'équivant-elle pas à une grave infirmité?

« B. — Un enfant de madame Little, âgé de 2 mois et demi, portait sur les lombes, une tumeur molle, élastique, transparente, et à peu près *du volume d'une bille de billard*..... Point de signes de paralysie, ni d'hydrocéphalie..... La tumeur fut piquée au moyen d'un instrument aigu; 2 ou 3 onces de liquide retirées, puis la compression appliquée. Cette opération fut recommencée une multitude de fois..... Enfin la surface s'enflamma, ses tégumens acquirent de l'épaisseur et l'adhésion se compléta..... Deux ans plus tard, la cicatrice formait une espèce d'ombilic et les piqûres faites par les aiguilles paraissaient sous forme de dentelures. »

Comme on le voit, ce traitement fut très long et la guérison longtemps incertaine, tellement incertaine et difficile, que les chirurgiens qui ont cru Ast. Cooper sur parole se sont livrés inutilement à de semblables tentatives; M. Breschet en particulier, si bien placé dans le temps pour ce genre d'expériences, n'a jamais obtenu le moindre succès.

(1) Depuis deux ans que ces lignes sont écrites, j'ai pu me convaincre qu'en effet toute opération chirurgicale était encore aujourd'hui proscrite du traitement du spina-bifida : et l'accueil qui a été fait à mon procédé, par quelques sociétés savantes et par quelques notabilités chirurgicales, m'autorise à le donner comme une véritable innovation.

---

sus de l'economie, les plus petites parcelles du poison, et celles-là même qui avaient causé la mort. Mais, pour marquer les limites de ce nouveau champ d'investigation, il avait annoncé que, quelque temps après l'ingestion et l'absorption de la substance toxique, celle-ci tendait à être éliminée de l'organisme par ses différens émonctoires, et en particulier par les urines.

On peut donc distinguer, dans cette nouvelle doctrine, le fait primordial qui lui sert de base, l'absorption et le dépôt du poison dans les tissus, et les méthodes et procédés propres à retrouver et à prouver l'existence du poison absorbé, et l'on peut dire immédiatement que les méthodes et procédés d'investigation, manquassent-ils de précision, ce système n'en serait pas moins une nouvelle et importante conquête pour la médecine légale, bien que le manque de précision de ses méthodes fût susceptible d'inconvéniens graves dans ses applications juridiques. Ceci explique de prime-abord l'origine, le caractère et les motifs des oppositions qui se sont soulevées contre les nouvelles doctrines de M. Orfila.

Parmi ces oppositions, il en est une qui s'est présentée aux académies des sciences et de médecine, armée de prétentions diverses, mais se résumant toutes à contester la validité du système dans une de ses bases principales. MM. Flandin et Danger annonçaient pouvoir démontrer qu'il se forme généralement, pendant les opérations recommandées par M. Orfila pour rechercher l'arsenic dans nos tissus, un produit qui n'est point de l'arsenic, mais qui est susceptible d'offrir les caractères physiques et chimiques des taches arsenicales, auxquelles M. Orfila affirme pouvoir toujours reconnaître le poison. MM. Flandin et Danger ajoutaient que les fausses taches trouvées par eux, sont celles que M. Orfila avait prises d'abord pour de l'arsenic normal; enfin ils affirmaient que les animaux empoisonnés par l'arsenic n'urinaient plus quand l'empoisonnement a été violent, et que lorsqu'ils urinent encore à la suite d'un empoisonnement trop faible, leur urine ne contient pas d'arsenic.

Voilà très explicitement les deux doctrines résumées dans leurs oppositions les plus générales. Nous en avons élagué les propositions secondaires que nous examinerons après, pour nous tenir au cœur de la question, et pour mettre la difficulté capitale en evidence. On comprend toute la portée des objections de MM. Flandin et Danger; en contestant la rigueur des déterminations de M. Orfila, ils ne ruinent pas le principe de son système, mais ils entachent ses applications de méprises d'une gravité extrême. S'il était vrai, en effet, que les taches arsenicales présentées par M. Orfila comme des émanations certaines, incontestables du poison, pussent être confondues avec toute autre substance qui n'en serait pas, on comprend à quelles conséquences graves une telle confusion aurait pu conduire.

Mais cette première prétention de MM. Flandin et Danger ainsi formulée n'a pas été loin; les deux corps savans auxquels ils l'ont soumise n'ont pas tardé à se convaincre et à déclarer de la manière la plus formelle, la plus explicite, qu'elle était mal fondée et erronée de tout point. Ainsi à leur assertion fondamentale à savoir : « *Que les taches qu'ils obtiennent pendant l'action de la carbonisation présentent jusqu'à un certain point les caractères physiques et donnent la plupart des réactions chimiques de l'arsenic*, l'Académie des sciences a répondu *que si les apparences physiques se ressemblent, il n'en est pas de même des caractères chimiques. Au moyen de ces caractères* RIEN N'EST PLUS FACILE *que de distinguer ces taches des taches arsénica-*

Néanmoins, ces deux faits ont leur importance pour la science et pour l'art, en ce qu'ils prouvent que tous les cas de spina-bifida ne sont pas mortels : et le dernier démontre particulièrement qu'il est possible d'obtenir une guérison radicale, si l'on parvient à obturer exactement l'ouverture de communication avec l'intérieur du canal spinal.

Pour arriver à ce résultat, il faut deux conditions principales, savoir : que le spina-bifida soit simple et non le signe d'une constitution rachitique ; qu'il soit limité dans un petit espace et non la traduction d'un écartement considérable des lames des vertèbres.

Quant à la manière d'atteindre le but, je pensai qu'on pouvait en trouver une meilleure que celle d'Ast. Cooper, et voici sur quoi je fondai mes idées théoriques.

Des observations récentes ont établi que les parties molles qui recouvrent des parties osseuses, arrêtées dans leur développement, ont une grande influence sur le rapprochement des parties écartées ; ce principe a surtout une application remarquable dans les cas de division des os maxillaires et palatins. Dans les monstruosités qu'on appelle *bec-de-lièvre, gueule de loup*, la suture des parties molles en s'appliquant sur la diduction de la charpente osseuse, agit d'une manière incessante pour en diminuer l'écartement, et pour l'effacer tout à fait, quand il n'est pas trop considérable ; c'est ce que j'ai vu maintes fois à la suite des opérations que ces différentes difformités nécessitent.

Prenant ces faits pour point de départ, n'était-il pas logique de supposer que la jonction, par suture, des parties molles qui recouvrent l'écartement de la ligne apophysaire médiane, constituant le *spina-bifida*, après l'ablation du sac tégumentaire, pourrait favoriser le rapprochement des lames osseuses, arrêtées dans leur marche l'une vers l'autre? Mais la plus grande difficulté à vaincre, et celle sans doute qui a fait taxer de témérité toute tentative analogue à la mienne, consistait à empêcher l'introduction de l'air dans le rachis, regardée comme mortelle et la sortie du liquide cérébro-spinal, également redoutée. De plus, on supposait que la tendance de ce même liquide à se faire jour à travers les interstices de la plaie détruirait la cicatrice au fur et mesure de sa formation.

Par des motifs qu'il serait trop long de rapporter ici, je m'étais imaginé que ces dangers et ces inconvéniens étaient exagérés, et je pensais qu'on devait oser les affronter. Je me fondais principalement sur ce que j'avais vu dans certaines plaies de tête qui mettaient à nu la substance cérébrale, et appuyé sur cette puissante analogie, je désirais trouver l'occasion d'enfreindre le *veto* des auteurs classiques.

Ne voulant pas cependant porter la hardiesse jusqu'à l'imprudence, je cherchais le moyen d'exposer les sujets le moins possible, et surtout de favoriser une prompte et solide cicatrisation. Dans ce but, je pensai qu'après une section rapide il était essentiel d'embrasser une grande quantité de parties molles sous les aiguilles, en plongeant ces dernières profondément dans les tissus, et à 11 ou 14 millimètres de chaque côté de la plaie. En outre, il me paraissait utile que la suture dite *entortillée* fût renforcée par plus de tours de fils cirés qu'on n'en emploie ordinairement, afin de bien aplatir les tégumens et de les comprimer uniformément dans tous les points.

Telles sont les données qui ont servi de base à la conduite que j'ai tenue dans les circonstances suivantes.

PETITE FILLE AGÉE DE HUIT JOURS ; TUMEUR A LA RÉGION LOMBAIRE, PRODUITE PAR UN SPINA-BIFIDA ; AMPUTATION ; SUTURE ENTORTILLÉE ; GUÉRISON.

OBS. II. — Au printemps de 1837, je fus appelé dans une ferme de M. D..., située dans la commune de Birac, arrondissement de Marmande, pour examiner une petite fille née depuis une huitaine de jours, et portant à la région des lombes une tumeur congénitale, qui parut insolite à deux hommes de l'art qui l'avaient vue avant moi.

En effet, au premier coup-d'œil, cette tumeur avait un aspect équivoque, quant à la nature de sa composition ; grosse à peu près comme une pomme médiocre, légèrement aplatie et bosselée, suspendue par un pédicule d'environ 13 millimètres d'épaisseur, dans tous les sens, assez résistante au toucher, elle était parcourue et tachetée par un système veineux fort développé qui lui donnait une couleur presque livide, et, en quelque sorte, les apparences d'un fongus vasculaire. En embrassant cette grosseur avec les doigts ; en cherchant à soulever le pédicule, et à en déterminer le point d'insertion, on trouvait sur les deux côtés, de petites crêtes osseuses, et au point central, un défaut de résistance, conduisant manifestement dans le canal rachidien, par une ouverture ovalaire qui pouvait recevoir l'extrémité de l'indicateur. La tumeur, d'ailleurs, n'était pas complètement transparente, et si, d'après la solution de continuité qui existait à l'endroit des apophyses épineuses, on était fondé à admettre dans le centre de cette petite sphère une collection séreuse, on devait aussi reconnaître que le kyste avait des parois fort épaisses, et beaucoup plus épaisses surtout qu'elles ne le sont dans les cas d'hydro-rachis portés au plus haut degré. Quant au siége précis de la tumeur, il paraissait établi vers les dernières vertèbres lombaires, et à part ce point défectueux de la colonne épinière, tout le reste de son étendue se montrait dans un état d'intégrité parfaite.

L'enfant sujet de cette anomalie locale n'offrait, du reste, aucun autre vice de conformation : son volume général, sa force, ses proportions, et qui plus est, l'extrémité céphalique, d'ordinaire en si intime rapport avec l'état physiologique ou pathologique du rachis, toutes les fonctions, tout l'individu, en un mot, présentaient tous les caractères d'une parfaite conformation. Le père et la mère, bien et fortement constitués, avaient déjà engendré d'autres enfans vigoureux, et ce dernier, bien loin d'avoir les allures d'un sujet rachitique, n'avait réellement d'autre cachet d'imperfection que cet arrêt de développement dans une portion de la série apophysaire des vertèbres des lombes.

L'opération dont j'avais conçu le projet et pesé les conséquences pouvait donc être entreprise ici sur des bases rationnelles et avec des chances de réussite.

M. Dalliez, officier de santé, qui avait d'abord vu la petite malade et réclamé mon concours, voulut bien prendre le bistouri sous ma direction et me laisser dans les manœuvres la part que j'avais choisie.

Incertain que j'étais, en effet, si la tumeur, principalement aqueuse, ne se compliquait pas de quelque développement anormal des vaisseaux sanguins, qui amènerait une hémorragie foudroyante, dominé d'ailleurs malgré moi par cette crainte traditionnelle que la simple ouverture du canal rachidien, sans autre accident, et par le fait seul de l'écoulement du liquide cérébro-spinal ou de l'introduction de l'air, pouvait produire la mort instantanément, je tenais tout prêts, d'une part, un cautère rougi, et d'autre part, mes doigts, pour faire subitement obstacle au rejaillissement de la sérosité spinale.

Une partie seulement de ce qui était prévu arriva : une incision elliptique fut tracée à la base de la tumeur ; mais aussitôt que le pédicule fut entamé, un flot de sérosité roussâtre s'échappa de la section que je fis compléter d'un trait ; je plaçai rapidement le bout de mon index sur l'ouverture spinale, et, pour l'obturer en entier, je pénétrai distinctement sur la moelle épinière, dépouillée alors de ses enveloppes immédiates. Je saisis ensuite et pinçai fortement les lèvres de la plaie, très ovale de haut en bas ; je les assujétis affrontées au moyen de quatre épingles, et je procédai à la suture entortillée, comme dans un véritable bec-de-lièvre. Le pansement fut même fait avec plus de soin que dans cette opération ; je multipliai les tours du cordon ciré autour des aiguilles, afin d'opérer une trac-

---

les (1). » Et pour donner plus de force encore à cette déclaration si explicite, *rien n'est plus facile*, le rapporteur dit une seconde fois un peu plus loin : « *Vos commissaires croient de leur devoir* D'INSISTER *sur ce point, que ces taches ne* SAURAIENT *être confondues avec les taches vraiment arsénicales* (2). Cette solution n'est donc pas douteuse, et la commission de l'Académie de médecine, en repoussant la doctrine effrayante de MM. Flandin et Danger, n'a donc fait que se mettre d'accord avec la commission de l'Institut. Et qu'on le remarque bien, ce premier point est le point capital, c'est la question de vie ou de mort entre les deux doctrines ; celle de MM. Flandin et Danger triomphant remettrait en question toutes les applications du système de M. Orfila ; et la prétention de MM. Flandin et Danger mise hors de cause laisse les déterminations de M. Orfila ce qu'elles étaient avant le débat, c'est-à-dire en possession de la confiance et de la conviction de tous les hommes éclairés.

Le second point est plus délicat, mais non moins clairement résolu. MM. Flandin et Danger, convaincus qu'ils avaient trouvé des fausses taches ayant les *caractères physiques et chimiques* des vraies taches arsenicales, annoncèrent que ces taches n'étaient autres que celles qui avaient été prises par M. Orfila pour des taches d'arsenic normal. Et en effet, pendant un temps et sous l'empire de circonstances fortuites, exceptionnelles, M. Orfila avait retiré, des os de l'homme et de quelques animaux, des taches ayant tous *les caractères physiques et chimiques des taches arsenicales*, d'où il avait conclu à l'existence de l'arsenic normal dans le corps de l'homme et des animaux. Si les fausses taches de MM. Flandin et Danger eussent offert, comme ils l'avaient annoncé, les caractères physiques et chimiques des taches arsenicales, c'est-à-dire des taches retirées par M. Orfila de certains cadavres d'hommes et d'animaux, ils eussent été fondés dans leur seconde prétention ; mais nous le répétons, leurs taches n'ont point ces caractères ; il y a plus, la commission de l'Académie des sciences les a priés de les reproduire avec des os humains, et jamais, en aucune circonstance, ils n'ont pu y parvenir. Ajoutons d'ailleurs que voulant donner la théorie de la prétendue méprise de M. Orfila et de leurs taches pseudo-arsenicales, ils n'ont pas été plus heureux que dans la prétention d'avoir trouvé des taches ayant les caractères physiques et chimiques des taches arsenicales, et de celles qui avaient servi à établir l'existence de l'arsenic dans le corps de l'homme et de certains animaux.

Quant à savoir si les animaux empoisonnés urinent ou n'urinent pas, c'est une simple question de fait résolue par les expériences des deux Académies, contradictoirement à l'opinion de MM. Flandin et Danger. Les animaux empoisonnés urinent, et leurs urines renferment de l'arsenic quand il s'est écoulé un temps suffisant pour l'empoisonnement.

En résumant ces trois premiers points de la discussion, à savoir s'il y a des fausses taches offrant les caractères physiques et chimiques des taches arsenicales, si ces fausses taches peuvent être considérées comme celles qu'aurait prises M. Orfila pour de l'arsenic normal, et enfin si les chiens empoisonnés par l'arsenic n'urinent pas, et si leurs urines renferment pas de poison, on peut conclure avec les deux Académies que MM. Flandin et Danger n'ont établi aucune de ces trois propositions.

(1) COMPTES-RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, p. 1088.
(2) *Ibid.*, p. 1089.

tion plus lointaine des parties contiguës. De petites compresses carrées furent placées sous l'extrémité pointue des épingles, pour les éloigner de la peau, et un bandage de corps assujétit le tout sur la petite malade, afin qu'on pût la mouvoir et la retourner impunément.

Cette enfant, qui poussa des cris aigus au commencement de l'opération, pendant laquelle son père la tenait sur ses genoux, la face tournée en bas, cessa subitement de se faire entendre, au moment de l'évacuation du liquide, et resta comme anéantie durant quelques minutes. Cependant elle reprit du mouvement et recommença ses plaintes au moment où les tégumens furent transpercés par les épingles. Aussitôt que l'appareil fut entièrement appliqué, nous la vîmes, avec joie, reprendre le sein maternel, et s'y attacher avec toute l'avidité d'un enfant qui n'a aucun mal.

Comme on l'imagine, je suivis avec un intérêt mêlé d'inquiétude les suites de cette opération. Je devais certainement craindre que la sérosité spinale ne vînt, par son action incessante, faire écarter les lèvres de la plaie ou s'infiltrer dans les tissus des environs, si ce n'est pendant que les aiguilles occupaient leur place, du moins lorsqu'il y aurait obligation de les ôter. Eh bien ! ces fâcheuses prévisions ne se réalisèrent pas ; les épingles et tous les matériaux de la suture furent enlevés au bout de quatre jours, et les lèvres de la plaie, tuméfiées par l'inflammation adhésive, restèrent parfaitement en contact; des bandelettes de sparadrap renforcèrent pour quelques jours les dispositions si bienveillantes de la nature, et, au bout d'une quinzaine, une cicatrice forte, légèrement rosée, formant sur l'écartement apophysaire une sorte de bouchon solide, était tout ce qu'on apercevait des traces d'une maladie réputée incurable.

J'ai vu cette enfant plusieurs fois depuis cette époque, et la guérison ne s'est pas démentie.

L'examen anatomique de la tumeur enlevée nous démontra que c'était bien un kyste, distendu par de l'eau, et communiquant dans la moelle épinière, formé en dehors par le tégument commun et doublé en dedans par une expansion de la dure-mère et de l'arachnoïde ; toutefois, la cavité n'était pas proportionnée au volume de la tumeur, car il y avait entre les surfaces interne et externe plusieurs couches de tissu cellulaire et adipeux ; cette disposition était cause du peu de transparence de la tumeur, mais il n'y a pas de doute qu'en se développant progressivement aux dépens de ces mêmes tissus, elle ne fût devenue mince et pellucide, comme cela se remarque dans les cas les plus prononcés.

PETITE FILLE AGÉE DE 11 JOURS : TUMEUR A LA RÉGION CERVICALE DE LA GROSSEUR D'UNE POMME MOYENNE, PRODUITE PAR UN SPINA-BIFIDA ; AMPUTATION ; SUTURE ENTORTILLÉE ; GUÉRISON.

OBS. III.—Dans les premiers jours de septembre 1838, une jeune femme, du village de Longueville, à une lieue de Marmande, accoucha à terme d'une fille, portant, immédiatement au-dessus des épaules, une tumeur sphérique, du volume d'une petite orange. Cette enfant fut aussitôt désignée dans la contrée comme monstrueuse, et fixa d'autant plus l'attention que la même femme était accouchée l'année précédente d'une petite fille aussi, portant à la même région une tumeur semblable, mais beaucoup plus volumineuse, et qui mourut en naissant.

Les renseignemens que je recueillis, avec beaucoup de soin, à mon arrivée sur les lieux, ne me laissèrent aucun doute sur l'anomalie qu'avait présentée le premier enfant; et mon diagnostic ne fut ni long ni difficile à établir quant au dernier. La tumeur que j'eus à examiner était ronde, un peu aplatie au sommet et bleuâtre, point ou peu transparente, fixée vers la réunion des dernières vertèbres cervicales avec les premières dorsales par un pédicule gros, mollasse dans toute son épaisseur, excepté au centre, où l'on sentait un cordon fort dur, du volume d'une plume à écrire, qu'on pouvait suivre depuis la tumeur jusqu'à une sorte d'*hiatus* anfractueux, bordé par des crêtes osseuses; arrivé à ce point, le doigt trouvait un défaut de résistance, et parvenait, par une légère pression, mais non sans douleur pour l'enfant, sur la surface de la moëlle spinale.

Quoique onze jours seulement se fussent écoulés depuis la naissance, on me dit que la tumeur avait sensiblement augmenté de volume, et que la tache noirâtre que j'observais au point culminant était toute récente. Par sa position, en effet, la tumeur gênait beaucoup cette enfant, qui témoignait une grande impatience lorsqu'on la couchait sur le dos. La pression dans le décubitus avait sans doute produit cette sorte d'ecchymose, et l'ulcération de la peau me parut imminente.

L'état général de l'enfant était, d'ailleurs, satisfaisant : aucun signe de rachitisme, ni d'hydro-céphalie, aucune altération visible dans le système osseux n'excluaient l'idée de viabilité. Le père et la mère étaient bien portans et bien conformes.

Fort de l'exemple que j'avais par devers moi, je n'hésitai pas à proposer à la famille l'opération que je croyais convenable et la seule qui offrît des chances de conserver cette enfant. Le souvenir du passé, l'espoir que je fis luire aux yeux d'un père et d'une mère qui croyaient déjà leur progéniture vouée à une sorte de fatalité, les détermina à m'accorder une confiance absolue.

Aussitôt, secondé par le même chirurgien que dans l'opération précédente, et l'enfant étant renversée, la face en bas, sur les genoux d'un autre aide, en garde et précautionné contre toutes les éventualités, comme dans les circonstances tout à fait identiques où j'avais fait mon premier essai, je saisis de la main gauche le corps de la tumeur, et l'ayant soulevée, je plongeai la lame d'un bistouri étroit à travers le pédicule et taillai un premier lambeau de dedans en dehors, de façon à ne pas ouvrir le canal rachidien dans ce premier temps; dans un second temps, je fis l'ablation de ce qui restait du pédicule, y compris le cordon épais et résistant que j'ai signalé; le liquide sortit aussitôt par un jet violent, limpide et sans mélange de sang. Je saisis ensuite fortement les lèvres de cette solution de continuité, de manière à ne laisser, autant que possible, ni entrer de l'air, ni sortir du liquide. Je traversai la base des tégumens ainsi tiraillés et à une certaine distance des bords de la plaie, par quatre petites aiguilles en fer de lance et procédai à la suture entortillée avec tous les soins que j'ai mentionnés à l'occasion de l'opération précédente.

L'enfant manifesta de la douleur pendant tout le cours de l'opération et du pansement; mais, comme le premier, elle prit le sein de la mère immédiatement après.

La dissection de la tumeur nous fournit les mêmes notions que précédemment : le kyste communiquant dans le canal rachidien était formé par le concours des méninges, de la peau et d'un tissu intermédiaire, épais, résistant et comme fibreux ; la transparence était ici encore moins marquée que précédemment, et le gros cordon que j'avais senti avant l'opération, et qui m'avait donné quelques appréhensions, provenait d'un trousseau de fibres de la dure-mère; la cavité qui pouvait admettre à peu près l'extrémité du pouce était lisse et polie; le système vasculaire environnant était moins prononcé que dans la première observation, et l'écoulement de sang ne fut pas considérable, tandis que dans le premier cas il avait suffi pour colorer en s'y mêlant, le liquide qui jaillit du canal vertébral.

Le premier pansement fut fait le cinquième jour après l'opération. Il y avait un peu de turgescence aux environs de la plaie, mais les lèvres en étaient parfaitement adhérentes. Pendant les premiers jours, l'enfant n'éprouva presque pas d'agitation et d'insomnie. La cicatrice se compléta rapidement et solidement, sans que le moindre suintement de sérosité se manifestât.

J'ai vu cette enfant depuis cette époque jusqu'à ce jour (janvier 1841), et la guérison s'est confirmée : elle a même acquis un remarquable développement et offre toutes les conditions d'une robuste santé.

Ce fait offre un intérêt particulier sous le rapport anatomico-pathologique : c'est la position de la tumeur à l'extrémité supérieure du rachis, circonstance aussi rare qu'elle est commune dans les régions inférieures.

CONCLUSIONS.

D'après les faits que je viens de rapporter, et en résumant ceux de ce

---

Mais MM. Flandin et Danger, chemin faisant, et en voulant ruiner les applications du système de M. Orfila, n'ont-ils pas rencontré des faits nouveaux, n'ont-ils rien ajouté à ce qu'on savait, n'ont-ils pas perfectionné les procédés, n'ont-ils pas signalé quelques inconvéniens, montré quelques écueils, en un mot, n'ont-ils fait que se tromper; ou bien leur but manqué ne les a-t-il pas conduits à des résultats qu'ils ne cherchaient pas? Oui, sans doute, ainsi que cela arrive souvent, ils ont éclairé quelques points, en voulant en obscurcir d'autres. Il ne nous appartient pas de préciser jusqu'à quel point leur procédé de carbonisation par l'acide sulfurique est égal ou préférable aux procédés de carbonisation et d'incinération imaginés par M. Orfila; nous admettons volontiers avec l'Académie des sciences et M. Pelletier, que leur procédé est préférable à tous les autres; mais faisons remarquer en même temps qu'il ne s'agit point là d'une idée principale qui change et remplace d'autres idées, mais simplement d'un procédé manuel, secondaire, destiné à compléter, perfectionner l'idée mère de M. Orfila, l'idée de séparer l'arsenic des substances animales, en carbonisant les tissus. Ici est l'invention, invention presque parfaite entre les mains de l'inventeur, là le perfectionnement que nous admettons, nous, volontiers, comme tel, sur la foi de l'Académie des sciences et de M. Pelletier, mais dont l'expérience aura à régler, en dernier ressort, les véritables avantages. Du reste, l'Académie n'a pas reconnu à ce procédé une supériorité absolue, mais relative. Ce procédé, dit-elle, est préférable dans un grand nombre de cas; il y a donc des cas où il n'est pas préférable.

Ce n'est pas tout. MM. Flandin et Danger ont, en outre, en substituant à un procédé susceptible de donner de fausses taches, signalé l'existence de ces taches, ils se sont trompés sur l'importance et la gravité de cet écueil; ils se sont encore trompés dans l'explication théorique du fait; mais ils ont signalé le fait; et sous ce point de vue leur remarque ne serait pas sans importance; mais avant eux MM. Liebig et Orfila avaient déjà annoncé la possibilité de ces taches ou d'autres analogues, et avaient indiqué les moyens de les reconnaître. MM. Flandin et Danger n'ont donc fait sous ce point de vue que confirmer et compléter leurs prédécesseurs.

Ils ont insisté sur l'utilité et l'importance d'obtenir l'arsenic sous la forme d'anneaux, et ils ont proposé à cet effet un appareil, préférable à celui de M. Orfila.

Et d'abord c'est à tort qu'on a dit et répété que M. Orfila s'en était tenu aux taches arsenicales dans la recherche du métal. Il a proposé le premier, dès 1839, d'en recueillir à la fois sur la capsule de porcelaine et dans un tube, et il a insisté sur l'utilité de combiner ces deux moyens (1). MM. Flandin et Danger n'ont donc fait, encore sur ce point, que de louables efforts seulement, pour compléter M. Orfila, sans le corriger. Car, en définitive, leur appareil n'est qu'une imitation de celui de M. Chevallier, et cette imitation est déjà dépassée par beaucoup d'autres plus parfaites, entre autres par celui de la commission de l'Institut.

Enfin on veut faire honneur à MM. Flandin et Danger d'avoir démontré la non existence de l'arsenic normal dans le corps de l'homme et des animaux : mais avant eux M. Orfila avait reconnu ce fait. Dès le 3 novembre 1840 il avait déposé un paquet cacheté à l'Académie de médecine, qui ne laisse aucun doute à cet égard. Bien plus, le rapport de l'Académie des sciences relate, dans sa première partie, plusieurs expériences faites sous ses yeux, par M. Orfila, bien antérieures à la com-

genre qui sont dans le domaine de la science, je crois être fondé à établir les conclusions suivantes :

1° Il y a des cas de *spina-bifida* susceptibles d'une guérison radicale;

2° Au lieu d'abandonner à leur destinée la plupart des enfans qui naissent avec ce vice de conformation, il faut choisir ceux pour lesquels l'art peut être efficace;

3° Bien que les limites de l'incurabilité soient difficiles à établir, et n'aient rien d'absolu, tout enfant né avec une tumeur provenant d'un *spina-bifida* dont l'ouverture de communication avec le rachis ne dépasse pas un pouce de diamètre, doit être soumis à une opération qui aura pour but d'intercepter le cours du liquide au-dehors du canal, et de favoriser l'ossification et le rapprochement des apophyses épineuses;

4° De tous les moyens déjà tentés avec des succès divers, et en définitive à peu près nuls, la suture entortillée, après avoir pratiqué l'ablation de la tumeur, est le plus sûr, pourvu qu'on opère avec les précautions indiquées ci-dessus;

5° On ne peut établir des règles opératoires absolues d'après le petit nombre de faits que je viens de rapporter. Cependant, il serait à desirer que l'on pût se conformer au procédé que j'ai suivi dans la dernière opération, et qui consiste principalement à ne pas ouvrir le canal rachidien dans le premier temps; mais pour cela il faut que le conduit membraneux qui donne passage au liquide, soit assez étroit; dans le cas contraire, il faut faire une section prompte et nette de tout le pédicule;

6° Mais lorsque le liquide est épanché dans une poche formée par les méninges seulement, et que la peau est atrophiée et retirée en dehors de la solution de continuité, il faut amputer la tumeur de la même manière; mais pour établir la section, on sera obligé de disséquer la peau de chaque côté, en rasant les lames des vertèbres, et de raviver les bords de ces tégumens, comme on agit pour le bec de lièvre;

7° Les chances de réussite sont proportionnées aux dimensions de la fente osseuse et à l'état général du sujet;

8° Les faits ci-dessus démontrent enfin que l'on peut impunément ouvrir le canal rachidien, mettre à nu la moelle épinière, et perdre une portion notable du liquide qui baigne cet organe important.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDICINISCHE JAHRBUCHER DES OESTERREICHISCHEN STAATES.

Le trente-troisième volume contient les articles originaux suivans : 1° *Sur la médecine de notre époque*; par le professeur Toltényi, 2° *Quelques variétés dans la distribution des vaisseaux, intéressantes pour la médecine opératoire*; par le professeur Hyrtl. 3° *Des thermes de Daruvar et de Lippick*; par le docteur Wagner. 4° *Description d'un nouveau tourniquet à treuil*; par le docteur Kugler. 5° *Sur le carbonate d'ammoniac dans la scarlatine*; par le docteur Fischer. (L'auteur dit avoir employé ce médicament avec le plus grand succès dans une épidémie de scarlatine qui a régné à Fulnek (Moravie), en 1836. La GAZETTE MÉDICALE a enregistré tous les travaux qui ont paru sur ce médicament.) 6° *Sur la coagulation du sang dans les cavités du cœur, sur les ossifications des valvules et sur la transformation du tissu du cœur en graisse*; par le professeur Rokitansky. 7° *Remarques et observations sur l'hydrencéphale aiguë*; par le docteur Herschmann. (Rien de saillant.) 8° *Revue des maladies qui se sont présentées à la clinique ophthalmologique de Prague, pendant l'année scolaire de 1838-39*; par le professeur Fischer. 9° *Sur l'inoculation de la peste des animaux*; par le docteur Zlamal. (L'auteur a fait quelques essais d'inoculation, en prenant de la bave d'animaux malades et en la frictionnant sur des petites plaies pratiquées à cet endroit, dessous la queue, qui est dénudée de poils. Les animaux ainsi inoculés, quoique mis en contact avec d'autres bêtes à cornes très malades, ont été affectés de la peste, mais à un degré bien plus faible que ceux qui n'ont pas été inoculés. Les expériences de l'auteur n'ont pas été assez nombreuses pour oser dès aujourd'hui recommander ce moyen prophylactique, qui serait de la plus haute importance s'il devait être couronné de succès.) 10° *Difformité intéressante de l'articulation du coude*; par le docteur Hyrtl. 11° *Sur les maladies du pancréas*; par le docteur Engel. (Deux autopsies d'individus sur lesquels on a trouvé, entre autres désordres importans, des altérations du pancréas nullement soupçonnées pendant la vie.) 12° *Sur la paracentèse des plèvres et du péricarde*; par le docteur Schab. 13° *Scarlatine avec inflammation du cerveau et croup pendant la période de desquamation*; par le docteur Fischer. 14° *Deux observations d'hydrencéphale aiguë suivie de guérison*; par le même. (Chez un enfant de 3 ans, on a employé un traitement antiphlogistique très vigoureux, notamment deux fois la phlébotomie; chez une autre, l'amélioration est survenue à la suite de frictions de tartre stibié avec la teinture de cantharides sur la tête rasée.) 15° *Sur l'usage de l'eau-de-vie comme moyen prophylactique contre la colique de plomb*; par le docteur Barach. (L'auteur, en recommandant ce moyen, s'appuie sur la circonstance qu'en Gallicie, où le nombre des ouvriers qui travaillent le plomb est très considérable, les maladies saturnines sont extrêmement rares; ce qu'il attribue à l'usage très répandu de l'eau-de-vie dans ce pays.) 16° *Compte-rendu des maladies syphilitiques chez les femmes, qui ont été traitées à l'hôpital de Vienne pendant les six premiers mois de* 1840; par le docteur Seeburger. (Rien d'inconnu.) 17° *Sur les eaux minérales de Rohitsch en Styrie*; par le docteur Schroetter. 18° *Remarques pratiques sur les eaux d'Ems*; par le docteur Maas. 19° *Sur les épidémies de petite-vérole dans le canton de Zell, près du lac, depuis l'introduction de la vaccine*; par le docteur Sauter. 20° *Compte-rendu de l'école vétérinaire de Vienne pendant* 1839; par le docteur Eckel. 21° *De la fécule de la carotte contre les maladies de poitrine*; par le pharmacien Torosiewicz. (C'est à l'expérience de prouver ce qu'on doit attendre de ce nouveau médicament.) 22° *Sur un cas d'hermaphrodisme*; par le professeur Hyrtl. (C'est le même individu au sujet duquel M. Landouzy a fait un mémoire. (GAZ. MÉD., p. 512, 1838.) 23° *Description d'une épidémie de fièvre gastrique*; par le docteur Bernt. (Rien de saillant.) 24° *Sur les maladies des enfans observées à l'hôpital de Pesth*; par le professeur Schopff. (Rien d'inconnu.) 25° *Carlsbad pendant l'été* 1840; par le docteur Fleckles.

---

munication de MM. Flandin et Danger. Il n'est donc pas exact d'attribuer à ces deux chimistes d'avoir rectifié M. Orfila sous ce point important : le résultat avait été obtenu par lui d'abord, puis complété par la commission de l'Académie des sciences.

En résumant ce qui précède, on voit qu'après avoir échoué dans leur prétention de détruire l'une des bases du nouveau système, MM. Flandin et Danger ont abouti, par leurs efforts dirigés contre ce système, à éclairer, compléter, perfectionner ses applications, et qu'en définitive ils n'ont introduit dans la question aucune idée nouvelle, aucune idée première, parce qu'en effet le premier inventeur avait régularisé lui-même la plupart des moyens propres à assurer la rigueur et la précision de ses résultats, ainsi que l'Académie des sciences l'a explicitement reconnu dans son rapport, en parlant des expériences que M. Orfila avait répétées sous ses yeux.

Si la question eût été présentée et discutée à l'Académie avec la distinction que nous venons de faire entre la proposition capitale de MM. Flandin et Danger et les perfectionnemens incidens qu'ils ont été amenés à proposer au profit de la doctrine qu'ils combattaient, nul doute qu'on n'eût compris immédiatement le parfait accord qu'il y avait entre les commissions des deux académies, et l'on eût compris aussi comment l'Académie de médecine ne pouvait pas donner à MM. Flandin et Danger des éloges pour s'être trompés sur le point capital, tout en reconnaissant les efforts qu'ils avaient faits pour éclairer des points accessoires, et l'on eût saisi en même temps les simples nuances qui distinguent le rapport de l'Académie des sciences du rapport de l'Académie de médecine. Ces nuances ne portent, ainsi que nous l'avons démontré, que sur les procédés de carbonisation et quelques autres circonstances très secondaires.

Mais, par des motifs qui n'auront échappé à personne, la discussion a été portée sur un autre terrain, et, nous le disons à regret, c'est faute d'avoir maintenu, dès l'origine du débat, l'opposition dans les termes rigoureux de la question, que l'Académie s'est laissé entraîner insensiblement dans un dédale sans issue. Or, que dit et prétend l'avocat de MM. Flandin et Danger?

Pour lui, l'Académie est appelée à prononcer entre deux systèmes opposés : l'un, le système des *taches*, système dangereux, susceptible de conduire l'innocence à l'échafaud; l'autre, le système de *l'anneau métallique*, de la revivification du métal, seul capable de fournir des preuves certaines, infaillibles, de la présence du poison; l'un proposé, appliqué et défendu par M. Orfila, et proscrit par l'Académie des sciences; l'autre proposé par MM. Flandin et Danger, adopté et recommandé par les commissaires de l'Institut. Nous n'exagérons rien, nous ne faisons que systématiser une accusation dont on trouvera tous les élémens au COMPTE-RENDU, et si, à la séance, ce système ne s'est pas montré aussi explicite que nous le reproduisons, il suffira que nous le reproduisions pour qu'on le reconnaisse à ses traits principaux. Or, en attendant que de plus compétens le battent une dernière fois en brêche, nous allons le suivre nous-même sur le terrain qu'il a choisi.

Et d'abord, quel est ce système des taches? ou bien celui qui se prononce exclusivement d'après les caractères physiques des taches arsenicales? ou bien celui qui y joint tous les caractères chimiques? On a eu un instant l'odieuse prétention de faire croire que M. Orfila eût proposé et appliqué le premier de ces deux systèmes. L'accusation était par trop monstrueuse; on s'est retranché dans

SUR LA MÉDECINE DE NOTRE ÉPOQUE; par le professeur TOLTÉNYI.

Cet article se résume dans les propositions suivantes :

1° La maladie étant un état particulier de la vie ne peut pas être considérée comme un être tel que les animaux et les plantes. On ne peut pas même l'envisager comme un parasite, mais comme une manière d'être particulière de l'organisme qui tend toujours à se conserver comme dans la santé, avec des efforts différens.

2° Il n'est donc pas possible d'établir une géographie nosologique analogue aux géographies zoologique ou phytologique, parce que la comparaison de la maladie avec la vie des animaux et des plantes ne serait qu'une chimère sous le point de vue philosophique.

3° Les maladies sont soumises à d'autres lois dans leur origine, leur développement et leur propagation que les animaux et les plantes.

4° On arrivera plutôt à bien connaître les maladies, en étudiant l'étiologie des affections sporadique, épidémique, endémique et contagieuse, qu'en se livrant à des recherches chimériques d'une nosographie géographique.

5° Il existe, il est vrai, des maladies propres à certains climats, mais elles ne sont pas strictement renfermées dans des latitudes bornées, comme certains animaux et certaines plantes.

6° Lorsqu'on s'efforce à vouloir circonscrire les formes de maladies dans des cadres qui se bornent à certaines zônes du globe, on perd de vue leur étiologie, on transpose les classes, on les donne comme des spécialités et par là on s'oppose au progrès de la pathologie.

7° En regardant les maladies comme des êtres matériels, on méconnaît la nature et on nuit à la thérapeutique.

8° La pathologie fondée sur l'histoire naturelle et qui perd de vue l'étiologie des maladies cesse d'être claire et intelligible.

Ces différentes propositions seraient vraies, si les auteurs, qui, dans leurs ouvrages, ont porté quelque attention sur la distribution des maladies par zône terrestre avaient négligé les autres élémens de nosologie, tels que les causes, les symptômes et les siéges de maladie. Plus les phases sous lesquelles on envisage les affections morbides sont nombreuses, plus on en acquiert des connaissances positives.

VARIÉTÉS DANS LA DISTRIBUTION DES VAISSEAUX, INTÉRESSANTES POUR LA MÉTHODE OPÉRATOIRE; par le professeur HYRTL, à Prague.

On a généralement admis jusqu'à présent, dit l'auteur, que la carotide primitive se bifurque au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde chez les hommes, et au niveau du bord inférieur de ce même cartilage chez les femmes; mais, chez les enfans des deux sexes, cette bifurcation se fait toujours au-dessous du bord supérieur du cartilage. Chez les individus disposés à la phthisie et chez ceux qui ont le cou long, la division de l'artère se fait toujours très bas, tandis que chez les hommes apoplectiques et chez ceux qui ont le cou court, on voit l'artère se diviser même au niveau de l'os hyoïde.

Chez les enfans, les deux branches carotidiennes sont plus faciles à trouver et à isoler que chez les adultes, parce que l'angle de la mâchoire inférieure est plus porté en avant et ne descend pas aussi bas vers le cou, parce que la branche de la mâchoire est très courte.

Ces propositions, que l'auteur dit être généralement connues, nous paraissent au contraire très neuves; au moins les anatomistes que nous avons consultés indiquent toujours comme siége de la bifurcation l'espace thyro-hyoïdien, et ne font aucune mention de la différence entre les hommes et les femmes, les adultes et les enfans.

Parmi les anomalies concernant la bifurcation des carotides, M. Hyrtl cite le cas d'un individu tuberculeux âgé de 40 ans, chez lequel la bifurcation était tellement basse qu'elle se trouvait au niveau de la cinquième vertèbre cervicale; chez une femme affectée de cancer de la matrice, la bifurcation était au contraire très haute, et la thyroïdienne supérieure, la laryngée, la linguale donnant elle-même la faciale, provenaient de la carotide commune; celle-ci s'engageait ensuite sous la parotide et se divisait seulement en carotides externe et interne, près de la base de l'apophyse styloïde, et là elle donnait encore, avant de se diviser, l'occipitale et l'auriculaire postérieure; pour arriver au canal carotidien, la branche avait besoin de se courber brusquement en dedans.

Une autre anomalie, qui, d'après l'auteur, n'a pas encore été décrite, et qu'il a rencontrée deux fois, c'est la transposition des deux carotides, en sorte que le tronc facial était en dehors du tronc cérébral, que les branches sortant du premier croisaient le tronc cérébral.

Une fois, il a vu manquer, chez un jeune garçon, l'artère thyroïdienne inférieure droite devant venir de la sous-clavière; elle était remplacée par une branche fournie du tronc innominé, et représentait ainsi une thyroïde accessoire de Nenbauer.

La direction des deux carotides à l'état normal n'est pas semblable des deux côtés; la droite est un peu plus courte que la gauche, à cause du tronc innominé, et elle ne suit pas une ligne parallèle à l'axe du cou, tandis que la gauche, plus longue, s'élève presque verticalement; il en résulte que la carotide commune n'est pas couverte dans une aussi grande étendue par le muscle sterno-cléido-mastoïdien que celle de l'autre, et que par conséquent elle est plus facile à trouver. Puis, lorsqu'on se rappelle que l'aorte, en formant sa crosse, se dirige à droite et à gauche et d'avant en arrière, on comprend facilement que la carotide droite doit être moins profonde que la gauche, et qu'un instrument qui couperait horizontalement le cou pourrait avoir divisé la carotide droite avant d'avoir même entamé la gaîne de la gauche.

On trouve, dans le musée de Prague, une crosse d'aorte sur laquelle on voit l'origine séparée de la carotide et de la sous-clavière droites. (Deux pièces semblables sont conservées dans le musée d'anatomie pathologique de Strasbourg, n. 1281 et 1284.) Cette dernière naît à gauche de la ligne médiane du corps, et croise ainsi la trachée artère, circonstance très importante à noter pour les opérations à pratiquer sur ce tube. Sur une autre pièce, on voit l'artère faciale gauche manquer complètement et être remplacée par la droite, qui se distribuait à tout le côté gauche de la face. Langenbeck a même noté une fois l'absence de toute la carotide externe sur un côté; les branches venant du côté opposé y suppléèrent.

Il existe encore dans le musée 6 troncs innominés donnant la carotide gauche (un exemplaire pareil se trouve aussi dans le musée de Strasbourg, n. 1280); six pièces avec artères de Neubauer, qui étaient toujours placées entre l'aponévrose profonde du cou et la trachée artère; sept fois l'artère vertébrale gauche naissant directement de l'aorte (musée de Strasbourg, n. 1283), et sur deux pièces, elle s'engage de suite dans le trou

---

le second système; mais M. Orfila a surabondamment répondu qu'il avait toujours professé et appliqué le système des taches, aidé de la revivification dans le tube. La citation du BULLETIN DE L'ACADÉMIE pour 1839 en fait foi. On a donc mauvaise grâce à lui prêter une opinion exclusive à cet égard, opinion qui d'ailleurs n'est exclusive que dans la forme; car il est facile de montrer, ainsi que l'a fait M. Bussy, que les taches arsenicales et l'anneau métallique sont une seule et même chose, de l'arsenic sous deux formes différentes, dont il s'agit d'établir l'existence à l'aide des mêmes réactifs, produisant les mêmes caractères. Mais avant d'insister sur la signification chimique essentielle des taches arsenicales, comparées à l'anneau formé dans le tube, arrêtons-nous un instant sur l'assertion la plus grave, mais aussi la plus matériellement erronée de l'opposition.

L'opposition prétend que l'Académie des sciences s'est prononcée contre le système des taches. Le fait est matériellement faux. Il suffit de lire le rapport pour être convaincu du contraire. A chaque page, presque à chaque paragraphe, on voit que la commission n'a presque pas eu recours à d'autres moyens que les taches arsenicales pour prononcer elle-même sur la présence de l'arsenic, dans la plupart des expériences qu'elle a exécutées ou fait exécuter sous ses yeux. Ainsi, à propos du procédé de carbonisation de MM. Flandin et Danger, dont elle voulait mesurer le degré de précision, elle dit (pag. 1090) : « Vos commissaires se sont assurés, dans un *grand nombre* d'expériences, qu'en opérant par ce procédé sur 2 ou 300 grammes de chair musculaire, à laquelle on ajoutait seulement 1 milligramme d'acide arsénieux, on obtenait des *taches d'arsenic* sur lesquelles on pouvait constater tous les caractères chimiques de cette substance. » Elle juge également d'après les taches, la valeur de l'appareil de Marsh (pag. 1096, 1097), du procédé de M. Lassaigne (pag. 1098, 1099 et 1105); c'est avec les taches qu'elle apprécie le procédé de MM. Flandin et Danger pour prouver la non existence de l'arsenic normal (pag. 1102, 1103). Partout elle emploie pour elle, dans ses propres expériences, indistinctement, les taches arsenicales et l'anneau métallique. Elle les proscrit si peu, qu'en parlant de la qualité des soucoupes destinées à les recevoir, elle écrit (pag. 1085) : « Néanmoins, *l'expert fera bien de se servir* de soucoupes ou d'assiettes de porcelaine qui n'aient pas de vernis plombeux. » Il n'est donc pas vrai que le rapport de l'Académie se soit prononcé contre les taches arsenicales, et il est surabondamment démontré qu'elle a dit et répété en maints endroits que rien n'est si facile que de distinguer les vraies taches arsenicales, comme elle a dit et répété plusieurs fois que les taches que MM. Flandin et Danger ont dit offrir les caractères physiques et chimiques des vraies taches arsenicales n'existent pas.

Pour peu qu'on réfléchisse à la nature des taches arsenicales, on conçoit très bien que l'Académie n'ait fait aucune distinction pour elle entre ces moyens de diagnostiquer la présence de l'arsenic et l'anneau métallique du tube. C'est qu'en effet, de part et d'autre, c'est de l'arsenic, mais de l'arsenic sous deux formes différentes. Les deux formes sont également insuffisantes, par leurs caractères physiques, à permettre de prononcer sur l'existence du métal; elles réclament également le complément de l'épreuve chimique. Or, à ces réactifs chimiques, taches et anneaux se conduisent de la même manière; ce sont les mêmes caractères, et s'il est une chose qui puisse étonner, c'est qu'on n'ait pas mieux compris et dit et redit qu'avec les taches on peut et on doit toujours arriver à faire l'anneau, et réciproquement avec l'anneau, des taches. Cela est si vrai que dans l'indication des caractères chimiques des taches arsenicales, l'Académie des sciences, après

dont est percée la base de l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale. Une artère thymique impaire provenant du bord antérieur de la crosse de l'aorte, et, dans un cas, l'artère thymique fournissait la péricardo-phrénique droite. Les artères trachéales et œsophagiennes naissent le plus souvent de la concavité de l'aorte.

D'autres anomalies sont : une artère sous-clavière naissant après les trois autres troncs, et passant derrière, entre la trachée et l'œsophage, pour arriver à son côté (musée de Strasbourg, n. 1279) ; une artère mammaire interne venant directement de l'aorte, immédiatement au-dessus du tronc innominé. Ce cas est très rare, il n'a été observé que par Boehmer; un tronc de l'aorte, qui, au lieu de se recourber par-dessus la bronche gauche, passait par-dessus celle de droite, et continuait de longer, en descendant, le côté droit des vertèbres dorsales; l'artère coronaire droite était remplacée par la gauche sur cette pièce si rare par cette dernière circonstance que Meckel ne l'a jamais observée; une division de l'aorte au sortir du cœur chez un anencéphale à terme, avec division du scrotum et hypospadias. Après un court trajet, les deux branches se réunissent de nouveau pour former l'aorte descendante (musée de Strasbourg, n. 1277) ; cette anomalie est importante en ce qu'on sait que chez les tout jeunes embryons et chez tous les amphibies, l'aorte forme à son origine un anneau par lequel passent la trachée artère et l'œsophage. Outre les grandes difficultés que présente la ligature de l'artère sous-clavière à l'état normal, il faut encore y joindre celles qui peuvent naître des anomalies de ces vaisseaux. Le professeur d'anatomie de Prague cite les suivantes :

Obs. I. — Sur le cadavre d'un homme mort de phlébite de la veine-cave inférieure, on a trouvé l'artère sous-clavière recouverte par deux veines du même nom, dont l'une passait, comme à l'ordinaire, devant le scalène antérieur, tandis que l'autre adhérait fortement à l'artère, et passait avec elle derrière ce muscle. Jusqu'à présent, on a déjà bien décrit des déplacemens de la veine sous-clavière, mais on n'a pas encore fait mention de deux veines.

Obs. II. — Chez une fille phthisique de 23 ans, l'artère cervicale profonde naissait de l'artère mammaire interne; elle avait un volume extraordinaire et donnait la plupart des branches qui sont ordinairement fournies par la cervicale transverse dans son passage de dessous la clavicule, elle s'appliquait contre l'artère sous-clavière et passait avec elle entre les scalènes, et après s'être portée en arrière, elle donnait un fort rameau qui, s'engageant par le trou de l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre cervicale, s'anastomosait avec la cervicale.

Des artères mammaire interne et vertébrale prenant leur origine au tronc innominé ont peu d'importance chirurgicale; il en est de même des anomalies, quoique assez fréquentes, de l'artère axillaire; l'auteur note cependant un cas où il a vu une petite branche de l'artère axillaire accompagner un des filets du nerf respirateur externe de Bell, et se jeter dans la partie inférieure du muscle grand-dentelé, et aurait pu être coupée dans une opération d'empyème pratiquée d'après la méthode d'A. Cooper.

Rien n'est si commun que les variétés des artères du bras et de l'avant-bras; aussi ne suivrons-nous pas l'auteur dans l'énumération de toutes ces anomalies; passons aux distributions des artères iliaques primitives. Chez une femme affectée de scoliose, l'artère iliaque était beaucoup plus courte à gauche qu'à droite, la bifurcation se faisait très haut, et pendant un certain trajet l'hypogastrique cheminait accolée contre l'iliaque externe, avant de se jeter brusquement dans le bassin. En général, l'auteur a trouvé les artères lombaires plus faibles à gauche qu'à droite. L'artère obturatrice provenant de l'iliaque externe ou de l'épigastrique s'est trouvée plus souvent à gauche qu'à droite; on connaît l'importance chirurgicale de cette variété. Une fois l'auteur a vu l'artère transverse du pubis s'anastomosant avec celle du côté opposé former une arcade d'1 millimètre d'épaisseur.

Chez une femme, âgée de 60 ans, l'artère crurale profonde naissait de l'iliaque externe déjà au-dessus du ligament de Poupart; cette variété n'est pas rare et est très importante à noter lors de la ligature de la crurale dans le triangle de Scarpa. Une anomalie non encore observée jusqu'aujourd'hui a été trouvée sur un garçon de 15 ans; c'était une artère caverneuse et dorsale du pénis, qui, au lieu de provenir de la honteuse, naissait de la transverse du pubis fournie par l'épigastrique.

SUR LA COAGULATION DU SANG DANS LES CAVITÉS DU CŒUR, SUR LES OSSIFICATIONS DES VALVULES ET SUR LA TRANSFORMATION DU TISSU DU CŒUR EN GRAISSE; par le professeur ROKITANSKY.

Quoique ce travail, que nous avons devant nous, ne contienne que des faits généralement connus, il est intéressant en ce qu'il confirme les recherches d'anatomie pathologique connues en France ; nous laisserons de côté les vues théoriques du professeur de Vienne, qui se met réellement à la tête d'une nouvelle école d'anatomie pathologique actuellement naissante dans la capitale de l'Autriche. Entrons en matière.

Les conditions sous lesquelles se forment les concrétions fibreuses dans le cœur dépendent, d'une part, de l'état du sang, et, de l'autre, de celui du cœur.

1° Du sang, en ce que celui-ci peut être altéré par une dyscrasie spontanée ou par une absorption de quelques principes délétères qui le rend plus facilement coagulable, comme on l'observe dans la simple inflammation, dans le croup, le rhumatisme, les empoisonnemens septiques, et qu'alors il se produit une exsudation, soit bénigne, plastique et organisable, soit morbide, pus, sanie, etc. La lymphe ou les autres produits peuvent être déposés à la face interne du cœur, aux parois des vaisseaux, sur une surface quelconque des cavités, ou sur l'habitude extérieure du corps, ou bien dans le parenchyme des organes, et, dans ce dernier cas, être de nouveau ramenée dans le torrent de la circulation par les veines ou les lymphatiques.

2° Du cœur, en ce que, par un état particulier de celui-ci, le sang stagne ou fait un séjour trop long dans ses cavités; ce qui arrive lorsque l'activité du cœur est diminuée, comme dans l'hypertrophie, et la dilatation, l'agonie et la paralysie lente de l'organe, ou que ses orifices se trouvent rétrécis et ses parois rendues rugueuses et inégales.

Les formes les plus ordinaires que présentent les caillots dans le cœur sont 1° des masses irrégulières et allongées qui, lorsqu'elles sont volumineuses, remplissent plus ou moins les cavités du cœur et représentent l'empreinte des parois de cet organe, s'engagent entre les colonnes charnues et en enveloppent souvent les tendons; le plus fréquemment elles se continuent dans les gros vaisseaux. Leur volume est d'autant plus considérable qu'elles ont commencé à se former longtemps avant la mort, et d'un autre côté elles hâtent la mort, d'autant plus qu'elles sont devenues volumineuses. Ces masses sont ordinairement formées par des caillots de

---

avoir énuméré ces caractères, ajoute : « Enfin il convient d'ajouter à ces caractères le suivant : les résidus du traitement des taches par l'acide nitrique, étant chauffés avec un peu de flux noir, dans un petit tube fermé à un bout et effilé à l'autre, donnent le résidu d'arsenic en anneau métallique volatil, qui vient se former dans la partie effilée du tube. » Donc les taches arsenicales et l'anneau métallique sont pour la commission de l'Académie, comme pour quiconque a du bon sens, indistinctement de l'arsenic, mais à la condition d'être reconnu tel aux réactifs chimiques, et de pouvoir passer réciproquement et alternativement d'une forme à l'autre.

Maintenant veut-on savoir pourquoi, sans être en désaccord avec elle-même, sans l'être avec le sens commun, l'Académie des sciences a recommandé, dans ses conclusions, la revivification du métal sous la forme d'anneau et préféré cette forme à celle des taches; c'est que bien que rien ne soit plus facile pour un chimiste que de distinguer les taches arsenicales, elle veut éviter aux experts peu habiles les moindres chances d'erreurs possible. Or, il existe des taches de crasse, des taches pseudo-arsenicales, des taches ayant quelques apparences physiques des vraies taches arsenicales; ce motif leur suffit, non pour proscrire, comme on l'a prétendu, le diagnostic de l'arsenic par des taches, mais pour donner dans les expertises vulgaires la préférence à l'anneau métallique; c'est-à-dire pour l'expert habile, les *taches* et *l'anneau* indistinctement, parce qu'il peut et doit toujours reconnaître les vraies taches; mais pour l'expert inhabile *l'anneau*, parce que l'arsenic seul a la propriété de se condenser sous cette forme en se volatilisant, et qu'ainsi l'expert n'a pas à craindre de confondre l'anneau arsenical avec d'autres anneaux métalliques. Mais comme, en définitive, l'anneau métallique ne peut lui-même être déclaré arsénié qu'à la condition de fournir aux réactifs les caractères chimiques de l'arsenic, il s'en suit que l'expert inhabile n'a pas plus le droit ni le moyen de se prononcer sur l'anneau que sur les taches, puisque dans les deux cas il lui faut les mêmes caractères supplémentaires.

Il n'y a donc pas de système des taches, et le diagnostic par les taches arsenicales, établi sur les caractères chimiques de l'arsenic, n'est donc ni un système dangereux, ni un système proscrit par l'Académie des sciences.

L'auteur du système d'attaque que nous venons de combattre doit s'étonner lui-même du sérieux que nous avons mis dans notre réponse. Qu'il se détrompe pourtant : nous avons moins cherché à lui prouver ce qu'il sait aussi bien que nous, qu'à prémunir contre les funestes effets de ses artifices. En calomniant le système que ses commettans n'ont pu ébranler, il a espéré donner le change à une partie de l'Académie; mais s'il est des consciences timorées que l'idée d'une injustice fait hésiter, elles n'hésiteront plus quand elles verront la spéculation à laquelle on a espéré les faire servir. Elles comprendront, quand on viendra s'extasier ou se lamenter sur le mérite méconnu d'un procédé de carbonisation, que ce mérite est destiné à servir de passeport à une doctrine désastreuse; elles comprendront qu'en proposant de modifier les conclusions du rapport au profit de ce procédé ou de toute autre merveille du même ordre, on a moins en vue d'obtenir une justice proportionnelle à chacune de ces merveilles, que de masquer l'éclat d'une défaite insupportable. Eh bien! nous, nous dirons aux amis de la science et de la vérité : songez y bien, ce que l'on veut c'est, d'une part, ébranler la confiance dans un système qu'on n'a pu renverser, et de l'autre, conserver au système de suspicion qu'on a voulu lui substituer, quelque chose de la funeste influence qu'il doit perdre à jamais.

sang ou par des concrétions fibrineuses, tantôt très friables, tantôt coriaces, blanches, jaunâtres, verdâtres, livides, etc. 2° Des végétations sarcomateuses, fongueuses, condylomateuses, développées sur les valvules, et d'autres parties de la face interne du cœur; elles témoignent le plus souvent, mais pas toujours, de l'existence d'une inflammation antécédente; on les trouve aussi dans des cas où il n'y a jamais eu d'endocardite. 3° Des végétations globuleuses formées par des concrétions arrondies, variant de diamètre, depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à la dimension d'une aveline et même plus, et adhérentes aux parois du cœur, au moyen de pédicules entrelacés dans les colonnes charnues de l'organe; elles sont colorées de blanc, de gris-rougeâtre, uniformément ou par zônes stratifiées; leur intérieur est mou, puriforme ou sanieux; leur extérieur forme une coque plus ou moins épaisse; souvent on voit de ces globules rompus et leur contenu répandu dans l'intérieur du cœur. Les végétations sont observées plus fréquemment dans le ventricule gauche que dans les autres cavités du cœur. Cependant l'auteur en a aussi vu dans le ventricule droit et dans les oreillettes; elles se logent de préférence dans les sinuosités du cœur qui favorisent le plus la stase du sang.

Aucune de ces trois espèces de caillots adhérens à l'endocarde ne présente des traces d'organisation vasculaire dans leur intérieur; pourtant elles peuvent se souder avec la membrane interne du cœur, si celle-ci s'est trouvée enflammée et ainsi offrir des caractères de tissus organisés.

Les ossifications des valvules du cœur sont de deux espèces; les unes sous-séreuses ayant la forme arrondie ou allongée, bosselée, se développent dans le tissu fibreux et dans les lamelles de la valvule et doivent leur naissance à une inflammation du cœur qui produit un froncement de la séreuse qui revêt la valvule; les autres, placées sur la séreuse analogues aux stalactites et à des masses stratifiées et granuleuses reposent sur des rides de la valvule; leur formation est tout autre que celle des sous-séreuses. Les masses de phosphate calcaire se déposent sur la membrane qui revêt les valvules et l'intérieur du cœur et tendent à augmenter de volume par de nouvelles incrustations. On ne découvre de véritable tissu osseux que dans ces deux espèces d'ossification qui souvent se trouvent réunies sur la même valvule; quelquefois la première espèce existe seule, mais rarement voit-on la seconde sans la première.

Les transformations du cœur en graisse se présentent sous trois formes: 1° une exagération de la quantité de la graisse qui revêt le cœur à l'état normal; elle coexiste ordinairement, avec d'autres accumulations de graisse, dans certaines parties du corps; 2° la transformation en graisse du tissu cellulaire du cœur commence ordinairement de dehors en dedans; le plus souvent de la pointe vers la base et le plus communément au ventricule droit. La fibre musculaire pâlit, change de couleur, devient jaunâtre et les parois s'amincissent; 3° une production de masse graisseuse, disséminée par îlots et se rencontrant seulement sur les cœurs hypertrophiés et dilatés. On les voit tantôt à la surface, tantôt profondément entre les fibres musculaires qui sont alors pâles, d'un rouge sale jaunâtre, ou jaune blanchâtre, friables et faciles à déchirer. Quelquefois la graisse paraît sous forme de taches jaunâtres à travers la séreuse du cœur; il ne faut pas confondre les taches de graisse avec les produits d'une inflammation.

REVUE DES MALADIES QUI SE SONT PRÉSENTÉES A LA CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE PRAGUE, PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE DE 1838-39; par le professeur FISCHER.

Ce compte-rendu, quoique intéressant, ne contient que des observations peu rares; pourtant nous rapportons la suivante, non comme présentant un fait extraordinaire, mais uniquement pour prouver que les ecchymoses dans le globe de l'œil peuvent se résoudre sans traitement antiphlogistique.

OBS.—J.-J. Cordier, âgé de 69 ans, de constitution forte, fut pris, il y a quelques années d'une blennophthalmie suivie de phthisie de l'œil gauche. Dans une dispute il reçut un fort coup de poing sur la région sus-orbitaire droite; douze heures après il entra à l'hôpital dans l'état suivant: les parties environnantes de l'œil et la surface externe des paupières étaient normales, le globe de l'œil couché dans la cavité orbitaire très gros; la conjonctive de la sclérotique boursouflée dans toute son étendue par une extravasation de sang, était d'une couleur rouge de chair et formait un bourrelet aplati autour de la cornée et une élévation d'un rouge foncé et de la grosseur d'un pois en haut et en dedans vers la racine du nez. La cornée était normale. Dans la chambre antérieure, on vit du sang rouge fluide dont le niveau s'étendait jusqu'au milieu de la pupille fortement dilatée; le segment supérieur de l'iris d'un brun rouge foncé était un peu poussé vers la membrane postérieure de la cornée; il y avait une véritable apoplexie de l'iris; la vue était complètement abolie, même toute perception de la lumière. Le malade, qui n'avait pas de fièvre, se plaignit pourtant d'une douleur violente, uniforme dans l'œil et d'un sentiment de forte pression de tout le globe dont les mouvemens étaient paresseux. Sous l'influence de frictions spiritueuses autour de l'œil et de fomentations de même nature sur l'organe et de dérivatifs sur le canal intestinal, le sang est absorbé et la vue s'est améliorée au point que le malade en sortant de l'hôpital, dans la septième semaine, put reconnaître de petits objets tels qu'une clef de montre, une bague, etc.

Dans deux cas d'ophthalmo-blennorrhée chronique avec pannus, on a essayé la méthode Jaeger qui consiste à rendre aiguë l'inflammation chronique à l'aide de l'introduction de pus pris sur des malades atteints d'ophthalmie purulente, et à traiter ensuite l'affection nouvelle par les moyens ordinaires en appliquant à l'extérieur du laudanum et de l'onguent de précipité rouge. Les malades sont sortis de l'hôpital dans un état assez satisfaisant.

Chez deux femmes atteintes de phlébite puerpérale on vit survenir des ophthalmies métastatiques caractérisées par une cécité et une photophobie instantanées, vue d'étincelles, injection de la conjonctive, boursouflement de cette dernière, bourrelet blanc demi-transparent autour de la cornée un peu trouble, iris immobile, et dans un de ces cas quelques points d'exsudations à la face antérieure de la capsule cristalline, le globe de l'œil légèrement augmenté de volume et les paupières infiltrées. L'une de ces femmes succomba, l'autre guérit avec amaurose sans difformité de l'œil; à l'autopsie de la première, on trouva, outre les traces de la phlébite, dépôts de pus dans l'intérieur des yeux entre la choroïde, la rétine et le corps vitré, et la rétine semblait désorganisée.

Faisons encore mention de trois cas d'amaurose avec d'autres symptômes, de diminution et de perversion de sensibilité chez des individus qui ont présenté à l'autopsie des désordres organiques dans le cerveau.

DIFFORMITÉ INTÉRESSANTE DE L'ARTICULATION DU COUDE; par le professeur HYRTL.

Le professeur de Prague ayant remarqué dans la salle de dissection, sur le cadavre d'un homme, une difformité sensible du coude droit, en fit la description détaillée: l'appareil musculaire qui revêt la face antérieure de l'articulation ne présentait rien d'anormal; après avoir enlevé le muscle brachial antérieur, on trouva le ligament antérieur de l'articulation extrêmement ferme et solide, adhérent fortement à la capsule et à la cavité coronoïde de l'humérus.

Ce ligament, de forme triangulaire, s'élargissait en bas et se fixait au cubitus, depuis l'insertion du ligament annulaire du radius jusqu'au bord interne du cubitus. Lorsqu'on étendait l'avant-bras, ce ligament se tendait fortement et empêchait de dépasser l'extension au-delà de 150°. Il avait presque partout l'épaisseur d'une ligne et plus, et après avoir été divisé, l'avant-bras pouvait être conduit au-delà de l'extension normale. La largeur transversale de l'extrémité inférieure de l'humérus avait 3 pouces 4 lignes, au lieu de 2 pouces 6 lignes qu'elle a à l'état normal. L'apophyse coronoïde du cubitus n'était que rudimentaire et avait à peine 2 lignes de haut; elle ne pouvait pas s'arc-bouter contre l'extrémité inférieure de l'humérus pendant la flexion et l'avant-bras pouvait être complètement appliqué sur le bras; mais dans cette flexion considérable, la paume de la main s'éloignait à plus de quatre travers de doigt en dehors du moignon de l'épaule et ne pouvait absolument pas être rapprochée de l'articulation scapulo-humérale; donc la flexion et l'extension du coude ne se faisaient pas dans le même plan que dans une articulation régulière. Après avoir ouvert la capsule articulaire, on trouva que la moitié de la poulie de l'humérus manquait; à sa place il existait une tête peu renflée entre la cavité coronoïde et la fosse olécranienne; en dehors et en dedans de cette crête, dont le diamètre était de 9 lignes, il y avait deux tubercules osseux, volumineux, recouverts de cartilages et rendus lisses par une synoviale. Le tubercule extérieur était évidemment le condyle de l'humérus exagéré, parce qu'il se logeait dans la fossette de la tête du radius; le tubercule interne au contraire était le débris ou plutôt le rudiment de la poulie articulaire (trochlea); ce tubercule descendait plus bas que l'externe, était un peu aplati transversalement, avait une forme allongée et convexe d'avant en arrière et présentait quelque analogie de forme avec le condyle de la mâchoire inférieure et se logeait dans la grande échancrure sigmoïde du cubitus. L'écartement provenant de l'absence de la poulie entre les deux tubercules les séparait de manière à leur donner l'aspect des condyles du fémur. La tête du radius était plus volumineuse qu'à l'ordinaire, le diamètre de sa cavité circulaire avait 11 lignes. L'olécrane ne méritait pas le nom de tête de coude, il n'y avait à la place qu'une surface rugueuse à laquelle s'insérait le tendon du triceps brachial; sur le côté externe de l'extrémité supérieure du cubitus il existait une masse osseuse faisant apophyse derrière la cavité sigmoïde qui se dirigeait vers la petite tête de l'humérus, également augmentée de

volume et pouvait s'arc-bouter contre elle. La petite tête de l'humérus ne s'articulait pas uniquement comme à l'état normal avec la fosse de la tête du radius, mais aussi avec cette apophyse du cubitus dont nous venons de parler.

L'articulation du coude et le ginglyme latéral de la tête du radius formaient une seule cavité partagée en deux par une membrane capsulaire chacune de deux articulations. L'olécrane manquant était suppléé par ce ligament très fort qui revêtait la face antérieure de l'articulation et limitait ainsi l'extension forcée. Dans le tendon du triceps on trouva un os aplati, allongé, offrant quelque analogie avec la rotule. Cet os avait 9 lignes de long, 6 de large, était lisse et revêtu de cartilages. La portion de l'humérus sur laquelle il glissait pendant les mouvemens de l'articulation, également incrustée de cartilages, était lisse et revêtue d'un appareil synovial. La portion de tendon qui s'étendait depuis cette espèce de rotule jusqu'au cubitus avait 6 lignes de long. L'endroit de l'humérus sur lequel flottait ce fragment d'os correspondait au bord supérieur de la cavité olécranienne et le sac synovial sur lequel reposait cet os ne communiquait pas avec l'articulation du coude. Dans l'épaisseur du ligament annulaire du radius il y avait également un petit os sesamoïde de forme lenticulaire, recourbé en croissant et de 3 lignes de diamètre; il était appliqué sur la face interne du ligament annulaire près de l'insertion du ligament latéral externe.

La première idée qui se présente après la lecture de cette observation; c'est celle d'une fracture ancienne de l'obérane et de la poulie de l'humérus, à la suite de laquelle l'épitrochlée avait été résorbée et l'olécrane entraîné au bout par le tendon du triceps; mais M. Hyrl ne partage pas cette opinion, en considérant l'absence complète des autres signes d'une ancienne fracture et surtout de l'ankylose, résultat le plus commun des fractures des articulations; et il pense que cette difformité était primitive et congénitale. Il rappelle que le cubitus se forme par trois points d'ossification, dont l'un, celui de l'olécrane, est encore isolé longtemps après que les deux autres sont déjà réunis en un seul; cette épiphyse venant à être entraînée par le tendon du triceps, s'éloigne du reste du cubitus et forme un véritable os sésamoïde semblable à la rotule. L'auteur appuie encore son opinion sur la configuration du coude des chauves-souris et des lézards chez lesquels l'olécrane est très petit, lenticulaire et ne tenant au cubitus que par des ligamens. Meckel a aussi trouvé que l'olécrane était séparé du cubitus chez le vampire et de là Chenal a décrit un petit osselet simulant la rotule qu'il a trouvé au coude d'un cadavre humain. (OBSERV. BOTAN. MED. BASIL., 1766, § 28.) L'auteur fait suivre cette observation remarquable par une longue dissertation de physiologie mécanique; l'espace nous manque pour le suivre dans tous ses détails.

SUR LA PARACENTÈSE DES PLÈVRES ET DU PÉRICARDE; par le docteur SCHUH.

Dans le courant de l'année 1840, M. Schuh a fait 44 fois la ponction des plèvres et une fois celle du péricarde. Des 44 individus affectés d'épanchemens pleurétiques, 8 sont complètement guéris, chez 4 ce résultat a été défavorable, tous les autres ont éprouvé un soulagement marqué pour quelques jours ou même pour quelques mois. La ponction du péricarde a été suivie d'un succès qui a été au-delà de toute espérance.

Un grand nombre d'observations faites sur l'homme et des expériences multipliées tentées sur les animaux ont conduit le médecin de Vienne à des considérations très importantes. Avant tout, il est indispensable de poser un diagnostic positif sur l'épanchement dans la séreuse, diagnostic qui aurait été impossible avant l'admirable découverte de la percussion et de l'auscultation. La première question que l'auteur soulève est celle de l'introduction de l'air par la plaie faite avec un trocart ordinaire; d'après lui l'entrée de quelques bulles d'air est peu importante, mais il n'en est pas de même des colonnes considérables d'air qui se jettent dans le thorax lorsque l'opéré fait de profondes inspirations. Le fluide qui pénètre dans la cavité pleurale devient nuisible de deux manières en agissant physiquement, c'est-à-dire en comprimant le poumon, et chimiquement en irritant la plèvre. Quoique pendant l'inspiration le diaphragme descende et les côtes s'élèvent, l'espace contenant le fluide épanché s'agrandit et il se forme un hydro-pneumo-thorax qui provoque quelquefois déjà au bout de 24 heures, mais le plus souvent le troisième jour, une nouvelle inflammation suivie bientôt d'une nouvelle exsudation, d'épaississement de la sérosité qui devient plus plastique, blanche-jaunâtre, purulente et quelquefois même fétide. Pour remédier à l'inconvénient de l'entrée de l'air, l'auteur a cherché dans ses premières opérations à fermer l'extrémité de la canule avec le bout du doigt chaque fois que le malade faisait une inspiration; mais il n'a que difficilement réussi, car il faut une attention extrêmement soutenue pour saisir le moment où l'inspiration du malade a cessé et une grande harmonie d'action entre l'œil et le doigt de l'opérateur; et la difficulté devient encore plus grande si le malade vient à tousser on à se remuer. M. Schuh, conjointement avec son confrère M. Skoda, inventa plusieurs appareils pour suppléer à l'action du doigt placé au bout de la canule; ils essayèrent d'abord une soupape retenue par une lame métallique semblable à celle des flûtes; mais ils y trouvèrent entre autres inconvéniens celui de ne pas laisser passer les fluides lorsque le ressort était fort, de ne pas s'opposer suffisamment à l'entrée de l'air lorsque le ressort était faible, et de se coller contre les bords de l'ouverture du trocart par la coagulation des fluides albumineux; ils eurent ensuite recours à ma pompe aspirante et foulante dont les soupapes eurent l'inconvénient de s'obstruer par des flocons albumineux. Ils adaptèrent ensuite au pavillon de la canule du trocart un tube élastique pour allonger le cours du fluide avant de paraître au dehors; si ce tube était très long, le liquide ne s'écoulait que difficilement; s'il était court, il ne s'opposait pas à l'entrée de l'air. Enfin, ils eurent l'idée d'adapter à la canule du trocart une petite cuvette à travers laquelle le fluide était obligé de s'écouler beaucoup au-dessus du niveau du pavillon de la canule; le fluide contenu dans la cuvette s'opposait parfaitement à l'entrée de l'air dans les cas ordinaires; mais lorsque les malades toussaient, le fluide venait à s'échapper brusquement de la cuvette. On a remédié à cet inconvénient par une simple soupape de cuir placée à l'une des ouvertures de la cuvette. Le dernier appareil a complètement répondu à leur attente; il est composé d'un trocart ordinaire, d'une cuvette et d'une seringue.

Le trocart doit être en argent, bien calibré, nullement fendu, assez gros pour laisser passer des flocons albumineux, et fenêtré sur ses côtés; son pavillon ne doit pas être garni de gouttière, mais disposé de manière à recevoir à frottement dur ou à vis le tube de la canule; à une petite distance des pavillons se trouve un robinet à travers lequel doit pouvoir passer le trocart; près de ce robinet on peut fixer une languette servant de manche.

La cuvette doit pouvoir contenir un demi-pouce cube d'eau; à sa partie inférieure se trouve un tube destiné à s'adapter à la canule; l'ouverture interne de ce tube est recouverte d'une petite soupape en cuir, bien flexible, qui ne doit pas frotter sur le fond de la cuvette. Cette petite soupape sera renouvelée à chaque opération et avant de s'en servir on s'assurera en aspirant si elle fonctionne bien. Près du bord supérieur de la cuvette se trouvera une gouttière d'écoulement, un peu plus large que le tube par où affluera le liquide.

La seringue est faite en cuivre massif et contient 3 pouces cubes; à son extrémité inférieure est le tube d'entrée et à deux tiers de pouce au-dessus est celui de sortie, placé sur le côté et muni d'un robinet qui ne décrit qu'un quart de coude. Le couvercle de la seringue est mince et le manche de piston en bois. Le tube d'entrée s'adapte exactement à la canule du trocart, et pour empêcher qu'il ne glisse une fois appliqué on y a ajouté un crochet et un bouton.

Pour faire l'opération, on enfonce le trocart de la manière ordinaire, le plus souvent entre la cinquième et la sixième côte et quelquefois entre la sixième et septième, droit au-dessous de l'aisselle et un peu au-dessous du niveau du mamelon et en avant du bord antérieur du muscle grand dorsal. La ponction faite, on retire en partie le trocart et on ne l'enlève complètement qu'après qu'un aide a fermé le robinet de la canule, on fixe ensuite la cuvette, en ayant soin de faire tenir la canule pour ne pas la laisser échapper de la plèvre; on ouvre alors aussitôt le robinet, la cuvette se remplit et le fluide s'échappe; si celui-ci est très limpide, on voit jouer la soupape pendant les inspirations et les expirations, et lorsque la respiration est un peu forte on sent même le choc de la soupape contre les parois de la cuvette. L'écoulement peut s'arrêter parce que le diaphragme en s'élevant, peut se placer devant la lumière de la canule et la fermer, comme l'auteur l'a observé dans un cas, ou bien c'est le poumon qui peut être poussé contre la canule. M. Schuh a vu une fois cet accident arriver chez un malade pendant qu'il toussait, et dans les intervalles de la toux le fluide sortait librement; cependant c'est le contraire qui a lieu le plus communément; l'écoulement n'est jamais plus fort que lorsque les malades toussent. L'obstacle le plus ordinaire à la sortie du liquide consiste dans les flocons albumineux qui obstruent la canule et qui ne peuvent pas être poussés au dehors lorsqu'il y a peu d'énergie du côté des organes devant rétrécir la cavité pleurale; alors on réussit parfois à extraire ces flocons, souvent très nombreux et volumineux, en appliquant la seringue à la canule; il est bien entendu qu'autant de fois qu'on remplace la cuvette et la seringue l'une par l'autre, il faut toujours avoir la précaution de fermer auparavant le robinet de la canule. Si au moyen de la seringue, on ne parvient pas à désobstruer la canule, on se sert d'une bougie élastique bien cylindrique et remplissant exactement

la lumière de la canule. Des degrés placés sur cette bougie indiquent la profondeur à laquelle elle est arrivée et l'endroit de l'obstacle. La sonde sert aussi à explorer l'intérieur de la cavité pleurale et à faire connaître si la canule touche au diaphragme, au poumon ou à la cloison d'un sac multiloculaire; dans un cas, M. Schuh, après avoir fait la ponction pour un épanchement dont le diagnostic était bien arrêté, n'a pas obtenu de liquide; il pratiqua aussitôt une seconde ponction à un pouce et demi plus en avant, et évacua une quantité considérable de fluide au grand soulagement du malade. M. Schuh s'était expliqué l'insuccès de sa première ponction par la lenteur avec laquelle il l'a faite; la plèvre costale s'était décollée et avait coiffé l'extrémité du trocart.

Une circonstance importante à noter, c'est que ordinairement on sent par la main qui tient la canule un frottement distinct qui correspond aux mouvemens de la respiration et ne dérange en rien l'écoulement du liquide; on pourrait croire que ce frottement est dû à la rencontre du poumon ou du diaphragme avec l'instrument, mais il n'en est rien; ce frottement est causé par les mouvemens des côtes qui pressent sur la canule, surtout pendant l'inspiration.

Lorsque les flocons qui obstruent la canule ne peuvent être autrement enlevés que par la seringue, on continue à faire agir cet instrument en ayant la précaution de ne pas trop tirer sur le piston pour ne pas faire un vide trop considérable et provoquer par là une expansion trop brusque du poumon. Chaque fois après avoir fait remonter le piston, on ferme le robinet de la canule et on ouvre le robinet du tube de sortie de la seringue. Comme nous avons vu plus haut, on a en la précaution de placer le tube de la sortie de la seringue à une certaine hauteur; par là on ne vide pas la seringue complètement en abaissant le piston, et lorsqu'un flocon ou une masse de matière albumineuse embarrasse la canule, on peut de nouveau le refouler et ainsi partager les flocons en pressant sur le reste du liquide qui s'est trouvé dans l'appareil.

Quant à la quantité de liquide à évacuer, elle dépend d'une foule de circonstances qui nous paraissent très difficiles à apprécier; règle générale, on ne doit pas faire des efforts trop considérables pour évacuer tout le liquide; à cet égard on prendra en considération la durée, l'étendue de la maladie, le déplacement des organes, etc. On se rappellera que l'expansion trop brusque du poumon peut être suivie de pneumonie, d'extravasation sanguine, de pleurésie et de nouvelles exsudations. La pression, qu'on doit souvent répéter pendant l'opération, indique le plus souvent le moment où on doit arrêter l'écoulement du liquide; on se fiera moins à l'auscultation; car le poumon, quoique n'étant plus comprimé par le liquide, ne fera pas de suite entendre le bruit respiratoire normal. On ne retirera que très peu de liquide si la maladie est ancienne, si l'individu est cachectique, si on a lien de supposer une exsudation sanguinolente, des gaz épanchés, ou la présence de tubercules; dans ce cas on ne fait qu'une ponction palliative qu'on peut répéter. L'auteur a vu, dans les où il croit avoir évacué trop de liquide à la fois, survenir des péritonites, des pleurésies et des pneumonies.

Vers la fin de l'opération, il faut faire bien attention au cœur ou aux poumons qui, en reprenant leur place, peuvent heurter la canule; celle-ci doit immédiatement être retirée. La plaie résultant de la piqûre du trocart sera simplement recouverte d'une bandelette agglutinative; si le liquide continuait à suinter, ce ne serait qu'à l'avantage du malade. Après la ponction, l'auteur a soin de couvrir la poitrine de fomentations froides pour prévenir la réaction et la combattre si elle survient; il regarde les diurétiques comme peu efficaces. De légers épanchemens consécutifs sont peu inquiétans; il n'en est pas de même s'ils deviennent de nouveau considérables; on n'attendra pas dans le dernier cas que le liquide arrive au même niveau que la première fois pour répéter la ponction. Un phénomène curieux que M. Schuh a observé après la ponction, c'est une sonorité tympanique changeant de place; il l'attribue à l'incarcération de gaz dans des masses de flocons albumineux qui eux-mêmes changent de place et occupent le plus souvent le milieu de la poitrine. Une autopsie a confirmé l'opinion de l'auteur.

Dans le cas d'épanchement purulent, on fait bien de rendre l'écoulement permanent ou susceptible d'être reproduit à des intervalles très rapprochés; à cet effet on introduit dans les lèvres de la plaie une mèche de linge effilé; ou bien on substitue à la place de la canule du trocart un morceau de sonde de gomme élastique, bien calibré, remplissant exactement la canule du trocart et nettement coupé aux deux extrémités. Le bout de sonde introduit, on retire la canule par-dessus lui et on le fixe au moyen d'une plaque de caoutchouc percée d'un trou fait avec un emporte pièce. La plaque est retenue avec un bandage de corps et pour qu'elle ne froisse pas désagréablement la peau, on place dessous elle une petite compresse fendue. On laisse écouler librement le pus à travers ce tube et on ne le ferme avec une cheville que lorsque le malade se promène. L'épaisseur du fluide qui s'écoule empêche l'introduction de l'air.

La ponction du péricarde a été pratiquée sur une femme âgée de 24 ans, de constitution très faible; huit semaines avant l'opération on avait reconnu facilement un épanchement sur le péricarde; la malade était épuisée; la dyspnée l'empêchait de se coucher et de dormir; bientôt on vit survenir de l'hydrothorax et de l'œdème des pieds. Le médecin, pensant que le cœur, en raison de sa pesanteur spécifique, devait se trouver en bas, et que le péricarde devait se rétrécir par le haut, enfonça un trocart simple tout près du sternum et en dedans de la mammaire interne, sur un point assez élevé du thorax, c'est-à-dire dans le troisième intervalle des côtes; il fit avancer l'instrument assez profondément et en le dirigeant en arrière. Il ne s'écoula d'abord que quelques gouttes de sang; une bougie introduite par la canule tomba sur les gros vaisseaux, dont il était facile de distinguer les pulsations. On répéta immédiatement l'opération dans le quatrième intervalle des côtes; aussitôt il s'écoula lentement et en nappe une certaine quantité de sérosité rougeâtre. Déjà dans la première nuit la malade put dormir; peu de jours après l'œdème des pieds n'exista plus, la dyspnée diminua sensiblement, et au bout de trois ou quatre semaines l'épanchement du péricarde était disparu aussi bien que dans l'une et l'autre plèvre. L'amélioration de la malade était si marquée après l'opération qu'on ne peut l'attribuer qu'à la ponction.

En historiens fidèles, nous avons cru devoir rapporter avec détail les tentatives nouvelles du docteur Schuh, bien que déjà M. Jules Guérin eût imaginé et réalisé une application de sa méthode sous-cutanée préférable à tous égards à la méthode employée par M. Schuh. Cette application, déjà indiquée par M. Guérin dans ses Essais sur la méthode sous-cutanée, a été faite avec le plus grand succès sur un malade du dépôt de St-Denis, sous les yeux et avec le concours de M. le docteur Kuhn, de M. Lonvel, chirurgien de cet établissement. L'opération est des plus simples, et n'est qu'une variation de celle qu'a réalisé le même chirurgien pour vider les abcès par congestion. L'auteur se propose de la faire connaître prochainement avec détail.

II. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE; publié par BUSCH, D'OUTREPONT, DE RITGEN et DE SIEBOLD.

Le 1er cahier du 10e volume contient les articles originaux suivans: 1° *Remarques et observations*; par M. d'Outrepont. (Les recherches microscopiques sur le lait vérifiées par le professeur d'Outrepont ne sont pas complètement d'accord avec celles de M. Donné. C'est ainsi que le professeur de Wurtzbourg a vu disparaître dans le plus grand nombre de cas les corps granuleux dès le troisième jour, et non le sixième ou le dixième jour après l'accouchement; de plus, l'expérience lui a démontré que la persistance prolongée du colostrum, ou des engorgemens, ou même des abcès dans les mamelles n'est pas une contre indication à l'allaitement.) 2° *Histoire d'un accouchement par le forceps chez une femme qui, quatre ans auparavant, avait été délivrée au moyen de l'opération césarienne*; par le professeur Behm. 3° *Mélanges*; par le docteur Tott. (Rien de saillant.) 4° *Observations*; par le docteur Petrenz. (Rien d'inconnu.) 5° *Sur l'hydropisie des reins chez le fœtus*; par le docteur Pappenheim. (A l'occasion d'une observation qui a beaucoup de rapports avec celle citée par la Gazette Médicale, p. 794, 1840, l'auteur entre dans beaucoup de détails sur l'étiologie et l'anatomie pathologique des maladies des reins chez le fœtus.) 6° *Observation d'un stéatome dans le bassin chez une femme enceinte*; par le docteur Heck.

HISTOIRE D'UN ACCOUCHEMENT PAR LE FORCEPS CHEZ UNE FEMME QUI, QUATRE ANS AUPARAVANT, AVAIT ÉTÉ DÉLIVRÉE AU MOYEN DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE, par le docteur Behm.

La femme qui fait le sujet de cette observation était grande et bien constituée; tous les diamètres du bassin paraissaient normaux; seulement, il y avait une inclinaison plus forte que d'ordinaire; mais à peu près vers le milieu du vagin, il existait un rétrécissement calleux si considérable, que l'ouverture admettait à peine l'introduction d'une sonde, et qu'il était impossible de reconnaître, à l'aide du doigt introduit, la disposition du col et de la portion inférieure de l'utérus; c'est pour cette raison qu'un accoucheur pratiqua l'opération césarienne; l'enfant fut retiré mort, et comme sa tête avait déjà été fortement engagée dans le détroit supérieur, il a fallu employer le forceps pour la ramener dans l'hypogastre, et de là au-dehors. — La femme, enceinte pour une seconde fois, se présenta chez M. Behm; celui-ci reconnut l'atrésie du vagin, et s'assura de la bonne conformation du bassin; il proposa d'abord de dilater la petite ouverture

au moyen de l'éponge préparée; mais après plusieurs essais infructueux, on arriva au terme de la grossesse sans avoir obtenu une dilatation convenable; cependant on put introduire le doigt et reconnaître l'état de l'orifice de l'utérus, le commencement du travail et la présence de la poche des eaux. On fit ensuite quelques scarifications dans tout le pourtour de la portion du vagin rétrécie, qui, ne suffisant pas, furent suivies plus tard d'incisions profondes. On s'assura pendant cette opération que l'étranglement considérable était formé par des substances fibreuses et tendineuses qui criaient sous le bistouri. La tête ayant mis quelque retard à descendre, on appliqua le forceps; l'enfant, du sexe féminin, vint au monde; une hémorragie assez abondante se déclara et nécessita l'extraction du placenta, qu'on trouva adhérent dans le voisinage de la cicatrice résultant de l'opération césarienne. La mère allaita son enfant; tout le temps des couches se passa très bien.

OBSERVATION D'UN STÉATÔME DANS LE BASSIN CHEZ UNE FEMME ENCEINTE, par le docteur HECK.

OBS. — Sibylle Lutze, âgée de 25 ans, enceinte pour la troisième fois, s'étant aperçue de la présence d'une tumeur dans le vagin, vint consulter M. Heck, qui trouva le conduit vulvo-utérin très rétréci par un corps arrondi qui s'était développé dans le bassin, et remplissait en grande partie son excavation. Pourtant on resta dans l'expectative jusqu'au moment de l'accouchement, et lors du commencement du travail, on fit l'extirpation de la tumeur, qui consistait dans un stéatome de 11 centim. de diamètre, de 35 à 36 centim. de circonférence, et pesant 532 grammes. Elle était insérée sur la paroi gauche du bassin, vers la symphyse sacro-iliaque. Après l'ablation de la tumeur, on appliqua le forceps, et on amena un enfant bien portant.

Ce cas nous rappelle l'observation remarquable de M. le professeur d'Outrepont et celles des auteurs que nous avons cités à cette occasion (GAZ. MÉD., p. 795, 1840). On trouve encore des faits analogues dans l'excellent ouvrage de M. Puchelt fils, publié sous les auspices de son vénérable maître, M. le professeur Naegelé (GAZ. MÉD., p. 479, 1840).

III. RUST'S MAGAZIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE (1).

Les 2e et 3e cahiers du 57e volume contiennent: 1° *Compte-rendu de toutes les maladies qui se sont présentées à l'hôpital de la Charité, à Berlin, pendant* 1837; par le docteur Hedinger. (Cette énumération exacte de tous les faits observés ne présente qu'un intérêt médiocre.) 2° *Sur une épidémie de scarlatine qui a régné à Peitz en* 1840; par le docteur Schlesier. (Dans les cas de scarlatine maligne, qui étaient nombreux dans cette épidémie, l'auteur a employé le carbonate d'ammoniac, qu'il regarde comme un spécifique. (GAZ. MÉD., p. 27, 1835, et p. 793, 1839.) 3° *Histoire d'une épidémie de fièvre typhoïde, qui a eu lieu dans le cercle de Peitz*; par le docteur Woppisch. (Bien de saillant.) 4° *Hématose dans le cerveau*; par le même. (Rien d'inconnu.) 5° *L'endocardite et la péricardite sont-elles aussi fréquentes dans le rhumatisme articulaire aigu que M. Bouillaud l'avance?* par le docteur Kersteu. (La coïncidence de ces deux maladies serait rare dans le Magdebourg, où l'auteur exerce.) 6° *Observation de cheiloplastie chez une femme de soixante ans, qu'on opéra d'un cancer à la lèvre inférieure*; par le docteur Berg. (On emprunte une portion de la peau du cou pour reparer la perte de substance. A en juger par le dessin, le résultat devait être superbe.) 7° *Sur la respiration des apoplectiques*; par le docteur Hoppe. 8° *Rapport médico-légal sur un cas d'étranglement*; par le docteur Chevalier.

SUR LA RESPIRATION DES APOPLECTIQUES, par le docteur HOPPE, de Berlin.

Ce mémoire se résume dans les propositions suivantes :

1° La respiration purement diaphragmatique annonce une inaction complète de la vie intellectuelle;

2° La respiration thoracique annonce une étroitesse de la poitrine sentie par l'individu, et exprime un besoin de se soulager;

3° Il y a inaction de la vie intellectuelle dans la mort, la syncope, l'apoplexie, le sommeil et la catalepsie;

4° La respiration diaphragmatique est un signe pathognomonique des différens degrés d'inaction de la vie intellectuelle; elle manque dans la mort, elle est presque imperceptible dans les syncopes; elle se manifeste comme simple mouvement instinctif dans l'apoplexie; elle consiste dans un mouvement musculaire, instinctif, auquel l'esprit semble participer dans le sommeil, et elle est caractérisée par un oubli momentané de l'inspiration et de l'expiration dans la catalepsie;

5° La respiration diaphragmatique varie selon que ces différens états sont plus ou moins caractérisés, elle n'est bien distincte que lorsqu'un de ces états se trouve nettement prononcé;

6° La respiration apoplectique se reconnaît à un mouvement instinctif, diaphragmatique, très franc, lent, paresseux, pénible, avec inaction du thorax;

7° La cause de cette respiration ne doit pas être cherchée dans les poumons, mais dans l'inaction de la vie intellectuelle;

8° Plus la respiration apoplectique se fait avec effort, plus aussi l'affaissement de la vie intellectuelle est grand; cependant on ne peut pas toujours conclure du degré de gêne de la respiration à l'intensité de la paralysie du cerveau, et par conséquent au degré de l'affection;

9° La forme caractéristique de la respiration apoplectique peut être modifiée par plusieurs circonstances, et notamment par des irritations matérielles du cerveau et par l'excitation de quelques fonctions cérébrales non encore étouffées.

REVACCINATION FAITE DANS L'ARMÉE PRUSSIENNE EN 1840.

Sur 43,522 individus vaccinés, 34,573 avaient des cicatrices très apparentes, 6,177 avaient des cicatrices peu apparentes, 2,772 n'en avaient pas du tout.

La marche de la revaccination fut régulière chez 20,952, irrégulière chez 8,820, et sans résultat chez 13,750; chez ces derniers on répéta la revaccination, qui prit alors chez 2,831, et resta sans succès chez 8,958.

20,952 individus ont présenté de véritables pustules, et sur ce nombre 10,021 en eurent de 1 jusqu'à 5; 5,875 de 6-10; 4,171 de 11-20, et 885 de 21-30.

Sur le nombre d'individus qui ont été revaccinés dans le courant de l'année dernière et de cette année, 7 ont eu des varicelles, 2 des varioloïdes et 1 la véritable variole.

L'armée prussienne n'a eu en tout, pendant toute l'année 1840, que 74 malades affectés d'éruptions varioloiques, et sur ce nombre 46 varicelles, 21 varioloïdes et 7 varioles; de ces dernières 2 sont morts, ils n'avaient pas été revaccinés. Il est très important à remarquer que cette année, ainsi que les années précédentes, ces divers cas d'éruptions ont été observés sur des recrues immédiatement après leur arrivée au corps, avant qu'on ait commencé la revaccination.

Le vaccin, pris sur des adultes qui ont été revaccinés avec succès, a été aussi efficace que celui pris sur des enfans; c'est ainsi que le quatrième corps de l'armée, qui a été en entier revacciné avec du virus pris sur des adultes, n'a pas eu un seul malade affecté de varioles pendant trois années, et pourtant il a séjourné dans des contrées où cette maladie a régné.

A cet article nous en ajouterons un autre sur le même sujet, tiré d'un journal médico-légal (1).

REVACCINATION FAITE DANS L'ARMÉE WURTEMBERGEOISE, par le professeur HEIM.

Dans un espace de sept ans l'armée wurtembergeoise n'a compté que 20 soldats affectés de varioloïdes et 2 de varioles, dont 1 mourut. De ces 22 individus 2 seulement avaient été revaccinés quelques années auparavant, et encore un de ces deux avait-il eu la varioloïde au moment de la revaccination qui a été alors incomplète, et l'autre avait été revacciné sans résultat.

La revaccination a été faite dans le principe avec de la lymphe prise sur des enfans, dans la suite on la transporta d'adulte sur adulte. Le résultat des sept années fut le suivant :

Sur 22,780 soldats, 7,888 ont été revaccinés avec succès; sur ce nombre, 4,814 avaient des cicatrices distinctes, 1,754 avaient des cicatrices peu apparentes, 1,208 n'en avaient pas, 112 avaient eu la variole.

6,091 ont été revaccinés avec un succès douteux; sur ce nombre, 3,757 avaient des cicatrices distinctes, 1,504 avaient des cicatrices peu apparentes, 569 n'en avaient pas, 81 avaient eu la variole.

8,801 ont été revaccinés sans succès; sur ce nombre 5,106 avaient des cicatrices distinctes, 2,353 avaient des cicatrices peu apparentes, 1,188 n'en avaient pas, 154 avaient eu la variole.

(1) M. Rust étant mort, ce journal sera continué à l'avenir par une société de médecins.

(1) ANNALEN DER STAATS-ARZNEIKUNDE; publié par Schneider, Schürmayer et Hergt. Nous rendrons compte à l'avenir de ce journal, qui contient souvent des articles intéressans.

(NOTE DU RÉDACTEUR.)

Il résulte de ce relevé que sur 100, 35 avaient été revaccinés avec un succès réel, 26 avec un succès douteux, et 39 sans résultat.

Il est à remarquer que le résultat de la revaccination est à peu près le même sur ceux qui portent des cicatrices d'une ancienne vaccination comme sur ceux qui n'en portent pas. Le nombre des soldats qui ne montraient pas de cicatrices (1 sur 8), était si considérable qu'on ne peut admettre que la vaccination n'avait pas réussi dans leur jeunesse; il faut plutôt croire que les cicatrices se sont effacées avec l'âge.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 JUILLET.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. Regnault, rapporteur de la commission : La commission s'est réunie pour examiner la lettre adressée à l'Académie par MM. Flandin et Danger. Après avoir pris connaissance de la réponse faite immédiatement par un de ses membres, et qui a été insérée dans le Compte-rendu, elle déclare qu'elle n'a rien à ajouter à cette réponse, qu'elle n'a rien à modifier ni dans le fond, ni dans la forme, soit au texte, soit aux conclusions de son rapport.

EXTIRPATION DES GLANDES SALIVAIRES.

M. Larrey lit le commencement d'un mémoire sur ce sujet; la lecture sera continuée à la prochaine séance.

URÉTROPLASTIE.

M. Ségalas annonce à l'Académie qu'il va pratiquer l'urétroplastie sur un jeune homme atteint de fistule à la portion pénienne de l'urètre, par une méthode qui lui a déjà réussi. Cette méthode consiste à dévier temporairement l'urine à travers une fistule artificielle pratiquée au périnée, et à réunir ensuite les bords de la fistule à l'aide des moyens ordinaires. M. Ségalas présente à l'Académie le malade qu'il se propose de soumettre à cette opération. La fistule s'est formée chez lui par suite d'une constriction exercée autour de la verge avec une ficelle.

MM. Magendie, Breschet et Larrey sont priés d'examiner le malade et de s'entendre avec M. Ségalas pour être témoins de l'opération.

TEIGNE FAVEUSE.

M. Textor (à la place duquel nous avons, par inadvertance, nommé M. Estor, dans le dernier compte-rendu de l'Académie de médecine au sujet d'une amputation coxo-fémorale) réclame la découverte de la nature végétale de la teigne faveuse. (Renvoyée à la commission chargée d'examiner le travail de M. Gruby, et qui a déjà été saisie d'une réclamation semblable de la part de M. Schoenlein.)

DANS QUELLES LIMITES L'IRRITABILITÉ MUSCULAIRE EST-ELLE SOUMISE A L'ACTION NERVEUSE?

Telle est la question que M. Longet s'est proposé de résoudre par la voie expérimentale.

Dans un précédent mémoire (séance du 24 mai) (1), j'ai établi, dit-il, qu'un nerf moteur de la vie de relation, séparé de l'encéphale ou de la moelle épinière, perd, *dès le quatrième jour*, son excitabilité, c'est-à-dire le pouvoir dont il jouissait, quand on l'irritait diversement, de faire contracter les muscles volontaires. Au bout de ce temps, pour mieux juger encore l'état de ceux-ci lors de l'excitation de leurs nerfs, *je découvre les uns et les autres dans une partie bien saine du membre* (2), et jamais alors le galvanisme, appliqué même aux ramuscules nerveux, ne suscite les plus légères contractions de la fibre musculaire; toutefois, dans ces expériences délicates à répéter, il est bien important de ne point faire usage d'une pile trop forte, autrement le fluide galvanique luimême pourrait être transmis par la division du nerf jusqu'au muscle, qui ne manquerait point de manifester une réaction; il s'agit ici, au contraire, seulement de faire passer un courant transversal dans l'épaisseur du rameau nerveux, pour prouver que toute force motrice y a disparu. Afin de rendre les résultats plus frappans, les mêmes épreuves sont comparativement effectuées, par l'emploi des mêmes moyens, sur les nerfs correspondans du côté sain; au lieu des résultats négatifs constatés dans le premier cas, on obtient toujours les contractions les plus manifestes.

Mais l'irritabilité musculaire disparaît-elle ou non avec l'excitabilité nerveuse? D'après nos recherches antérieures, la marche à suivre, pour tâcher de résoudre cet intéressant problème, nous a paru devoir être celle que nous allons signaler. Puisque le quatrième jour l'excitation du nerf coupé (bout libre) ne donne plus lieu à la moindre contraction dans les muscles, il fallait d'abord reconnaître, dès ce jour même, si, étant *immédiatement stimulés*, ils se contractent ou non; il fallait surtout laisser un laps de temps considérable entre cette époque et le moment où, de nouveau, l'on agirait avec des stimulans directement appliqués à la fibre musculaire elle-même. Cette marche n'est-elle pas préférable à celle que Haller et ses partisans avaient adoptée, dans le but de démontrer que l'irritabilité musculaire n'est point dépendante de la force nerveuse? En effet, ils arrachaient le cœur de la poitrine d'un animal vivant, ou bien ils coupaient un tronçon de chair, et les voyant palpiter pendant une ou plusieurs heures (selon l'espèce et l'âge de l'animal), ils en inféraient qu'à la fibre musculaire était inhérente une tendance à la contraction indépendante de l'action des nerfs. Mais, à ces expériences on pouvait faire l'objection suivante : Cette tendance à la contraction ne persiste qu'en vertu d'un reste de force nerveuse latente dans le nerf et la fibre musculaire elle-même. Une pareille objection n'est plus applicable à des expériences instituées de la manière suivante : un nerf (le *sciatique*) étant réséqué, les dernières ramifications de son bout libre sont galvanisées le quatrième jour, sans susciter, avons-nous dit, le moindre frémissement de la fibre musculaire, et néanmoins, au bout de quinze jours, celle-ci se contracte encore fortement sous l'influence du moindre stimulus qui lui est immédiatement appliqué; après un mois, l'aptitude à se contracter, quoique moindre, est encore très sensible; et enfin, vers la septième semaine, on peut encore la retrouver d'une manière appréciable; mais, à dater de cette époque, la fibre musculaire, déjà fortement blanchie, semble éprouver une véritable dégénérescence, et bientôt elle cesse peu à peu de se contracter, même avec les stimulans immédiats les plus forts. C'est donc seulement par suite d'une lésion de nutrition, dont les effets se prononcent lentement, que la fibre musculaire, en perdant ses caractères organiques, perd aussi sa propriété essentielle, *l'irritabilité*, qui toutefois, comme on l'a vu, persiste bien longtemps après que toute influence nerveuse a été supprimée.

(1) Voir l'extrait dans la Gazette Médicale du 29 mai 1841. Trav. acad.

(2) A-t-on réséqué le nerf sciatique à la cuisse, il faut agir, non sur les muscles de celle-ci, mais sur ceux de la jambe; cette précaution est indispensable, car, puisque les muscles de la première sont animés par des rameaux sortis de ce nerf au niveau de l'échancrure ischiatique, et par conséquent au-dessus du point où la résection a été pratiquée, il est clair qu'en agissant sur ces rameaux on obtiendrait des contractions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle comprend une lettre ministérielle avec l'envoi d'une lettre adressée par M. Maufange, au sujet de l'épidémie de suette du département de la Dordogne. (Renvoyée à la commission.)

M. Bouley : De graves questions s'agitent dans l'Académie, et ont déjà absorbé trois séances. Une discussion aussi prolongée, loin d'apporter des lumières, multiplie au contraire les difficultés et soulève à chaque instant de nouvelles objections. Cependant, il faut arriver à une solution. Le rapport a besoin d'être modifié dans quelques-unes de ses parties, tout le monde le reconnaît; mais ce n'est pas au milieu d'une assemblée aussi nombreuse, ce n'est pas dans le feu de la discussion qu'on peut le faire d'une manière convenable. Je propose donc de le rendre à la commission, afin qu'elle puisse y faire les corrections nécessaires.

M. Chevallier : Je ne suis pas de l'avis de M. Bouley, relativement aux modifications qu'il propose, et je maintiens l'intégrité du rapport.

M. Bouley : Je persiste à dire que la commission, éclairée par la discussion, aura sans doute quelque chose à retoucher aux conclusions du rapport; ce n'est là, du reste, que mon opinion personnelle, mais je crois que cette mesure remplirait le vœu de la majorité.

M. Bouillaud : M. Bouley a demandé la parole à l'occasion du procès-verbal, et cependant il parle maintenant sur le fond de la question. S'il désire prendre part à la discussion, qu'il se fasse inscrire et qu'il attende pour développer son opinion que son tour soit arrivé.

La proposition de M. Bouley n'est pas appuyée.

NOUVEAU COW-POX.

M. Gaultier de Claubry fait, au nom du comité de vaccine, un rapport sur un nouveau cow-pox découvert par M. Saunoy, de la Côte-d'Or. Ce médecin ayant eu occasion d'observer sur le dos de la main d'une jeune fille une pustule qui offrait tous les caractères de l'éruption vaccinale, s'en servit pour vacciner plusieurs enfans, et les pustules qui furent produites se comportèrent comme celles d'une bonne vaccine, et donnèrent également lieu, par leur inoculation, à des pustules de vaccine normale et régulière. Les produits de cette vaccination parurent à M. Saunoy avoir une parfaite ressemblance avec l'éruption provenant du cow-pox de Passy.

La vache qu'il visita ensuite avec beaucoup de soin était âgée de 8 ans et bonne laitière. Les paysans à qui elle appartenait dirent que tous les printemps elle avait une éruption sur le mamelon, mais on ne put en constater la nature, l'animal ne s'étant pas laissé approcher.

Le virus était arrivé à sa neuvième transmission lorsqu'on l'envoya à l'Académie. M. Bousquet l'essaya alors et s'assura qu'il n'y avait pas lieu de présumer qu'il fût différent, quant à sa nature et à ses effets, du vaccin de Passy.

Le comité propose en conséquence de répondre au ministre : 1° Que l'Académie est toute disposée à admettre que M. Saunoy a effectivement découvert un véritable cow-pox.

2° Que la vaccine qui provient de ce virus a tous les caractères de la vaccine normale, et que par conséquent son usage peut être autorisé.

3° Que l'Académie vote des remercîmens à M. Saunoy pour sa communication. — Adopté.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. CAVENTOU : Messieurs, M. Gerdy continue à soutenir la discussion avec une grande ténacité; battu dans les deux premières séances il est rentré en lutte dans la dernière avec une nouvelle intrépidité; mais plus habile cette fois et désertant avec adresse le vrai terrein de la discussion établi par le rapport, il s'en est constitué un à sa convenance, presque toujours à côte de la question et discutant à perte de vue ce que personne ne lui conteste, il a obtenu ce qu'il croit être sans doute un succès académique. Les grands mots à effet, les images lugubres n'ont point manqué à M. Gerdy; il avait eu le soin de ressusciter un mort, l'arsenic normal; et il en faisant le bourreau de l'innocence. Avec un tel texte et le talent d'élocution que possède incontestablement M. Gerdy, il lui a été facile de frapper les esprits et d'obtenir ce succès du moment qu'il faudrait toujours dédaigner dans les sanctuaires des sciences.

Quittons néanmoins ce champ d'exploits faciles pour revenir à la question : elle roule sur des faits positifs que M. Gerdy n'a jamais abordés que timidement; pourquoi faut-il que plusieurs expressions amères, irritantes aient trouvé place dans son discours? faut-il les attribuer à la chaleur du débit oratoire? je le pense, aussi ne les releverons-nous pas.

Arrivons donc au rapport: M. Gerdy se contentait dès ces deux premières séances, de l'amender; mais enhardi par je ne sais quels renseignemens erronés, il en a demandé le rejet dans la dernière séance, et pourquoi?

« Parce que la doctrine des taches, dit-il, est mauvaise, aveugle dans ses jugemens, meurtrière et effroyable par ses effets; doctrine que vous ne pouvez approuver sans anéantir l'Académie.

» Que répondrions-nous aux accusations d'ignorance, de servilisme, quand nous aurions contre nous l'Institut, le public, la presse? La dernière heure de l'Académie aurait sonné!! Qu'est-ce que le ministre pourrait faire d'un corps déshonoré, inutile?

» Enfin, vous avez à choisir entre deux doctrines; l'une qui peut laisser échapper un coupable, c'est celle de l'Institut; et l'autre qui déshonore et tue les innocens, c'est celle prêchée dans le rapport qu'on vous propose d'adopter.»

Vous voyez, Messieurs, je cite textuellement les paroles de M. Gerdy, je n'affaiblis en rien la vigueur et l'énergie des expressions; elles sont claires, et si elles étaient aussi vraies qu'elles sont fortes, qu'en adviendrait-il à votre rapporteur et à la commission qu'il représente? Je vous le demande, Messieurs, et je le demande à M. Gerdy lui-même? Comment! une commission composée d'hommes qui ont fait leurs preuves depuis longtemps, et acquis des titres à être crus, se serait occupée pendant quatre mois de l'étude et de l'examen d'un sujet scientifique dont elle comprenait la portée tout aussi bien que M. Gerdy, et cette commission par camaraderie, par servilisme, l'ai-je bien entendu! viendrait, dans un rapport perfide, criminel même, chercher à surprendre votre bonne foi et à vous faire consacrer une doctrine qui tendrait à envoyer l'innocence à l'échafaud! cela n'est pas possible, M. Gerdy s'est trompé..., aucun de vous ne l'a cru, Messieurs; et en effet, c'est que tout ce fracas oratoire se réduit à des paroles creuses et sonores! M. Gerdy use de ses armes, à défaut des faits qui persuadent et prouvent, il a recours aux phrases qui fascinent et abusent : c'est ce que nous démontrerons.

Vous parlez de la doctrine des taches....., mais où est-elle cette doctrine? c'est vous qui l'avez inventée, car je ne la trouve nulle part...... Est-elle dans le rapport? Non..... Nous ne connaissons qu'une doctrine, pour me servir de votre expression, c'est celle qui consiste à extraire l'arsenic et prouver sa présence dans un empoisonnement; que faut-il pour cela?

Mettre à nu le métal en quantité suffisante, à l'effet de constater, sans le plus petit doute, tous ses caractères physiques et chimiques : pour atteindre à ce but, nous affirmons que le procédé suivi et indiqué par M. Orfila est bon, exact, suffisant; il consiste à obtenir à la fois l'anneau métallique et les taches arsenicales, il réussit parfaitement, la commission l'a vu et vérifié; les commissaires de l'Institut l'ont vérifié comme nous, que veut-on de plus?

Où est donc cette doctrine des taches, si ce n'est dans votre imagination ardente et féconde? Nous voulons suffisamment d'arsenic pour ne point le méconnaître; qu'il soit à l'état de taches agglomérées, comme dans l'anneau métallique; qu'il soit à l'état de taches disséminées et condensées ensuite par les dissolvans connus, que nous importe, pourvu qu'en définitive, nous puissions prouver la présence du métal? C'est là le problème, et quoi que vous en disiez, c'est là ce que proclame bien haut le rapport de la commission.

Vous identifiant avec les amis que vous défendez avec un dévouement que j'admire, mais qui vous égare souvent, vous ne voyez que leurs taches, vous en exaltez l'importance avec une exagération qu'excuse un sentiment honorable; à vous entendre enfin, elles auraient apparu, comme un nouveau Messie, pour sauver les hommes de l'erreur..... Mais n'en avait-on pas auparavant signalé bien d'autres tout aussi importantes, et le rapport de l'Institut, plus juste que vous à ce sujet, ne rend-il pas justice à la prévoyance de M. Orfila, page 1083 du compte-rendu?

Rabattez donc de vos prétentions, lorsqu'on vous prouve surtout que vos amis *n'ont jamais pu nous produire leurs taches dans l'application des procédés prescrits en chimie légale*; et je ne conçois pas comment, avec votre pénétration d'esprit, vous soyez venu, pour nous prouver le contraire, lire un fragment de nos procès-verbaux; il confirme ce que nous avons dit, et si l'Académie voulait consentir à échanger ses bancs contre ceux de l'école, nous soutiendrions la discussion sur ce point, tant qu'on voudra.

J'arrive maintenant à un sujet plus grave, et que j'ai été surpris de voir traiter par M. Gerdy avec si peu de ménagemens; je veux parler de la menace qu'il nous a faite de notre dissidence, selon lui, avec l'Institut et des conséquences déplorables qu'elle pourrait avoir pour l'honneur et la considération de l'Académie: cette partie du discours de M. Gerdy m'a vivement affecté, et elle m'aurait humilié même si je n'avais réfléchi à l'instant même au rang éminent qu'a conquis l'Académie royale de médecine depuis bientôt 21 ans que date son existence dans le monde savant.

L'Académie a bien le droit, sans doute, de penser par elle-même, et je suis persuadé que M. Gerdy n'a pas prétendu soutenir le contraire, et surtout à l'égard d'une question de médecine légale; s'il est un corps compétent dans ce monde pour traiter une telle question, c'est bien l'Académie de médecine. Mais j'admets qu'une dissidence sur ce point, vienne à s'établir entre les deux corps savans, faut-il donc en conclure pour cela que l'un sera écrasé par l'autre; de ce que Proust n'a point pensé comme Bertholet dans une discussion relative à un point élevé de philosophie chimique, en est-il résulté la plus légère atteinte dans la haute opinion qu'on avait d'eux? non certainement.

Quand de part et d'autre on est convaincu de bonne foi, abstraction faite de tout orgueil personnel, et dans le seul et unique intérêt de la vérité, il est honorable d'avoir *le courage de son opinion*, c'est un devoir, indépendant de toute considération; il serait sans doute inquiétant de voir l'Académie de médecine, en opposition de principes avec l'Académie des sciences sur un point aussi capital de la toxicologie chimique; mais cela est-il? Avons-nous à déplorer une dissidence si fâcheuse dans la question si grave, si éminemment sociale qui nous occupe? Non, Messieurs, M. Gerdy l'a dit, et vous avez entendu dans quels termes, mais vous allez voir qu'il n'a trouvé cette dissidence que dans son imagination; il me suffira pour cela de comparer les dires des deux rapports.

Commençons par la première conclusion du nôtre; que disons-nous?

A. Pour ce qui concerne les deux assertions capitales faites par MM. Flandin et Danger, savoir :

1° *Qu'il est possible de confondre les vraies taches arsenicales avec d'autres, qui en présenteraient jusqu'à un certain point la plupart des propriétés physiques et des caractères chimiques;*

2° Que les animaux en proie à un empoisonnement aigu par l'arsenic *n'urinent pas.*

Nous répondons : *Non, ces deux assertions ne sont point fondées.*

Que dit l'Institut? Parle-t-il autrement que nous? Vous allez en juger :

« MM. Flandin et Danger annoncent que leurs taches présentent non seulement par leur aspect une ressemblance frappante avec les taches arsenicales, mais que la ressemblance se soutient même dans les propriétés chimiques.

» Les expériences de ces Messieurs montrent seulement que quand la carbonisation est mal faite, on peut obtenir des taches qui présentent *à l'œil* une grande ressemblance avec les taches arsenicales; mais si les apparences physiques se ressemblent, il n'en est pas de même des caractères chimiques : au moyen de ces derniers caractères, rien n'est plus facile que de distinguer ces taches des taches arsenicales pures. Il est vrai que ces caractères deviennent moins tranchés lorsque ces taches sont elles-mêmes mélangées de matières étrangères, comme cela arrive quand les carbonisations des chairs empoisonnées ont été imparfaites, mais un chimiste un peu exercé ne s'y trompera jamais.

» Ainsi, vos commissaires, ajoute M. Regnault, croient de leur devoir de repousser l'explication donnée par ces Messieurs, et d'insister sur ce point, que ces taches ne sauraient être confondues avec les taches vraiment arsenicales, toutes les fois qu'elles seront soumises à l'action des réactifs, qui peuvent seuls permettre de prononcer sur l'existence réelle de l'arsenic. » (Pages 1088 et 1089 des COMPTES-RENDUS de l'Académie des sciences.)

Je vous le demande, Messieurs, y a-t-il là divergence d'opinions entre l'Institut et nous? La conclusion que nous vous proposons d'adopter est-elle opposée dans sa signification à la pensée exprimée par l'Académie des sciences? Non, assurément. Et c'est cependant là le point capital développé dans le rapport qu'on veut vous faire rejeter....

Maintenant, sommes-nous plus en désaccord relativement à l'assertion faite par ces messieurs que les animaux empoisonnés d'une manière aiguë par l'arsenic n'urinent pas, assertion que nous déclarons n'être pas plus fondée que la précédente?

Le rapport de l'Institut ne présente que deux faits qui aient trait à ce sujet; on les trouve dans les dixième et onzième expériences relatées pages 1094 et 1095 du COMPTE-RENDU, et on voit que, dans le premier cas, on a retiré 100 grammes d'urine, et que, dans l'autre, la quantité de ce fluide n'a point été déterminée; mais on a constaté dans les deux expériences les nombreuses taches arsenicales fournies par ces urines dans l'appareil de Marsh. Ces taches étaient jaunâtres, dit le rapporteur (on n'avait point carbonisé l'urine), et, par les réactifs, il a été facile de reconnaître la présence de l'arsenic.

Toutes ces expériences, dont les résultats ont été très nets, ajoute M. Regnault, ont convaincu vos commissaires de l'exactitude des faits énoncés par M. Orfila sur l'absorption de l'arsenic, et sur le passage de ce poison dans l'urine.

Je vous le demande, Messieurs, disons-nous le contraire, et voyez-vous un seul point de notre première conclusion blesser en quoi que ce soit la pensée écrite de l'Académie des sciences? Non, certainement, et quelque talent que l'on possède à torturer le sens des mots, on ne parviendra jamais à prouver le contraire.

Ainsi, il est bien évident que l'Académie royale de médecine, en votant notre première conclusion, marchera parfaitement d'accord avec l'Académie royale des sciences de l'Institut.

Passons maintenant à la seconde conclusion de notre rapport.

B. Quant au procédé par carbonisation adopté par ces messieurs, nous le regardons comme bon; toutefois, il ne doit point être préféré au procédé par incinération au moyen du nitrate de potasse, tel que nous l'avons décrit d'après M. Orfila; sous le rapport même de la netteté, de la sensibilité et de l'aspect métallique du poison, ce dernier procédé est supérieur à l'autre.

Ainsi, nous disons : le procédé de M. Flandin est bon, mais il ne faut pas le préférer à l'autre, ce qui veut dire qu'ils sont également exacts; cependant nous trouvons que, par le nitrate de potasse, on brûle en totalité la matière organique, tandis que par l'acide sulfurique on ne fait que la charbonner, on obtient le

poison avec un aspect métallique plus sensible et plus net ; ce que tout le monde comprendra facilement.

A quelque procédé qu'ils aient recours, disons-nous dans ce rapport, MM. les experts peuvent avoir la certitude qu'ils arriveront à la vérité, en employant, soit l'une, soit l'autre méthode.

Ainsi, nous n'imposons pas un procédé sur un autre, nous ne nous attachons qu'à faire ressortir les avantages particuliers qu'ils présentent.

L'Académie des sciences est-elle d'un autre avis ? Examinons :

Les procédés de carbonisation par l'acide nitrique et le nitrate de potasse peuvent réussir *d'une manière complète*, dit le rapport, page 1108 ; mais comme on n'est pas maître quelquefois d'empêcher une déflagration très vive à la fin de l'expérience (le rapporteur fait ici allusion au procédé par l'acide nitrique, que nous avons déclaré être moins sensible que les deux autres), nous préférons la carbonisation par l'acide sulfurique *dans un grand nombre de cas*.

Ainsi, l'Académie des sciences préfère le procédé de MM. Flandin et Danger dans un grand nombre de cas, ce qui veut dire implicitement, ce me semble, qu'il est des cas où les autres procédés, qu'elle a déclaré aussi réussir d'une manière complète, peuvent lui être préférés.

Mais, sans vouloir nous livrer à des interprétations dont nous n'avons pas besoin, nous demanderons sérieusement si l'Académie des sciences pense autrement que nous, et si l'Académie royale de médecine, en adoptant notre deuxième conclusion, compromettra son autorité dans le monde savant.

L'Académie des sciences trouve le procédé par le nitre bon, mais elle préfère le procédé par l'acide sulfurique ; l'Académie royale de médecine trouve ce dernier procédé bon, mais elle dit qu'il ne doit point être préféré à celui par le nitre ; à moins de se copier servilement l'une sur l'autre, peut-on désirer un meilleur accord entre deux Académies sur un même sujet ? Cela n'est pas possible....

C. Passons à la troisième conclusion.

Enfin, tout en reconnaissant que l'appareil inventé par MM. Flandin et Danger pour convertir en acide arsénieux l'arsenic dégagé de l'appareil de Marsh est bien imaginé, nous pensons qu'il faut préférer le tube modifié tel que nous l'avons indiqué, parce qu'il est plus simple, d'une application beaucoup plus facile, et qu'il donne des résultats aussi satisfaisans.

Sur ce point, sommes-nous en dissidence avec l'Académie des sciences ? Examinons.

« MM. Flandin et Danger toujours préoccupés, dit M. Regnault, de l'inconvénient que présenteraient les matières organiques qui pourraient n'avoir pas été complètement détruites, même lorsque les ligamens sont limpides et ne donnent pas de mousse dans l'appareil de Marsh (mouvement que ne présente pas le procédé par le nitre que nous avons décrit dans notre rapport), ont imaginé un appareil particulier dans lequel le gaz hydrogène est complètement brûlé, ainsi que l'arsenic et les matières entraînées. Vos commissaires ont vu exécuter, avec cet appareil, plusieurs expériences dont les résultats ont été très nets. »

Et cependant, l'Académie des sciences abandonne cet appareil et préfère un simple flacon bi-tubulé avec un tube à dégagement dans lequel se trouve introduit de l'amianthe ; c'est ce que nous proposons aussi ; seulement l'Académie des sciences chauffe son tube avec des charbons, tandis que nous employons la lampe à esprit-de-vin, qui donne des résultats aussi satisfaisans, et notre flacon n'a qu'une tubulure.

Trouvera-t-on là une opposition réelle entre les deux Académies ?

D. Quatrième conclusion.

Pour ce qui regarde les travaux de M. Orfila, dont l'exactitude et la précision avaient été mises en doute, sous le point de vue des applications médico-légales, il ressort évidemment de ce rapport que ces doutes n'avaient aucun fondement.

Que dit à ce sujet le rapport de l'Académie des sciences ?

« M. Orfila a appliqué le procédé de Marsh dans un grand nombre de recherches importantes, sous le point de vue physiologique et toxicologique, et qu'il a exposées dans plusieurs mémoires lus à l'Académie de médecine.

» M. Orfila s'est proposé de rechercher si, dans les cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, le poison passait dans l'organisation animale, s'il était absorbé, et, par suite, s'il était possible de le retrouver après la mort dans les différentes parties du corps. Cette question est de la plus haute importance, non seulement pour la physiologie, mais encore pour la médecine légale.

» Par un grand nombre d'expériences faites, d'un côté, sur plusieurs individus qui avaient péri victimes d'empoisonnement par l'arsenic, et, de l'autre, sur des chiens empoisonnés par l'acide arsénieux introduit dans le canal digestif ou appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané, M. Orfila fit voir que l'acide arsénieux pouvait être retrouvé, après la mort, dans le sang, dans les viscères et dans l'urine. »

Suivent les détails relatifs à l'ensemble de ces expériences.

Plus loin, M. Regnault continue et dit : « Votre commission, désirant se livrer à une étude complète de la question qui lui était soumise, a cherché, avant de commencer ses propres expériences, à apprécier par elle-même les méthodes suivies actuellement dans la médecine légale. M. Orfila a bien voulu consacrer plusieurs séances à mettre sous ses yeux les principaux faits annoncés dans ses mémoires.

» Suivent les détails des expériences, et M. Regnault conclut par affirmer que les résultats en ont été très nets, et ont convaincu les commissaires de l'exactitude des faits annoncés par M. Orfila (p. 1080 et suivantes à p. 1093 du COMPTE RENDU). »

Notre conclusion dit-elle autre chose ? Seulement, comme l'exactitude de ces résultats soumis à notre examen, avait été mise en doute, nous proposons de déclarer ce doute mal fondé. Y a-t-il là matière à compromettre l'Académie ?

Notre cinquième conclusion ne peut faire l'objet d'aucune difficulté, car elle a pour but de voter des remercîmens à MM. Flandin et Danger, comme l'a fait l'Académie des sciences.

Enfin notre dernière conclusion est ainsi conçue :

« Quant à M. Orfila, la commission s'abstiendra de toute proposition à son égard. L'intérêt soutenu que l'Académie a porté à tous les travaux de notre savant collègue les marques d'estime dont elle les a toujours honorés, en ordonnant à diverses reprises, et par des dispositions exceptionnelles, la double insertion de ces travaux dans le BULLETIN et les mémoires de la compagnie, ont dû être et seront toujours, sans aucun doute, pour M. Orfila la plus douce récompense qu'il pouvait ambitionner. »

Cette conclusion, Messieurs, n'a point d'analogue dans le rapport de l'Institut, et vous savez pourquoi, la cause en est publique, et bien connue, c'est que l'Académie des sciences ne vote des remercîmens qu'aux savans qui viennent lui offrir leurs travaux ; et elle n'avait rien à statuer à cet égard pour M. Orfila, puisque ce savant vous a fait hommage de tous les siens. Ainsi notre dernière conclusion est donc tout à fait de votre ressort.

Telles sont, Messieurs, les six conclusions de notre rapport sur lesquelles vous allez avoir à voter. Y en a-t-il une seule qui soit hostile ou en opposition avec celles adoptées par l'Académie des sciences ? Y en a-t-il une seule qui soit dans le cas de faire tomber une tête innocente ? Non, heureusement non, car l'accord entre les deux académies sur une aussi haute question d'intérêt général est tout ce qu'on pouvait désirer de plus tranquillisant. M. Gerdy a donc eu tort d'affirmer le contraire ; et peut-être sera-t-il maintenant bien convaincu que je n'ai pu le prier de me céder son tour de parole pour effacer, par la lecture de mon rapport, la fâcheuse impression qu'aurait produite celle du rapport de l'Institut. J'ai dit à M. Gerdy, et j'espère qu'il voudra me croire sur parole, que je désirais lire mon rapport immédiatement après la correspondance, pour ne pas en scinder la lecture ; qu'en me cédant son tour, il m'en fournissait les moyens ; que, la question arsénicale étant une question d'actualité, et l'Institut s'étant déjà prononcé à cet égard, je croyais utile et convenable que l'Académie le fît le le plus tôt possible de son côté.

Avant de finir, Messieurs, permettez-moi de revenir encore, et pour la dernière fois, sur un point fort délicat de mon rapport qu'on a appelé la partie laudative à l'égard d'un de nos collègues, partie du rapport dont nos adversaires ont tiré si habilement parti.

Je l'avouerai franchement, cette partie de mon rapport est une œuvre de conscience et de conviction de votre rapporteur à l'égard de services scientifiques qu'il est plus souvent à même qu'un autre peut-être d'apprécier dans la spécialité de l'enseignement public dont il est chargé. J'aurais à refaire mon rapport sur ce point, je n'y changerais pas un seul mot. J'ai, à trois reprises différentes, lu ce rapport aux membres de la commission et il n'est venu à l'idée d'aucun d'eux de me faire la plus petite observation sur les termes dans lesquels je parlais de M. Orfila. A ce moment, ils réfléchissaient sans doute dans leur for intérieur aux injures et aux calomnies dont notre collègue est abreuvé depuis trois ans au sujet de ses travaux sur l'arsenic ; pas plus que moi peut-être, ils n'avaient oublié qu'on l'avait traité comme induisant la justice en erreur, et se jouant de l'honneur et de la vie des accusés ! N'a-t-on pas été jusqu'à supposer, avec une perfidie atroce, qu'il aurait suffi de quelques parcelles d'acide arsénieux restées adhérentes au bout de ses doigts pour lui faire trouver, par ses manipulations, les preuves d'un prétendu empoisonnement dans ses expertises judiciaires ? et bien convaincus, comme moi, que ces travaux si cruellement attaqués et dénaturés recevraient enfin, dans ce qu'ils ont de plus utile, une confirmation solennelle, et dans cette enceinte et dans une autre non moins grave, mes collègues de la commission ont pensé, comme moi, qu'il y aurait eu lâcheté à ne pas le dire avec ce sentiment de satisfaction que donne la certitude d'une vérité acquise ; ils ont approuvé mes paroles sans objection, et quoi qu'il advienne de ce rapport, je les en remercie bien sincèrement ; s'ils m'avaient proposé des changemens sur ce point, j'aurais pu y consentir par égard et par convenance, mais non par conviction.

M. Gerdy a dit en parlant de cette partie du rapport qu'il lui avait semblé entendre une oraison funèbre ; cette comparaison a pu faire sourire, moi tout le premier, puisque heureusement elle n'était qu'une fiction : j'aurais donc dit vrai, du propre aveu de M. Gerdy, puisqu'on ne doit aux morts que la vérité, et mon seul tort serait de l'avoir dit du vivant de notre honorable collègue...... ; où est le mal cependant ?.... Faudrait-il toujours attendre qu'un homme fût enterré pour lui rendre justice ? Non, je pense mieux du cœur humain et si c'est une illusion, je supplie M. Gerdy de la respecter.

Je termine, Messieurs, en priant l'Académie de mettre un terme à cette discussion et de prendre une décision quelconque : comme rapporteur, je crois avoir rempli la tâche que vous m'avez imposée avec toute la conscience, le zèle et le dévouement dont je suis capable. Pendant quatre longues séances, je serai resté sur ce banc à écouter et prendre part à la discussion, il m'est donc permis de croire mon mandat terminé.

La clôture demandée par M. Moreau et combattue par M. Pelletier, est mise aux voix et rejetée.

M. PELLETIER : M. Gerdy a attaqué le rapport avec beaucoup d'énergie, et sans doute aussi, je le pense du moins, avec conviction. Je répondrai aux principales objections qu'il a fait valoir, mais je demanderai toutefois la permission de terminer d'abord un incident qui m'est personnel. J'ai dit, dans la dernière séance, que je n'avais approuvé, qu'en faisant quelques réserves, la conclusion relative au procédé d'incinération par le nitrate de potasse. Comme ce point est devenu un des plus importans de la discussion, et que je me trouve ici différer d'opinion avec la commission, je dois entrer dans quelques explications.

Plus que jamais je suis persuadé que l'incinération par le nitrate de potasse n'est pas le meilleur procédé. En effet, quand on cherche à reconnaître la présence de l'arsenic dans les tissus, l'objet qu'on doit se proposer spécialement en premier lieu, c'est de détruire toute la matière organique, et tous les procédés n'aboutissent qu'à ce résultat. Mais pour obtenir sa combustion, il faudra évidemment d'autant plus d'oxigène qu'il y a plus de matière organique, ou plutôt que la proportion de cette matière est plus considérable relativement à la quan-

tité d'arsenic. Si vous vous servez de l'acide sulfurique ou de l'acide nitrique, vous pourrez, une fois cette combustion opérée, vous en débarrasser en le chassant par l'évaporation. Si au contraire vous donnez la préférence au nitrate de potasse, il faudra en employer une grande quantité; et par conséquent, après la combustion, il vous restera beaucoup de carbonate et de nitrate de potasse, et vous ne pourrez chasser ces sels que par un excès d'acide sulfurique, ce qui vous donnera une quantité considérable de sulfate acide de potasse. En mettant alors les matières dans l'appareil de Marsh, l'arsenic sera dilué dans une très forte proportion d'hydrogène, et vous ne pourrez parvenir à le réduire. Si, pour éviter cet inconvénient, vous formez un sulfate neutre de potasse, la réduction n'en sera pas moins également très difficile.

Ainsi je ne reproche pas seulement au nitrate de potasse de donner lieu à une déflagration; ce qui me porte surtout à le rejeter, c'est l'énorme quantité de sels auxquels il donne lieu; et c'est ce motif, je n'en doute pas, qui a engagé M. Orfila à lui préférer l'acide nitrique. Mais avec l'acide nitrique, il se présente une autre objection; en agissant sur les matières animales, il provoque la formation des acides gras signalés par M. Chevreul, et ne produit en définitive qu'un charbon bitumineux, imprégné de matières grasses. L'acide sulfurique n'expose pas à cette imperfection dans les résultats. Ainsi l'acide nitrique vaut mieux que le nitrate de potasse, mais l'acide sulfurique est préférable à tous les deux. Du reste, s'il était dans les usages académiques de s'étayer sur l'autorité d'un autre corps savant, je dirais que c'est précisément aussi la raison pour laquelle l'Institut a donné au procédé par l'acide sulfurique la préférence sur la carbonisation par le nitrate de potasse.

Je passe maintenant aux argumens de M. Gerdy. J'ai vu avec peine que cet honorable collègue a beaucoup insisté sur les taches. Les taches ne peuvent rien prouver, dit-il à chaque instant; montrez-nous de l'arsenic métallique. Mais, on l'a répété jusqu'à satiété, que sont donc les taches, sinon de l'arsenic métallique? Les taches et l'anneau ne sont qu'un seul et même corps; la seule différence qui existe entre ces deux produits est la suivante: quand vous voulez obtenir des taches, vous recevez l'arsenic sur une plaque qui le refroidit, mais si la plaque est trop chaude, ou si vous la placez à une trop grande distance du tube, vous n'aurez pas de taches. Un expert peu habile pourra donc ne pas en produire, mais jamais un chimiste exercé ne les manquera. L'anneau, au contraire, vous l'obtenez avant que le gaz hydrogène ait subi l'action de l'air extérieur; sa production est donc plus facile que celle des taches; et c'est pour cela que l'Institut a consacré en principe qu'il fallait toujours avoir l'anneau métallique avant de se prononcer. Quant à l'appareil proposé par MM. Flandin et Danger, il est très ingénieux, je le leur ai dit à eux-mêmes; mais je leur ai dit aussi qu'avec cet appareil un chimiste peu exercé était exposé à laisser passer l'arsenic; et c'est aussi ce qu'a déclaré l'Institut. En définitive, j'appuie les conclusions du rapport telles qu'elles vous ont été lues, à part la modification que je voudrais introduire dans ce qui est relatif à la carbonisation par le nitrate de potasse.

M. Orfila : Parmi les inconvéniens que M. Pelletier signale comme appartenant au procédé par le nitrate de potasse, il en est qui, bien que très réels, sont néanmoins tels que tout chimiste un peu exercé peut facilement les éviter. Ainsi, il a dit que ce mode de carbonisation donne une quantité très considérable de sulfate de potasse. Ce serait en effet là un inconvénient, s'il était nécessaire d'introduire cette masse saline dans l'appareil de Marsh; mais on peut aisément s'en débarrasser en filtrant. Si j'ai abandonné le nitrate de potasse, ce n'est pas pour les motifs qu'a supposés M. Pelletier, c'est seulement parce que j'ai cru pendant trois mois entiers qu'il n'y avait pas dans le commerce une seule espèce de nitre qui ne fût pas arsénicale. Au reste, le procédé de MM. Flandin et Danger est aussi un bon procédé, mais il ne s'ensuit pas pour cela qu'on doive faire le procès au nitrate de potasse, car il peut produire des résultats tout aussi satisfaisans. Je pourrais même répéter que j'ai entendu dire à un des membres de la commission de l'Institut que, avec le nitrate de potasse, on ne perd pas un atôme d'arsenic. Le seul reproche qu'on puisse lui faire, c'est qu'en l'employant, l'opération est un peu plus compliquée.

M. Gerdy a la parole pour un fait personnel: Je n'ai pas l'intention de répondre aux paroles qu'a lancées contre moi M. le rapporteur. Il a pris le soin de vous le dire lui-même, je suis battu, bien battu, je suis mort. Passons au discours de M. Pelletier; il m'a reproché d'élever une dissidence continuelle entre les deux Académies; mais la dissidence, Messieurs, ce n'est pas moi qui la fais; elle est dans les choses mêmes.

M. Pelletier voit un inconvénient dans cette dissidence des deux Académies. Je ne pense pas ainsi, et je crois au contraire que lorsqu'on a sous les yeux deux rapports renfermant des conclusions opposées, on a en main les meilleurs élémens pour une discussion sérieuse, approfondie. (Interruption; de toutes parts: parlez sur le fait personnel.)

M. Pelletier, continue M. Gerdy, trouve mauvais qu'on oppose entre elles les deux Académies, mais le moyen de ne pas parler de l'une et de l'autre, lorsqu'on traite la question d'une manière complète. Au reste, il me paraît singulier que lorsque l'Académie m'écoute, je puis le dire, avec quelque bienveillance, deux ou trois personnes m'interrompent sans cesse, et se croient autorisées à me rappeler à la question. Que l'Académie se rappelle ses droits et ne se laisse pas faire la loi par une minorité aussi peu nombreuse.

M. Castel : La question qui nous occupe n'est pas seulement une question de chimie; elle se rattache à la physiologie, à la médecine pratique, à la médecine légale. La discussion à laquelle elle a été soumise a produit plus d'une émotion, et plus d'une fois vous avez paru regretter qu'elle eût franchi les limites d'une discussion scientifique. De tous les patrimoines, ou plutôt, de tous les trésors, la gloire est celui dont le partage soulève le plus de contestations. Pour oser faire à chacun sa part, il faudrait être placé à une hauteur que les individus atteignent rarement. Les académies seules sont au niveau de cette noble et difficile tâche. D'autres motifs, notamment la privation de connaissances avancées en chimie, commandaient la réserve que je me suis imposée. Toutefois je puis, sans m'en écarter, retracer une succession, une gradation dans les services rendus par des hommes dont les efforts ont contribué au succès de la même entreprise.

Marsh, si je ne me trompe, doit être considéré comme l'auteur de l'idée première, de l'idée génératrice. Entre cette idée première et celles qui l'ont suivie, la distance est la même que celle qui sépare une invention d'un progrès; et cette invention est née de la juste appréciation d'une propriété chimique de l'arsenic, son extrême volatilité. A l'ébullition des substances animales que Marsh avait employée, comme opération préliminaire, afin d'obtenir par l'évaporation ou la sublimation des taches arsénicales, M. Orfila a ajouté la carbonisation. Ce n'est pas seulement un procédé substitué à un procédé; la portée du but que s'est proposé M. Orfila s'étend fort au-delà du but que Marsh s'était proposé. La carbonisation des substances animales appartient donc à M. Orfila, et comme procédé et comme moyen MM. Flandin et Danger se sont attachés à rendre la carbonisation plus complète et plus sûre, à recueillir par l'évaporation, à l'aide d'un condensateur et d'un réfrigérant, la plus grande quantité possible de l'arsenic qui aurait été ingéré. Tout en se servant, à l'exemple de M. Orfila, de deux acides minéraux et du calorique, mais dans des proportions différentes et dans des temps différens, ils ont imaginé un appareil ingénieux. Votre commission s'est empressée de reconnaître ce perfectionnement. Mais par une suite de son impartialité, elle a dû saisir l'occasion de rappeler les travaux d'un de nos savans collègues, travaux remarquables, travaux originaux sous plusieurs rapports; elle l'a fait avec convenance et avec cette politesse qui est un des produits de la culture de l'esprit.

D'après son institution, l'Académie est destinée à être une société d'instruction mutuelle: peut-être en des temps meilleurs, lorsque les opinions systématiques auront été subjuguées par la raison et l'expérience, lorsque les prétentions se seront civilisées, peut-être alors deviendra-t-elle une société d'admiration mutuelle. Mais il est toujours en son pouvoir d'être une société d'équité mutuelle, de bienveillance mutuelle. Que, dans la controverse la plus animée, elle sache écouter et rester fidèle au ton et aux usages de la bonne compagnie!

Dans la préférence donnée aux viscères, lorsqu'il s'est agi de constater la présence du poison par la carbonisation, il y a plus que de la chimie. La raison de cette préférence est très physiologique; notre collègue s'est souvenu de ce passage de Haller : *Viscerum vasa magna, nervi parvi; musculorum vasa parva, nervi magni.* La transmission et le dépôt du poison doivent être en raison directe du nombre et du diamètre des vaisseaux. Les organes sécréteurs doivent en recevoir plus que les autres. Les artères rénales sont les seules qui naissent de l'aorte à angle droit. Cette disposition, qui favorise la séparation de la partie la plus ténue, la plus séreuse du sang, favorise aussi l'issue des matières hétérogènes. Une certaine quantité de poison sera donc portée dans la vessie toutes les fois que la violence de l'inflammation ne mettra point obstacle à la sécrétion de l'urine.

Il est dit, dans le rapport de votre commission, « que l'arsenic demeuré dans l'estomac n'est que l'excédant de celui qui a tué. » Il suivrait de là que l'arsenic ne donne la mort qu'autant qu'il a passé dans la circulation; j'estime au contraire que son séjour dans l'estomac peut suffire pour amener ce résultat. Alors il tue, en y frappant d'impuissance l'inervation dont l'influence est une nécessité pour l'exécution de l'absorption et des sécrétions; il tue comme les autres agens de l'inflammation. J'oserai dire davantage : l'organisme a obtenu un commencement de succès, quand l'arsenic est entré dans le torrent de la circulation. Un plus grand nombre d'issues lui sont ouvertes. Il se divise entre un plus grand nombres d'organes, et, parmi ceux-ci, il en est qui sont moins essentiels à la vie que le tube alimentaire. La plupart des victimes de l'arsenic ont succombé, non à un premier empoisonnement, mais à des empoisonnemens successifs.

Les taches arsenicales sont-elles une raison suffisante pour condamner un accusé? Cette question, présentée d'une manière absolue, est hors de nos attributions. Ce n'est point à nous de poser les fondemens sur lesquels s'établit la conviction d'un juré; je trouve même qu'il y a une sorte de témérité à citer tel jugement, telle procédure. L'Académie n'est ni un tribunal, ni une cour de révision.

Il me resterait à parler de quelques anomalies, fruits peu savoureux de trop vifs débats; comment signaler, dans les allocutions de M. Gerdy, toutes les digressions, les interpellations, les préambules, les on dit, et une prolixité qui dépasse les *sesquipedalia verba?* La gravité d'une assemblée de médecins permettrait-elle de parodier cette éloquence bourgeoise dont M. Gerdy a fait rouler les flots avec vingt têtes tombées sur l'échafaud (notre collègue les a comptées)? Je m'abstiendrai même de faire subir à M. Gerdy la peine du talion. Vous éprouveriez trop d'étonnement, si je lui reprochais de ne point pardonner au doyen de la Faculté son élévation, de jalouser son rang. « Collègue, diriez-vous, vos accusations sont des personnalités, elles... » Messieurs, ce n'est ni mon style, ni mon langage. C'est celui de M. Gerdy... Bulletin de l'Académie royale de médecine. « A la manière dont M. Castel a parlé des complimens que m'avait adressés M. Frappart, je me suis demandé si mon collègue en aurait été jaloux. » (Bulletin du 15 juillet 1841.)

M. Bussy : Dans la discussion qui occupe depuis si longtemps l'Académie, il est un fait qui me semble le point fondamental, le véritable nœud de la question. C'est la détermination de la valeur des taches dans l'expertise médico-légale. Sans avoir la prétention de lutter contre l'autorité d'un autre corps savant, sans vouloir même me préoccuper de ce qui a été dit dans une autre enceinte, je vais exposer sur ce sujet mon opinion avec franchise et indépendance. Une comparaison rendra plus claire l'expression de ma pensée : supposez que l'or soit une substance vénéneuse, toxique à très petites doses, et que l'on ait à en découvrir dans un cadavre une très faible proportion, 1 ou 2 milligrammes par exemple. Cette quantité serait à peine visible; il faudrait, pour l'apprécier, l'examiner à la loupe, et certainement, même après qu'elle aurait été isolée, il y aurait parmi les experts des doutes sur sa nature. Si, au contraire, vous parvenez à l'étendre en couche très mince, à dorer, par exemple, de la porcelaine, vous

obtiendrez, avec la même quantité de métal, une surface bien plus étendue et tout à fait perceptible; et notez bien que, malgré la nouvelle disposition donnée à ce métal, ses qualités chimiques, ses propriétés fondamentales resteront tout aussi faciles à constater. C'est aussi le procédé qu'on emploie lorsqu'on a à chercher une faible proportion de cuivre. Lors même qu'on aurait affaire à un culot d'un centigramme de ce métal, on éprouverait de l'hésitation à se prononcer sur sa nature. Que fait-on alors? On le dissout dans l'acide nitrique, on ajoute de l'ammoniaque, et on obtient ainsi une pinte d'un liquide bleu dont la coloration bien caractéristique fait cesser tous les doutes. C'est donc là un moyen excellent, non pas pour convaincre des chimistes (car l'analyse leur suffit pour trancher la question), mais pour faire ressortir la vérité aux yeux d'un grand nombre de personnes, comme on a souvent besoin de le faire devant les tribunaux.

On attaque ce système en disant que les taches ne contiennent après tout qu'une très petite quantité d'arsenic. J'en conviens; sans doute il serait très désirable qu'on obtînt beaucoup d'arsenic, qu'on pût en isoler un gramme, par exemple; mais cependant un appareil, quelque parfait qu'il soit, ne peut donner que ce qu'on lui a confié, et la quantité qu'il met à nu est nécessairement très petite dans le cas d'empoisonnement par l'arsenic, puisque deux grains de ce métal peuvent suffire pour tuer un homme, et qu'après la mort, ces deux grains se trouvent répartis dans tous les tissus. Que signifie d'ailleurs cette objection? Serait-on plus avancé avec une dose plus forte de poison? Non assurément; car un milligramme d'arsenic, quantité bien petite et tout à fait inappréciable à la balance, peut être mis en évidence d'une manière incontestable à l'aide de ce procédé.

On a parlé des fausses taches auxquelles le zinc peut donner lieu; mais il est facile de se mettre à l'abri des erreurs que pourrait entraîner la présence de ce corps en rendant le courant de gaz plus lent. Et en supposant même que cette précaution fût illusoire, ne resterait-il pas les réactions chimiques pour constater la nature des taches? Quant à moi, je le déclare, je ne vois pas comment avec toutes ces garanties, il serait possible de regarder comme arsenicales des taches qui ne le sont pas. Est-ce à dire pour cela que l'appareil de Marsh soit à mes yeux un appareil parfait? Non, car il expose à perdre de l'arsenic, et même à en perdre beaucoup plus qu'on n'en recueille. Mais cette imperfection remarquez-le bien, n'est pas de celles qui entraînent de graves inconvéniens; elle est tout à fait favorable au système de la défense, et exposerait tout au plus à laisser un coupable impuni. On peut d'ailleurs s'assurer, en lisant le rapport de l'Institut, que M. Orfila a signalé toutes les précautions à prendre dans le maniement de cet appareil, et les accidens auxquels on peut avoir à parer lorsqu'on l'emploie. Du reste je ne m'oppose nullement aux éloges qu'on donne à MM. Flandin et Danger; ils ont découvert une source d'erreurs très importante à connaître dans ces opérations, et sous ce rapport ils ont droit aux remercîmens de l'Académie.

M. Adelon: J'avais, dans la dernière séance, demandé que la discussion fût continuée, afin qu'on pût répondre aux objections soulevées par M. Gerdy. Professeur de médecine légale, j'enseigne dans mon cours que, actuellement et jusqu'à preuve du contraire, le meilleur procédé pour reconnaître l'arsenic est celui de M. Orfila, et il était naturel que je désirasse entendre résoudre les difficultés que M. Gerdy avait élevées contre cette doctrine. Tels étaient mes sentimens lorsque je combattis la clôture, et je m'applaudis d'avoir proposé cette mesure puisqu'elle nous a valu les excellens discours de MM. Caventou, Pelletier, Orfila et Bussy. Je voulais aujourd'hui pénétrer dans les entrailles de la question, mais l'Académie est fatiguée; je crois aussi qu'elle est suffisamment éclairée; en conséquence je renonce à la parole et je demande la clôture de la discussion. — Appuyé.

M. Gerdy: Vous vous rappelez, Messieurs, qu'après la lecture du rapport de M. Caventou, je ne pris la parole que parce que tout le monde gardait le silence; je suis donc dans une position particulière, car mes adversaires sont nombreux, tandis que si M. Bouillaud ne m'avait prêté le secours de son talent, je serais seul ici à défendre mon opinion. Et cependant vous avez successivement entendu quatre ou cinq orateurs parler en faveur du rapport, et lorsque je demande à m'expliquer à mon tour, on choisit ce moment pour réclamer la clôture. Est-ce un parti pris pour étouffer ma voix? Et voudriez-vous enlever à la défense son droit sacré de se faire entendre la dernière?

Je l'ai dit, je ne répondrai pas aux personnalités; mais qu'on me permette au moins d'exposer franchement toute ma pensée. M. le rapporteur vous a dit tout à l'heure: « nous ne connaissons qu'une doctrine, celle de M. Orfila qui consiste à extraire l'arsenic en obtenant à la fois l'anneau métallique et les taches arsenicales. » Mais ce n'est pas là votre doctrine; non, je le nie formellement. Sans doute vous pourriez citer des ouvrages où cette intention se trouve exprimée; mais vos actions sont là pour déposer contre vos paroles, car je vous ai fait voir que, partout à présent sur l'autorité de vos exemples, on prononce d'après les simples taches. Je pourrais montrer les pièces d'un procès où ce seul indice a suffi pour provoquer une condamnation. Et d'ailleurs vous avez formellement énoncé dans la dernière séance cette opinion sur laquelle vous semblez maintenant vouloir revenir.

Je vais analyser le rapport de l'Institut tout entier, et montrer de la manière la plus claire, et par la lecture même des passages que j'ai déjà si fréquemment cités, que vos conclusions sont en désaccord avec le langage qu'ont tenu des hommes bien compétens aussi en pareille matière. Ainsi, page 8, les commissaires de l'Institut rappellent « *qu'un chimiste* a constaté qu'il se forme parfois, dans l'appareil de Marsh, des taches qu'il a appelées taches de crasse, et qu'il pense pouvoir les distinguer toujours des véritables taches. » Mais il n'y a rien là que l'opinion personnelle du chimiste en question; le rapporteur ne fait que narrer, que *rapporter*; il ne juge pas.

Vous savez, Messieurs, qu'il existe cinq caractères à l'aide desquels on peut reconnaître la nature des taches arsenicales: deux sont physiques et trois chimiques. Parmi ces derniers, la solubilité dans l'acide nitrique est un signe incertain, le rapport de l'Institut le déclare, p. 8. Quant au précipité rouge-brique par le nitrate d'argent, la couche d'arsenic est tellement mince que très souvent on ne peut en distinguer la couleur. Reste donc le cinquième caractère, la conversion en sulfure jaune d'arsenic par l'acide sulfhydrique; mais je vous ai montré que le chimiste dont il est question n'a jamais eu recours à ce moyen, et que le plus ordinairement il n'a jugé de la nature des taches que par leur seule apparence.

La condamnation des taches comme seule preuve de l'existence de l'arsenic se trouve exprimée d'une manière formelle à la conclusion générale; « toujours est-il, dit le rapport de l'Institut, que les taches arsenicales ne peuvent suffire; » et ailleurs: « L'appareil de Marsh, considéré comme moyen de produire des taches, est sans valeur... » Vous devez donc être bien convaincus qu'il est impossible de soutenir une pareille doctrine.

P. 14. « Vos commissaires, tout en reconnaissant que MM. Flandin et Danger leur ont montré des fausses taches ayant la plus grande analogie avec les taches arsenicales, repoussent l'explication qu'ils ont donnée de leur formation. » Mais une explication n'est pas un fait; et remarquez bien que, tout en rejetant l'explication, l'Institut consacre le fait.

P. 21. « Le résultat négatif obtenu par M. Orfila, dans les expériences qu'il a faites pour montrer l'arsenic normal, ne permettait pas de conclure qu'il n'en existe point dans le corps de l'homme, car il y avait dans son procédé des causes d'erreur qui auraient empêché d'avoir un résultat positif, lors même qu'on aurait opéré sur des matières contenant réellement de l'arsenic; mais il faut noter cependant que c'est d'après ce même procédé qu'avaient été faites les expériences d'où il avait cru pouvoir conclure à l'existence de l'arsenic normal. » Vous l'entendez, Messieurs, ce n'est pas moi qui parle, c'est l'Institut.

P. 33. « Les procédés de carbonisation par l'acide nitrique ou le nitrate de potasse peuvent réussir d'une manière complète; mais il arrive cependant quelquefois qu'on n'est pas maître d'empêcher une déflagration très vive à la fin de l'expérience; cette déflagration peut donner lieu à une perte notable d'arsenic. La carbonisation par l'acide sulfurique concentré.... nous paraît préférable dans un grand nombre de cas. » Il est donc bien évident par là que l'Institut place la carbonisation par l'acide sulfurique au-dessus du procédé où l'on emploie le nitrate de potasse.

Vient maintenant la fameuse conclusion, p. 34: « L'appareil de Marsh suffit dans les cas où la quantité d'arsenic est considérable.... ; mais on devrait considérer comme nulles, ou au moins comme très douteuses, les indications qu'il fournirait, si le dépôt ne permettait pas, à cause de sa faible épaisseur, de vérifier d'une manière précise les caractères chimiques de l'arsenic. » Voilà un jugement précis, et pour simplifier, si je puis me permettre de simplifier un langage aussi clair, cela revient à dire que les taches ne constituent que des signes incertains.

A cette occasion, je vous donnerai connaissance d'un fait intéressant. En comparant, dans la dernière séance, les deux doctrines qui sont en présence, j'avais dit que celle de MM. Flandin et Danger ne pouvait exposer qu'à laisser des coupables impunis; eh bien! MM. Flandin et Danger m'ont écrit pour réclamer contre ce jugement. Ils disent être parvenus par leur procédé à extraire jusqu'à la soixante-quatrième partie d'un milligramme d'arsenic. Ils rappellent d'ailleurs que l'Institut a déclaré que, par les modifications de MM. Koppelin et Kampmann, on rend sensibles des quantités d'arsenic qui ne se manifestent que d'une manière douteuse par les taches. Or, en plaçant sur la même ligne le procédé de MM. Flandin et Danger, l'Institut ne déclare-t-il pas implicitement aussi que ce procédé peut donner les mêmes résultats, puisque son grand avantage reconnu par les commissaires est de ne donner lieu qu'à une perte extrêmement faible d'arsenic?

Voilà donc, vous le voyez, Messieurs, la question des taches résolue par les conclusions nettes et positives que je vous ai lues, et je pense qu'il en est de même à vos yeux pour ce qui regarde le choix à faire entre les divers procédés de carbonisation.

M. le rapporteur a souvent dit: « Je n'avais pas à m'occuper de l'arsenic normal, parce que MM. Flandin et Danger n'en avaient point parlé. » Je suis fâché de me trouver encore d'un avis contraire au sien; mais il est fait mention de l'arsenic normal dès la première page de la note de ces messieurs, et, d'ailleurs, ne craignez pas qu'on ne supposât à votre silence des causes peu dignes de vous; qu'on ne dît, par exemple, que vous aviez évité de tomber à cette question parce que MM. Flandin et Danger avaient évidemment ici l'avantage d'avoir détruit une erreur généralement admise d'après M. Orfila. Je ne dis pas que ce fût là votre intention; mais d'autres auraient pu le croire, et vous devez éviter de fournir même un prétexte aux insinuations de la malveillance, car l'Académie doit être comme la femme de César, pure de tout soupçon.

Je termine en faisant de nouveau la proposition de voter des remercîmens à MM. Flandin et Danger:

1° Pour avoir les premiers prouvé qu'il n'existe pas d'arsenic normal dans le corps de l'homme.

2° Pour leur procédé de carbonisation par l'acide sulfurique.

3° Pour avoir montré que les taches peuvent tromper, et ne constituent qu'un signe incertain de la présence de l'arsenic.

Tous ces faits, je vous l'ai montré, se trouvent implicitement contenus dans le rapport et dans les conclusions de l'Institut. Si l'Académie veut adopter une opinion différente de celle-ci, elle ne peut le faire qu'en apportant sur la question de nouveaux documens, des lumières tellement frappantes, que l'Institut soit obligé de révoquer son premier jugement et de dire: C'est vrai, je m'étais trompé! C'est là le seul parti que vous puissiez prendre, si vous voulez ménager la considération de l'Académie; et vous voyez que, loin de la sacrifier à l'Institut, comme on l'a reproché, je suis au contraire un des plus ardens défenseurs de sa dignité et de ses intérêts; et songez, Messieurs, au danger qu'il y aurait pour nous, si, sans motifs plausibles, sans discussion plus approfondie, nous nous mettions ainsi en dissidence ouverte avec un corps savant qui est la première autorité de la France, et je puis même dire de l'Europe.

La discussion sera continuée à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois ; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR LES MOUVEMENS ET SUR LES BRUITS DU CŒUR ; par M. le professeur Cruveilhier.

Le 9 juillet dernier, M. le docteur Monod, agrégé de la Faculté et chirurgien de la Maison royale de Santé, eut l'obligeance de me prévenir qu'il était né, dans cette maison, une enfant qui présentait un vice de conformation fort remarquable. Il m'invitait à faire diligence, car, deux heures plus tard, il ne serait plus temps.

Je trouvai une petite fille née le même jour à une heure de l'après-midi (il était dix heures du soir), placée sur les genoux d'une infirmière, entourée de M. Monod et des quatre élèves de la maison, qui l'observaient avec tout l'intérêt que devait exciter le vice de conformation que je vais décrire (1).

Le cœur de cette enfant, qui était d'ailleurs pleine de vie et fortement constituée, est placé hors de la poitrine, dont il s'est échappé en entier, à travers une perforation circulaire qui occupe la partie supérieure du sternum ; cette perforation semble moulée sur l'espèce de pédicule formé par les gros vaisseaux qui partent du cœur et par ceux qui s'y rendent. Le cœur est complètement mis à nu, comme sur un animal dont on aurait enlevé le sternum et incisé le péricarde. Sa couleur est pâle, si bien qu'au premier abord j'ai cru qu'il était encore recouvert de son enveloppe fibreuse; sa surface est desséchée.

Le cœur change de position, suivant les attitudes que l'on donne à l'enfant ; lorsqu'on place le tronc dans une situation verticale, le cœur, obéissant à son propre poids, descend d'une manière notable au-devant du sternum ; les vaisseaux qui lui servent de pédicule apparaissent alors au-devant de la perforation, tiraillés qu'ils sont par le cœur, et cette traction est douloureuse, car le cœur précipite ses contractions, et l'enfant pousse des cris aigus qui cessent aussitôt qu'on lui redonne la position horizontale.

L'axe du cœur est d'ailleurs vertical, et non point oblique comme dans sa situation ordinaire. Le contact de cet organe et même une pression légère ne troublent pas son action et ne paraissent pas causer de douleur.

La portion ventriculaire du cœur est essentiellement constituée par le ventricule gauche. Le ventricule droit n'est vraiment qu'un appendice, et ne concourt nullement à la formation du sommet de l'organe.

Dans l'attitude naturelle du cœur, on ne voit, des oreillettes, que les auricules, qui apparaissent comme deux petits ailerons à la base du cœur, qu'ils débordent de chaque côté. Pour voir le corps des oreillettes, il faut renverser le cœur, position qui arrache à l'enfant des cris aigus. Les oreillettes m'ont paru relativement très peu développées.

L'occasion était belle pour étudier les mouvemens et les bruits du cœur. Or, voici ce que M. Monod, les élèves de la Maison royale de santé, et moi, nous avons observé.

(1) M. Monod se propose de publier incessamment ce fait avec tous ses détails. L'enfant mourut à trois heures du matin.

Feuilleton.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. DISCUSSION SUR L'ARSENIC.

Le spectacle donné par l'Académie, dans sa dernière séance, a dépassé toute prévision. Une assemblée arrivée à ce degré d'impuissance échappe même au ridicule. Le rire expire sur les lèvres et la commisération est le seul sentiment possible en présence d'une telle infortune.

Nous n'essaierons pas de retracer les phases de ces débats, dont la confusion presque délirante se dérobe à tout souvenir, à toute analyse, à toute appréciation. Qu'a-t-on discuté, qu'a-t-on dit, qu'a-t-on résolu, qu'a-t-on fait ? Nous l'ignorons, et l'Académie l'ignore elle-même. Mais ce résultat négatif est en soi d'une portée assez grave : il prouve que, si l'Académie semble avoir perdu jusqu'ici sa peine et son temps, il n'en est pas de même pour tout le monde. Les agitateurs systématiques, dont les vues ne sauraient plus être un mystère pour personne, ont réussi en partie. Leur mobile étant peu digne, leurs intentions non avouables, et leur but tout à fait opposé aux convictions et aux sentimens de l'immense majorité de leurs collègues, ils ne pouvaient rien attendre d'une opposition franche, directe et explicite : ils ont donc pris les voies obliques. Se défiant de la lumière, du calme et de l'ordre, ils ont compté pouvoir mieux faire leur coup à la faveur des ténèbres, du tumulte et de la confusion ; bref, ils ont cherché à pêcher en eau trouble. Réussiront-ils ? Nous ne croyons pas. Nous pensons que la justice, la bonne foi, la vérité triompheront de ces tristes manœuvres. Mais on ne peut nier que les brouillons n'aient obtenu un commencement de succès. Ils ont troublé l'eau.

Comment l'Académie a-t-elle pu tomber dans des pièges si grossiers, et se laisser fourvoyer, en dépit de ses convictions et de ses sympathies évidentes, dans ce dédale de sophismes, de chicanes, de propositions incidentes, de décisions contradictoires ; en un mot, dans le gâchis inouï où elle est restée plongée ? Comment se fait-il que tant d'hommes de sens, pris chacun à part, en montrent si peu quand ils sont assemblés ? C'est là sans doute un fait qui n'est pas rare. L'expérience a prouvé de tout temps qu'une minorité qui sait ce qu'elle veut, et qui agit avec suite, peut mettre en désordre la majorité, lorsque celle-ci est sans discipline, sans chefs, sans plan, et ne consiste qu'en une agglomération fortuite et passive d'opinions individuelles et isolées, qui, attaquées séparément et de diverses manières, sont dès-lors très faciles à ébranler et à déconcerter. Mais, dans le cas présent, la situation et la question étaient si nettes, qu'il était impossible de s'attendre à une pareille déroute. Les intentions des adversaires du rapport étaient trop claires, quoique soigneusement cachées, pour ne pas rendre leur opposition suspecte, sous quelque forme qu'elle se présentât ; et le principal agresseur avait mis, dans son hostilité, une naïveté telle, qu'il a fallu aussi une naïveté dont des académiciens sont seuls capables, pour se laisser prendre à la grossière

A. MOUVEMENS DU CŒUR.

1° Il y a simultanéité ou isochronisme entre la contraction du ventricule droit et la contraction du ventricule gauche. Il en est de même de la contraction des deux oreillettes.

2° La contraction des ventricules coïncide avec la dilatation des oreillettes et la projection du sang dans les artères. La dilatation des ventricules coïncide avec la contraction des oreillettes et le resserrement des artères.

3° Il n'y a que deux temps dans les mouvemens du cœur : le temps de la contraction et le temps de la dilatation ; le temps de repos, admis par les auteurs, manque complètement. La contraction succède immédiatement à la dilatation, et la dilatation à la contraction.

4° En présence du cœur à nu, la question relative à l'ordre de succession des mouvemens du cœur, savoir : si c'est la contraction des oreillettes qui précède la contraction des ventricules, comme le veulent la plupart des observateurs, ou si c'est la contraction des ventricules qui précède la contraction des oreillettes ; cette question, dis-je, n'a aucun sens : il semble que la contraction et la dilatation des ventricules et des oreillettes résultent de deux forces opposées toujours actives, qui l'emportent alternativement et comme nécessairement l'une sur l'autre dans un ordre invariable, à la manière des deux mouvemens alternes d'un pendule ou d'un balancier parfaitement équilibré.

5° La durée de la contraction des ventricules est double de la durée de leur dilatation. Si l'on divise en trois temps égaux la durée totale de la systole et de la diastole ventriculaires, nous aurons deux temps pour la contraction et un temps pour la dilatation ; le temps de repos du cœur admis par les auteurs a été pris sur le premier temps de la contraction ; de même pour les oreillettes ; si l'on divise en trois temps égaux la durée totale de leur contraction et de leur dilatation, on aura deux temps pour la dilatation et un temps pour la contraction.

6° Pendant le temps de leur contraction ou systole, les ventricules pâlissent, leur surface devient rugueuse, fortement plissée et comme ratatinée. Les veines superficielles se gonflent ; les colonnes charnues du ventricule droit se dessinent ; les fibres tournoyantes du sommet du ventricule gauche, qui constitue à lui seul la pointe du cœur, deviennent plus manifestes.

7° Pendant leur contraction, les ventricules se resserrent dans tous leur diamètres, et si le phénomène de raccourcissement est le plus sensible, cela tient à la dimension prédominante du diamètre vertical. Pendant la systole ventriculaire, le sommet du ventricule gauche, ou, ce qui revient au même, le sommet du cœur décrit un mouvement de spirale ou de pas-de-vis dirigé de droite à gauche et d'arrière en avant.

8° C'est à cette contraction en spirale qui est lente, graduelle, comme successive, qu'on doit le mouvement en avant du sommet du cœur et par conséquent la percussion de ce sommet contre les parois thoraciques : la systole ventriculaire ne s'accompagne pas, comme je l'avais cru jusqu'alors, d'un mouvement de projection du cœur en avant, c'est la contraction en spirale qui détermine exclusivement le rapprochement du sommet du cœur et des parois thoraciques.

9° La dilatation ou diastole du cœur se fait d'une manière brusque, instantanée ; il semblerait au premier abord, qu'elle constitue le mouvement actif du cœur, tant elle est rapide et énergique. L'on ne se fait pas une idée de la force avec laquelle la dilatation triomphe de la pression exercée sur cet organe. La main serrée sur lui est ouverte avec violence.

10° La dilatation ou diastole ventriculaire s'accompagne d'un mouvement de projection du cœur en bas. Ce mouvement de projection était porté à son maximum lorsque l'enfant était placé verticalement. Ce mouvement de projection est tellement prononcé qu'au premier moment j'ai pu croire que c'était pendant la diastole ventriculaire qu'avait lien la percussion du cœur contre les parois thoraciques. Cette idée m'était d'ailleurs restée d'une expérience que j'avais faite autrefois sur des grenouilles ; mais l'examen plus approfondi du phénomène m'a démontré que c'était bien pendant la systole ventriculaire et à la fin de cette systole qu'avait lieu la percussion du sommet du cœur contre les parois thoraciques.

11° La dilatation des oreillettes se fait brusquement comme la dilatation des ventricules ; mais sa durée est marquée par la durée de la systole ventriculaire ; la contraction des oreillettes est au contraire aussi brève que la diastole des ventricules.

12° Pendant sa dilatation, l'auricule droite semble prête à se crever, tant elle est distendue et tant ses parois sont minces. L'auricule gauche, plus étroite, plus allongée et plus épaisse, ne présente pas le même phénomène, au moins d'une manière aussi prononcée. Je n'ai pu d'ailleurs juger de ce qui se passe dans les oreillettes que par les mouvemens des auricules.

Cette première série d'observations sur les mouvemens du cœur terminée, nous avons dû étudier les bruits du cœur en eux-mêmes, dans leur coïncidence avec les mouvemens du cœur et dans la cause qui les produit.

B. BRUITS DU CŒUR.

1° L'oreille appliquée contre le cœur, soit à nu, soit à travers un linge fin, a reconnu le double bruit du cœur, dont le premier était beaucoup plus faible que lorsque ce bruit est perçu à travers les parois thoraciques. Il est donc évident, d'une part, que la cause de ce double bruit est inhérente au cœur lui-même ; d'une autre part, que le premier bruit est renforcé par les parois thoraciques. Qu'on ne croie pas que dans le cas actuel, la faiblesse du premier bruit tenait à la faiblesse des battemens du cœur, car ce battement était très vigoureux ; l'enfant, je le répète, paraissait extrêmement vivace.

2° Ce double bruit va en augmentant à mesure qu'on remonte de la pointe du cœur vers la base, et en diminuant à mesure que de la base on se dirige vers sa pointe ; d'où il résulte que c'était à la base du cœur qu'il fallait chercher la cause de ces bruits.

3° Si on appliquait le doigt sur l'origine de l'artère pulmonaire qui, comme on sait, est située au-devant de l'origine de l'aorte qu'elle masque complètement, on éprouvait la sensation parfaitement nette et distincte d'un frémissement vibratoire qui répondait au resserrement de l'artère et qui par conséquent coïncidait avec la dilatation du ventricule. Ce frémissement vibratoire était faiblement perçu au moment de la dilatation de l'artère et par conséquent de la contraction du ventricule.

4° Que signifie ce frémissement vibratoire ? Dans l'impossibilité où j'étais d'appliquer directement l'oreille sur ce point qui répondait à la perforation du sternum, j'imaginai de me servir du doigt indicateur à la manière d'un stéthoscope : alors appliquant la cooque de l'oreille sur un des points de la longueur de ce doigt, je reconnus aussi clairement

---

tactique dont on a fait usage dans la dernière séance ; tactique qui a consisté à détourner l'attention de la question principale, en élevant coup sur coup des difficultés incidentes, à brouiller toutes les idées, à jeter sur l'ensemble de la délibération une fausse apparence d'anarchie, et à répandre ainsi le doute et l'incertitude dans les esprits, dans le but de profiter ensuite de cette hésitation, de cette obscurité et de la fatigue universelle, pour enlever quelque décision ambiguë, et, dans tous les cas, pour ôter au rapport des commissaires son caractère, sa portée et son autorité.

Cette tactique fort vulgaire et peu digne a été servie, nous le disons à regret, par ceux-là mêmes qui auraient dû la voir et la déjouer. C'est ainsi qu'on a vu les membres de la commission, conduits par des motifs honorables, sans doute, mais déplacés dans la circonstance, se désunir en face de l'ennemi, et révéler des dissidences, très insignifiantes au fond, mais dont l'opposition s'empare naturellement pour affaiblir l'effet du rapport et en dénaturer le sens. Quand les conclusions d'un rapport ont été délibérées, rédigées, arrêtées et signées par tous les membres d'une commission, elles sont en droit et en fait l'œuvre commune des commissaires ; ils en sont et doivent être tous solidairement et indivisiblement responsables. Le rapporteur n'est que leur organe. Il est dans le devoir de tous, sinon de les défendre, du moins de ne pas les attaquer ; et abandonner le rapporteur dans ces occasions, c'est tirer sur son propre camp ; c'est au moins de la maladresse, sinon de la trahison. Dans le cas même où quelques défauts de détail, quelques vices de forme auraient été aperçus, les auteurs doivent supporter en commun le blâme et la critique ; mais, dans aucun cas, il ne leur est permis de se scinder ; ils doivent triompher ou succomber ensemble. Leur union, leur solidarité parfaites sont à la fois des nécessités de haute convenance et même d'honneur, et la condition du succès. Cette règle, indiquée en tout temps par le simple sens commun, est d'une rigueur absolue lorsqu'une commission se trouve, par un motif ou par un autre, en butte à une agression systématique. Dans ce cas la défense doit être aussi systématique que l'attaque. Toute concession est alors une gaucherie, tout symptôme de désaccord un acte de faiblesse, tout sacrifice de détail un échec. Pour maintenir solidement les opinions de la majorité la mieux disposée, il faut lui montrer toujours quelque point ferme et inébranlable autour duquel elle puisse se rallier ; il ne faut jamais l'abandonner, si on ne veut pas qu'elle vous abandonne, car il est dans sa nature de donner tout ou rien.

Les savans et respectables membres de la commission dont M. Caventon est le rapporteur, n'ont pas assez réfléchi peut-être aux conséquences des paroles qui leur sont échappées dans le cours de la discussion. Au lieu de se grouper autour de leur rapporteur, et de soutenir tous ensemble leur travail commun, leur sentiment commun, leur conviction commune, en sacrifiant chacun quelque chose de ses scrupules personnels à l'intérêt de la défense générale du rapport et de ses conclusions, ils ont cru amortir le coup des assaillans et désarmer leur hostilité en leur faisant quelques concessions de détail. Mais cela prouve qu'ils n'ont pas bien compris la nature et le but de l'attaque. Celle-ci, en effet, ne leur a pas tenu compte de cette modération, et ne leur a rien cédé en retour ; tandis que la majorité a puisé dans ces divergences des motifs de doute et d'hésitation.

Jusqu'ici, au reste, il n'y a rien de décidé. Le dernier vote de l'Académie, si

que possible un bruit de claquement très prononcé. Je répétai plusieurs fois cette expérience que je variai en appliquant contre la conque auditive l'angle droit formé par l'articulation du deuxième métacarpien avec la première phalange de l'index, et j'obtins toujours le même résultat. M. Monod et les élèves de la Maison Royale de Santé constatèrent à plusieurs reprises ce phénomène.

5° Je cherchai vainement un bruit double; il n'y avait qu'un seul bruit éclatant, bref comme celui de deuxième temps; et ce bruit coïncidait avec le resserrement de l'artère, et par conséquent avec l'abaissement des valvoles sygmoïdes refoulées par la colonne de sang. L'intervention du doigt, comme moyen stéthoscopique, avait l'avantage de permettre de combiner les notions fournies par le sens du toucher qui apprenait l'état de l'artère avec les notions fournies par le sens de l'ouïe.

6° La cause du deuxième bruit était donc bien manifestement dans le frémissement vibratoire des valvules sygmoïdes pulmonaires et aortiques refoulées par la colonne de sang qui tend à rétrograder au moment du resserrement de l'artère. Ce deuxième bruit coïncidait avec la dilatation du ventricule et était bref comme lui; il coïncidait également avec la contraction des oreillettes.

7° Restait à déterminer la cause du premier bruit. Imbu de l'idée que ce bruit avait sa source dans les mouvemens des valvules auriculo-ventriculaires, je portai le doigt sur tous les points de la circonférence de la base des ventricules dans le but de déterminer s'il n'existait pas, au niveau des valvules mitrale et tricuspide, quelques frémissemens vibratoires analogues à ceux que je venais de sentir au niveau des valvules sygmoïdes; mais ce fut en vain, aucune vibration ne fut perçue; l'oreille appliquée, soit immédiatement sur tous les points accessibles de la base du cœur, c'est-à-dire sur la moitié antérieure de sa circonférence, soit sur le doigt indicateur disposé à la manière d'un stéthoscope, l'oreille, dis-je, n'a rien reconnu, et cette expérience, plusieurs fois renouvelée, me donna la conviction que les valvules mitrale et tricuspide étaient complétement aphones, de même que tous les points de la surface du cœur autres que les orifices artériels pulmonaire et aortique, et conséquemment qu'il fallait chercher ailleurs la source du premier bruit.

8° Mais si le premier bruit n'a pas son siége aux valvules auriculo-ventriculaires, si tous les autres points de la surface du cœur sont également aphones par eux-mêmes, et si les bruits qu'ils communiquent à l'oreille de l'observateur sont des bruits de transmission, ne serait-il pas possible que ce premier bruit eût le même siége que le second, c'est-à-dire les valvules sygmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire, que le premier bruit fût le résultat du redressement des valvules sygmoïdes, soulevées par l'ondée du sang que projette le ventricule, de même que le second est le résultat de l'abaissement des valvules, refoulées par le mouvement rétrograde du sang? Cette idée, qui me saisit comme un trait de lumière, me paraît convertie en démonstration par les conclusions suivantes:

A. Chez notre enfant nouveau-né, le maximum d'intensité du premier bruit était dans le même lieu que le maximum d'intensité du second.

B. Le premier bruit était exactement de même nature que le second, sauf l'intensité, qui était moindre, et la durée, qui était plus considérable.

C. Si le premier bruit siége, comme le second, aux valvules sygmoïdes, il en résulte que toutes les maladies des valvules sygmoïdes devront altérer les deux bruits. Or, c'est ce qui arrive constamment. Dans toutes les observations que j'ai recueillies sur ce sujet, je lis que les deux bruits sont altérés dans leur timbre, qui devient soufflant et plus ou moins râpeux: il est bien entendu que je ne parle ici que des cas dans lesquels les valvules mitrale et tricuspide étaient parfaitement saines.

D. On ne doit nullement s'étonner qu'aucun bruit n'accompagne les mouvemens des valvules auriculo-ventriculaires, attendu que ces valvules ne sont pas libres, mais bien retenues par les cordages tendineux, qui s'attachent à leur bord libre et à leur surface ventriculaire. Joignons à cela que, la contraction des ventricules se faisant avec lenteur, et pour ainsi dire d'une manière successive, le mouvement de la pointe du cœur vers sa base, et par conséquent le soulèvement des valvules auriculo-ventriculaires doit se faire de la même manière et par conséquent sans vibration. Au reste, il est évident que, dans le cas d'épaississement des valvules mitrale et tricuspide, ces valvules doivent devenir plus ou moins vibratiles et le bruit qui en résulte se confondre avec celui des valvules sygmoïdes.

E. On objectera: si le siége du bruit est aux valvules sygmoïdes, pourquoi le maximum du premier bruit est-il à la pointe du cœur, et non à la base, au niveau de ces valvules? Oui, au lit du malade, le maximum du premier bruit est à la pointe du cœur lorsque les ventricules se contractent avec vigueur, de telle manière que cette pointe vienne frapper fortement contre les cartilages costaux; mais lorsque les ventricules se contractent faiblement et que, par conséquent, la percussion contre les parois thoraciques est faible, je puis assurer que c'est derrière le sternum, au niveau des orifices pulmonaire et aortique que s'entend le maximum du premier bruit; que c'est également derrière le sternum, et quelquefois derrière le sternum seulement, que j'ai pu entendre le premier bruit du cœur dans l'hydro-péricarde. N'oublions pas que le premier bruit se compose de deux phénomènes bien distincts: 1° du bruit valvulaire; 2° du choc de la pointe du cœur contre les parois costales, et c'est pour cela que, dans l'anémie, dans la chlorose, et dans certaines maladies organiques du cœur le premier bruit est sonore à tel point qu'il a quelque chose de métallique et couvre quelquefois le second bruit.

De même, si le diaphragme était cartilagineux ou osseux, s'il était susceptible de résonner à la percussion, ce serait au niveau de l'appendice xyphoïde, au moment de la diastole ventriculaire qu'aurait lieu le maximum du deuxième bruit, en raison de la projection brusque en bas qu'éprouve le cœur pendant cette diastole. Voilà pourquoi, dans les contractions fortes du cœur, il est facile de constater, par la vue et par le toucher, au creux épigastrique, un soulèvement qui alterne avec celui des espaces intercostaux frappés par la pointe du cœur, d'où résulte un mouvement d'ondulation fort remarquable et alternatif entre la région sous-mammaire et la région sous xyphoïdienne, la première étant soulevée lorsque les espaces intercostaux s'affaissent et réciproquement.

CONCLUSIONS.

Il me paraît résulter de ce qui précède que les deux bruits du cœur ont leur siége à l'origine des artères pulmonaire et aortique et leur cause dans le claquement des valvules sygmoïdes; que le premier bruit qui coïncide avec la systole ventriculaire et avec la dilatation des artères est le résultat du redressement des valvules sygmoïdes, préalablement abaissées; que le deuxième bruit, qui coïncide avec la diastole ventriculaire

---

tant est qu'il y ait eu un vote quelconque, n'a aucune sorte de signification intrinsèque, quoiqu'il ait été proposé par les adversaires du rapport. Il n'a en effet décidé qu'une chose, c'est que les commissaires modifieraient la forme de leurs conclusions qui n'ont pas paru suffisamment claires à quelques membres, et dont l'incorrection et le peu d'élégance ont choqué le goût littéraire, si délicat et si fin, de M. Gerdy. Il n'a rien été discuté, ni voté sur les conclusions mêmes. Nous n'aurions rien à objecter à cette décision, si elle avait été amenée naturellement à la suite d'un examen impartial de la rédaction de M. Caventou. Mais l'orage non interrompu de deux heures qui l'a précédée et accompagnée avait certainement d'autres motifs que les susceptibilités grammaticales et littéraires de l'Académie. Ce qu'il y a eu de plus clair pour nous dans cet indicible tumulte, c'est que les adversaires du rapport, ayant quelque raison apparemment de ne pas laisser voter l'Académie sur le fond du rapport, c'est-à-dire sur les conclusions, et la discussion générale étant close, ont voulu, pour gagner du temps, mettre, comme on dit, de nouveaux bâtons dans les roues; et ils ont si bien travaillé dans cette charitable intention, que leur refuser une grande habileté en ce genre serait certainement leur faire tort. S'ils poursuivent ce système à l'avenir, il n'y a pas de raison pour que le rapport soit voté.

C'est à l'Académie, et surtout à la commission, qu'il appartient de remédier à ce désordre. Pour que la commission triomphe une fois pour toutes de ces attaques, dont les motifs secrets sont odieux, et les moyens sans force ni valeur réelles, il faut deux choses: d'abord, que ses membres ne tirent pas les uns sur les autres à tout propos, que M. Pelletier, par exemple, consente à oublier, pendant quelques instans, son affection pour l'acide sulfurique, et que M. Adelon ne fasse pas cause commune avec M. Gerdy, quand celui-ci découvrira des fautes de grammaire dans le rapport. Mais cela ne suffit pas. Il faut aussi que la commission daigne se défendre directement. Jusqu'ici elle ne l'a fait qu'avec une mollesse qui deviendrait à la longue funeste à sa cause. Or, sa cause est celle de la justice et de la vérité. Sous le rapport de la science, son travail est inattaquable et même inattaqué, puisque, parmi ses adversaires, les plus ardens déclinent eux-mêmes leur compétence. Il est, du reste, conforme de tout point aux conclusions de l'Institut, que les opposans déclarent adopter. Quant aux sentimens qui y sont exprimés sur les personnes, la commission a cet avantage qu'elle peut les déclarer ouvertement à la face de l'Académie qui les partage, et du public qui les approuve; tandis que ses adversaires sont réduits à cacher les leurs. La commission a donc le plus beau rôle et la plus belle position; elle a pour elle la supériorité de la science et la moralité du but.

Mais l'Académie, que lui pourrons-nous dire qui ne lui ait été dit tant de fois, et par nous et par d'autres, hélas! toujours en vain? *Vox clamans in deserto!* Cependant, il ne sera peut-être pas inutile de lui rappeler encore une fois sa dignité compromise, son indépendance menacée, son autorité méconnue. Nous l'adjurons, dans la circonstance actuelle, de ne pas laisser opprimer sa majorité par la minorité. Qu'elle sache bien, si toutefois il est nécessaire d'éclairer sa religion sur un fait si flagrant, qu'on veut la faire servir d'instrument à de mauvaises passions, à d'indignes machinations de haine et de vengeance; qu'on veut lui faire frapper de sa propre main un de ses illustres membres, et lui dicter une sentence d'ostracisme. Qu'elle sache bien que c'est là que tend toute cette agitation factice qu'on est parvenu à provoquer et à entretenir dans son sein. On

et avec le resserrement des artères est le résultat de l'abaissement des valvules sygmoïdes refoulées par l'ondée de sang rétrograde; que, d'une part, la simplicité de cette théorie, l'explication facile et naturelle qu'elle donne de tous les faits qui sont à ma connaissance, peuvent être invoquées comme une preuve de sa vérité; que, d'une autre part, les considérations dans lesquelles je suis entré peuvent tenir lieu de démonstration directe et rigoureuse; que le défaut de perception du premier bruit par le doigt, promené à la manière d'un stéthoscope, autour des orifices artériels, n'est pas un argument péremptoire contre la doctrine que je soutiens, car il arrive tous les jours que le stéthoscope ordinaire ne transmet à l'oreille ni les bruits faibles du cœur, ni les bruits faibles de la respiration. Enfin, ne pouvons nous pas dire que le premier bruit du cœur a son siége aux valvules sygmoïdes, par cela seul que ce siége n'est pas ailleurs?

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES POUR SERVIR A LA DÉTERMINATION DE LA TAILLE MOYENNE DE L'HOMME EN FRANCE; lues à la société ethnologique de Paris, dans sa séance du 28 mai 1841, par M. F. Lélut.

Parmi les points de la science physiologique dont la détermination complète serait de nature à donner lieu aux déductions à la fois les plus curieuses et les plus fécondes, on peut, je crois, placer en première ligne la connaissance exacte et scientifiquement acquise de la taille moyenne de l'homme, envisagée chez les peuples anciens et chez les peuples modernes, dans les diverses races humaines actuellement existantes, enfin, dans les différentes classes des sociétés policées. Cette détermination fournirait en effet les moyens de savoir définitivement, et d'une manière irréfragable, s'il y a eu dans l'histoire du genre humain une époque où sa stature, de beaucoup supérieure à ce qu'elle est maintenant, a pu motiver l'opinion ancienne de l'existence de véritables géans; si les nations, en se civilisant, en grandissant sous le rapport moral, grandissent aussi ou s'abâtardissent sous le rapport physique; si la taille de l'homme se lie dans son développement à telle ou telle constitution du corps et de l'esprit, en rapport elle-même avec le climat et les diverses conditions qui s'y rattachent; si elle est d'autant plus élevée qu'on s'avance davantage au Nord ou au Midi, à l'Ouest ou à l'Est; si elle suit ou ne suit pas l'accroissement du bien-être et de la richesse, et, en somme, une alimentation meilleure ou plus abondante; si elle est plus haute dans les villes que dans la campagne, ou si c'est le contraire qui a lieu; si, enfin, les classes éclairées ou supérieures ont une stature plus grande ou plus petite que celle des classes ignorantes ou inférieures; toutes questions dont je n'ai pas besoin de faire sentir l'importance, ni de signaler les applications à l'histoire, à la politique, à la science sociale.

Ce n'est pas tout: la question de la taille moyenne se lie encore assez étroitement à la philosophie proprement dite, en ce sens que, dans ce qui en forme la base, c'est-à-dire dans la psychologie, elle se rattache d'une manière indispensable à la question des rapports à établir entre le système nerveux central et les actes intellectuels. On peut se demander, en effet, si un plus grand développement du cerveau correspond en masse à un plus grand développement de l'intelligence, et cette question ne saurait être résolue qu'autant que l'on saura si le développement encéphalique est ou n'est pas en proportion rigoureuse avec le développement du reste du corps, et spécialement avec celui de la taille; ce qui nécessiterait absolument la connaissance de cette dernière chez tous les peuples, chez toutes les races, dans toutes les classes de la société où on l'examine.

Malheureusement la solution de cette question, posée d'une manière aussi nette et aussi universelle, n'est pas actuellement possible, car les matériaux qui y seraient nécessaires n'existent nulle part; je veux dire qu'ils n'existent que de la façon la plus incomplète, en nombre infiniment petit, et dans un état la plupart du temps tellement peu scientifique, qu'ils ne peuvent être d'aucune utilité. A quoi servirait-il, en effet, pour cette détermination, de dire avec l'auteur d'une DISSERTATION SUR LES NAINS ET SUR LES GÉANS, ET SUR LES VRAIES LIMITES DE LA TAILLE HUMAINE (1), que cette dernière est à peu près celle de l'homme bien conformé des climats les plus sains, et par conséquent du nôtre? Sera-t-on bien plus avancé quand on aura répété, d'après Buffon, que la grande taille pour les hommes est depuis 5 pieds 1 pouce jusqu'à 5 pieds 4 pouces, et la petite au-dessous de 5 pieds? Et lorsque M. Villermé, ce statisticien habile, a rappelé que la taille ordinaire du genre humain varie entre 4 pieds et demi et 5 pieds et demi, il sent aussitôt tout le vague, j'allais presque dire toute l'inutilité d'une pareille détermination, et il se hâte de poser quelques chiffres pour la recherche scientifique de la taille moyenne de l'homme en France. Avant d'exposer les faits que j'ai moi-même recueillis dans ce but, je crois nécessaire de faire connaître, soit d'après les recherches de l'honorable académicien, soit d'après celles de quelques autres investigateurs, ce qui a été, ce qui a pu être fait dans cette voie. Ce sera la meilleure manière de poser la question et d'en bien faire comprendre la nature.

Je ne vois que trois sources où puiser les matériaux nécessaires à la détermination qui nous occupe. Ce sont: 1° les tableaux publiés par l'autorité administrative de la taille de tous les Français appelés par leur âge à faire partie du contingent de l'armée; 2° les registres des établissemens publics, dans lesquels l'admission volontaire ou forcée s'accompagne de la mesuration de chaque individu, par exemple, les prisons et quelques établissemens de charité; 3° des recherches directes et personnellement faites sur la taille de tous les individus adultes, sans autre exception que celle d'une déformation, d'un rapetissement manifestes, occasionés par le rachitisme.

Or, jusqu'à présent toutes les tentatives de détermination de la taille moyenne de l'homme en France ont été à peu près exclusivement faites d'après des observations puisées à la première de ces sources, je veux dire dans les tableaux administratifs de la taille des hommes appelés par leur âge à faire partie du contingent de l'armée. Mais ce n'est pas seulement par leur âge que ces hommes sont appelés à faire partie de ce contingent; c'est encore, et tout autant, par leur taille, taille déterminée par la loi et dont la mesure, lorsqu'elle est au-dessous du minimum lé-

(1) Changeux, dans l'ancien JOURNAL DE PHYSIQUE, rédigé par l'abbé Rozier; supplément, tome XIII, p. 167, 1778.

---

espère, à force de désordre, de violences, lui arracher, par lassitude, sinon une décision tout à fait contraire à ses respectables et légitimes sympathies, du moins quelque vote timide et incertain, quelque moyen terme, dont les intéressés sauront tirer le parti qui leur convient. Tel est le piége qui est tendu à l'Académie, et où elle est déjà à moitié tombée, en votant le renvoi à la commission; car ce renvoi, tout impuissant qu'il soit, est déjà interprété comme une sorte de désapprobation des conclusions mêmes, et déjà les intéressés l'exploitent à leur profit. Espérons toutefois que la majorité, mieux avisée, saura enfin agir avec quelque accord, et rentrera dans l'exercice de sa liberté et de son omnipotence. Mais si, par malheur, elle cède à l'oppression systématique qui pèse déjà sur elle, et se laisse arracher par faiblesse une sentence équivoque, il n'y aura pas d'expression pour qualifier un tel oubli de ses droits et de ses devoirs.

Voilà tout ce que nous avions à dire sur l'ensemble de la situation, telle qu'elle a été établie dans la dernière séance.

Cette séance a été remplie de tant d'incidens et compliquée de péripéties si nombreuses et si inattendues que nous avons dû laisser à notre confrère, rédacteur du compte-rendu, la tâche laborieuse d'en tracer, s'il peut, le tableau. Nous citerons seulement, comme plus particulièrement remarquables par leur singularité, deux ou trois de ces incidens.

Ainsi on a vu pour la première fois dans cette séance, un membre faire les fonctions de l'appariteur, et aller de banc en banc quêter des signatures pour une demande de scrutin secret. M. le président paraît avoir trouvé cela très naturel, car il n'a pas jugé à propos d'en faire l'objet même d'une observation; il n'a pas voulu sans doute priver le public et l'Académie de cette bouffonnerie qui a en effet excité beaucoup d'hilarité.

Le réglement a été violé tant de fois, qu'il n'y a guère que M. Adelon qui puisse bien apprécier l'énormité et le nombre de ces infractions.

On avait vu déjà quelquefois l'Académie voter deux propositions diamétralement opposées, et dire oui et non sur le même objet, à quelques minutes d'intervalle; ses distractions en ce genre ont été tellement fortes dans la dernière séance que chaque vote positif (et il y en a eu Dieu sait combien!) a été immédiatement suivi d'un vote négatif et réciproquement. Le renvoi à la commission aurait probablement subi le même sort, si la pendule sonnant cinq heures, n'était venue fort mal à propos interrompre les opérations. Sans la pendule M. Caventou n'aurait pas été obligé de refaire le style de sa première conclusion, que nous maintenons, soit dit en passant, très claire et très correcte, quoi qu'en aient dit les puristes.

Veuille l'ange-gardien de l'Académie, si elle en a un, l'abriter sous ses ailes et détourner d'elle l'*esprit de vertige et d'erreur*.

— Le concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris pour une chaire de pathologie chirurgicale et une chaire de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg s'est terminé vendredi, 23 juillet. Les deux professeurs nommés sont MM. Sédillot et Rigaud.

gal, ne fait pas partie des matériaux destinés à la confection des tableaux dont je parle. Joignez à cela que la taille moyenne de l'homme en France déduite de celle du contingent militaire, trop élevée sous le rapport que je viens de dire, ne l'est pas assez sous un autre rapport que voici. C'est à 20 ans que ces hommes sont mesurés; or, à cet âge, l'homme n'a pas atteint toute sa croissance, même en hauteur. Il ne l'a guère acquise complètement qu'à 25, et même qu'à 30 ans, ainsi que nous allons le voir tout à l'heure. Sans doute la différence de la taille des hommes de 20 ans à celle des hommes de 25 ou de 30 ans ne saurait être très grande. Mais il s'agit ici de résultats rigoureux qu'il est très facile de rendre mathématiques, et toutes les fois qu'en physiologie on peut obtenir de semblables résultats, il ne faut pas les négliger. L'occasion ne s'en présente pas si souvent. Malgré tout cela, il ne sera pas inutile de voir rapidement ce qui a été fait, ce qu'on peut faire avec les élémens vicieux dont je viens de parler pour la détermination de la taille moyenne de l'homme en France.

Feu M. Hargenvilliers, employé supérieur au ministère de la guerre, a publié en 1817, un opuscule ayant pour titre: CONSIDÉRATIONS SUR LA FORMATION ET LE RECRUTEMENT DE L'ARMÉE EN FRANCE (1). Les faits sur lesquels il a opéré pour la détermination de la taille moyenne du conscrit des années précédentes, c'est-à-dire du conscrit de l'empire, sont au nombre de 100,000, et cette taille moyenne pour la France prise dans son étendue actuelle s'est trouvée être de 1 mètre 615 millimètres (4 pieds 11 pouces 8 lignes.) Voici à cet égard un tableau extrait de l'ouvrage de M. Hargenvilliers.

	Mètre.	Millim.	Pieds.	Pouces.		Pieds.	Pouces.	Nombre.
Au-dessous de	1	570	4	10				28,620
—	1	570 à 598	4	10	à	4	11	11,580
—	1	598 à 624	4	11	à	5		13,990
—	1	624 à 651	5		à	5	1	14,410
—	1	651 à 678	5	1	à	5	2	11,410
—	1	678 à 705	5	2	à	5	3	8,780
—	1	705 à 732	5	3	à	5	4	5,530
—	1	732 à 759	5	4	à	5	5	3,190
Au-dessus de	1	759	5	5				2,490
								100,000

J'ai fait remarquer tout à l'heure que maintenant la taille moyenne des hommes faisant partie du contingent de l'armée ne donne pas celle du sexe mâle en France, d'abord parce que la taille de l'homme adulte, de l'homme de 30 à 50 ans, est sensiblement plus élevée que celle de l'homme de 20; ensuite parce que cette taille moyenne du contingent n'est que la moyenne de la taille des hommes de 20 ans ayant dépassé un certain niveau. Or, ce niveau même a varié plusieurs fois depuis cinquante ans, suivant qu'il a été besoin, pour les exigences de la guerre, d'un plus ou moins grand nombre d'hommes.

Ainsi le décret du 18 fructidor, an X, fixe la taille militaire,
à.. 1 mèt. 624 mill. (5 pieds.)
Celui du 8 fructidor, an XIII, à.... 1 — 544 — (4 pieds 9 pouc.)
La loi du 10 mars 1818, à.......... 1 — 570 — (4 pieds 10 pouc.)
Celle du 11 décembre 1830. à....... 1 — 540 — (4 pieds 8 pouc. 10 l.)
Celle du 21 mars 1832, à.......... 1 — 560 — (4 pieds 9 pouc. 8 l.)

C'est là un nouveau sujet d'incertitude qui rend les comparaisons fort difficiles et ne permet pas de conclusions rigoureuses. Joignez-y que dans les années impériales de 1808 à 1814, les conscrits n'étaient plus des hommes de 20 ans, mais, aux termes des sénatus consultes du 7 avril 1807 et du 21 janvier 1808, seulement des jeunes gens de 18 ans; et qu'en confondant leurs mesures de taille avec celles des conscrits ou des recrues des années soit antérieures, soit postérieures, on obtiendrait une moyenne mauvaise, en ce qu'elle serait trop peu élevée. Mais c'est là une cause d'erreur contre laquelle il serait facile de se prémunir.

D'après le tableau extrait de l'ouvrage de M. Hargenvilliers, on voit que sur 100,000 conscrits, 28,000, ou un peu moins du tiers, avaient une taille au-dessous de la taille militaire de ce temps, laquelle était de 1570 millimètres et est même descendue plus bas. On ne voit pas, il est vrai, jusqu'où descendait la taille des plus petits de ces 28,000 conscrits; mais au moins est-on sûr ainsi d'avoir la taille moyenne de tous les jeunes Français de 20 ans à cette époque, tandis que, depuis la restauration, la taille moyenne des recrues, donnée par l'autorité administrative et, par exemple, par la préfecture du département de la Seine, n'est que la taille moyenne de la classe soumise, à raison de l'abaissement de ses numéros et de l'élévation de sa stature, à l'examen du conseil de révision, et définitivement destinée à faire partie du contingent de l'armée. Ainsi, dans l'ouvrage intitulé: RECHERCHES STATISTIQUES SUR LA VILLE DE PARIS ET LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE, et publié en 1826, sous les auspices de M. le comte de Chabrol, préfet de ce département, on voit, chapitre III, article 3, tableaux 66 et 67, que pour les années 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, le nombre total des jeunes gens appelés à Paris est de 33,816, que sur ce total 7,124 seulement ont fait partie du contingent de l'armée, et que c'est uniquement la taille de ces 7,124 recrues, taille égalant au moins 1570 millimètres, aux termes de la loi du 10 mars 1818, qui a donné la moyenne de 1683 millimètres, attribuée à ce contingent. Il résulte évidemment de là que cette moyenne, à envisager la chose un peu rigoureusement ne saurait donner, même par induction, la taille des jeunes gens de 20 ans dans Paris. Tous ces travaux de statistique sont donc d'une inutilité à peu près complète pour les besoins d'une physiologie quelque peu sévère.

Le travail de M. Villermé (1), comme celui de M. Hargenvilliers, ne donne la taille du sexe mâle en France que par induction, puisqu'il a été fait sur les mêmes matériaux, ou sur des matériaux analogues, je veux dire sur la taille des conscrits ou des recrues. M. Villermé a extrait ces matériaux de deux sources. La première, ce sont les rapports manuscrits des préfets de l'empire au ministre de la guerre de ce temps sur les variations de la taille des conscrits de leurs départemens respectifs. Ces rapports n'ont jamais été publiés *in extenso*. Probablement que maintenant ils n'existent plus; et il est heureux pour la science que M. Villermé en ait extrait une partie au moins de ce qui pouvait lui être utile. La seconde source à laquelle a puisé ce savant, ce sont les RECHERCHES STATISTIQUES RELATIVES AU DÉPARTEMENT DE LA SEINE, dont j'ai parlé plus haut. Tout en donnant, d'après ces deux ordres de documens, la taille moyenne des conscrits ou des recrues de tous les départemens de la France, soit à l'âge de 20, soit à l'âge de 18 ans accomplis, M. Villermé a surtout pour but, dans son travail, de montrer les variations qu'offre cette taille moyenne suivant les circonstances favorables ou défavorables de la nature du climat, de la qualité et de la quantité des alimens, ainsi que des autres nécessités de la vie; et il en tire ces conclusions générales, que la taille est d'autant plus élevée que les populations se trouvent dans de meilleures conditions de climat, de nourriture, d'aisance; que les classes riches et cultivées de la société ont une stature plus élevée que ne l'ont les classes pauvres et ignorantes; que la population des villes a une plus haute taille que celle des campagnes, etc...

Des tailles moyennes qu'a données dans ses tableaux M. Villermé pour les divers départemens de la France, on pourrait extraire la taille moyenne d'une partie de la classe de l'an XIII, dont l'âge était de 20 à 21 ans, la taille moyenne de la classe de 1810, dont l'âge était de 18 à 19 ans, enfin la taille moyenne du contingent seulement de la classe de 1823, dont l'âge était de 19 à 20 ans. Mais ce travail, par les raisons que j'ai dites, ne pouvant me donner de résultat directement applicable au but de celui-ci, la taille moyenne de l'homme adulte en France, je ne perdrai pas le temps à m'y livrer. Je me bornerai à mentionner ici, comme limites extrêmes de ces moyennes, qu'en 1810 la taille la plus élevée des conscrits était celle de l'ancien département des Bouches de la Meuse, laquelle était de 1,677 millimètres, tandis que la plus basse était celle des conscrits de l'ancien département des Apennins, laquelle était de 1,560 millimètres.

M. Quetelet, dans son ouvrage statistique SUR L'HOMME (2), a rassemblé un grand nombre de faits d'après lesquels il est arrivé à conclure avec toute certitude que, soit à Bruxelles, soit aux environs, la taille, non plus la taille militaire, mais la taille civile, la taille de l'homme adulte et arrivé, sous ce rapport, à son summum de croissance, est de 1,684 millimètres (5 pieds 2 pouces 3 lignes); que ce summum n'est rigoureusement atteint dans ce pays qu'à l'âge de 30 ans; qu'à celui de 25 ans la taille moyenne y est de 1,675; à celui de 20 ans de 1,665; et qu'à 50 ans elle commence déjà à décroître.

Ainsi elle est de 1,674 à 50 ans.
— de 1,639 à 60
— de 1,623 à 70
— de 1,613 à 80 et 90

M. Quetelet paraît avoir constaté en outre, qu'au moins à l'âge de 20 ans, la taille des habitans des campagnes est moindre que celle des ba-

(1) Il m'a été impossible de me procurer ce travail de M. Hargenvilliers. Je ne le cite que d'après les nombreux extraits qu'en a donnés M. Villermé dans le sien.

(1) MÉMOIRE SUR LA TAILLE DE L'HOMME EN FRANCE; dans les ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE, tome I, p. 351.

(2) SUR L'HOMME ET LE DÉVELOPPEMENT DE SES FACULTÉS, OU ESSAI DE PHYSIQUE SOCIALE, 2 vol. in-8°, Paris 1835; t. II, p. 1 et suiv.

bitans des villes. Ainsi celle de ces derniers est de 1,648 millimètres (1), tandis que celle des premières est de 1,627.

M. Quetelet a reconnu aussi que, conformément à l'opinion de M. Villermé, la taille des individus appartenant aux classes basses ou malheureuses de la société est moindre que celle de ses classes élevées et aisées. « Ainsi, dit-il, sur 41 jeunes gens de 17 à 20 ans, mesurés à l'Athénée de Bruxelles, il s'en trouvait 13 ayant de 16 à 17 décimètres; 26 ayant de 17 à 16 décimètres, et 2 ayant de 18 à 19 décimètres, de sorte que les jeunes gens ayant de 17 à 18 décimètres étaient en nombre double de ceux qui n'avaient que de 16 à 17 décimètres, tandis que dans l'intérieur de la ville le nombre des premiers n'est pas même égal à celui des derniers, même à l'âge de 30 ans (2). » De même dans la maison de détention de Vilvorde (3), la taille moyenne des hommes adultes s'est trouvée être de 1,664 millimètres, tandis que, comme nous l'avons vu, elle est de 1,684 à Bruxelles.

Je note ici, et pour mémoire seulement, puisque dans ce travail il n'est pas question de la taille de la femme, que chez elle, en Belgique, d'après les observations de M. Quetelet, la taille moyenne, à l'âge adulte, est de 1,579^{m} (4 pieds 10 pouces 4 lignes), celle de l'homme étant de 1,684 (5 pieds 2 pouces 3 lignes); que chez la femme, vers l'âge de 16 à 17 ans, la croissance est déjà relativement presque aussi avancée que chez l'homme vers celui de 18 ou 19 ans, et qu'à 20 ans la taille de la femme est de 1,574^{m}. J'ajoute qu'à l'âge de 50 ans la taille décroît chez elle comme chez l'homme.

Voilà donc nu des élémens de la question générale de la taille moyenne de l'homme, la moyenne de cette taille en Belgique, assez bien déterminé. Il resterait à en faire autant pour les autres pays, pour les autres peuples, pour le plus grand nombre de peuples, et de pays, et de races, et de classes sociales possible.

En France, chez nous, qu'y a-t-il de fait à cet égard ? Rien; rien que la moyenne de 60 faits recueillis en 1783 par Tenon, (4), à Massy, près Palaiseau, sur des hommes de 25 à 46 ans. La voici :

Plus grande taille....	1,854 mill.	(5 pieds 8 pouces 6 lignes.)
Plus petite taille.....	1,543 mill.	(4 pieds 9 pouces.)
Taille moyenne.......	1,665 mill.	(5 pieds 1 pouce 6 lignes.)

Il y a sans doute chez les nations étrangères quelques déterminations pareilles à celles de M. Quetelet, quelques faits de la nature de ceux de Tenon; mais je n'ai pu les découvrir, et M. Quetelet ne les a pas nou plus signalés.

J'avais pourtant besoin de connaître la taille moyenne rigoureuse, non point, comme je l'ai dit, du contingent de l'armée, mais du sexe mâle tout à fait adulte, en France; et cela dans le but au moins de pouvoir établir exactement le double rapport qui existe, d'une part, entre le développement de l'intelligence et celui du système nerveux central, d'autre part, entre ce dernier et celui de la taille.

Pour arriver à ce résultat, j'ai pu puiser à deux sources de faits, et voici les matériaux que j'en ai tirés et les corollaires généraux qui en découlent. La prison du dépôt des condamnés, dont je suis le médecin, renferme des détenus dont l'âge varie depuis 16 ans jusqu'à 70 ou 80 ans, mais dont la majorité est âgée de 20 ou 25 ans à 50 ou 55 ans. Ces détenus sont tous exactement mesurés à leur entrée dans la prison, sans leur chaussure, et la mesure de la taille de chacun d'eux reste dans les registres du greffe. Ils appartiennent, bien entendu, en presque totalité, ou pour mieux dire en totalité, à la classe basse de la population, et cette circonstance est à retenir, parce que les recherches de M. Villermé et celles de M. Quetelet ont prouvé, comme nous l'avons vu, que la taille, toutes choses égales d'ailleurs, est moindre dans les classes inférieures, pauvres et ignorantes, que dans les classes supérieures, plus aisées et plus éclairées. Ces détenus, en outre, offrent assurément tous les degrés de taille. Ce n'est pas comme pour le contingent de l'armée; il n'y a pas de taille exigible pour la profession de voleur, et je ne crois pas que jamais physiologiste soit tenté de proclamer l'existence d'un rapport quelconque entre telle ou telle taille et le penchant phrénologique du vol. Enfin, ces mêmes détenus appartiennent, pour un sixième tout au plus, au département de la Seine et aux départemens voisins, tels que ceux de Seine-et-Marne, de Seine-et-Oise, de l'Oise, etc. Pour le reste, ils appartiennent presque indifféremment à tous les départemens, même à ceux du Midi. Leurs tailles, par leur réunion, peuvent donc donner assez exactement la taille moyenne des habitans de la France, qui forment presque exclusivement la population des prisons.

Ceci posé, j'ai fait, dans les registres du greffe de la prison du dépôt des condamnés, le relevé de la taille de 2,000 détenus écroués depuis 1830 (1). J'ai réparti ces mesures en cinq tableaux, composés chacun de 400 faits.

Un premier tableau comprend les tailles des détenus de l'âge de 16 ans et demi à celui de 17 ans et demi.

Un second tableau comprend les tailles des détenus de 20 ans ou à peu près.

Un troisième celles des détenus de 25 ans ou à peu près.

Un quatrième celles des détenus âgés de 30 à 50 ans.

Un cinquième et dernier tableau comprend les tailles des détenus âgés de 50 ans et au-dessus. Il est très important qu'on sache que, des détenus dont les mesures de taille forment ce dernier tableau, composé, comme chacun des précédens, de 400 faits, 181 n'étaient âgés que de 50 à 60 ans, 60 de 60 à 65 ans, 18 de 65 à 70 ans, et que 13 seulement dépassaient 70 ans; en d'autres termes, que plus de la moitié des individus dont les tailles forment ce tableau était très voisine, par son âge, de la limite supérieure de l'âge des individus portés au tableau de l'âge de 30 à 50 ans.

PREMIER TABLEAU.

(Age : 16 ans et demi à 17 ans et demi. — 400 faits.)

Taille plus élevée............	1,770 mill.
Taille plus basse.............	1,420 mill. — 1,290 m.
Taille moyenne...............	1,567 —

DEUXIÈME TABLEAU.

(20 ans à peu près. — 400 faits.)

Taille plus élevée............	1,840 mill.
Taille plus basse.............	1,440 —
Taille moyenne...............	1,647 —

TROISIÈME TABLEAU.

(25 ans à peu près. — 400 faits.)

Taille plus élevée............	1,800 mill.
Taille plus basse.............	1,450 —
Taille moyenne...............	1,647 —

QUATRIÈME TABLEAU.

(30 à 50 ans. — 400 faits.)

Taille plus élevée............	1,840 mill.
Taille plus basse.............	1,480 —
Taille moyenne...............	1,657 —

CINQUIÈME TABLEAU.

(50 ans et au-dessus. — 400 faits.)

Taille plus élevée............	1,870 mill.
Taille plus basse.............	1,420 —
Taille moyenne...............	1,655 —

Il résulte de ces tableaux que, dans la classe d'hommes qui peuple les prisons de Paris, la taille, à 16 et 17 ans, haute de 1,567 mill., est loin d'avoir atteint alors le chiffre auquel elle arrivera à 20 ans, c'est-à-dire

(1) On pourrait remarquer que, dans deux tableaux dont l'un précède et dont l'autre suit celui d'où est extrait ce chiffre, M. Quetelet donne pour moyenne de la taille à 20 ans 1,664, 1,665 au lieu de ce chiffre de 1,648. Mais cela tient à ce que les deux premiers de ces chiffres représentent les moyennes de tailles prises seulement à Bruxelles, tandis que le dernier exprime la moyenne de tailles observées et à Bruxelles, et à Louvain, et à Nivelles. Dans le tableau même où sont réunis ces trois ordres de tailles, on trouve que celles de Bruxelles donnent une moyenne de 1,663.

Je suppose, en outre, que M. Quetelet, conformément, du reste, à ce qu'il dit dans une note de la page 14, a fait usage, pour ses tableaux et pour les moyennes qu'il en a déduites, de toutes les tailles indistinctement, et non pas seulement de celles des individus chez lesquels la taille est supérieure à un chiffre déterminé par la loi sur le recrutement de l'armée, sans cela ce savant ne nous aurait pas donné la taille réelle de l'homme de 20 ans en Belgique, mais seulement celle de l'armée à cet âge, c'est-à-dire à cet égard un chiffre trop élevé.

(2) ESSAI DE PHYSIQUE SOCIALE, t. II, p. 16.

(3) *Ibid.*, p. 17.

(4) *Extrait de notes manuscrites sur la stature et le poids de l'homme, trouvées dans les papiers de feu Tenon, par M. Villermé.* (ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE, t. X, p. 27.)

(1) Dans un premier relevé de la taille de 1,000 détenus, autres que les 2,000 dont il est question ci-dessus, et écroués de 1835 à 1836, je n'avais pas tenu compte de l'âge, qui allait de 16 ou 17 ans à 50 ans et au-dessus. Aussi avais-je obtenu une moyenne trop faible, une moyenne de 1,646 millim. En revoyant les élémens de ce relevé, je trouve que, des 1,000 détenus dont la taille y est consignée, 175 étaient âgés de 16 à 20 ans, 226 de 20 à 25 ans, 171 de 25 à 30 ans, 56 de 50 ans et au-dessus, et par conséquent 372 de 30 à 50 ans. La moyenne de la taille de ces derniers est de 1,659 millimètres; c'est, à 2 millimètres près, celle qu'on va voir déterminée ci-dessus pour cet âge, pour l'âge tout à fait adulte.

le chiffre de 1,647 mill. ; ensuite, que si, de 20 à 25 ans, ce chiffre, au moins pour le nombre de faits que j'ai recueillis, semble rester le même, il prend tout de suite, de 30 à 50 ans, c'est-à-dire à l'âge réellement adulte, un accroissement notable, et arrive à celui de 1,657 mill. ; enfin, qu'à partir de l'âge de 50 ans, ce chiffre, désormais de 1,655 mill., commence à décroître, bien que, comme je l'ai fait remarquer, la presque totalité des faits qui composent le cinquième tableau, celui de l'âge de 50 ans et au-dessus, appartienne à des hommes ayant seulement 1, 2, 3, 4, 5 ans de plus qu'un grand nombre de ceux de l'âge de 30 à 50 ans, dont les tailles forment le quatrième tableau.

Une seconde source de laquelle j'ai pu extraire les élémens de solution de la question qui nous occupe, ce sont les archives de la petite ville de Gy, en Franche-Comté, ma ville natale. Dans les tableaux publiés par le ministère de la guerre, ou dans l'ouvrage de M. Chabrol, on ne trouve, comme je l'ai dit, que la taille moyenne des hommes faisant partie du contingent de l'armée. Dans les archives des communes, au contraire, se trouvent les tableaux de tous les jeunes gens appelés par leur âge à faire partie de ce contingent, avec la taille de chacun d'eux en regard de son nom.

J'ai donc fait, au mois de septembre 1839, avec l'aide de quelques amis, sur les registres de la mairie de Gy, le relevé, année par année, de la taille de tous les hommes de vingt ans, appelés par leur âge à faire partie du contingent de l'armée, depuis l'an IX (1800), jusqu'à l'année 1838 inclusivement. Cela devrait faire un total de 39 ans. Mais en 1815 il n'y a pas eu de conscription en règle. En 1832, la taille des jeunes gens appelés n'a pas été consignée, je ne sais pourquoi, dans les tableaux de recensement de cette année. Reste donc un total de 37 ans, donnant un total de 753 hommes, et une moyenne, par année, de 20 hommes 3/10. Dans le tableau où sont exposés tous les détails de ces chiffres, et que j'ai placé à la fin de ce travail, je laisse les dates de naissance et les indications de l'âge des conscrits telles que je les ai trouvées sur les registres de ma ville natale. Mais il est plus que probable que, pour elle comme pour le reste de la France, les conscrits des années 1808 à 1814 n'étaient pas âgés de 20 ans, mais seulement de 18. En revanche, les recrues de 1816 et 1817, n'ayant dû être mesurées qu'en 1818, étaient alors des hommes de 21 à 22 ans. Ainsi, s'il n'y a pas rigoureusement compensation pour la détermination de ma moyenne générale, donnée comme celle d'hommes de 20 ans, il ne s'en manque guères. Je devais toutefois appeler l'attention sur ce point. Je ferai remarquer, en outre, que, dans les tableaux partiels de recensement, au moyen desquels j'ai dressé mon tableau général, se trouvent comprises les tailles de tous les conscrits de la petite ville, et qu'une bonne partie de ces conscrits appartenait soit à la bourgeoisie, soit à la classe aisée des cultivateurs. C'est là, comme on ne l'a pas oublié, une cause d'élévation de la moyenne de taille. Maintenant, si l'on jette les yeux sur les moyennes par année du tableau dont je parle, on verra d'abord qu'elles ne diffèrent pas beaucoup les unes des autres. Mais les faits dont chacune d'elles est le corollaire sont trop peu nombreux pour qu'elles puissent infirmer cette assertion de M. Villermé, que vers la fin de l'empire, ou dans les années qui ont suivi sa chûte, la taille de l'homme en France avait sensiblement baissé.

Dans ce tableau, le minimum absolu de la taille se trouve correspondre à l'année 1807. Il est de 1,415. L'individu était boiteux, sans être déformé par le rachitisme. La moyenne de la colonne des *minima* est de 1,536.

Le maximum absolu est de 1,900 ; il s'est rencontré dans l'année 1821. La moyenne du maximum est de 1,771.

La moyenne générale de la taille de ces 753 conscrits, répartis sur une période de 37 ans, est de 1,658^{m} (5 pieds, 1 pouce, 3 lignes).

Ce chiffre me semble donc pouvoir être donné, comme celui de la taille des hommes de 20 ans, dans une commune des départemens de l'Est de la France. Restait à rechercher comparativement, dans la même localité, celui de la taille des hommes au-dessus de 20 ans jusqu'à 60 ans et au-delà. Mais malheureusement le temps ne m'a pas permis de rassembler pour cette série d'âges plus de 144 faits. C'est infiniment trop peu, je le sais bien, pour la détermination de moyennes définitives. Peut-être cependant trouvera-t-on quelque intérêt dans les résultats qu'ils m'ont donnés.

Une première série de 27 faits, dans l'âge de 20 à 25 ans, et donnant pour moyenne d'âge 22 ans, offre pour moyenne de taille 1,679^{m}.

Une seconde série, composée de 21 faits, dans l'âge de 25 à 30 ans, donnant pour moyenne d'âge 27 ans, 9 mois, offre pour moyenne de taille 1,697^{m}.

En réunissant ces deux séries, on a 48 faits dans l'âge de 20 à 30 ans, donnant pour moyenne d'âge 26 ans, 7 mois, et pour moyenne de taille 1,687^{m}.

On se rappellera que la moyenne de la taille à 20 ans, dans la même localité, est de 1,658^{m}, et l'on ne pourra guère se refuser à penser, conformément aux résultats analogues obtenus par M. Quetelet en Belgique et à ceux que m'ont donnés les mesures prises à la prison du dépôt des condamnés, qu'en France, dans les départemens de l'Est, la taille est loin d'être complètement terminée à 20 ans, qu'elle ne l'est même pas tout-à-fait à 25, et que ce n'est guère que vers l'âge de 30 ans que l'homme y a atteint son accroissement complet en hauteur.

Le tableau de la taille des hommes de 30 à 40 ans, composé de 49 faits, et donnant pour âge moyen 35 ans, offre pour moyenne de taille 1,675^{m}.

Celui de la taille des hommes de 40 à 50 ans, composé de 25 faits, et donnant pour âge moyen 44 ans, offre pour moyenne de taille 1,690^{m}.

En réunissant ces deux tableaux, on a pour 74 faits, et pour un âge moyen de 38 ans, une moyenne de taille de 1,681^{m}, c'est-à-dire encore une stature évidemment beaucoup plus élevée que celle des hommes de 20 ans, et même de 20 à 25 ans, résultat toujours conforme aux résultats obtenus par M. Quetelet en Belgique, et par moi à la prison du dépôt des condamnés.

Enfin, un dernier résultat, c'est celui que donne le tableau de la taille des hommes de 50 à 60 ans, tableau composé de 22 faits seulement, donnant pour moyenne d'âge 56 ans 6 mois, et pour moyenne de taille 1,651^{m}.

Assurément, comme je l'ai déjà dit, les faits sur lesquels j'opère sont de beaucoup trop peu nombreux pour qu'on puisse regarder comme définitives les conclusions à en tirer. Cependant je ne puis pas ne pas faire remarquer que ce dernier chiffre de 1,651^{m} des hommes de 50 ans et au-dessus est très notablement inférieur à celui de 1,681 des hommes de 30 à 50 ans, à celui de 1,687 des hommes de 25 à 30 ; qu'il n'est pas même égal à celui de 1,658 des hommes de vingt ans ; tout cela bien entendu dans le même pays. J'ai obtenu, comme on l'a vu, des résultats pareils des faits recueillis dans la prison du dépôt des condamnés, et M. Quetelet en a obtenu de semblables en Belgique ; c'est-à-dire que, de même qu'à 20 ans, et même à 25 ans, l'accroissement en hauteur de l'homme n'est pas complètement terminé, de même cet accroissement diminue à partir de l'âge de 50 ans. Il faut que la chose soit bien vraie, bien fondée en nature, pour qu'elle se trahisse, même à propos d'un nombre de faits aussi petit que celui des mesures contenues au tableau de la taille des hommes de 50 ans et au-dessus, dans la ville de Gy.

Voici maintenant le sommaire de ces recherches, c'est-à-dire les corollaires généraux relatifs à la détermination de la taille moyenne du sexe mâle en France, corollaires résultant de faits particuliers recueillis, comme on l'a vu, soit à Gy, en Franche-Comté, soit à Paris, dans la prison du dépôt des condamnés, et destinés à en provoquer d'autres, rassemblés en plus grand nombre dans le reste de nos départemens.

Tandis qu'en Belgique, d'après M. Quetelet, la taille moyenne de

l'homme de 20 ans est de.	1,665^{m}
Celle de l'homme de 25 ans de.	1,675
Celle de l'homme de 30 à 50 ans de.	1,684
Celle de l'homme de 50, 60, 70, 80, 90 ans de.	1,674
	1,639
	1,623
	1,613 ;

Tandis qu'en France, d'après Tenon, il y a 57 ans, à Massy, dans le département actuel de la Seine, la taille de l'homme de 25 à 46 ans était de. . . . . 1,665 ;

La taille des détenus de la prison du dépôt des condamnés, lesquels font à peu près exclusivement partie des classes inférieures de la société, et appartiennent, pour un sixième, au département de la Seine et à trois ou quatre départemens voisins, et pour le reste à toute la France, cette taille a donné les résultats suivans :

De 16 ans et demi à 17 ans et demi.	1,567 mill.
A 20 ans à peu près.	1,647
A 25 ans à peu près.	1,647
De 30 à 50 ans.	1,657
De 50 à 60 ans et au-dessus.	1,655 ;

La taille des habitans de Gy, au département de la Haute-Saône, a donné ceux-ci, de 1800 à 1838 :

A 20 ans (733 faits).	1,658 mill.

Puis, d'après 144 faits seulement :

De 20 à 25 ans.	1,679
De 25 à 30 ans (âge moyen, 27 ans).	1,687
De 30 à 50 ans.	1,681
De 50 à 60 ans.	1,651

Bien que les faits relatifs à la taille des habitans de ma ville natale soient trop peu nombreux, et qu'ils portent sur des hommes appartenant à la classe aisée et forte de la société, en même temps qu'à sa classe inférieure, cependant, en comparant le chiffre de 1,658^{m} de la taille moyenne des hommes de 20 ans de cette population avec celui de 1,647^{m} de la taille des détenus de même âge de la Prison du Dépôt des condamnés, en comparant le chiffre de 1,681^{m} de la taille des hommes de 30 à 50 ans de la même petite ville avec celui de 1,657^{m} des détenus de même âge, on ne pourra guère s'empêcher de voir dans ces différences une confirmation de l'opinion qui établit que dans nos départemens de l'Est et du Nord la taille, ainsi qu'en Belgique, est plus élevée qu'à Paris et que dans le Centre et le Midi de la France. Mais assurément, on s'éloignera encore beaucoup moins de la vérité en regardant comme la taille moyenne de l'homme en France, ou, pour parler plus exactement, comme la taille moyenne des classes de Français peu éclairées, soit agricoles, soit ouvrières, celle que m'ont donnée les recherches faites dans la prison du dépôt des condamnés. Or, cette taille est de 1657 millimètres (5 pieds, 1 pouce, 3 lignes) pour l'homme adulte, l'homme parvenu à tout son développement, l'homme de 30 à 50 ans. C'est là le résultat dont j'avais besoin et auquel je voulais arriver.

TABLEAU POUR LA DÉTERMINATION DE LA TAILLE MOYENNE DES CONSCRITS DE LA VILLE DE GY, EN FRANCHE-COMTÉ.

Date de la naissance.	Date de la conscription.	Nombre d'hommes par année.	Total des tailles par année.	Maximum de la taille par année.	Minimum de la taille par année.	Taille moyenne par année.
			mètres.	mètres.	mètres.	mètres.
1780	An IX	22	37,064	1,780	1,612	1,684 16
1781	An X	23	38,553	1,833	1,598	1,676 5
1782	An XI	18	30,346	1,787	1,598	1,685 16
1783	An XII	24	39,596	1,770	1,525	1,649 20
1784	An XIII	19	31,467	1,755	1,485	1,656 3
1785	An XIV	19	31,416	1,745	1,600	1,653 9
1786	1806	34	56,583	1,807	1,540	1,664 7
1787	1807	27	43,929	1,723	1,455	1,627 »
1788	1808	18	29,571	1,770	1,443	1,643 7
1789	1809	26	42,497	1,750	1,415	1,634 13
1790	1810	17	27,273	1,761	1,456	1,604 5
1791	1811	23	37,795	1,745	1,505	1,643 6
1792	1812	14	23,220	1,740	1,525	1,658 8
1793	1813	19	31,351	1,773	1,525	1,650 1
An III 1794	1814	18	29,634	1,765	1,515	1,646 6
An IV 1795	1818	23	38,570	1,820	1,590	1,877 »
An V 1797	1817	17	27,830	1,760	1,460	1,637 1
An VII 1798	1818	20	33,150	1,830	1,520	1,657 10
An VIII 1799	1819	29	48,230	1,790	1,520	1,663 3
An IX 1800	1820	18	26,850	1,800	1,550	1,678 2
1801	1821	20	34,000	1,900	1,540	1,700 »
1802	1822	22	36,390	1,760	1,520	1,654 2
1803	1823	25	41,190	1,770	1,500	1,647 15
1804	1824	18	29,808	1,880	1,510	1,656 »
1805	1825	29	47,330	1,730	1,490	1,632 2
1806	1826	16	26,920	1,790	1,590	1,682 8
1807	1827	28	46,542	1,750	1,545	1,662 8
1808	1828	22	36,700	1,770	1,600	1,668 4
1809	1829	22	36,250	1,745	1,560	1,647 16
1810	1830	20	33,095	1,780	1,530	1,654 15
1811	1831	15	25,195	1,785	1,590	1,679 10
1812	1832	»	»	»	»	»
1813	1833	13	21,530	1,720	1,580	1,856 2
1814	1834	14	23,220	1,730	1,560	1,658 8
1815	1835	17	28,670	1,870	1,590	1,686 8
1816	1836	14	23,280	1,780	1,610	1,662 12
1817	1837	15	25,410	1,755	1,575	1,694 »
1818	1838	17	28,040	1,735	1,525	1,649 7
Totaux généraux...	37 ans.	753	1248,495	65,554	56,852	61,372
Moyennes générales.		20,3	1,658	1,771	1,536	1,658

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1841 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Note sur les luxations de l'extrémité supérieure du radius, suivie de deux observations, l'une de luxation en arrière réduite au bout de cinq semaines ; l'autre de luxation en avant, datant de deux mois, dont la réduction a été tentée sans succès, et qui laisse libres tous les mouvemens de l'avant-bras ;* par M. Ant. Danyau. 2° *Mémoire sur le traitement des affections scrofuleuses par les préparations de feuilles de noyer ;* par M. Négrier. 3° *Recherches anatomo-pathologiques sur la vésicule et les canaux biliaires ;* par M. Durand Fardel. 4° *Recherches expérimentales sur les fonctions des faisceaux de la moelle épinière et des racines des nerfs rachidiens, précédées d'un examen historique et critique des expériences faites sur ces organes depuis Ch. Bell* (Suite) ; par M. Longet. 5° *Mémoire sur un mode de gangrène du poumon dépendant de la mortification des extrémités dilatées des bronches ;* par M. Briquet. 6° *Recherches sur l'épididymite blennhorragique faites dans le service de M. Cullerier (hôpital des vénériens) ;* par M. Aubry. (Travail intéressant, surtout par les données statistiques qui lui servent de base ; ainsi l'épididymite a eu lieu 31 fois par métastase et 73 fois par propagation de l'inflammation le long du canal déférent. Sur 100 cas, la maladie a paru 47 fois dans le premier mois qui a suivi le début de l'urétrite, 27 fois dans le second mois, 9 fois dans le troisième, 6 fois dans le quatrième, 2 fois dans le cinquième, 2 fois dans le sixième, 3 fois dans le huitième, 1 fois après dix-huit mois, et une fois au bout de trois ans. Sur 92 épididymites simples et existant pour la première fois, 52 occupaient le côté gauche et 40 le côté droit. Sur 80 malades, on s'est assuré, par des ponctions répétées le jour ou le lendemain de leur entrée, que, chez 25, la tunique vaginale ne contenait pas de sérosité ; chez plusieurs de ces malades, l'affection datait déjà de dix et onze jours.) 7° *Recherches sur la phlébite des sinus de la dure-mère à la suite de l'otorrhée purulente ;* par James-Bruce. (Mémoire traduit de l'anglais, et qui a déjà été inséré en entier dans la GAZETTE MÉDICALE, 1841, n. 17.) 8° *Remarques sur l'action des muscles de l'œil et sur la guérison de la myopie consécutive à la section de ces muscles ;* par M. Pravaz. (Article de discussion théorique que nous aurons occasion d'examiner prochainement.) 9° *Essai sur le traitement de la fièvre typhoïde des enfans par le sulfate de quinine ;* par MM. Rilliet et Barthez. 10° *Mémoire sur les anévrismes variqueux spontanés de l'aorte dans sa portion péricardique.* (Nous avons donné une analyse détaillée de ce travail dans la GAZETTE MÉDICALE, 1841, n. 23.) 11° *Observation de grossesse extra-utérine, suivie de réflexions sur le traitement de cette espèce de grossesse ;* par M. Voillemier.

NOTE SUR LES LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS ; par M. DANYAU.

LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS RÉDUITE AU BOUT DE CINQ SEMAINES.

OBS. I. — Le 23 septembre 1837, le docteur A... m'amena un enfant âgé de 11 ans, qui avait fait, cinq semaines auparavant, une chute sur le coude. L'accident avait été suivi de gonflement et d'une gêne dans les mouvemens, qui persistait encore. A la première vue, je reconnus une luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière. La tête osseuse déplacée formait une saillie à laquelle se communiquaient les mouvemens de pronation et de supination ; le coude était à moitié fléchi. La flexion et l'extension complète ne pouvaient s'opérer spontanément, et on n'imprimait ces mouvemens qu'en faisant souffrir le malade. La main était en pronation complète, et le malade ne pouvait exécuter la supination.

L'indication était évidente ; je fis un essai avec M. A..., qui pratiquait la contre-extension, tandis que faisant l'extension d'une main, j'essayais, avec le pouce de l'autre, de repousser la tête du radius. Deux essais faits de cette manière restèrent infructueux ; enfin, en joignant à l'extension et à la coaptation un mouvement par lequel je cherchais à porter la main dans la plus grande supination possible, je finis par obtenir la réduction, partielle d'abord, puis complète à la troisième tentative. Je maintins le membre dans l'extension, l'avant-bras dans une position moyenne entre la pronation et la supination, et une compresse très épaisse fut appliquée en arrière et en dehors, sur la tête du radius. Les jours suivans, il se manifesta une tendance continuelle au déplacement, et je ne pus la neutraliser qu'en plaçant le membre dans la plus grande extension possible, et l'y maintenant par une attelle fixée à sa face antérieure. Les mouvemens de l'articulation finirent par se rétablir au bout de plusieurs mois dans toute leur plénitude.

Cette observation sera rapprochée avec fruit des deux faits intéressans que M. Rendu a récemment publiés dans la GAZETTE MÉDICALE (1841, n. 19). La circonstance la plus importante que nous offre le cas de M. Danyau est la difficulté qu'on éprouva à réduire la luxation. L'ancienneté du mal fut sans doute pour beaucoup dans l'insuccès des premières tentatives. Remarquons cependant qu'on n'avait pas eu d'abord le soin de porter l'avant-bras dans la supination en même temps qu'on faisait l'extension, et la réduction ne s'obtint que lorsque ces deux mouvemens furent combinés par l'opérateur. C'est, du reste, le conseil que donne

Boyer (V. t. IV, p. 244), et, chez ses deux malades, M. Rendu a dû un succès presque instantané à une manœuvre semblable.

LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS EN AVANT, DATANT DE DEUX MOIS, DONT LA RÉDUCTION A ÉTÉ TENTÉE SANS SUCCÈS, ET QUI, MALGRÉ SA PERSISTANCE, LAISSE LIBRES TOUS LES MOUVEMENS DE L'AVANT-BRAS.

OBS. II. — Une enfant de 3 ans me fut amenée le 17 octobre 1837. Deux mois auparavant, son frère, debout sur un banc, voulant l'attirer vers lui, l'avait enlevée par la main fortement portée en supination. Aussitôt, douleur avec gonflement assez considérable autour du coude, et gêne légère dans les mouvemens. En plaçant le pouce dans le pli du coude, je sentis sans peine une saillie osseuse que je ne tardai pas à reconnaître pour l'extrémité supérieure du radius complètement luxée en avant. Les mouvemens de pronation, de supination et d'extension avaient toute leur étendue, toute leur liberté; le seul qui fut, non pas gêné, mais un peu borné, était celui de flexion. En définitive, il ne résultait de cette luxation qu'un peu d'obstacle à la flexion extrême, et une légère difformité apparente seulement dans l'extension la plus complète.

Pour la réduire, je fis exercer des tractions douces et progressives sur la main portée dans la pronation, en même temps que je repoussais la tête du radius avec le pouce. Je crus que la réduction s'était opérée, car la difformité disparut et la flexion la plus complète devint possible. Je maintins donc les parties dans cet état avec un bandage; mais, au bout d'un mois, je retrouvai que le déplacement existait encore au même degré où il était avant mes tentatives, et, malgré tous mes efforts, il persista; mais malgré l'irréductibilité de sa luxation, il ne resta à la malade qu'un peu de difformité et une gêne à peine sensible des mouvemens.

M. Danyau accompagne cette observation de quelques réflexions sur la symptomatologie des luxations du radius en avant. D'après lui, l'avant-bras, dans ces cas, se trouve ordinairement en demi-pronation. Il en a effectivement été ainsi dans quelques circonstances, et notamment dans l'observation de M. Willaume (V. ŒUVRES CHIRURG. D'A. COOPER, traduct. française, p. 117, note des traducteurs). Mais, dans la plupart des faits qui sont venus à notre connaissance, c'était la disposition contraire qui avait lieu. Ainsi, M. Collier (GAZ. MÉD., 1837, p. 41) a vu la main en pronation; M. Kidgell (GAZ. MÉD., 1837, p. 42) a observé *une pronation permanente*. A. Cooper (LOC. CIT., p. 116) enseigne que la main est ordinairement dans *une pronation presque complète*. Enfin, M. Goyraud, qui a observé un grand nombre de cas de ce genre, dit (GAZ. MÉD., 1837, n. 8) que la main est alors dans *une forte pronation*, et que si on l'écarte de cette situation, elle y retombe dès qu'on cesse d'agir.

D'après M. Goyraud, les luxations du radius en avant qui arrivent chez les enfans au-dessous de 3 ans, lorsqu'on les retient par le poignet pour les empêcher de tomber, ne s'accompagnent pas de rupture du ligament annulaire. Il pense aussi, et M. Gerdy est du même avis, que, dans les cas où on ne les réduirait pas, les surfaces osseuses se modifieraient sans peine dans leurs nouveaux rapports, de manière à rendre le jeu de l'articulation aussi libre qu'auparavant. L'observation de M. Danyau nous semble confirmer de point en point ces prévisions; et si la réduction ent, dans ce cas, un effet aussi peu durable, si néanmoins les mouvemens furent presque entièrement conservés et la difformité aussi légère, cela vint sans doute de ce que la tête du radius n'était effectivement pas sortie de l'anneau ligamento-osseux qui l'enveloppe. Cette intégrité du ligament annulaire, dans les luxations en avant, n'est point une pure hypothèse; elle est prouvée par l'observation suivante, qui termine le travail intéressant de M. Danyau.

OBS. III.—Il s'agit d'une pièce trouvée sur le cadavre d'un sujet de 19 ans, et qui présentait les dispositions suivantes:

1° La tête du radius a conservé un volume considérable. Peut-être la luxation n'était-elle pas très ancienne.

2° Elle est déformée en arrière et présente sur cette partie surbaissée de sa circonférence une surface triangulaire recouverte d'un cartilage rugueux qu'on retrouve aussi sur la partie de l'humérus (la petite tête) avec laquelle elle est en contact.

3° Ces deux surfaces glissent facilement l'une sur l'autre dans l'extension et dans la flexion; mais elles sont disposées de manière à ne permettre que très peu de mobilité dans le sens de la pronation et de la supination.

4° La position et le volume considérable de la tête du radius devaient rendre impossible la flexion complète.

5° La position habituelle de l'avant-bras devait être une demi-pronation ou une supination modérée.

6° Le ligament annulaire du radius paraît avoir plutôt subi une élongation qu'une déchirure.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS SCROFULEUSES PAR LES PRÉPARATIONS DE FEUILLES DE NOYER; par le docteur NÉGRIER, professeur à l'école préparatoire de médecine d'Angers.

Plusieurs praticiens avaient déjà employé les feuilles de noyer dans le traitement des scrofules avant que M. Négrier eût fait les essais dont ce travail nous offre les résultats; mais l'usage de ce moyen était à peu près abandonné. Le mémoire de ce dernier doit donc être considéré comme ayant pour objet une médication nouvelle, et cela d'autant plus que M. Négrier lui-même ignorait l'emploi qu'on avait fait avant lui de ce même moyen; il ne fut amené à en faire usage que d'après les propriétés excitantes qu'il supposait à ce produit végétal.

Lorsque M. Négrier résolut de faire l'essai de cette médication dans son service, il y avait alors 17 enfans scrofuleux dont 9 étaient atteints de gonflemens osseux avec carie, 7 portaient des ganglions strumeux ulcérés; un seul, affecté moins gravement, portait de nombreuses tumeurs ganglionnaires non ulcérées autour du cou; il était atteint en outre d'une double ophthalmie scrofuleuse déjà fort avancée. Chacun de ces malades prit chaque jour deux ou trois tasses d'une infusion de feuilles fraîches de noyer édulcorées avec le sirop simple ou le miel, et matin et soir une pilule d'extrait de feuilles de noyer du poids de 20 centigrammes, ou une cuillerée d'un sirop préparé avec ce même extrait. Toutes les plaies furent lavées avec une forte décoction de la même feuille et recouvertes, soit de compresses ou de charpie imbibées de cette décoction, soit de cataplasmes de farine de graine de lin et d'eau de feuilles de noyer. Les enfans restèrent pour le reste soumis au régime de l'hôpital. Ce traitement fut commencé le 27 juin 1837 et au bout de dix jours les sœurs de l'hospice remarquaient que les petits malades étaient plus gais, plus tapageurs et que leur appétit avait considérablement augmenté; en même temps la cicatrisation des plaies marcha bien plus rapidement qu'auparavant; les chairs prirent plus de fermeté et une coloration plus rongc.

Chez la plupart de ces enfans, la maladie existait depuis deux années au moins, chez quelques-uns elle remontait à six, huit et même dix ans. Au bout de deux mois, 3 d'entre eux étaient guéris, 10 avaient éprouvé une amélioration sensible, 4 étaient restés stationnaires. Quatre mois plus tard, 4 autres étaient complètement guéris, 2 étaient morts, 2 n'avaient éprouvé aucune amélioration, 5 en avaient éprouvé une considérable et 1 avait eu une rechute. Au bout de dix-huit mois, le nombre des guéris s'élevait à 10, 3 étaient sur le point de l'être et 2 n'avaient ressenti aucun changement; l'un de ces derniers est mort en 1839 de phthysie tuberculeuse.

L'auteur rapporte 56 observations de malades traités par ce moyen et qui sont disposées en quatre séries. Nous allons dire quelques mots de chacune d'elle.

PREMIÈRE SÉRIE. — ENGORGEMENS STRUMEUX NON ULCÉRÉS. — Au nombre de dix. Leur traitement a été simplement interne, toutes les applications externes étant bornées à l'emploi d'un mouchoir de soie ou d'une lanière de fourrure pour envelopper le cou. Trois malades ont guéri complètement; chez 4 les tumeurs diminuèrent de moitié aux deux tiers dans l'espace de six semaines à trois mois. Trois fois les ganglions ont été réduits à de petits noyaux durs qui sont restés réfractaires au traitement prolongé; un des malades guéris et deux autres dont l'état était grandement amélioré ont éprouvé une rechute dont la cause évidente a été l'impression d'un froid vif et subit. En général le traitement des tumeurs ganglionnaires a été long.

Tous les enfans prennent sans répugnance les infusions de feuilles de noyer, avec le sucre ou le miel; le sirop est toujours demandé avec instance. Ces préparations sont d'une si grande innocuité que plusieurs des malades, à l'hospice, en ont usé presque régulièrement pendant trois années consécutives; les selles, chez les malades qui en font usage, ne sont jamais plus fréquentes; elles sont teintes en brun.

DEUXIÈME SÉRIE. — OPHTHALMIE SCROFULEUSE. — Elle ne comprend que quatre cas qui se sont terminés tous les quatre par la guérison, et ont tous offert une amélioration très sensible après la première quinzaine de l'administration des préparations de noyer. Le collyre avec l'eau de noyer et l'opium a joui, dans un cas, d'une efficacité très grande et incontestable, et l'effet général des préparations de noyer a été beaucoup plus prompt dans le traitement de l'ophthalmie que dans celui des engorgemens simples.

TROISIÈME SÉRIE. — TUMEURS SCROFULEUSES ULCÉRÉES. — Elle comprend vingt faits dont quatorze se sont terminés par une guérison complète et soutenue, deux par la mort due à des affections étrangères survenues après une amélioration notable, cinq enfin dont les sujets, bien que non guéris, sont dans un état de convalescence très avancé. La guérison de ces tumeurs ulcérées a exigé ordinairement de deux à six mois. Dans le cas le plus grave il a été prolongé pendant deux années avec quelques interruptions de plusieurs semaines de temps en temps.

Relativement aux topiques, le plumasseau de charpie fine imbibée de décoction de feuilles de noyer avait beaucoup plus d'efficacité que les onguens digestifs et les cataplasmes recouverts de poudre de feuilles de noyer. Les plaies étaient pansées avec un digestif composé à partie égale d'extrait de feuilles de noyer et de térébenthine ou d'axonge

fraiche étendu sur du papier ou sur des plumasseaux; ces préparations n'ont point eu d'effet remarquable, mais la poudre de feuilles de noyer sèches, répandues sur les plaies de mauvais aspect a donné promptement de la vie aux chairs, et des granulations roses n'ont pas tardé à se montrer à leur surface.

QUATRIÈME SÉRIE. — GONFLEMENT DES OS, NÉCROSE ET CARIE SCROFULEUSE. — Elle se compose de dix-neuf cas que l'auteur distribue en deux groupes à peu près égaux en nombre, l'un de neuf cas qui n'offraient que des affections d'une moindre gravité, et qui n'avaient atteint les os que dans la continuité de leur corps ou les articulations des os courts des pieds et des mains. Dans le second groupe, composé de dix faits graves, on retrouve encore quatre caries des os du pied, mais appartenant à l'articulation tibio-tarsienne; trois des os du coude; deux caries de ceux du genou, et enfin une de l'articulation coxo-fémorale avec ulcère fistuleux et luxation complète du fémur. Tous les malades du premier groupe ont guéri, à l'exception de deux seulement. Parmi ceux du second groupe, quatre ont guéri jusqu'à présent.

La durée du traitement la moins longue dans cette série a été de six mois; quatre guérisons ont été obtenues dans cet espace de temps. Chez les autres le traitement a duré dix-huit mois, deux ans et plus. Dans les cas de cette série on a employé avec avantage le bain d'eau de noyer et des injections avec la décoction de feuilles de noyer dans les trajets fistuleux.

Nous terminerons par quelques mots sur la préparation des feuilles de noyer.

L'infusion qui se prépare avec une forte pincée de feuilles de noyer dans 250 grammes d'eau bouillie peut être édulcorée avec le sirop de noyer. On peut en prendre trois, quatre et même jusqu'à cinq fois par jour.

La décoction, qui doit être plus chargée que l'infusion, est fort utile en lotions, en bains et en injections dans les trajets fistuleux.

L'extrait est préparé par la méthode de déplacement, et spécialement avec les feuilles sèches; celui que l'on prépare avec les feuilles fraîches devant être gardé très longtemps est très exposé à s'altérer.

On obtient le sirop en mélangeant 40 centigrammes d'extrait avec 32 grammes de sirop simple, ou bien avec des feuilles vertes, et celui obtenu par ce dernier procédé est beaucoup plus aromatique.

Les petits enfans prennent deux ou trois cuillerées à café de ce sirop dans les vingt-quatre heures. La dose ordinaire pour les adultes est de 32 à 40 grammes; l'auteur assure n'avoir jamais dépassé pour eux celle de 64 grammes.

Les pilules d'extrait de feuilles de noyer sont chacune de 20 centigr. d'extrait rendu solide par une quantité suffisante de poudre de feuilles de noyer. Les malades en prennent ordinairement deux par jour, et jamais plus de quatre.

MÉMOIRE SUR UN MODE DE GANGRÈNE DU POUMON, DÉPENDANT DE LA MORTIFICATION DES EXTRÉMITÉS DILATÉES DES BRONCHES; par le docteur BRIQUET.

L'auteur, après avoir indiqué très brièvement les différentes opinions sur la manière dont se développe la gangrène dans le poumon, annonce qu'il a découvert une nouvelle théorie pour la production de cette altération grave : « nous avons le dessein d'indiquer à notre tour un nouveau mode de gangrène du poumon, en montrant que cette maladie peut attaquer seulement les extrémités des dernières divisions des bronches, et être la suite d'une simple bronchite. » Deux observations intéressantes, et qui le seraient bien plus encore si elles avaient été recueillies avec plus de soin, si on avait constaté avec toute l'exactitude désirable certains points capitaux, sont apportées à l'appui de cette assertion, qui, nous le disons à regret, est peu intelligible; car il nous semble difficile de comprendre comment les extrémités des dernières divisions des bronches pourraient seules être attaquées par la gangrène, et comment cette dernière serait la suite d'une simple bronchite. L'analyse rapide que nous allons donner de ces deux observations prouvera suffisamment ce que nous venons d'avancer.

OBS. I. — Van Molden, professeur de musique, âgé de 64 ans, tousse et crache habituellement et a la respiration courte depuis trois ou quatre ans. En avril 1836, cet homme éprouva de la douleur dans le côté gauche, ses crachats devinrent tout à coup plus fréquens, plus abondans, roussâtres et très fétides. Reçu à l'hôpital avec de la fièvre, il en sortit au bout de cinquante-trois jours en assez bon état de santé. En 1838, retour des mêmes accidens sous une forme plus grave et inquiétante; il sort pourtant de l'hôpital après trente à quarante jours, assez bien rétabli pour reprendre ses occupations pénibles. En août 1839, les mêmes accidens reparaissent, et il entre à l'hôpital le 17 avril, où, dès le lendemain, il y eut une expectoration très abondante de matières brunâtres, contenant évidemment du sang altéré et d'une extrême fétidité. Au bout de vingt-quatre heures, les crachats cessent de contenir du sang, mais l'haleine reste fétide.

Le 23 août, l'état du malade n'offrait rien de très grave, quand il est pris tout à coup d'oppression, avec douleur très vive au bas du côté droit, de fréquence du pouls (90), de crachats sanguinolens. Ces symptômes allèrent en augmentant, et le malade mourut le 26.

AUTOPSIE 22 HEURES APRÈS LA MORT. Le cadavre offre des traces de décomposition putride assez avancée; pas de rigidité cadavérique.

THORAX. Le poumon gauche est adhérent dans presque toute son étendue. Le lobe supérieur n'offre rien d'anormal; l'inférieur présente, dans sa moitié postérieure, une induration, sans crépitation; au centre, on y observe une excavation pouvant contenir le poing d'un adulte, remplie complètement par une matière pultacée, qui se divise, sous un filet d'eau, en grumeaux rougeâtres que l'on prendrait plutôt pour du sang altéré que pour du détritus d'organe; son odeur est celle de la gangrène. Cette excavation est tapissée par une fausse membrane assez épaisse, présentant des ecchymoses assez récentes, d'une certaine consistance et s'enlevant difficilement. En arrière de cette fausse membrane, il y en a une autre, transparente, très fine, anciennement organisée, et qui n'offre pas la moindre trace d'érosion. Ces parois présentent un certain nombre d'ouvertures arrondies, à bords parfaitement lisses, et qui toutes communiquent avec des bronches, les unes dilatées, les autres d'une très petite dimension. Autour de cette caverne, le tissu pulmonaire est induré et noirâtre, dans un rayon de 2 millimètres. Il n'y a point de tubercules. Les divisions des bronches sont généralement dilatées; la muqueuse en est épaissie et d'une teinte ardoisée très foncée, surtout dans les divisions qui se rendent au lobe inférieur.

Le poumon droit est volumineux, fortement adhérent au sommet. Son lobe inférieur est enveloppé par une fausse membrane molle. A la coupe, il paraît comme splénisé; son tissu, d'un rouge foncé, fournit un liquide rougeâtre et spumeux. Ses lobes moyen et inférieur contiennent une assez grande quantité de cavités assez régulièrement arrondies, ayant de 8 à 12 et 16 millimètres de diamètre, et répandues assez uniformément près de la surface, et des terminaisons des bronches. Elles sont remplies d'une matière grisâtre, molle, ayant l'aspect, la consistance et l'odeur d'un détritus gangréneux. Quelques-unes d'entre elles sont traversées par des filamens déliés, qui paraissent être de petits vaisseaux allant d'une paroi à l'autre. Leur surface interne offre, dans quelques-uns, un aspect ulcéreux; dans d'autres, elle est bien lisse et d'une teinte rougeâtre ou d'un gris ardoisé. On ne peut y découvrir l'orifice des bronches, bien que, par la compression, on reconnût évidemment qu'il y avait communication entre les bronches et les foyers gangréneux.

Les gros tuyaux bronchiques contiennent en outre de la matière gangréneuse semblable à celle des foyers.

La trachée artère offre, à son milieu, un diamètre transversal de 67 millimètres; à leur origine, les bronches ont 34 millimètres. L'état très avancé de la putréfaction n'a pas permis d'examiner les autres organes.

Cette observation, qui laisse beaucoup à désirer, surtout dans la description anatomique, dans l'étude des parois des cavités, dans le mode de communication de ces bronches avec ces cavités, nous offre un bel exemple de la gangrène pulmonaire à la suite d'une hémorragie pulmonaire. Cette explication serait même la seule possible, dans l'opinion de M. Briquet, qui n'est pas démontrée pour nous, d'après l'insuffisance de la description, que les excavations trouvées dans le poumon droit ne sont que des dilatations bronchiques. D'où pouvait venir le détritus contenu dans ces dilatations? Il ne pouvait avoir été fourni par le tissu pulmonaire, qui se trouvait sain en dehors de ces dilatations. Toute la sanie gangréneuse se trouvait donc renfermée, pour le poumon gauche comme (au reste M. Briquet le reconnaît lui-même pour le poumon droit), dans l'appareil bronchique, il ne pouvait avoir été fournie que par du sang épanché ou les matières sécrétées par les bronches.

Quant à l'objection principale élevée par M. Briquet contre cette explication, que la gangrène a préexisté à l'hémorragie, puisque, depuis dix à douze jours, il y avait une expectoration et une haleine fétides, quand le sang est apparu dans les crachats, cette objection n'a de valeur qu'en apparence, car l'hémorragie a pu s'opérer dans les dilatations bronchiques avant que les crachats fussent teints par le sang. Nous voyons même qu'il en a été ainsi dans ce cas, puisque l'expectoration, qui était sanguinolente le 18, cessa d'offrir ce caractère pendant trois ou quatre jours, bien que quelques cas de dilatation bronchique continssent encore bien certainement du sang.

La seconde observation est plus intéressante encore, parce qu'elle nous semble mieux caractérisée et nous offre un exemple de la cause la plus fréquente de la gangrène pulmonaire après l'hémorragie, nous voulons parler de la pneumonie lobulaire. Le sujet est une pauvre femme, qui, cachant sa grossesse, et accusant seulement la fatigue d'un grand voyage, fut reçue à l'hôpital, le 4 juin 1839, avec des phénomènes fébriles très prononcés et un état de prostration qui fit craindre une pneumonie. Bien que l'utérus dépassât le niveau du pubis, et qu'il y eût un abcès des grandes lèvres, une saignée de 62 grammes et 200 sangsues en quatre jours lui furent appliquées, le septième jour, elle avortait d'un fœtus de 68 millimètres de longueur, et mourait à la fin de la journée. A l'autopsie, on trouva dans les poumons de nombreux abcès métastati-

ques, ou plutôt des points de pneumonie lobulaire à divers degrés de suppuration, mais que l'auteur, nous ne savons par quelle cause, prit pour des dilatations bronchiques. Ici le doute n'est plus possible, nous citons textuellement : « En examinant les poumons (à l'intérieur), on voit çà et là des taches arrondies de 7 à 9 millimètres de diamètre, d'un blanc jaunâtre. En incisant, on trouve dans chacun des poumons une vingtaine d'excavations d'une grandeur assez uniforme, pouvant contenir un gros pois. Les unes, qui sont superficielles, correspondent aux taches que nous venons d'indiquer ; les autres, en moins grand nombre, se voient dans le centre du poumon ; les unes ont l'aspect d'un petit kyste, dont la paroi est complètement blanche et tapissée par une membrane muqueuse, lisse et polie ; elles contiennent un pus d'un jaune sale et très visqueux, fort épais ; autour d'elle, le tissu pulmonaire est à l'état normal ; d'autres offrent cette membrane à l'état mou, flasque, blanchâtre, s'enlevant par le grattement, véritable pulpe gangréneuse, ayant autour d'elle le tissu pulmonaire rouge. Le liquide contenu dans cette cavité est visqueux, grisâtre et très fétide. Les dernières, enfin, offrent leur membrane interne complètement détruite ; les parois sont formées par le tissu des poumons, qui est rouge et induré dans l'épaisseur de 2 millimètres au plus, et qui est recouvert d'une exsudation pseudo-membraneuse jaunâtre et molle ; le liquide qu'elles contiennent est une matière puttacée d'un gris noirâtre, à odeur très forte de gangrène. Aucune de ces cavités n'a présenté de traces de communication avec les bronches, dont la muqueuse est restée blanche, même dans les plus petites divisions. » Personne ne méconnaîtra dans cette description les abcès métastatiques du poumon, qui acquièrent assez facilement un caractère gangréneux, et n'y verra des dilatations des bronches.

Ces deux observations, très intéressantes, du reste, ne prouvent donc rien en faveur de la théorie *nouvelle* et peu intelligible que propose M. Briquet pour la production de la gangrène, mais sont deux exemples tranchés des deux espèces de gangrène pulmonaire, signalées par M. Genest (voy. Gaz. Méd., année 1836, p. 593 et 657), et dont l'une est le résultat d'une hémorragie opérée dans le tissu pulmonaire, ou dans les cavités qu'il présente quelquefois, et l'autre complique les abcès métastatiques développés dans les poumons, sous l'influence d'une suppuration, et qui toutes deux paraissent dues au mélange de l'air avec le sang et avec le pus, et peut-être à quelque circonstance particulière et jusqu'ici inappréciable.

Essai sur le traitement de la fièvre typhoïde des enfans par le sulfate de quinine ; par les docteurs Rilliet et Barthez.

Les recherches consignées dans ce travail, ne reposant que sur six faits, ne peuvent être d'une grande importance, avec quelque soin que les auteurs en aient développé les principaux résultats. L'insuffisance, ou mieux, l'inutilité de tous les moyens employés jusqu'ici dans le traitement de la fièvre typhoïde permet, sans doute, aux praticiens de soumettre d'autres médications à des essais, et le sulfate de quinine avait plus droits que beaucoup d'autres, en raison des propriétés toniques et antiseptiques qu'on lui suppose. Disons quelques mots des conditions dans lesquelles ont été faites ces expériences. Les six sujets étaient six garçons, âgés un de six ans, trois de neuf ans et deux de treize à quatorze, qui tous furent reçus à la fin de la première période, ou au commencement de la seconde. Chez trois le sulfate de quinine a été le seul médicament administré depuis leur arrivée à l'hôpital. Chez les trois autres, différentes médications, qui passent pour énergiques (saignées, purgatifs, potions stibiées, vésicatoires) furent employées aussi. Le médicament fut donné en poudre, mélangé avec du sucre, dans la proportion de cinq décigrammes dans les 24 heures, et par dose de cinq centigrammes toutes les heures. L'emploi en fut continué pendant sept jours au moins et quinze jours au plus.

Ce médicament, que les enfans ne prenaient qu'avec peine, au bout de quelques jours, fut, disent les auteurs, secondé par des boissons rafraîchissantes et par l'application de cataplasmes sur l'abdomen et de sinapismes aux extrémités inférieures.

Pour qui jugerait l'utilité de cette médication par le résultat définitif, elle serait regardée comme incendiaire, car, sur les six jeunes sujets, trois succombèrent, mortalité prodigieuse, et qui serait sans exemple pour cet âge. Mais les auteurs expliquent cette mortalité par des complications ou de nouvelles maladies survenues pendant leur séjour à l'hôpital, et à une époque où la fièvre typhoïde était déjà, disent-ils, en voie de guérison.

L'effet le plus sensible du médicament s'exerce sur la circulation, qui, chez cinq de ces sujets, se ralentit à la suite de la première prise de quinine de 8 pulsations au moins et de 52 au plus. Chez le sixième, l'accélération du pouls n'a diminué que huit jours après le temps où on a commencé l'emploi du sulfate de quinine. Cette diminution fut d'abord de 8 pulsations et ensuite de 36. Chez tous ces malades, ce ralentissement s'est maintenu tant qu'ils n'ont pas été atteints par les complications auxquelles trois ont succombé. La circulation capillaire parut aussi subir quelques changemens ; ainsi la face devint pâle et même très pâle, peu après l'emploi du quinine ; en même temps la température s'abaissait chez tous les malades aux extrémités supérieures, et chez deux au tronc et aux extrémités inférieures. Cet abaissement de la température n'alla dans aucun cas jusqu'à causer le frisson. Chez plusieurs, il y eut des sueurs très abondantes, avec des éruptions de sudamina, qui amenèrent de très vastes desquamations de l'épiderme. La plupart des autres symptômes que citent les auteurs étaient négatifs, et nous n'avons pas besoin de les rappeler ici. Mais nous ne devons point oublier de dire qu'en même temps que le sulfate de quinine ralentit le pouls, il le rend aussi fort irrégulier, ce qui nous semble indiquer que l'action du médicament s'est portée plutôt sur les agens de la circulation qu'elle n'a combattu la maladie elle-même, observation dont on doit tenir compte dans des recherches de ce genre.

Observation de grossesse extra-utérine accompagnée de réflexions ; par M. Voillemier.

Obs. — Une femme de 41 ans entra à l'hôpital des Cliniques, le 18 août 1838. Mère d'un enfant de 21 ans, elle eut, après son accouchement, une suppression de règles qui persista jusqu'en 1832, époque à laquelle elles reparurent et reprirent leur cours ordinaire. Elles se suspendirent de nouveau au mois de décembre 1836, et, vers cette époque, la malade éprouva, à huit jours d'intervalle, deux accès de coliques très fortes, accompagnées de vomissemens, de douleurs abdominales aggravées par le moindre mouvement et qui nécessitèrent un traitement antiphlogistique. Cependant le ventre augmenta progressivement de volume, et, quoique son développement se prononçât surtout du côté droit, l'existence de la grossesse devint incontestable. C'est aussi du côté droit que les mouvemens de l'enfant se firent sentir. Au mois d'août 1837, le ventre était extrêmement volumineux, des coliques semblables à celles de l'accouchement se firent sentir, ainsi que des douleurs de reins, et un écoulement de sang eut lieu par les parties génitales. Peu à peu cependant ces symptômes qui avaient fait croire à un accouchement imminent disparurent. Le ventre s'affaissa, la santé se rétablit, les règles revinrent le 8 octobre 1837 et marchèrent depuis avec régularité. Néanmoins, depuis quelque temps avant son entrée à l'hôpital, il était survenu de nouveaux accidens. Le ventre indolent auparavant, était devenu sensible à la pression ; et la malade éprouvait des douleurs profondes qui, sans être fortes, l'étaient assez toutefois pour l'empêcher de vaquer aux travaux, très pénibles il est vrai, de sa profession.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade présente l'état suivant : abdomen développé comme dans une grossesse parvenue au septième mois ; on sent à travers les parois abdominales amincies, une tumeur égale au volume d'un enfant à terme, inégale, solide, et occupant surtout la partie droite du ventre. Elle est constituée par un fœtus dont toutes les parties se dessinent parfaitement sous la main et qui semble être placé à peu près en première position, c'est-à-dire en position occipito-iliaque gauche antérieure. La tête fœtale est immobile et comme enclavée dans le détroit supérieur. L'utérus placé au-devant d'elle a une position anormale qui se rapproche beaucoup de l'antéversion.

M. le professeur Dubois diagnostique une grossesse extra-utérine abdominale, et se décide à pratiquer une opération qui aura pour but d'extirper le fœtus du kyste où il est contenu. Une incision vaginale sera faite, et la poche une fois ouverte il appliquera sur la tête de l'enfant un forceps court, presque sans courbure. Quant à la conduite à tenir pour l'extraction du délivre, elle dépendra des accidens qui se présenteront, de l'adhérence faible ou solide du placenta, du degré d'hémorragie.

Tel était le plan fixé d'avance ; nous allons voir à quel point les circonstances obligèrent de le modifier. Un spéculum gros et court ayant d'abord été introduit, on fit une première incision transversale avec un bistouri droit sur la paroi postérieure du vagin, mais il ne s'écoula aucun liquide ; on porta de nouveau dans la plaie le bistouri qui arriva sur les os de la tête. Comme il était impossible de trouver la moindre séparation entre les diverses couches des tissus divisés, M. Dubois pensa que des adhérences existaient entre la tête du fœtus et les parties inférieures de la poche ; et dans l'incertitude où il était sur l'étendue de ces adhérences, il borna là son opération. Le même soir, il y eut un peu d'élévation du pouls, un peu de chaleur à la peau ; et un écoulement puriforme, un peu sanguinolent et fétide s'établit par le vagin. Le travail inflammatoire augmenta d'intensité les jours suivans, le pouls s'éleva jusqu'à 116 par minute, le ventre devint notablement sensible à la pression dans toute son étendue, mais principalement du côté droit, céphalalgie, sueurs abondantes, envies de vomir. Cependant ces accidens se calmèrent au bout de cinq jours, et l'on constata alors par le toucher que l'ouverture faite au moyen du bistouri offrait environ 6 lignes de diamètre. L'écoulement devenu très abondant avait déjà entraîné plusieurs lambeaux du corps du fœtus, mais les deux pariétaux chevauchant l'un sur l'autre mettaient obstacle à l'issue des autres os et des parties molles ; et l'on fut obligé d'en faire l'extraction, morceaux par morceaux, avec de fortes pinces droites, et sans avoir besoin d'agrandir l'incision. Les os de la face et de la base du crâne offrirent aussi beaucoup de difficultés pour leur sortie ; mais cependant on parvint à les entraîner, soit par la même manœuvre, soit au moyen d'injections ; quelques-uns s'échappèrent spontanément ; bref l'évacuation fut bientôt complète et la malade sortit de l'hôpital le 28 septembre entièrement guérie.

Parmi les os qui avaient la dimension de ceux d'un fœtus à terme, manquait le péroné du côté gauche, mais tout porte à croire qu'il avait été perdu au milieu des linges du lit.

Dans les réflexions qui accompagnent ce fait, M. Voillemier a eu pour but de justifier l'opération, en établissant successivement :

1° Que l'incision du kyste par le vagin est beaucoup moins dangereuse que la gastrotomie.

2° Que dans la plupart des cas où on a fait cette incision, la mort du fœtus n'était pas positivement constatée, et l'opération, quoique dangereuse pour la mère, se trouvait en quelque sorte excusée par la nécessité de sauver les jours de son enfant.

3° Que, quoique dans le cas de M. Dubois, on n'eût pas ce motif pour se déterminer à agir, l'opération n'en était pas moins indiquée à cause des accidens qu'entraîne souvent la grossesse extra-utérine, tels que la rupture du kyste dans l'abdomen, les longueurs et les dangers de l'évacuation spontanée des débris du fœtus, alors même qu'elle s'opère à l'extérieur, et non dans la cavité péritonéale.

4° Qu'enfin, si la considération des risques que fait courir la terminaison naturelle ne suffit point pour engager à opérer dans tous les cas et à toutes les périodes de la maladie, c'est au contraire un devoir de le faire lorsque, comme cela eut lieu ici, des symptômes graves paraissant après une longue intermission, annoncent que l'élimination spontanée menace de se faire avec toutes les conséquences fâcheuses qui y sont attachées. Dans la circonstance présente, le chirurgien était encore d'autant plus autorisé à se décider pour une opération qu'il ne s'agissait point de la gastrotomie.

Ces conclusions nous paraissent en thèse générale très légitimement déduites, et assurément, s'il n'était ici question que de principes théoriques, nous n'aurions pas la moindre objection à adresser aux réflexions judicieuses de M. Voillemier. Mais ces principes ayant été mis en pratique, on peut se demander si dans ce cas particulier, les circonstances étaient bien de nature à en justifier l'application. Ainsi y avait-il *nécessité*, y avait-il *urgence* d'opérer ? Remarquons, quant à la première question, que parmi les accidens dont la perspective peut rendre l'opération indiquée, le plus grave, sans contredit, la rupture du kyste dans le péritoine n'était guère à redouter de la part d'une poche qui avait, si je puis le dire, fait ses preuves de solidité, puisqu'elle avait résisté à un commencement de travail, et à un état de dilatation beaucoup plus considérable que celui auquel elle se trouvait réduite au moment où on en fit l'incision. Quant à l'urgence, elle ne peut être établie que par la nature des symptômes existant au moment de l'opération, et nous avons vu que ces symptômes se réduisaient à des douleurs sourdes et profondes dans le ventre, et à de l'amaigrissement. Y a-t-il là de quoi motiver des manœuvres opératoires auxquelles, M. Voillemier l'avoue, *tant de femmes ont succombé?* Et sans condamner ce qui a été fait, sans prétendre, nous qui n'avons rien vu, qu'un praticien aussi expérimenté que M. Dubois ait commis une faute, encore aurions-nous désiré que l'observation donnât sur ces divers points des éclaircissemens plus complets, afin que le lecteur pût se convaincre par lui-même que l'opération faite dans ce cas était aussi justifiée en principe qu'elle l'a été en fait par son heureux résultat.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 AOUT.

PROPRIÉTÉS NUTRITIVES DE LA GÉLATINE.

M. MAGENDIE termine la lecture de son rapport sur la gélatine. Nous en donnerons prochainement un extrait étendu. Voici les conclusions :

1° On ne peut, par aucun procédé connu, extraire des os un aliment qui seul, ou mêlé à d'autres substances, puisse tenir lieu de la viande elle-même;

2° La gélatine, l'albumine, la fibrine, prises isolément, n'alimentent les animaux que pour un temps court et d'une manière fort incomplète. En général, ces substances pures excitent bientôt un dégoût insurmontable, au point que les animaux préfèrent se laisser mourir plutôt que d'y toucher;

3° Ces mêmes principes immédiats, artificiellement réunis, sont acceptés avec plus de résignation et plus longtemps que s'ils étaient isolés; mais, en définitive, ils n'ont pas une meilleure influence sur la nutrition; car les animaux, qui en mangent même à des doses considérables, finissent par mourir avec tous les signes d'une inanition complète;

4° La chair musculaire dans laquelle la gélatine, l'albumine et la fibrine sont réunies organiquement et sont associées à d'autres matières, comme la graisse, les sels, etc., etc., suffit, même en très petite quantité, à une nutrition complète et prolongée;

5° Les os crus ont le même avantage, mais la dose consommée en vingt-quatre heures doit être beaucoup plus forte que s'il s'agissait de la viande;

6° Toute espèce de préparations, telles que la décoction dans l'eau, l'action de l'acide chlorhydrique, et surtout la transformation en gélatine, diminue les qualités nutritives des os, et semble même, dans certains cas, les faire presque entièrement disparaître;

7° Cependant la commission n'a pas voulu se prononcer pour le moment sur l'emploi de la gélatine associée aux autres alimens dans la nourriture de l'homme; elle a compris que des expériences directes pouvaient seules l'éclairer à ce sujet d'une manière définitive, elle s'en occupe activement, et les résultats en seront exposés dans la deuxième et dernière partie de ce rapport;

8° Le gluten satisfait à lui seul à une nutrition complète et prolongée;

9° Les corps gras pris pour unique aliment soutiennent la vie pendant quelque temps, mais ils donnent lieu à une nutrition imparfaite et désordonnée, où la graisse s'accumule dans tous les tissus, tantôt à l'état d'oléine et de stéarine, tantôt à l'état de stéarine presque pure.

M. le président met ces conclusions aux voix.

M. DE BLAINVILLE : Les conclusions que vous venez d'entendre sont purement scientifiques; et il me semble qu'elles ne renferment pas une réponse assez précise à la question qui nous était soumise. Ne s'agissait-il pas, en effet, de dire si la gélatine possède des qualités nutritives ? Je demande quelques explications à cet égard.

M. THÉNARD : Il avait été annoncé par des chimistes et des médecins, notamment par MM. Donné et Gannal, que la gélatine seule ne suffit point à la nutrition, et qu'au bout de peu de temps tous les animaux s'en dégoûtent. La commission a mis ce fait hors de doute par ses expériences; elle a aussi constaté que la fibrine et l'albumine données seules n'ont également que des propriétés incomplètement réparatrices. Mais faut-il conclure de ceci que ces mêmes substances, combinées entre elles ou avec d'autres corps, n'ont pas de qualités nutritives? C'est là une autre question dont les élémens sont fort complexes. La commission se propose de faire de nouvelles investigations sur cet objet. Mais les recherches qu'exigent de semblables problèmes ne peuvent s'improviser dans un laboratoire; il faut des mois pour les produire. C'est pour cela que, dans la première partie de son rapport, la commission a tenu en réserve la question du degré de susceptibilité à nourrir de la gélatine, et même la question du fait même de sa susceptibilité à nourrir. Elle fera connaître sa réponse sur ces deux points dans la dernière partie du rapport.

M. DE BLAINVILLE : Sans doute, je ne puis que remercier la commission pour les efforts auxquels elle s'est livrée dans le but d'éclairer un point intéressant de physiologie; mais je répète de nouveau que son rapport ne considère la question qu'au point de vue scientifique; et, par conséquent, donner notre approbation à ces conclusions, c'est voter sur un travail purement scientifique. Si messieurs les commissaires s'étaient expliqués d'une manière positive sur les assertions de MM. Donné et Gannal, nous aurions eu à nous prononcer là-dessus, mais cette question est restée dans le doute. Pour ma part, j'applaudis de tout mon cœur à leurs efforts; mais, encore une fois, nous n'avons que des remercîmens à leur exprimer, et je ne vois pas de conclusions sur lesquelles on puisse aller aux voix.

M. THÉNARD : Notre confrère, M. de Blainville, doit se rappeler qu'il y a eu dans le rapport une partie historique très longue dans laquelle on a rappelé les travaux de tous ceux qui s'étaient occupés de la question. On a cité les noms de Proust, Papin, de MM. Darcet père et fils, Milne Edwards, Donné, Gannal, etc. Que demande-t-on donc à la commission ? Pouvait-elle, sans avoir fait d'expériences, venir vous dire : les choses se passent ainsi ; la gélatine n'est pas nutritive ? Non, il fallait pour vider le débat, des expériences, et des expériences multipliées; c'est ce que nous avons fait. Mais le champ est si étendu que nous avons été forcés de remettre à un autre temps la seconde partie de notre réponse; car il y a ici deux questions bien distinctes ; 1° la gélatine seule suffit-elle à l'alimentation ? 2° La gélatine mêlée à d'autres substances peut-elle nourrir ? Nous avons résolu négativement la première question, en nous appuyant sur un grand nombre de faits. On croyait que la gélatine pouvait nourrir ; les médecins la recommandaient même comme une substance éminemment nutritive ; eh bien ! c'était une erreur, et sous ce premier rapport la question est aujourd'hui complètement jugée. Mais pouvions-nous vous dire aussi formellement : la gélatine n'est pas du tout nutritive? Non, Messieurs, nous savons l'influence que les rapports de l'Institut exercent sur l'opinion publique, et cela nous imposait la plus grande circonspection et l'obligation d'attendre pour nous prononcer que nous ayons de nouvelles lumières. Je dis donc que nous avons parfaitement répondu à la première question. C'est un travail scientifique que nous avons fait, nous dit-on ; j'accepte la qualification ; mais, Messieurs, c'est aussi un travail d'application.

M. FLOURENS : J'appuie la proposition de M. de Blainville, et je pense qu'il n'y aurait que de l'avantage à rappeler dans les conclusions que l'Académie donne son approbation aux travaux de MM. Donné et Gannal, et déclare leurs assertions justifiées. On trouvera sans doute qu'il serait peu dans les formes académiques de décider à la majorité des voix si la gélatine nourrit ou ne nourrit pas. En ne votant que sur les travaux de MM. Donné et Gannal, on éviterait ce que cette manière de procéder aurait de singulier.

M. THÉNARD : M. Flourens était membre de la commission, et a assisté à ses réunions ; j'aurais bien désiré qu'il nous eût fait part alors des réflexions qu'il vient de présenter.

M. FLOURENS : Je n'ai pas pu me rendre à la dernière réunion de la commission où les conclusions ont été rédigées, parce que j'étais retenu par des occupa-

tions relatives à mes fonctions. M. Thénard me reproche de n'avoir pas fait connaître plus tôt mes objections; mais je les aurais présentées plus tôt si elles m'étaient plus tôt venues à l'esprit. Je délibère et je vote ici non plus comme commissaire, mais comme membre de l'Académie, et avec les lumières qui m'arrivent pendant la discussion. L'observation de M. de Blainville m'a frappé, je l'ai trouvée juste, et je l'appuie.

M. Thénard: M. Flourens a raison et je n'ai pas tort. (On rit.)

M. Magendie: La commission s'est fait un devoir de rappeler les travaux où il avait déjà été traité de cette question; mais elle a annoncé en même temps qu'elle ne se prononcerait pas sur leur compte d'une manière explicite, d'abord parce qu'ils étaient publiés depuis longtemps, puis parce que les expériences de la commission, et les conclusions déduites de ces expériences étaient aussi par elles-mêmes un jugement implicite. Je sais bien que le point le plus intéressant sur lequel nous ayons à décider était la question de savoir si la gélatine possède d'une manière absolue la propriété nutritive; c'était là la grande question, puisqu'elle touche directement à l'alimentation des pauvres et des malades. Mais il fallait pour la résoudre des expériences sur l'homme. Déjà MM. Donné et Gannal ont eu le courage d'en faire sur eux-mêmes. Il faut les répéter, car la commission ne pouvait évidemment pas conclure des observations faites sur des chiens. Nous allons nous occuper des moyens d'étendre et de multiplier ces recherches; mais ce n'est que quand nous aurons des résultats précis que nous viendrons apporter notre réponse à l'Académie.

M. de Blainville: Que l'Académie ainsi que la commission soient bien convaincues que je ne désire pas porter la discussion hors du champ où elle doit rester, et qu'il n'entre en aucune manière dans ma pensée d'exprimer un blâme sur le rapport. Ma proposition est bien simple; elle peut se réduire à ce dilemme: ou les conclusions sont un travail particulier des commissaires, un travail scientifique, ou elles sont un jugement porté par l'Académie sur les travaux qui lui ont été soumis. Si c'est une œuvre de science, j'applaudis, je remercie, et assurément il n'y a rien autre à faire. Mais si au contraire on a voulu porter un jugement, il est évident qu'on devait parler des mémoires de MM. Donné et Gannal, et leur donner ou une approbation ou un blâme. M. Magendie dit que la commission a rappelé dans l'historique de son rapport, les travaux de ces Messieurs; mais ce n'est pas ainsi, ce me semble, que l'Académie doit formuler ses jugemens. Quant à la seconde question, celle qui concerne la susceptibilité de la gélatine à concourir à la nutrition, je ne puis qu'inviter la commission à continuer sur ce point ses intéressantes recherches.

M. Magendie: La commission n'a pas eu la pensée de faire un rapport proprement dit. Les conclusions ne sont que des déductions des expériences auxquelles se sont livrés les commissaires. Il n'y a en effet pas lieu à voter sur ces conclusions, et je suis tout à fait de l'opinion de M. de Blainville à cet égard.

L'Académie décide que le rapport de M. Magendie sera imprimé dans le Compte rendu de ses séances.

APPLICATION DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE A L'OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE.

M. J. Guérin adresse à l'Académie la relation d'un cas de hernie étranglée, dans lequel il a fait, avec un succès complet, une première application de la méthode sous-cutanée au débridement du canal inguinal et de ses orifices.

La hernie était congénitale, épiploïque, et l'étranglement datait de trois jours. On avait employé tous les moyens ordinaires de réduction, et la tumeur herniaire, plus grosse que le poing, était dure, engorgée, et le siége d'un commencement de travail inflammatoire. Après le débridement des deux anneaux et de la paroi antérieure et supérieure du canal, la réduction a pu être opérée immédiatement. La plaie n'a été le siége d'aucun travail inflammatoire, et n'a pas provoqué le plus petit symptôme de fièvre. Huit jours après l'opération, le sujet a pu se lever, en prenant la précaution de porter un bandage.

J'avais signalé, dit M. J. Guérin, la possibilité de cette application de ma méthode dans le mémoire où j'ai eu l'honneur de l'exposer devant l'Académie, il y a deux ans. Le succès que j'en ai obtenu engagera, sans doute, les praticiens à la répéter et à s'efforcer de substituer une opération dépourvue de tout danger à une opération qui coûte la vie à plus de la moitié des malades traités par les méthodes ordinaires.

NATURE VÉGÉTALE DE LA TEIGNE FAVEUSE.

M. Gruby écrit à l'Académie au sujet de cette question. Il rappelle qu'il avait d'abord annoncé que le *porrigo-lupinosa* est constitué par un végétal, et qu'on est ensuite venu revendiquer la priorité de cette découverte pour M. Schoenlein. M. Gruby déclare qu'à l'époque où il a envoyé son travail, il n'avait pas eu connaissance de l'observation de M. Schoenlein, et à présent qu'il la connaît, il ne la croit pas exacte. En effet, M. Schoenlein dit qu'il a trouvé un cryptogame sur les pustules de la teigne faveuse. Pour M. Gruby au contraire il n'y a pas de pustules dans la teigne faveuse, puisque cette maladie elle-même, et par conséquent tous ses produits, ne sont que le développement de la plante qu'il a suivie sur l'homme malade pendant toutes les phases de sa végétation, phases qui répondent aux différentes périodes de la maladie.

M. Gruby annonce aussi qu'il a soumis ce végétal à diverses réactions. Ainsi, placé dans le feu, il brûle avec une flamme rougeâtre et répand une odeur de pain brûlé; plongé dans une dissolution de sous-carbonate de potasse, il ne change pas de forme, mais devient plus flexible; la teinture d'iode le dissout, et lorsqu'on ajoute une goutte d'acide acétique, il devient contracté et coagulé.

M. Gruby a réussi à inoculer ce *mycoderme* sur des plantes cryptogames, et est ainsi parvenu à transmettre à un végétal une des maladies de l'espèce humaine, mais il n'a obtenu ce résultat qu'une seule fois sur 76 expériences. Il a aussi cherché à s'inoculer la teigne en plaçant ce végétal dans une incision qu'il s'était faite au bras; mais il n'a pu y réussir, quoiqu'il ait répété plusieurs fois cette tentative.

ENTÉRORAPHIE.

M. Nicolas d'Apolito envoie un mémoire accompagné de planches ayant pour objet la description d'un procédé de suture des intestins qu'il a pratiqué avec succès sur l'homme, et sur des chiens auxquels il avait fait subir une division transversale complète du tube digestif. Ce procédé repose, comme celui de M. Jobert, sur l'affrontement des séreuses.

NATURE DES MALADIES CUTANÉES.

M. Prosper Meynier écrit à l'Académie qu'il avait depuis longtemps pensé que plusieurs des maladies soit de la peau, soit des membranes muqueuses sont dues au développement d'un végétal. Il en serait ainsi, par exemple, des verrues soit cutanées, soit muqueuses. De même, plusieurs dartres seraient également le résultat de la végétation de plantes cryptogames, de lichens.

Renvoyé à la commission chargée d'examiner le travail de M. Gruby.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une lettre de M. le docteur Gringoux (Rhône), avec une observation de luxation du poignet sans fracture, survenue à la suite d'une chute. (Commissaires: MM. Renoult, Ribes et Baffos.)

2° Une lettre de M. Orfila annonçant à l'Académie, au nom de la commission chargée d'élever un monument à la mémoire de Broussais, que l'inauguration aura lieu au Val-de-Grâce le samedi 21 août, à deux heures.

Parmi les membres de l'Académie nommés pour assister à cette cérémonie, se trouvent MM. Bégin, Gimelle, Gasc, Ribes, Chervin, Honoré, Renoult et Baffos.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Sanson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

La clôture de la discussion générale sur le rapport est mise aux voix et adoptée, et l'on passe à la discussion sur les conclusions.

M. Breschet: J'ai été étonné de l'accueil qu'on a fait dans la dernière séance à la proposition de M. Bouley, qui demandait le renvoi du rapport à la commission. Il est cependant évident pour tous qu'il y a des modifications graves à lui faire subir. Les observations de M. Pelletier surtout, qui, membre de la commission, déclare être en dissidence avec elle, rendent nécessaire une refonte totale de son travail. Je renouvelle donc la proposition de M. Bouley, en demandant que la commission soit priée de revoir le rapport et de lui faire les changemens convenables.

M. Caventou: Il y avait en effet divergence d'opinion sur un point entre M. Pelletier et les autres commissaires; mais la commission s'est réunie ce matin et a consacré deux heures à discuter les modifications exigées par les nouveaux documens qui avaient été apportés par la discussion. Ce que demande M. Breschet a donc été fait d'avance, et la nouvelle rédaction a été adoptée par les commissaires à l'unanimité.

M. Pelletier confirme ce que vient de dire M. le rapporteur.

M. Breschet: La commission peut avoir fort bien fait de corriger ses premières conclusions, mais je ferai néanmoins observer que, dans cette circonstance, elle a agi d'une manière officieuse et non d'une manière officielle; car la mission ne lui avait pas été donnée par l'Académie de modifier en quoi que ce fût le texte de son rapport.

M. Caventou lit les nouvelles conclusions, telles qu'elles ont été adoptées par la commission.

A. Pour ce qui concerne les deux assertions capitales faites par MM. Flandin et Danger, savoir:

1° Qu'il est possible de confondre les vraies taches arsenicales avec d'autres qui en présenteraient, jusqu'à un certain point, la plupart des propriétés physiques et des caractères chimiques;

2° Que les animaux en proie à un empoisonnement aigu par l'arsenic n'urinent pas.

Nous dirons:

1° Peut-on obtenir à l'aide de l'appareil de Marsh, comme l'ont annoncé MM. Flandin et Danger et d'autres avant eux, par une carbonisation ou une incinération incomplète des viscères d'animaux non empoisonnés, des taches offrant l'apparence de l'arsenic? Oui.

2° Obtient-on ces mêmes taches par une carbonisation ou une incinération complète? Non.

3° Peut-on confondre ces fausses taches avec les vraies taches arsenicales? Non, car elles n'en présentent pas les caractères chimiques.

4° Est-il possible de reconnaître d'une manière certaine la présence de l'arse-

nic extrait des tissus d'un animal empoisonné, soit qu'on l'obtienne sous forme de taches, soit qu'on l'obtienne sous forme d'anneau ? Oui.

B. Quant au procédé par carbonisation adopté par MM. Flandin et Danger, nous le proclamons bon; toutefois nous pensons qu'on peut employer avec autant de succès le procédé par incinération au moyen du nitrate de potasse, tel que nous l'avons décrit d'après M. Orfila. Ce sera à l'expérience suffisamment prolongée à prononcer sur la question de savoir lequel des deux procédés mérite en définitive la préférence.

Les cinq dernières conclusions sont restées telles qu'elles étaient auparavant. (Voy. Gaz. Méd., n° 28, compte-rendu de la séance du 6 juillet.)

M. Caventou relit la première conclusion.

M. le président : Ce n'est pas assez *détaché*. (Rire général et prolongé.)

M. Londe : Ce n'est point là une conclusion, il y a quatre ou cinq propositions réunies et on ne peut pas voter ainsi sur plusieurs questions à la fois.

M. Gerdy : J'ai pris la parole pour demander le scrutin secret. Vous avez pu voir par les orages des discussions précédentes combien il est difficile, en s'attaquant aux choses, d'éviter de toucher les personnes; et je demande le scrutin secret parce qu'il n'y aurait pas pour tout le monde assez de garanties d'indépendance dans un vote public.

M. Pelletier : Nous perdrions ainsi beaucoup de temps; ne pourrait-on, pour tout concilier, voter d'abord à la manière ordinaire sur chaque conclusion séparément, puis aller au scrutin secret sur l'ensemble du rapport ?

M. Bussy : Je m'oppose à la demande de M. Gerdy. Nous ne pouvons pas accepter la position qu'on voudrait ici nous faire. Ne dirait-on pas que l'Académie est divisée en deux camps, ceux qui combattent le rapport, mus par l'amour de la vérité, et ceux qui le défendent, et dont le mobile ne serait pas aussi honorable. Non, Messieurs, chacun ici peut manifester hautement son opinion; quelle qu'elle soit, les motifs en sont purs, et on ne doit pas craindre de l'avouer en face de tous.

M. Gerdy : Je ne me préoccupe pas de ces considérations. Le réglement est formel; le scrutin secret, dit-il, est de rigueur dès que dix membres l'appuient. Il n'y a donc pas à discuter davantage, il ne reste qu'à mettre ma proposition aux voix.

M. Londe : Ce qu'a dit M. Bussy est très juste; mais tout le monde n'a malheureusement pas assez d'indépendance de caractère pour s'affranchir de l'influence qu'exercent les considérations personnelles. On l'a si bien senti qu'on a généralement l'habitude de ne jamais aller aux voix qu'en l'absence des personnes que le vote peut intéresser. Eh bien ! il se trouve précisément dans le rapport un éloge de M. Orfila, éloge sur la convenance duquel je n'ai pas à me prononcer en ce moment, mais que, après tout, il serait absolument impossible de voter en présence de M. Orfila.

M. Orfila : Les conclusions du rapport sont de deux ordres : les unes concernent les principes, les autres regardent les hommes. Je voulais m'absenter dès à présent, et j'en avais même exprimé l'intention devant le conseil d'administration, mais le conseil a pensé que je devais assister à la séance tant que la discussion continuerait à porter sur les faits scientifiques. Mais je n'aurai pas besoin qu'on me rappelle mon devoir, et assurément je ne compte pas rester présent à la discussion, lorsqu'on en viendra à voter sur les conclusions qui me sont personnelles.

M. Adelon fait observer que M. le président s'est écarté de l'ordre qu'il aurait dû suivre, et qu'il eût fallu avant tout mettre aux voix la proposition faite par M. Bouley et reprise par M. Breschet de renvoyer le rapport à la commission pour qu'elle eût à le modifier.

Cette proposition est mise aux voix et rejetée.

M. Gerdy annonce que le scrutin secret est demandé par dix membres. M. le président lit leurs noms. Ce sont : MM. Gerdy, Londe, Gaulthier de Claubry, Bricheteau, Desportes, Bouillaud, Chervin, Dubois d'Amiens, Virey et Burdin.

M. Gerdy consent à ce qu'on ne vote au scrutin secret que sur l'ensemble du rapport et non sur chacune des conclusions.

La discussion est ouverte sur la première conclusion.

M. Gerdy : Tout le monde a été frappé de la confusion qui règne dans cette partie du rapport. Évidemment cela ne peut pas s'appeler une conclusion. Il s'agit de se prononcer sur un fait, et dès le début on en présente deux bien distincts; puis viennent cinq autres propositions toutes portant sur des points isolés. Et l'on vous demande de répondre par oui ou par non sur cet ensemble de faits ! Mais ne peut-on pas approuver les uns et vouloir au contraire rejeter les autres ? Et comment ferez-vous pour les séparer dans votre vote, puisqu'ils sont tous réunis et forment un groupe indivisible, entremêlé d'interruptions, de suspensions, d'interrogations..... Non, je le répète, ce n'est pas là une conclusion; il faut que la commission s'occupe de refondre son travail, et de nous donner quelque chose de plus net.

M. Caventou défend sa rédaction et montre que la première partie de cette conclusion que M. Gerdy prend pour une proposition distincte n'est autre chose qu'une sorte de préambule, de considérans, qu'une espèce d'introduction qui était rendue nécessaire par l'importance du sujet.

M. Gerdy : L'arrangement de cette conclusion est vraiment inconcevable; ce n'est pas seulement du français. Parlez au moins français !

M. Double : Je crois qu'il y a dans l'Académie beaucoup de membres qui n'ont pas bien entendu la conclusion sur laquelle ils vont avoir à voter. Quant à moi, autant que j'ai pu le comprendre à une première audition, il m'a semblé qu'elle contenait des choses qui se contredisent ou du moins qui se choquent et ne se correspondent pas assez exactement entre elles. Je demande, pour éclairer mes doutes, qu'on lise de nouveau la première conclusion.

M. Dubois (d'Amiens) : La commission a eu le tort de nous soumettre des questions sur lesquelles il est impossible de voter. Ainsi les animaux empoisonnés par l'arsenic urinent-ils ? La commission le sait; pour moi je ne pourrais le dire. Vote-t-on jamais sur un fait ? Est-il logique de venir nous demander de décider par assis et levé si les animaux urinent ou s'ils n'urinent pas ? La commission aurait dû nous proposer tout simplement un blâme ou une approbation pour les travaux de MM. Flandin et Danger, et nous aurions vu ce que nous avions à faire.

M. Londe : J'en demande pardon à M. Dubois, mais il y a ici un grand nombre de membres qui sont tout à fait compétens pour voter sur la question qu'il regarde comme insoluble de cette manière. Tous ceux qui ont fait des expériences toxicologiques, et qui ont vu fonctionner l'appareil rénal chez les animaux empoisonnés par l'arsenic sont en mesure de dire s'ils urinent ou s'ils n'urinent pas dans cette circonstance.

M. Adelon : Je ne me fais pas le défenseur de la première conclusion; je ne chercherai pas surtout à en justifier la forme. Il y a des considérans qui sont placés hors de lieu et mal à propos; mais enfin sur le fond de la question, je la crois suffisamment claire. Elle a le mérite de distinguer les produits de la carbonisation complète, d'avec ceux de la carbonisation incomplète, et répond par conséquent d'une manière nette et tranchée aux doutes soulevés par MM. Flandin et Danger.

M. Double : On se souviendra que j'avais demandé une seconde lecture de la conclusion en discussion. On ne l'a pas fait; je renouvelle ma demande. Ayons la patience, Messieurs de l'entendre encore une fois; c'est le seul moyen de sortir du labyrinthe où nous sommes enfermés et de savoir ce que nous voulons faire.

M. Rayer : Tout le monde ici est frappé d'une chose, c'est que les conclusions manquent de netteté et de précision; je demande en conséquence qu'elles soient renvoyées à la commission.

M. Emery : Mais l'Académie a déjà décidé le contraire; on ne peut pas lui faire dire tantôt blanc, tantôt noir.

M. Rayer : L'Académie avait d'abord rejeté la proposition de MM. Bouley et Breschet, parce qu'elle désirait connaître les nouvelles conclusions telles qu'elles avaient été modifiées par MM. les commissaires. Mais à présent qu'elle en a pris connaissance, l'Académie peut fort bien, sans se mettre en contradiction avec elle-même, les renvoyer de nouveau à la commission.

M. Bouillaud demande qu'on ne vote que sur le renvoi de la première conclusion.

Ce renvoi, appuyé par M. Rayer, est mis aux voix et adopté.

M. le rapporteur lit la seconde conclusion relative à l'appréciation des deux procédés de carbonisation avec l'acide sulfurique et par incinération au moyen du nitrate de potasse, conclusion qui se termine ainsi : « Ce sera à l'expérience suffisamment prolongée à prononcer sur la question de savoir lequel des deux procédés mérite en définitive la préférence. »

M. Double élève quelques objections sur le défaut de précision de cette seconde conclusion.

M. Chevallier : M. Double n'a vraisemblablement pas bien entendu cette conclusion. Il lui reproche de ne pas être assez explicite, de ne pas porter de jugement sur la valeur comparative des deux procédés. Mais je serais moi-même très souvent embarrassé dans la pratique sur le choix à faire entre eux; car une foule de circonstances accidentelles pourraient me décider tantôt en faveur de l'un, tantôt en faveur de l'autre. Ce sont deux bons moyens et, tout ce que la commission pouvait faire, c'était de le dire, sans chercher à se prononcer plutôt pour l'un que pour l'autre.

M. Pelletier : Une commission a pour fonction spéciale de dire ce qu'il y a de bon ou de mauvais dans un procédé. Mais en chimie, comme en chirurgie, il y a souvent plusieurs procédés également bons pour arriver au même résultat, pour remplir la même indication. Eh bien ! il en était ainsi dans le cas présent; le procédé de M. Orfila et celui de MM. Flandin et Danger présentent tous les deux des avantages, et des avantages à peu près égaux. Sans doute il existe entre eux une différence, et le temps la fera quelque jour découvrir. Mais en définitive ce sont deux moyens sûrs entre lesquels on ne peut, quant à présent, se prononcer. C'est là tout ce que pouvait dire la commission; c'est là tout ce qu'elle a dit.

M. Adelon : Cette discussion justifie complètement ce que j'ai dit de la nécessité de renvoyer à la commission l'ensemble des conclusions.

M. Lagneau : La discussion qui a eu lieu sur la première conclusion aura sans doute contribué à éclairer MM. les commissaires sur l'opportunité des corrections qu'il convient de faire subir à leur travail; de même il vaudrait mieux, je pense, ne renvoyer non plus les conclusions suivantes que l'une après l'autre, après les avoir examinées chacune isolément. La commission pourrait alors tirer parti des lumières fournies par la discussion : ce serait là la marche la plus logique et la plus profitable.

La seconde conclusion est renvoyée à la commission.

M. Double : Messieurs, l'heure est avancée, et il serait trop tard pour commencer à discuter les autres conclusions, car il faudrait pour cela les étudier plus attentivement que nous n'avons été à même de le faire. Mais quoique nous ne les connaissions pas assez pour les adopter, nous pouvons très bien les connaître suffisamment pour voter leur renvoi à la commission. Je demande donc qu'on en donne lecture pour nous éclairer sur ce que nous avons à faire à ce sujet.

Les cinq dernières conclusions sont, comme les deux premières, renvoyées à la commission.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Pharmacopée raisonnée, ou traité de pharmacie pratique et théorique; par N.-G. Henry et G. Guibourt. — Troisième édition, revue et considérablement augmentée par G. Guibourt; 800 pages in-8°, avec 22 planches gravées. Paris, 1841.

Les progrès de la pharmacie sont presque nécessairement liés à ceux des deux sciences avec lesquelles elle a les rapports les plus étroits, à ceux de la médecine ou plus exactement encore de la thérapeutique et de la chimie; aussi marche-t-elle avec une rapidité bien inégale sous ces deux points de vue. Ainsi pendant qu'elle emprunte à la plupart des découvertes importantes faites en chimie, soit quelque agent nouveau sur lequel les médecins doivent expérimenter, soit quelques procédés moins longs ou moins coûteux, soit quelque nouvelle théorie sur l'action des agens médicamenteux les uns sur les autres, la plupart des progrès des différentes branches de la médecine n'exercent aucune influence sur ceux qu'elle est appelée elle-même à faire. L'étude du diagnostic local qui a tant occupé les médecins depuis le commencement de ce siècle, a-t-elle enrichi la pharmacie d'une seule substance, d'un seul médicament utile; n'a-t-elle pas plutôt au contraire rétréci au-delà des bornes légitimes le mérite de celles qui étaient employées? Quelles conquêtes l'anatomie pathologique a-t-elle fait faire à la pharmacie? Cependant il n'en sera point toujours ainsi; quand on aura achevé l'étude des affections locales et des lésions qu'elles laissent dans des organes, on se livrera, nous n'en doutons pas, à celle de l'action des médicamens sur chacun de ces organes en santé et en maladie, et alors la science entrera dans une nouvelle ère qui enrichira la thérapeutique et en même temps accroîtra les travaux de la pharmacie.

Le travail de MM. Henry et Guibourt, qui a eu déjà deux éditions, est connu d'une manière trop favorable pour que nous croyions devoir entrer dans de longs détails sur cette troisième édition. Nous nous bornerons à présenter quelques mots sur la manière dont il a classé les médicamens, sur la nomenclature qui y est adoptée et sur quelques autres points qui, à une lecture rapide, nous ont paru dignes d'être de quelque importance sous le point de vue pratique.

En pharmacie, les médicamens ne peuvent pas être considérés du même point de vue qu'en thérapeutique; ce n'est donc pas sous le rapport de leur propriété thérapeutique qu'ils doivent être classés dans un ouvrage de pharmacie, et la distribution adoptée par les auteurs de la Pharmacie raisonnée, bien que prêtant le flanc à quelques objections, nous paraît pourtant répondre au principal besoin de la pharmacie, une classification complète et exacte; et c'est ce qu'ils ont obtenu en classant les médicamens comme produits de la *division*, de l'*extraction*, de la *mixtion* et de la *combinaison*; il y a sans doute quelque analogie entre les deux dernières de ces opérations, et il est vrai que la mixtion n'est souvent que le résultat d'une affinité, comme par exemple, la solution d'un sel dans l'eau, ou d'un résidu dans l'alcool, ou qu'elle entraîne elle-même des signes non douteux de combinaison chimique, comme dans la préparation de la potion effervescente de Rivière; mais ces objections ne reposent sur rien de solide et n'empêchent pas que les quatre classes de médicamens admises par les auteurs ne soient réellement distinctes.

Quant à la nomenclature pharmaceutique adoptée par MM. Henry et Guibourt, ils ont emprunté à celle de M. Chereau la plupart des noms principaux dérivés de celui de l'excipient, tels que ceux de saccharolés, d'hydrolats et d'hydrolés, d'œnolés, d'oxéolés, etc., qui sont aussi indispensables qu'heureusement trouvés. Cependant les auteurs ont conservé tous les noms génériques qui s'appliquaient à des groupes bien définis et qui n'exprimaient pas d'ailleurs une fausse idée.

La partie chimique de la Pharmacopée raisonnée est celle qui a reçu le plus de développement, et nous n'avons pas besoin de dire qu'on y trouve des détails très circonstanciés sur les alkalis végétaux et sur la chimie organique en général, si riche de faits nouveaux et d'espérances; on y trouve aussi une critique fort rationnelle, bien que quelquefois un peu vive, sur quelques points du Codex de 1837. Pour donner une idée de l'importance que présentent quelques-unes de ces critiques, nous en citerons deux. La première est relative à la préparation arsenicale qui est comprise dans le Codex de 1837, comme elle l'était dans celui de 1818, sous le nom de *poudre caustique des frères Cosme*, ou de *poudre de Rousselot*; mais avec cette différence que dans l'ancien Codex la poudre ne contenait qu'un vingt-cinquième d'acide arsénieux, tandis que, d'après la nouvelle formule, elle en contient un cinquième. On reconnaîtra toute l'importance de cette remarque si l'on se rappelle les accidens qui sont arrivés tant de fois à la suite de l'application de la pâte arsenicale, et que cette transformation de formule n'est accompagnée d'aucun avertissement. Le second point que nous signalerons a rapport au procédé donné par le dernier Codex pour la préparation du protochlorure de mercure et lequel, suivant M. Guibourt, produirait du deuto-chlorure ou sublimé corrosif.

Si le traité de MM. Henry et Guibourt n'avait obtenu déjà un succès bien mérité, nous pourrions chercher à démontrer, par une analyse plus exacte, qu'il mérite d'être placé au premier rang parmi les ouvrages élémentaires qui sont indispensables à l'étudiant et au praticien; mais nous nous contenterons de dire que cette troisième édition est encore de beaucoup supérieure à la dernière, et qu'augmentée de près d'un tiers, elle offre en un seul volume, d'une grosseur raisonnable, tout ce que les travaux les plus récens ont ajouté d'utile et de bon aux richesses déjà acquises antérieurement.

VARIÉTÉS.

— M. Sanson (Louis-Joseph), professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, chirurgien-consultant du roi, est mort dans la nuit du 1er août, à la suite d'une affection inflammatoire des méninges rachidiennes. Ses obsèques ont eu lieu le 4. MM. Orfila et Duméril, au nom de la Faculté; MM. Bégin et Roche, au nom de l'Académie, tenaient les cordons.

Plusieurs discours ont été prononcés au nom de la Faculté, de l'Académie, des anciens condisciples de Sanson, enfin, de ses anciens et nouveaux élèves.

M. Begin a terminé son discours en témoignant le désir qu'un monument public fût élevé à la mémoire de l'homme vertueux et pauvre que nous regrettons. Nous voulons nous associer à cette généreuse pensée, et nous nous empressons d'annoncer qu'une souscription est ouverte au bureau de la Gazette Médicale, chez Charrière, rue de l'École-de-Médecine, 7, et chez J.-B. Baillière, même rue, 17.

— Nous recevons du département de la Dordogne une lettre où l'on nous annonce que la suette miliaire s'est déclarée dans plusieurs cantons, et principalement à Nontron, à Mareuil et à Vertillac, arrondissement de Ribérac. Dans ce dernier canton seul, malgré les soins empressés de tous les médecins, beaucoup de personnes ont été victimes du fléau en moins de treize jours.

— On écrit de Saint-Lô (Manche) : Une épidémie, à laquelle on donne le nom de miliaire, règne à Coutances depuis plus d'un mois. Elle a enlevé, lors de son apparition, trois ou quatre personnes de la classe aisée parmi lesquelles un chirurgien de l'hospice. Depuis le 18 juillet jusqu'au 24, on a compté quinze décès; plus de cent quarante personnes sont atteintes aujourd'hui, et il est à craindre qu'on n'ait de nouvelles pertes à déplorer. Le médecin de la ville le plus appelé vient de succomber. Il ne reste plus à Coutances que quatre médecins, dont un en convalescence et les autres exténués de fatigue, et ne pouvant suffire à visiter leurs nombreux malades. Le maire a réclamé l'assistance des gens de l'art du chef-lieu. Deux de nos plus habiles médecins viennent de partir.

La maladie atteint rarement les enfans; elle sévit spécialement sur les personnes de 25 à 50 ans. Il est à remarquer que le collége, la caserne et l'hospice sont jusqu'à présent restés à l'abri de ses atteintes.

— Statistique des suicides en France. — Le nombre des suicides en France s'est élevé pour l'année 1839 à 2,717, dont 698 chez des femmes et 486 pour la ville de Paris seulement. Ce chiffre qui va croissant annuellement, ne peut cependant pas être regardé comme représentant exactement le nombre des personnes qui se donnent en France la mort volontairement; car beaucoup de morts volontaires sont rangées, soit en raison du doute, soit sur l'instance des familles parmi les morts par accident. Voici le chiffre des suicides, pour toute la France pendant les quatre dernières années.

1839	2,717
1838	2,556
1837	2,413
1836	2,310

— Ministère de la guerre. — Concours pour l'admission aux emplois de chirurgien élève en 1841. — Un concours sera ouvert, le 4 octobre prochain, pour l'admission de chirurgiens élèves dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille, et à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris.

Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Toulon, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan.

Chaque candidat devra se faire inscrire à l'Intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Il sera donné dans les bureaux de l'Intendance militaire communication des conditions d'admission au concours, dont le programme a été inséré au Journal militaire.

Les chirurgiens élèves des premières divisions des hôpitaux militaires d'instruction recevront, à dater du 1er janvier 1842, une indemnité annuelle de 400 fr. Cette indemnité est fixée à 600 fr. pour les chirurgiens élèves de l'hôpital militaire de perfectionnement.

Le registre d'inscription sera clos le 2 octobre prochain.

SECTION SOUS-CUTANÉE DU TENDON DU TRICEPS CRURAL POUR LA FRACTURE TRANSVERSALE DE LA ROTULE.

Monsieur,

Les résultats si imparfaits qu'on obtient le plus souvent dans le traitement des fractures transversales et des fractures comminutives de la rotule, par les moyens usités, m'ont fait supposer depuis longtemps, et vos nombreuses opérations me l'ont persuadé davantage qu'à ces moyens on pourrait substituer le suivant :

La section sous-cutanée des tendons réunis des muscles droit antérieur et triceps crural; on pourrait alors opérer et maintenir sans difficulté la coaptation parfaite des fragmens, et arriver à une réunion, une consolidation qui ne laisserait pas plus à désirer que celle qu'on obtient dans les os longs, puisque le seul obstacle à la réunion, la traction en haut du fragment ou des fragmens supérieurs par les muscles droit antérieur et triceps, serait détruit.

Si la section sous-cutanée des tendons est, pour les plus grands muscles, si innocente, et vous l'avez démontré; si l'organisation immédiate des parties divisées est si certaine, et le produit de cette organisation si solide, quel inconvénient pourrait-il y avoir à faire l'application que j'ai l'honneur de vous proposer, dans les cas au moins où, dans les fractures transversales, l'écartement est considérable, et dans toutes les fractures comminutives?

Il y avait au moins autant à risquer, je pense, dans l'emploi de la double érigne, qui a été proposée et employée déjà, et encore ce moyen, qui doit être plus douloureux que celui que je vous propose, ne pouvait être applicable qu'au plus petit nombre des cas graves.

J'avoue cependant que je n'oserai pas mettre en pratique ma proposition, avant qu'un nom comme le vôtre, par exemple, soit venu lui donner quelque valeur, si elle en a.

Agréez, etc.

A. CONSTANT, D. M.

St-Vrain, 20 avril 1841.

P. S. Il y a bien un an au moins que j'ai le désir de vous adresser cette lettre; la crainte de proposer une opération qui paraîtrait impossible et absurde m'a retenu; mais tous les jours nous voyons, vous nous montrez, que ce qui était impossible hier est très facile aujourd'hui. J'avais même proposé à un membre de ma famille, qui s'était fracturé la rotule, le moyen que j'indique et votre avis préalable; on n'y a pas consenti; la personne a reçu les soins d'hommes très habiles et cependant elle a aujourd'hui un écartement (il s'agissait d'une fracture transversale) de 4 centimètres au moins, aussi a-t-elle été obligée de renoncer à sa carrière. C'était un jeune officier d'artillerie; non seulement il ne peut plus monter à cheval; mais il ne peut marcher que péniblement malgré l'aide d'une genouillère et d'une canne.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Dans le numéro du 3 juillet 1841 de votre journal vous donnez l'analyse de la thèse que M. Jacques Pucherar a soutenue à Paris en 1841, et qui a pour titre : CONSIDÉRATIONS SUR LES FORMES DE LA TÊTE OSSEUSE DANS LES RACES HUMAINES.

J'ai remarqué, dans l'examen qu'il fait de l'apophyse zygomatique et de l'os maxillaire supérieur quelques propositions qui ont une très grande analogie avec celles que j'ai émises il y a plus de deux ans à la Société anatomique. Je joignis à la démonstration que j'en fis une note, qui n'était qu'un résumé succinct d'un travail que je me proposais de présenter plus tard à l'Académie des sciences. M. le docteur Cazalis fut chargé de faire un rapport, et il conclut à l'insertion de ma note dans les bulletins de la société. Elle se trouve dans le numéro de mars 1840.

Dans ma thèse que j'ai soutenue la même année, j'ai reproduit ces mêmes recherches, que, du reste, j'avais rendues publiques depuis longtemps dans mes cours d'anatomie appliquée aux beaux-arts.

Comme vous paraissez attacher quelque importance à ces travaux, je tiens à conserver la part que je puis y avoir prise; et comme mes publications sont antérieures à toute autre, j'espère, monsieur le rédacteur, que vous serez assez impartial pour insérer, dans votre plus prochain numéro, ma lettre, ainsi que le mémoire que je vous adresse, et qui, je le répète, est extrait, comme vous pourrez en juger, des numéros de mars 1840 des BULLETINS de la Société anatomique.

Agréez etc.

MASLIEURAT-LAGÉMARD, D. M. P.

NOTE DU RÉDACTEUR. Sans vouloir juger la valeur de cette réclamation, ni prononcer sur les droits de M. Maslieurat, nous lui rappellerons seulement, comme nous l'avions déjà dit dans notre notice bibliographique, que le travail de M. Pucheran n'est que la reproduction des idées de M. Serres, et un résumé des leçons que ce professeur fait au muséum d'histoire naturelle.

AU MÊME.

Monsieur,

Un évènement déplorable, qui malheureusement se renouvelle trop fréquemment par la coupable négligence des entrepreneurs de bâtimens, a eu lieu à Belleville le 13 du mois dernier.

M. le docteur Fernagû, de Belleville, en passant devant la maison de M. Gauche, restaurateur, rue de Paris, a reçu sur la tête un madrier de deux mètres de longueur sur un de circonférence, qui s'est détaché d'une cheminée de la maison; jeté à terre, sans connaissance et couvert de sang, il a été transporté dans un magasin voisin où de prompts secours lui ont été prodigués.

Après huit jours d'une lente et pénible agonie, grâce aux soins qui lui ont été prodigués par MM. Laurès, de l'hôpital Saint-Louis, Fabrege, Loiseau et Oollier, il est maintenant hors de danger, quoique ayant une blessure grave et profonde sur le pariétal gauche, de 15 centimètres de longueur sur 7 de large, ainsi que de fortes contusions sur l'omoplate droite où il s'est déclaré une inflammation de muscles accompagnée de violentes douleurs.

M. le commissaire de police s'est aussitôt transporté sur les lieux où il a dressé un procès-verbal constatant qu'aucune marque n'indiquait que la maison était en réparation.

On ne saurait trop blâmer la coupable imprévoyance de l'ouvrier qui avait assujetti son bois dans un tron très large et n'ayant que 7 centimètres de profondeur, et le défaut de surveillance de M. Jeaudelle, l'entrepreneur.

Je vous prie, Monsieur le rédacteur, d'accorder une place dans votre journal à ma juste réclamation; peut-être, en voyant de si funestes accidens arriver continuellement, un jour l'autorité prendra des mesures rigoureuses pour sévir contre la coupable insouciance des ouvriers et l'indifférence des entrepreneurs pour la vie des citoyens.

Agréez, etc.

HUMBERT DE LA COLONGE.

— M. LONGET commencera jeudi prochain 12 août, à l'Ecole-Pratique, un nouveau cours d'anatomie et de physiologie du système nerveux.

Ce cours sera continué pendant les vacances.

—ÉBAUCHE DU PLAN D'UN TRAITÉ COMPLET DE PHYSIOLOGIE HUMAINE; adressé à M. CAIZERGUES, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; par Lordat, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr.

Paris, chez Fortin Masson et comp., 1, place de l'École-de-Médecine.

Montpellier, chez Louis Castel, libraire-éditeur, 32, Grand'Rue.

— LA CHIRURGIE SIMPLIFIÉE OU MÉMOIRES POUR SERVIR A LA RÉFORME ET AU PERFECTIONNEMENT DE LA MÉDECINE OPÉRATOIRE; par MATHIAS MAYOR, 2 vol. in-8° avec planches. Prix : 12 francs pour Paris et 16 francs, franc de port par la poste.

Paris, chez Bechet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

— DES PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES; par M. LALLEMAND, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. — Tome II, deuxième et dernière partie; 1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50 c.

Paris, chez Fortin Masson et compagnie, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

Montpellier, chez Louis Castel, grande rue, 32.

— CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR LES AFFECTIONS NERVEUSES DITES HYSTÉRIQUES; par H. GIRARD (de Lyon), docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. — in-8°. Prix : 2 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue de l'Ecole-de-médecine, 17.

Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— TABLEAU SYNOPTIQUE DU RÈGNE VÉGÉTAL, d'après la méthode de A. de JUSSIEU, modifiée par M. RICHARD; comprenant : la matière médicale, la thérapeutique, la synonymie, etc., avec un supplément contenant le système de Linné, etc.; par M. CHARLES D'ORBIGNY, directeur du DICTIONNAIRE UNIVERSEL D'HISTOIRE NATURELLE. — 2e édition. Grand colombier. — Prix : 3 fr.

Chez Lecaplain, libraire, rue Racine, n° 1.

— DES ALTÉRATIONS DU SANG ET DU TRAITEMENT DES MALADIES QUI SONT OCCASIONNÉES PAR CES ALTÉRATIONS; par M. COMBES, de Toulouse, docteur en médecine de la Faculté de Paris. (Mémoire couronné par la Société royale de médecine de Toulouse.) — In-8° br. de 104 pages. Prix : 2 fr.

— HYGIÈNE DES FEMMES NERVEUSES, ou conseils aux femmes pour les époques les plus critiques de leur vie; par le docteur AUBER, auteur du TRAITÉ DE PHILOSOPHIE MÉDICALE. — 1 vol. grand in-18 de 540 pages. Prix : 3 fr. 50 c.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois ; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE RELATIVE A UN CAS DE HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE, RÉDUITE AU MOYEN DU DÉBRIDEMENT SOUS-CUTANÉ ; communiquée à l'Académie des sciences le 2 août 1841 ; par le docteur Jules Guérin.

Lorsque j'ai fait connaître mes expériences sur les plaies sous-cutanées, j'ai signalé immédiatement, parmi les applications dont cette nouvelle méthode me paraissait susceptible, le débridement des hernies étranglées. Depuis cette époque, j'ai souvent appelé l'attention des chirurgiens sur les avantages que pourrait offrir ce mode opératoire. Mais soit qu'on n'ait pas bien compris ces avantages, soit qu'on ait trouvé de trop grandes difficultés à l'exécution de l'opération, personne jusqu'ici ne l'avait tentée. N'ayant pas et ne pouvant avoir aisément, par le caractère spécial de ma pratique, occasion de rencontrer des hernies étranglées, je n'ai pu réaliser moi-même plus tôt cette application de la méthode sous-cutanée, qui m'avait toujours paru devoir être aussi facile qu'importante. C'est en quelque façon au hasard que je dois d'avoir rencontré cette occasion ; je l'ai saisie avec empressement, et le résultat a complètement répondu à mes espérances. Voici l'observation :

HERNIE ÉPIPLOÏQUE CONGÉNITALE ÉTRANGLÉE DEPUIS TROIS JOURS, CHEZ UN JEUNE HOMME DE 18 ANS ; TENTATIVES DE TAXIS INUTILEMENT RÉPÉTÉES PAR PLUSIEURS CHIRURGIENS ; COMMENCEMENT D'ACCIDENS GRAVES ; DÉBRIDEMENT SOUS-CUTANÉ ; GUÉRISON.

Obs. — Ferré (Bertrand), âgé de 18 ans et demi, né à Saint-Lizier, près Saint-Girons (Ariège), élève pharmacien, de taille moyenne, constitution assez robuste, tempérament sanguin. Il est affecté d'une hernie inguinale à droite, offrant les caractères de la hernie congénitale, mais qui, au dire du malade, ne se serait développée qu'il y a un an.

Feuilleton.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DISCUSSION SUR L'ARSENIC.

Notre précédent article pourrait, au besoin, tenir lieu de celui-ci ; car l'Académie n'a fait, dans la dernière séance, que continuer la lamentable scène de désordre dont elle avait donné le triste spectacle. Nous avons vu de nouveau la majorité opprimée par la minorité, ses délibérations paralysées par la violence, sa volonté brisée ; nous avons vu une opposition furieuse, renonçant désormais à surprendre par la ruse une décision conforme à ses vues, prendre la résolution désespérée d'empêcher par la force l'Académie de voter. Nous disons par la force, car une assemblée ne pouvant voter que sur une proposition énoncée par son président et entendue de tous, si la voix du président est incessamment et obstinément étouffée, il n'y a plus de vote possible. Cette tactique est, comme on voit, fort simple. Elle avait déjà été essayée dans la précédente séance ; mais, dans la dernière, elle a été appliquée avec l'audace la plus incroyable et avec un plein succès. L'opposition est parvenue, à force de tumulte, à interrompre la séance, et à retarder encore cette fois le vote, mortel pour elle, de la quatrième conclusion du rapport de M. Caventou. Quelle que soit l'issue définitive de ces débats, nous dirons par avance qu'une opinion réduite à ces moyens extrêmes et violens n'est plus une minorité légitime, mais une faction. Ce n'est plus là de l'opposition, mais de l'émeute. En recourant à la force, les brouillons se mettent donc en quelque sorte hors la loi académique, et la majorité ne doit plus désormais chercher à les ramener et à les convaincre, mais seulement à les réprimer et à les punir. Le président n'a pas, il est vrai, de gardes municipaux à ses ordres pour mettre les récalcitrans à la raison, et, en eût-il, son humeur débonnaire l'empêcherait de s'en servir ; mais, à défaut des gendarmes, personnages si utiles dans ces circonstances, l'Académie a une force plus que suffisante pour réprimer la sédition ; c'est celle du nombre. Avec le moindre accord, elle parviendrait en un instant à réduire à l'impuissance les quelques voix dissidentes qui la troublent. Malheureusement, quoique à peu près unanime dans ses sentimens et ses intentions, elle est tout à fait désunie dans l'action. C'est un corps sans tête. La majorité étant sans chef, et dès-lors sans plan et sans règle, elle n'agit jamais en masse, mais seulement par fractions, et reste ainsi livrée sans défense aux entreprises désorganisatrices de la minorité. Celle-ci, de son côté, avec son petit corps compacte et serré, pénètre facilement dans cette cohue indisciplinée, la disperse en tous sens et l'empêche de se rallier ; elle ne reste pas, il est vrai, maîtresse du champ de bataille, mais elle perpétue indéfiniment le désordre, et parvient à faire prendre ce désordre pour un combat.

Nous l'avons déjà dit et nous le répétons, toute la force des émeutiers n'est que dans le défaut de concert, et, puisqu'il faut le dire, dans l'imprudence des partisans du rapport, et enfin dans l'inconcevable conduite des commissaires eux-

Vers l'âge de 5 à 6 ans, il se forma une tumeur dans la tunique vaginale droite remontant jusque dans le canal inguinal. M. le docteur Trinquier, praticien à Saint-Lizier, constata une hydrocèle et affirma qu'elle se passerait sans aucun traitement. En effet le liquide paraît s'être résorbé spontanément ; mais la tunique vaginale et les enveloppes du cordon sont restées gonflées. Le cordon, surtout la partie logée dans le canal, paraît avoir toujours été le siége de petites collections de liquide, probablement d'une hydrocèle vésiculaire. Les choses restèrent en cet état jusqu'au mois d'août 1840, lorsque, portant un lourd fardeau, Ferré sentit tout d'un coup, dans l'aîne une petite tumeur dure qui sortait pendant les efforts et qui rentrait spontanément lorsqu'il se couchait.

M. le docteur Caors, de Saint-Girons, qui vit à cette époque le malade, constata l'existence d'une hernie et conseilla un bandage. On ne tint pas compte de cet avis. Le malade vint à Paris en 1841 et entra peu de temps après comme élève chez M. Anouilh, pharmacien à Passy. La tumeur, très petite dans le principe, acquit peu à peu le volume d'une noix, mais rentrait toujours avec facilité. Le 9 juillet dernier, à la suite d'efforts, elle acquit subitement le volume d'un gros œuf de poule. Le malade ne parvint plus à la faire rentrer. Le 10, ayant eu quelques courses à faire, il éprouva des douleurs extrêmement vives. Il vint consulter M. le docteur Barraud, de Passy, qui reconnut une hernie étranglée, dans la tunique vaginale. Cet honorable confrère, ayant fait inutilement quelques tentatives de réduction, conseilla le repos, des bains et des cataplasmes émolliens. Le 11, Ferré alla à Paris trouver M. Carpot, bandagiste, qui tenta également sans succès la réduction de la tumeur. Enfin, le 12 au matin, il vint me trouver. La hernie offrait les caractères suivans : tumeur dure dans l'aîne droite, légèrement bosselée, du volume du poing, descendant jusqu'au niveau du testicule. Elle était évidemment renfermée dans les tuniques du cordon distendues, et se continuait en haut par un pédicule, de la grosseur du doigt, dur également, et pouvant être suivi par le toucher jusqu'à une certaine profondeur dans le canal inguinal. Ce pédicule remplissait exactement l'orifice antérieur du canal. La tumeur était douloureuse au toucher : sa dureté et la sensation spéciale qu'elle donnait me firent croire qu'elle était formée, si ce n'est en totalité, du moins en majeure partie par l'épiploon. Déjà la peau de l'aîne était rouge, gonflée, très sensible. Du reste, pas de symptômes généraux ; ni hoquet, ni nausées, ni coliques.

Depuis trois jours il n'avait plus été à la selle. Je lui fis administrer un lavement purgatif qui produisit plusieurs évacuations, sans diminuer en rien le volume de la tumeur. On le plaça dans un bain, où il resta plus de trois heures : on essaya à plusieurs reprises le taxis. Au sortir du bain, on renouvela les mêmes tentatives dans la position verticale renversée ; mais elles ne produisirent aucune diminution de la tumeur. Enfin, dans la soirée du 12 juillet, après huit heures d'efforts stériles de réduction, je me décidai à opérer le débridement par la méthode sous-cutanée. Cette opération a été pratiquée avec le concours et en présence de MM. les docteurs Kuhn et Dechambre, et de M. Anouilh, pharmacien.

Le malade était couché sur un lit, le bassin légèrement soulevé, le reste du tronc abaissé et les cuisses écartées et à demi-fléchies sur le bassin. Après avoir rasé les parties et m'être bien assuré de la direction du canal et du pédicule de la hernie, je fis un pli cutané transversal de 3 à 4 centimètres, pris aux dépens de la racine du scrotum, et le ramenai au-devant de l'anneau inguinal ; puis, avec un petit bistouri en fer de lance de 4 millimètres de largeur, je fis une ponction longeant la partie supérieure du pédicule. L'instrument pénétra jusqu'au niveau de l'anneau inguinal. J'engageai dans cette ouverture une sonde cannelée, que je fis glisser graduellement dans la direction du canal, en longeant toujours la face supérieure et antérieure du pédicule. Après quelques tentatives, je parvins à l'introduire dans le canal à une profondeur de 7 centimètres ; je la confiai à un aide, qui en abaissa le pavillon, afin de faire saillir l'autre extrémité. Je fis ensuite un second pli à la peau, puis à sa base une seconde ponction, un peu au-dessus de la première, et j'introduisis par cette seconde plaie un myotome convexe à pointe mousse, dont la lame, de 3 centim. de long sur 3 millim. de large, est supportée par un pédicule mousse de 5 centim. La lame étant engagée dans la cannelure de la sonde, le tranchant tourné en haut et en dehors, je divisai petit à petit la paroi antérieure du canal, en appuyant avec le pouce et l'index sur la partie que je voulais diviser, de manière à comprendre et déprimer entre mes deux doigts la lame et la portion correspondante des tissus. Cette précaution a eu pour but de favoriser la section de la paroi du canal, en augmentant sa résistance. Je suis ainsi arrivé jusqu'au niveau de l'orifice profond du canal. Après ce débridement, je tentai la réduction ; mais une portion de l'anneau extérieur ou antérieur avait échappé à l'instrument. J'introduisis dans la piqûre un petit myotome légèrement concave, boutonné, à lame de 2 millimètres de large. Il passa facilement entre le pédicule et l'anneau. Cette fois la réduction devint en apparence facile, sauf la dureté et le volume considérable de la hernie, qui me forcèrent d'y procéder lentement et par portions ; mais elles reparaissaient dans le scrotum aussitôt qu'on cessait la compression. Je m'assurai que la réduction n'était qu'apparente et que les parties ne faisaient que se loger dans l'espèce de cavité que leur offrait la plaie sous-cutanée des muscles abdominaux, et que le véritable obstacle était fourni par l'anneau profond. Je réintroduisis une dernière fois le myotome concave que je venais d'employer, et je débridai l'anneau profond dans deux points, directement de bas en haut, et transversalement de dedans en dehors. Dès-lors, la hernie fut réduite avec une assez grande facilité. Les tentatives de réduction, avant ce dernier débridement, avaient duré près de trois quarts d'heure, et cette seconde fois elle eut lieu en quelques minutes. J'expulsai l'air et le sang épanchés dans la plaie, et je fermai les deux petites ouvertures à l'aide d'emplâtres de diachylon gommé. On exerça une compression assez forte avec des tampons de charpie et de linge maintenus par un spica.

Malgré les fatigues des tentatives de réduction pendant la journée et les manœuvres de l'opération, le malade s'est endormi une heure après, et son sommeil n'a été troublé jusqu'au lendemain par aucun symptôme de fièvre, ni par aucune douleur notable.

Le lendemain, il n'y avait dans le siége de la plaie qu'un peu de sensibilité et d'empâtement, se propageant dans l'intérieur du sac jusqu'au testicule.

Le quatrième jour, j'enlevai l'appareil et les bandelettes. Les deux petites plaies étaient complétement cicatrisées, et il ne restait d'autre trace de l'opération, à l'extérieur, qu'un peu d'ecchymose, et à l'intérieur, un épanchement médiocre occupant le siége de la plaie sous-cutanée et le sac herniaire. Cet épanchement se résorba graduellement ne laissant plus aucune trace de hernie, et dès le huitième jour le malade put se lever, muni d'un bandage.

Les jours suivans, on put apprécier le travail de cicatrisation par les changemens graduels de consistance des tissus de nouvelle formation occupant le siége de la plaie.

Avant de tirer de ce fait les conséquences qu'il renferme, il importe d'en bien préciser la nature, d'en asseoir la certitude sur toutes les bases possibles ; car si la détermination que nous en avons donnée était contestable, les conséquences le seraient à plus forte raison ; et c'est d'ailleurs sur les circonstances bien établies du cas particulier dans lequel notre tentative a réussi, que nous voulons baser la conduite à tenir pour les cas ultérieurs où ces circonstances se reproduiraient avec leurs analogies essentielles.

Et d'abord, était-ce bien une hernie *inguinale*, une hernie *épiploïque* et une hernie *étranglée*?

C'était une hernie inguinale ; elle en avait le siége, la direction, la forme ; elle avait antérieurement été jugée comme telle par plusieurs chirurgiens ; et après comme avant l'étranglement, il a été possible de s'assurer que son prolongement occupait bien le canal inguinal. Elle siégeait bien dans la tunique vaginale, et avait été préparée peut-être même effectuée par l'hydrocèle qui avait précédé sa manifestation plus complète. C'était la hernie congénitale de l'adulte, qui reconnaît pour cause prédisposante, la persistance de la communication de la cavité péritonéale avec

mêmes. En fait de maladresse et d'étourderie, les orateurs de la majorité se sont tous véritablement surpassés dans la dernière séance ; ils ont si bien fait les affaires de l'opposition que celle-ci doit désormais se reposer sur eux du soin de la tirer d'embarras quand elle-même sera à bout de ressources et d'expédiens.

Le premier, sinon le plus bel exploit, a été celui de M. Bussy. La commission ayant, comme on sait, modifié la rédaction de ses conclusions, leur avait donné cette fois une forme si claire, si concise et si explicite, que M. Gerdy lui-même se trouvait à court d'inventions pour y trouver à mordre. Aussi, la première, et puis la seconde, si importante pour le fond et si désagréable à l'opposition (puisqu'elle constate que les fausses taches arsenicales ne sauraient être chimiquement confondues avec les véritables, et détruit par là tout l'échafaudage d'accusation de MM. Flandin et Danger), avaient été votées à une immense majorité. L'opposition semblait évidemment déconcertée et mollir en face d'une telle unanimité. La quatrième conclusion, qui avait pour objet de déterminer la valeur relative des instrumens employés dans la recherche de l'arsenic, et donnait la préférence à ceux de M. Orfila, tout en excitant, comme c'est bien naturel, l'indignation de M. Gerdy, n'avait reçu de lui que quelques faibles atteintes. Embarrassé par la nature tout à fait spéciale de la question, cet orateur se trouvait si mal à l'aise au milieu des tubes et des cornues, qu'après avoir récité tant bien que mal la petite leçon de chimie que ses amis avaient dû lui faire pour la circonstance, il s'était laissé ensuite tranquillement réfuter par M. Pelletier. Découragé, abbattu.

Nec visu facilis, nec dictu affabilis ulli,

il semblait attendre avec la résignation d'un morne désespoir le résultat du vote proposé par le président, lorsque M. Bussy (car c'était lui) est venu tout à coup à son secours.

Sæpe premente deo, fert deus alter opem.

M. Bussy n'aurait-il donc pas pu trouver une meilleure occasion de prouver à l'Académie qu'il s'entend parfaitement aux manipulations chimiques, et qu'il en sait là-dessus autant que qui ce soit? Au fond, sans doute, les raisonnemens de M. Bussy étaient aussi innocens que ses intentions ; il n'entendait pas attaquer la partie essentielle de la conclusion, mais expliquer un peu différemment que messieurs les commissaires les différences et la valeur relative des appareils ; mais il suffisait qu'il y eût dans ses observations l'ombre d'une dissidence pour relever les affaires des opposans, qui cherchent moins des raisons que des prétextes. M. Gerdy s'est aussitôt élancé sur cette planche de salut, et dans l'effusion de sa reconnaissance, il aurait certainement embrassé M. Bussy, si cet honorable membre avait été à portée de ses bras ; et celui-ci, certes, l'eût bien mérité.

Ce n'est pas tout. M. Pelletier, un membre de la commission, stimulé sans doute par le beau succès de M. Bussy, a jugé ce moment favorable pour proposer aussi, lui, une petite modification à la conclusion, et il s'est mis à guerroyer

la tunique vaginale. Ajoutons d'ailleurs que l'opération et ses résultats sont parfaitement d'accord avec toutes ces circonstances.

C'était une hernie épiploïque; ou du moins tout porte à le croire. Elle était dure, résistante, bosselée, peu douloureuse, moins douloureuse que ne l'aurait dû faire présumer son degré de consistance et l'ancienneté de l'étranglement. Elle n'avait d'ailleurs provoqué aucun des symptômes généraux de l'entérocèle; il n'y avait eu ni coliques, ni nausées, ni vomissemens. La constipation a cédé à l'emploi d'un lavement purgatif, sans apporter aucune modification à la forme et à la consistance de la tumeur. La difficulté de la réduction, l'espèce d'inertie que la tumeur a opposée aux tentatives faites avant et après l'opération, sa consistance rénitente et son défaut de sonoréité ne paraissent pas devoir laisser de doute sur la nature épiploïque de la hernie.

C'était une hernie étranglée, quoique épiploïque. La résistance insurmontable qu'elle a opposée aux efforts de réduction les mieux combinés, et reproduits pendant trois jours par cinq personnes différentes; l'engorgement, la dureté et l'endolorissement de la tumeur; finalement, un commencement de réaction inflammatoire (douleur, chaleur, rougeur), montrent que ce n'est pas sans motifs bien fondés que nous nous sommes arrêté à cette idée, et que nous nous sommes dirigé en conséquence. La hernie épiploïque, dira-t-on, est rarement étranglée; cela est vrai; mais on en trouve bon nombre d'exemples dans les auteurs, et celui que nous venons de relater n'est pas le moins bien caractérisé. Au reste, toute contestation de ce genre ne pourrait en rien modifier le caractère essentiel du résultat que nous avons obtenu. Car, à supposer que la hernie eût pu être réduite avec plus d'adresse et de persévérance, ce dont il est permis de douter, l'opération ne serait pas moins propre à établir la possibilité, l'innocuité et la facilité de cette application de la méthode sous-cutanée. Ce sont précisément ces trois caractères qu'il importe de regarder comme bien et dûment acquis à notre première tentative, parce qu'ils doivent servir à encourager d'autres applications dans des conditions analogues.

Or, quelles peuvent être ces applications?

Il y aurait de la témérité à vouloir préciser, *à priori*, jusqu'à quel point le débridement sous-cutané pourra être généralisé dans le traitement des hernies étranglées. Cependant, comme on ne manquera pas de reproduire, contre la possibilité de répéter l'opération, les objections qu'on a élevées contre la possibilité de la réaliser, nous allons chercher à préciser les cas les plus vulgaires dans lesquels cette méthode paraît devoir réussir, comme elle a réussi dans le cas où je l'ai employée: nous discuterons ensuite les circonstances qui paraîtraient pouvoir en contre-indiquer l'emploi.

Et d'abord, nous posons en principe que le débridement sous-cutané devra être substitué aux méthodes anciennes toutes les fois qu'on aura affaire à une hernie étranglée récente, intestinale aussi bien qu'épiploïque, crurale aussi bien qu'inguinale, ombilicale aussi bien que ventrale; pourvu qu'on ait de justes motifs de croire qu'il n'y a pas d'étranglement par le collet du sac, et que la portion intestinale étranglée ne soit pas frappée de gangrène. Que peut-on objecter à cela? La difficulté de l'opération; son incertitude, le danger de léser l'intestin, les artères, le cordon des vaisseaux spermatiques. Examinons chacune de ces objections.

La difficulté et l'incertitude de l'opération est une vaine objection. Elle a été d'abord opposée à toutes les applications de la ténotomie et de la myotomie sous-cutanées; elle a été objectée à la myotomie oculaire sous-conjonctivale, et cependant toutes ces applications réussissent à coup sûr et sans incertitude aucune, bien que, dans un grand nombre de cas, elles soient pratiquées au voisinage de parties importantes à ménager: les artères, les nerfs, etc. Pour ceux qui ont vu pratiquer, et mieux, ceux qui ont pratiqué eux-mêmes cette méthode, la difficulté et l'incertitude de son application n'existent qu'en théorie. Et, pour le dire en passant, lorsque, par exemple, sur 75 sections sous-conjonctivales des muscles de l'œil faites en public, on a constamment réussi, sans un seul cas d'insuccès, on est en droit de laisser pour ce qu'elles valent les objections d'incertitude, de difficulté, qui ne reposent sur aucun fondement réel, et qui n'existent que dans l'esprit, ou plutôt sous la plume et dans la bouche de ceux qui les invoquent. Pour moi, et je demande pardon de me citer, je suis aussi certain de débrider l'anneau inguinal et le canal inguinal sous la peau, que je suis certain de diviser le muscle droit interne de l'œil sous le fascia oculaire et la conjonctive. Cela demande un apprentissage, mais cette condition ne peut servir d'objection que pour ceux qui veulent le *statu quo* de l'art, et qui n'ont pas le temps ou la volonté de suivre ses progrès. Mais, dira-t-on, la difficulté peut croître avec la complication des circonstances: si une hernie épiploïque n'est pas difficile à débrider sous la peau, il peut n'en être pas de même d'une hernie intestinale, dont l'étranglement est généralement plus considérable. La difficulté peut être plus grande, et même fort grande, dans des cas de cette sorte; mais cela ne suffit pas pour faire rejeter une opération, quand cette opération a pour but et pour résultat de sauver la vie au malade. Du reste, en procédant comme nous l'avons fait, on peut et on doit réussir aussi bien qu'on réussit en procédant à découvert. La grande difficulté est de tomber sur l'orifice externe du canal herniaire; car une fois cet orifice bien reconnu, il est toujours possible, en tirant un peu sur le pédicule de la hernie, d'introduire entre lui et le canal une sonde cannelée boutonnée, et cette première difficulté vaincue, tout le reste va de lui-même. On remarquera que je ne parle jusqu'ici que des cas où l'étranglement ne provient pas du sac.

Le danger de léser l'intestin et les vaisseaux n'est pas plus grand par la méthode sous-cutanée que par les méthodes ordinaires. Qu'on le remarque bien, il n'est toujours question jusqu'ici que des hernies où il n'est pas nécessaire d'ouvrir le sac. Pour ce qui est de l'intestin, il ne court pas plus de risque par la méthode sous-cutanée que par la méthode directe. De part et d'autre, l'instrument à pointe mousse doit être introduit entre le pédicule herniaire et la paroi du canal; une fois engagé, il n'a à craindre dans l'opération du débridement sous-cutané que ce qu'il a à craindre dans le débridement direct, c'est-à-dire un repli intestinal placé au-devant du tranchant de l'instrument, et les vaisseaux avoisinant la hernie. Pour ce qui est du repli intestinal, on peut l'éviter en tirant sur le pédicule de la hernie, en tendant l'anse intestinale, de manière à la diriger en ligne droite; avec cette précaution la sonde cannelée suffit pour isoler complètement l'intestin de la lame de l'instrument. On remarquera, d'ailleurs, que cet accident, qui aurait pu arriver aussi bien aux méthodes ordinaires qu'à la méthode sous-cutanée, ne paraît s'être rencontré que très rarement, si toutefois il s'est rencontré. Quant aux vaisseaux, ils ne sont pas plus à craindre par une méthode que par l'autre, pourvu qu'on dirige l'instrument d'après les mêmes principes, et d'après de bons principes. Je ferai d'ailleurs une remarque qui m'a été

---

avec une insistance infatigable avec le rapporteur, qui s'étonnait avec raison de recevoir des coups de son propre camp. Ces deux incidens, savamment travaillés par l'émeute, ont eu pour résultat naturel une confusion et un tumulte tels, qu'on eût dit que la discorde en personne avait secoué ses serpens les plus venimeux et ses torches les plus enflammées sur cette pauvre Académie. Les interpellations, les amendemens, se croisaient en tous sens, avec un infernal *crescendo* de vociférations, au milieu desquelles la frêle sonnette du président pouvait à peine faire entendre son fausset argentin.

Dans ce tumulte effroyable, le hasard a voulu que deux amendemens importans aient pu se faire jour et être votés par cette bonne majorité qui ne demandait pas mieux que d'être mise à même de lever les mains. Le premier, proposé par M. Dubois, a eu pour but et pour effet d'attribuer nominativement à M. Orfila le procédé que la commission déclarait le meilleur, mais sans en indiquer directement l'auteur. La commission avait sans doute été mue par des scrupules honorables en voilant ainsi sa véritable pensée; mais au point où sont arrivées les choses, il est de l'honneur et de la dignité de l'Académie de ne rien laisser de louche sur ses sentimens et ses convictions; elle doit sur les personnes, comme sur les choses, dire franchement la vérité. Les deux bras de M. Gerdy, qui heureusement n'est pas un Briarée, se sont levés contre cette proposition; mais ils se sont levés seuls, et M. Paul Dubois a pu voir avec quelle unanimité l'Académie s'associait au sentiment digne et noble qui lui a dicté son amendement.

Le second amendement proposé par le rapporteur lui-même consistait à retrancher le dernier membre de phrase de la conclusion où intervenait le nom de l'Institut. Cette suppression nous semble tout à fait convenable, et nous ne comprenons pas pourquoi M. Pelletier, secondé en ceci par le président, a tant insisté d'abord pour la conservation de ce membre de phrase, et ensuite pour sa réintégration sous une autre forme. Le travail de l'Académie des sciences sur l'arsenic est parfaitement indépendant de celui de l'Académie de médecine; celle-ci ne devait, ni ne pouvait, sans manquer à des usages fondés sur de hautes convenances, faire intervenir l'opinion de l'Institut dans les conclusions officielles d'une commission nommée par elle pour examiner des faits scientifiques de sa compétence et soumis à son jugement. Les commissaires eux-mêmes se seraient apperçus plus tôt du peu d'utilité et de convenance d'une mention de ce genre, s'ils s'étaient demandé, comme nous le leur demandons à présent, si l'Institut aurait fait de même, dans le cas où le travail de l'Académie de médecine eut été publié avant le sien? La réponse n'est pas douteuse. Par conséquent il n'y avait pour la commission de l'Académie de médecine aucun motif légitime de faire ce que la commission de l'Institut, mise à sa place, n'eût certainement pas fait. Deux sociétés savantes aussi haut placées doivent demeurer complètement indépendantes; elles ne doivent pas se toucher si elles veulent rester sur le pied de l'égalité, et conserver chacune l'autorité qui lui appartient dans la sphère de ses attributions. Nous avons entendu à la suite du vote qui a supprimé ce passage dire que c'était exclure l'Institut, que c'était une sorte d'injure pour l'Institut. Nous ne savons si ces paroles, destinées probablement à entretenir les scrupules de M. Pelletier, dont l'opposition involontaire est si utile en ce moment aux adversaires du rapport, et peut-être aussi ceux de M. le président, sont arrivées à leur adresse; mais il est évident que c'est là une absurdité à peine digne d'être réfutée; et nous prévenons MM. les commissaires que s'ils se croyaient

suggérée par la diversité des méthodes et la diversité des directions du débridement souvent les plus opposées, et la rareté des accidens par toutes les méthodes; c'est que les vaisseaux à craindre, rampant à la surface interne de la paroi abdominale, et n'étant retenus contre cette paroi que par du tissu cellulaire lâche, doivent rarement être atteints, même dans les débridemens perpendiculaires à leur direction, lorsqu'on a soin de procéder lentement, et de ne diviser que les résistances véritables. Dans ces cas, ou bien l'extrémité de l'instrument passe au-dessus de l'artère, en rasant le péritoine, sans le perforer, ou bien il la pousse devant lui, sans la diviser. Quoi qu'il en soit, nous maintenons qu'il n'est pas plus difficile de se diriger à droite, à gauche, en haut, en bas, en opérant sous la peau, qu'en la divisant préalablement.

Nous pensons donc que le débridement sous-cutané des hernies étranglées par le canal ou les anneaux herniaires, peut être effectué avec certitude et sécurité, pourvu qu'on soit exercé aux applications ordinaires de la méthode sous-cutanée.

Mais, dira-t-on, comment reconnaître que l'étranglement siége dans l'anneau ou le canal, et non au collet du sac? Comment s'assurer que l'intestin n'est pas gangréné?

Les chirurgiens qui se sont donné depuis quelques années le monopole des recherches sur les hernies ne trouveront-ils pas trop déplacé qu'on cherche à substituer à leurs interminables querelles sur le siége de l'étranglement, quelques principes fort simples, propres à les mettre d'accord, et capables d'éclairer dans le choix des méthodes? Essayons cependant :

1° Dans toute hernie immédiatement étranglée, c'est-à-dire qui ne fait pas suite à une hernie réductible, l'étranglement n'a jamais lieu par le collet du sac.

2° Dans toute hernie étranglée considérable qui fait immédiatement suite à une hernie réductible, d'un petit volume, l'étranglement n'a pas généralement lieu au collet du sac, à moins que celui-ci n'ait été déchiré pour donner passage au paquet herniaire.

3° Dans toute hernie étranglée considérable, qui fait immédiatement suite à une hernie réductible congénitale ou très ancienne d'un volume considérable; ou bien encore dans toute hernie étranglée suite de hernie ancienne dans la tunique vaginale, l'étranglement siége le plus ordinairement au collet du sac.

4° Dans toute hernie étranglée qui fait suite à une hernie irréductible, l'étranglement siége plutôt au collet du sac.

La raison de ces principes est fort simple, et n'est autre chose que l'expression d'un fait anatomique.

Premièrement, dans les hernies qui se forment et s'étranglent d'emblée, l'étranglement ne peut venir du collet du sac, parce que le sac n'a point et ne peut avoir de collet. C'est tout simplement une portion du péritoine, chassée hors du ventre par le paquet herniaire; ce sac improvisé acquiert au moment de l'étranglement la forme de la tumeur qu'il enveloppe, mais il quitte cette forme aussitôt qu'on détruit l'ouverture qui lui a donné passage.

Secondement, une hernie étranglée considérable qui fait immédiatement suite à une hernie réductible d'un petit volume ne peut être étranglée par le collet du sac attendu que ce collet est formé, comme dans le premier cas, par une partie du péritoine antérieurement libre et plane, nouvellement et spontanément engagée et entraînée dans le canal herniaire, par suite d'un accroissement de volume et d'un degré plus considérable de sortie de la hernie ancienne.

Troisièmement, l'étranglement de la hernie dans la tunique vaginale, ou bien celui qui s'ente sur une ancienne hernie réductible déjà forte, ou sur une ancienne hernie irréductible, peut plutôt siéger au collet du sac qu'à l'orifice du canal herniaire, parce que dans ces hernies anciennes le goulot du sac herniaire (qu'on me passe ce terme) a pris la forme cylindrique et rétrécie du canal qui le contenait, s'est organisé avec cette forme, et a contracté avec le canal, des adhérences qui l'empêchent d'en sortir, et de subir périodiquement les distensions des portions du sac placées hors du canal. Pour tout dire en un mot, il n'y a d'étranglement possible par le collet du sac qu'à la condition que ce collet soit organisé avec la forme de collet, qu'à la condition qu'il soit ancien, qu'à la condition qu'il reste fixe, adhérent dans le point qu'il occupe, et ne subisse pas les distensions et ampliations qu'il subissait sous l'influence de sa sortie temporaire du canal herniaire. — Les statisticiens de la hernie diront si leurs chiffres sont d'accord avec ces principes.

Maintenant, à supposer que ces principes soient contredits quelquefois par l'intervention d'élémens accidentels, qu'ils n'auraient pas prévus, et que, dans des cas d'étranglement par le collet du sac, on ait eu recours au débridement sous-cutané, qu'en peut-il résulter de fâcheux pour le malade? Rien, si ce n'est d'avoir subi une opération inutile, inoffensive, mais qui n'empêcherait pas d'avoir recours à l'opération ordinaire. En effet, qu'on le remarque bien, le taxis et tous les efforts préliminaires de réduction en sont là. Jamais on ne calcule, dans ces tentatives, si l'étranglement est ou n'est pas dans le collet du sac, et, sous ce point de vue, le débridement sous-cutané peut être considéré comme un analogue du taxis ou des autres moyens de réduction qu'on emploie d'ordinaire avant de se décider à opérer.

Nous en dirons à peu près autant de la gangrène de l'intestin. Et d'abord, c'est le cas le plus rare, et il le deviendra d'autant plus qu'on se hâtera davantage de recourir à une méthode qu'on ne craindra pas d'employer trop tôt. Répétons au reste ce que nous avons dit au sujet du siége de l'étranglement. On s'inquiète peu, en recourant au taxis et autres moyens d'éviter l'opération ordinaire, qu'il y ait ou non une portion d'intestin compromise; on cherche à réduire, quitte à réduire une portion gangrenée. Eh bien! le débridement sous-cutané pourra, si l'on veut, n'être pas plus rigoureux ni plus prévoyant que le taxis, et s'il s'expose à quelques chances insuccès de cette nature, ces chances ne seront rien en comparaison des dangers réels que nécessite toute opération par les méthodes ordinaires.

A bien prendre, on peut donc dire qu'à défaut de moyens de préciser le siége de l'étranglement, ce que nous n'admettons pas dans le plus grand nombre des cas, et de savoir s'il y a ou non altération profonde et gangrène de l'intestin, on ne peut donc pas plus blâmer l'emploi général et absolu du débridement sous-cutané qu'on n'est en droit de blâmer le taxis et autres moyens préliminaires de réduction, employés indistinctement dans tous les cas avant de se décider à l'opération ordinaire. Et lorsque le débridement sous-cutané aura eu le malheur d'avoir été employé dans des cas inopportuns, il pourra être suppléé et complété, comme la réduction par le taxis, par les méthodes de débridement et de dissection ordinaires.

Nous pourrions étayer ces considérations presque absolues du débri-

---

obligés de faire cette sorte de galanterie à l'Institut, ils se donneraient gratuitement à eux et à l'Academie de médecine un ridicule que, en bons confrères, nous leur conseillons d'éviter.

On voit par tout ce qui précède que, comme nous le disions en commençant, les partisans du rapport, et les commissaires mêmes ont dans cette séance, ainsi que dans la précédente, rivalisé de zèle pour le service des agitateurs. Aussi ont-ils mérité leur estime et leurs éloges. M. Gerdy n'a pas trouvé d'expressions assez fortes pour exalter la perspicacité et la profondeur des vues de M. Bussy; et chaque fois que les commissaires sont tombés dans quelque bonne bévue stratégique, il n'a pas manqué de vanter la supériorité de leur esprit, l'indépendance de leur caractère, et de reprocher, avec sa grotesque emphase, à ceux qui blâmaient ces gaucheries et ces demi-trahisons, *qu'ils veulent abrutir l'intelligence humaine*. Espérons que les éloges de M. Gerdy les éclaireront mieux que n'ont pu faire nos avertissemens. Nous devons cependant, dans cet assaut de maladresse, faire une exception en faveur de M. Adelon, qui, dans le grand débat sur les troisième et quatrième conclusions, a dit tout ce qu'il y avait à dire; mais par malheur il n'a pas parlé seul.

Ces deux amendemens dont nous parlions ayant été votés à une immense majorité, il n'y a plus de doute que la quatrième conclusion elle-même et par suite toutes les autres passeront inévitablement. Le triomphe négatif des tapageurs ne saurait donc être de longue durée. Mais il importe à la dignité de l'Académie, non moins qu'à son repos si longtemps troublé, de mettre promptement fin à ces déplorables débats. Pour cela il faut peu ou point de paroles, mais des votes. Qu'on laisse l'opposition faire à son gré de l'éloquence, qu'on subisse, par respect pour la liberté, un, deux, ou, s'il le faut, trois discours de M. Gerdy à propos de chaque conclusion, sans l'interrompre, sans faire entendre un murmure, une interjection; puis, qu'on passe immédiatement aux voix sans répondre. Ou nous nous trompons fort, ou c'est là la seule marche à suivre, si on veut en finir. La discussion en effet ne peut plus rien apprendre à personne. Le seul orateur qui combatte le rapport a dit probablement tout ce qu'il savait sur la matière, et il l'a même dit plusieurs fois; on l'a également réfuté à satiété. Dès-lors toute controverse ultérieure avec lui n'aurait plus d'autre avantage que de fournir de nouveaux thèmes à la fécondité de son esprit et au développement de ses talens oratoires. Nous pensons que l'Académie peut employer plus utilement et plus agréablement son temps. Si la majorité est bien décidée à sortir de ce guêpier, elle n'a, nous le redisons, que deux choses à faire : fermer la bouche et lever les mains.

On nous a assuré, il est vrai, que la minorité était résolue d'appliquer son système d'interruptions à toute outrance, et qu'elle se proposait d'empêcher indéfiniment toute délibération par la force. Cette résolution est certainement effrayante; mais il dépend de l'Académie d'en arrêter l'exécution à la première tentative. Il suffira pour cela que la majorité veuille bien se taire, et laisser crier seuls les agitateurs. On verra alors combien, réduits à eux-mêmes, ils sont peu capables de faire tant de bruit! On pourrait les voir et les compter, et, leur faiblesse, ainsi mise à nu, ils seraient forcés d'abandonner la partie.

Il a été question aussi de faire terminer la discussion en comité secret, sur ce motif que la présence du public exalte les passions, et que le public lui-même intervient un peu trop activement de la voix et du geste; mais, quoi qu'il en

dement sous-cutané sur les résultats numériques des méthodes ordinaires, et dire, par exemple, qu'en laissant à l'emploi constant et arbitraire du débridement sous-cutané ses quelques chances d'erreur, il serait loin d'aboutir à des résultats aussi désastreux que ceux produits par le débridement direct. Mais heureusement cette méthode n'a pas besoin de ces compensations empiriques : elle peut et doit procéder par des indications rationnelles, et nous espérons qu'elles ne lui manqueront pas pour lui faire acquérir le degré de généralité qui lui appartient.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(SUITE.)

II. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Dans les cahiers d'avril, mai et juin 1841, se trouvent les articles suivans : 1° *Mémoire sur l'action du mercure et de ses préparations sur l'économie animale*; par M. Maslienrat. 2° *Observations relatives à quelques points de l'histoire de l'affection typhoïde chez l'enfant*; par MM. Barthez et Billiet. 3° *Monomanie incendiaire*; par M. Chambeyron. 4° *De l'inoculation appliquée à l'étude des maladies syphilitiques*; par M. de Castelnau. 5° *Revue clinique des principaux faits chirurgicaux observés à l'Hôtel-Dieu de Clermont*; par M. Fleury fils. (1° Fracture du sacrum en travers au niveau des seconds trous sacrés antérieurs, sans aucune lésion dans la sensibilité et dans la myotilité des parties où se distribuent les nerfs sacrés, bien qu'il y eût déplacement entre les fragmens. 2° Fracture de la grosse tubérosité de l'humérus, fêlure du coronal et luxation du bras en avant déterminées par le passage d'une roue de voiture.) 6° *Asphyxie causée par l'introduction dans la partie supérieure des voies aériennes d'un morceau de bœuf de la grosseur d'un œuf de poule*; par M. Millet. 7° *Amputation scapulo-humérale faite par un nouveau procédé*; par M. Bonnafon. 8° *Hoquet convulsif ayant duré dix jours*; par M. Larchez. 9° *De la présence de plusieurs vers désignés sous le nom de cysticerques, dans une tumeur ayant l'aspect d'un furoncle*; par M. Fournier. (Bien de nouveau.) 11° *Hématémèse mortelle produite par l'ouverture de l'artère splénique*; par M. Colson. 12° *Quelques inductions thérapeutiques*; par M. Gourand père. 13° *De la pneumonie chez les aliénés*; par M. Thore. 14° *Quelques réflexions sur un cas de phtysie très caractérisée; guérison*; par M. Ponchet. 15° *Sur l'emploi de la ouate enduite d'un corps gras, comme pouvant remplacer les cataplasmes*; par M. Malherbe. (En étendant sur une des faces de la ouate une huile ou un corps gras simple ou chargé de principes médicamenteux, on aura, dit l'auteur, un cataplasme propre, léger, sans odeur, d'une application facile, ne se refroidissant pas, et surtout n'étant pas sujet, comme les antres, à s'altérer lorsqu'il est trop longtemps en place. On peut, bien entendu, le rendre à volonté tonique, astringent, narcotique, en modifiant la composition du corps gras dont on le charge.) 16° *Réunion par première intention des parties complètement séparées du corps*; par M. Dubroca. (Il s'agit d'une partie de la pulpe du pouce complètement séparée et réappliquée avec succès au bout de six à sept minutes. M. Dubroca craint que vu sa rareté, cette observation ne soit pas regardée comme authentique; mais les faits de ce genre sont trop nombreux aujourd'hui pour qu'on puisse refuser d'admettre ceux qui se présentent. On en trouve surtout un parfaitement constaté dans les bulletins de la société anatomique (n° 1, nouvelle série). Cette observation, publiée par M. Bean, ne diffère même de celle de M. Dubroca qu'en ce que l'os de la phalangette était lui-même divisé, et que les parties ne furent replacées en contact qu'après plus d'une demi-heure.) 17° *Hydrophobie*; par M. Potier. 18° *De l'ongle incarné*; par M. Carré. (L'auteur propose la cautérisation.) 19° *Ongle incarné; méthode simple et facile*; par M. Payan. 20° *Grossesse compliquée d'hydatides*; par M. Villers. (Fait ordinaire.) 21° *Opération césarienne avec suture de la matrice, guérison*; par M. Godefroy. (Observation déjà insérée en entier dans la GAZ. MÉD. 1840, p. 444.) 22° *Opération césarienne, extraction d'un fœtus à terme et vivant, tympanite, double ponction, mort*; par M. Espezel. (Observation abondant en détails et manquant néanmoins de ceux qui pourraient la rendre intéressante.)

MÉMOIRE SUR L'ACTION DU MERCURE ET CELLE DE SES PRÉPARATIONS SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE; DE LEUR USAGE THÉRAPEUTIQUE DANS QUELQUES AFFECTIONS DES YEUX; par le docteur MASLIEURAT.

Ce travail, qui n'est point une monographie du mercure, contient cependant un assez grand nombre de faits intéressans sur l'emploi de ce médicament; nous en allons reproduire quelques-uns; nous ne ferons qu'indiquer l'un des premiers effets de l'emploi du mercure, qui est non seulement de s'opposer à la coagulation du sang, mais encore d'augmenter sa fluidité, d'en faciliter la circulation et d'amener un état anémique qui prédispose soit à des hémorragies passives, soit à l'aménorrhée, car jusqu'ici on n'a pas profité dans la pratique de cette observation comme on aurait dû le faire.

Pour que les effets du mercure sur l'organisme soient produits par les applications extérieures, il faut que l'on en facilite l'absorption par des frictions ou par l'ablation de l'épiderme, les préparations mercurielles appliquées simplement sur la peau ne produisant aucun effet.

La salivation, qui est l'un des premiers effets de l'absorption du mercure, est plutôt, suivant M. Maslienrat, le produit d'une affection de toute la muqueuse buccale que des glandes salivaires seulement. Les motifs sur lesquels il appuie cette opinion, sont l'absence d'augmentation de volume, de douleur et même de gêne dans la parotide et les autres glandes salivaires; la tuméfaction de la muqueuse buccale et des gencives avec gonflement et qui précède le plus souvent la salivation, le développement à leur surface d'ulcérations à fond grisâtre et d'un pellicule blanchâtre au-dessous de laquelle il y a une rougeur plus ou moins intense. La salive en augmentant devient de plus en plus visqueuse, finit même par ressembler presque à des blancs d'œufs liquides, et paraît presque exclusivement formée par du mucus. Lorsque les malades restent un instant la bouche ouverte, on voit, et ils sentent parfaitement le liquide venir de toute la muqueuse buccale et, dans aucun cas, il n'afflue par le canal de Sténon. L'auteur ne nie pas cependant que la sécrétion sali-

---

soit de ces inconvéniens, l'Académie ne peut, sans manquer à ce qu'elle doit à la science, à ce qu'elle doit aux personnes dont la considération et l'honneur sont engagés dans ce débat, à ce qu'elle se doit à elle-même, achever dans l'ombre ce qu'elle a commencé à la clarté du jour. Ce serait un acte de faiblesse qui serait nécessairement mal interprété. Il faut qu'elle aille jusqu'au bout de sa tâche avec courage et loyauté; et, quelle que soit sa décision, il ne faut pas qu'on puisse la rendre suspecte et lui ôter toute autorité en disant qu'elle a été délibérée et portée dans les ténèbres.

Sur ce, nous prions Dieu d'avoir notre chère Académie en sa bonne et sainte garde.

EXPÉRIENCES SUR LA CONTRACTILITÉ DES POUMONS ET DES BRONCHES.

Le docteur Williams vient de résoudre par l'expérimentation la question tant de fois agitée de la contractibilité des bronches. Ces expériences furent faites avec un tube courbé sous la forme d'un syphon renversé et plein d'un liquide coloré que l'on attachait à la trachée-artère ou à l'une de ses divisions, et dans lequel les oscillations du liquide pouvaient permettre de constater la contraction des bronches ou des poumons. Dans une de ces expériences, après avoir enlevé les poumons sur un chien qui venait d'être tué par la section de la moelle, et avoir attaché l'instrument à la trachée, les poumons ayant été affaissés au moment où l'on fit passer un courant galvanique du bord des poumons au tube métallique contenu dans la trachée, on vit le liquide coloré s'élever rapidement, mais graduellement de près de 54 millimètres. Dans une autre expérience, la colonne s'éleva de 67 millimètres. Après plusieurs expériences sur le même poumon, l'irritabilité disparaissait, mais elle revenait après un peu de repos. Les mêmes expériences, répétées avec des stimulans mécaniques, ont offert les mêmes résultats. Dans d'autres expériences, on constata également, sans l'aide du tube, la contraction des fibres bronchiques; on galvanisa une grande bronche prise sur un fort chien, qu'on avait coupée longitudinalement et mise à plat. On la vit se dessiner en creux et se contracter d'un tiers, et même, sur quelques points, de la moitié de son étendue.

— NOTICE STATISTIQUE SUR LES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DU BAS-RHIN, d'après les observations recueillies à l'hospice de Stéphansfeld pendant les années 1836, 1837, 1838, 1839; par L.-F.-B. RENAUDIN, docteur ès-sciences et en médecine, ancien médecin de cet établissement, in-8°. Prix : 2 fr.

Strasbourg, chez Derivaux, libraire.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

vaire ne soit réellement accrue, mais alors c'est l'irritation de la muqueuse qui détermine sympathiquement la sécrétion plus abondante des glandes salivaires; de même que cette sécrétion est accrue même par la seule pensée qu'un corps acide est en contact avec cette muqueuse, comme elle l'est dans la glossite, le muguet, la diphtérite.

L'action du mercure sur les autres appareils glandulaires n'est pas plus manifeste que sur ceux qui sont placés dans le voisinage de la bouche. Quand ces préparations, par exemple, agissent comme purgatifs, c'est par l'irritation qu'elles produisent sur le tube digestif et nullement par l'augmentation de sécrétion des glandes dont le canal excréteur vient s'y rendre.

Les moyens que l'on emploie avec le plus d'efficacité pour combattre la salivation mercurielle et ses effets, viennent encore à l'appui de l'opinion de l'auteur; car ce n'est pas sur les glandes salivaires, mais sur les muqueuses buccales qu'agissent ces divers moyens parmi lesquels nous citerons l'application sur les gencives d'acide hydrochlorique conseillée par M. Ricord, les frictions faites sur les mêmes surfaces avec la poudre d'alun conseillées par M. Velpeau, et celles faites avec la poudre bien sèche et bien pulvérisée de chlorure de chaux dont M. Maslieurat vante beaucoup les heureux effets.

Il arrive quelquefois que dans le traitement de la cachexie mercurielle les purgatifs et l'opium, moyens par lesquels on la combat ordinairement, ne suffisent pas pour détruire des phénomènes qui durent quelquefois un temps infini. Dans ces cas l'auteur conseille de soumettre à l'usage du lait et pour aliment et pour boisson, les malades qui sont ainsi saturés de mercure. Un fait qui vient à l'appui de cette modification, connue au reste depuis longtemps, c'est l'action qu'exerce le lait sur le deuto-chlorure de mercure, il se fait, en effet, entre ces deux substances mélangées une combinaison telle, qu'il en résulte un produit qui contient toujours le deuto-chlorure; mais sous une forme au moyen de laquelle il est absorbé par l'estomac avec une grande facilité et surtout sans produire aucune irritation sur l'estomac.

Observations relatives à quelques points de l'histoire de l'affection typhoïde chez les enfans; par les docteurs Barthez et Billiet.

Les faits rapportés dans cette communication sont de deux ordres; les uns sont des cas de fièvre typhoïde ou au moins d'affections ayant une grande analogie avec cette maladie, et après la mort on n'a trouvé aucune lésion des glandes de Peyer; les autres sont des cas que les auteurs désignent sous le nom de récidives de fièvre typhoïde. Nous nous contenterons de dire quelques mots sur la valeur de ces différens faits.

La question que soulèvent les auteurs dans la première série de faits est plus difficile qu'ils ne semblent le croire. Si chez l'adulte le diagnostic de la fièvre typhoïde offre tant de difficultés, s'il est vrai qu'il n'y a pas de symptômes vraiment pathognomoniques pour cette affection, combien ce diagnostic doit-il être plus difficile encore chez les enfans! Aussi nous devons dire que les quatre observations d'affections simulant la fièvre typhoïde recueillies et rapportées ici par les auteurs ne nous offrent, par leur symptomatologie, que des cas fort douteux de fièvre typhoïde et conséquemment n'ont aucune valeur dans la discussion qui s'est élevée sur la présence des lésions des glandes de Peyer dans l'universalité des cas de fièvre typhoïde. Dans le premier cas rapporté, par exemple, nous voyons l'histoire d'une affection aiguë avec symptôme d'adynamie et quelques accidens du côté des voies digestives et respiratoires et terminée par la mort vers le onzième jour; l'enfant, qui était âgé de 5 ans et demi, ayant présenté un jour deux taches rosées lenticulaires mal dessinées autour de l'ombilic et qui avaient disparu le lendemain. Le sujet de la seconde observation était un enfant de 3 ans qui était malade depuis huit jours quand il fut apporté à l'hôpital et qui succomba au bout de huit jours, après avoir offert les symptômes d'une affection aiguë et très grave. A l'autopsie on trouva les deux poumons farcis de pneumonies lobulaires avec une grande caverne gangreneuse. Dans ce cas, nous ne trouvons encore rien qui rappelle d'une manière positive une affection typhoïde, et si nous étions obligé de caractériser la maladie, nous soupçonnerions plutôt une affection éruptive inobservée. Les deux dernières observations, bien que recueillies chez des sujets qui approchaient de la puberté, pourraient faire le sujet de réflexions analogues.

Quant aux deux faits sur lesquels les auteurs croient avoir observé la fièvre typhoïde deux fois, il nous suffira de dire que dans l'un de ces deux cas, cette prétendue récidive a eu lieu au bout de quinze jours, et dans l'autre, au bout de onze, et que dans aucun on n'a pu constater la lésion de follicules intestinaux pour faire comprendre qu'il n'y a probablement pas eu dans ces cas de récidive, mais quelque affection nouvelle contractée pendant le cours de la convalescence.

De l'inoculation appliquée à l'étude des maladies syphilitiques; par M. H. de Castelnau.

Le mémoire de M. de Castelnau est sans contredit un des plus remarquables qui aient depuis longtemps été publiés sur la matière. L'importance du sujet, le choix des preuves et la manière dont elles sont présentées, tout nous fait un devoir d'examiner avec attention ce travail qui, sur la plupart des points, n'est autre chose qu'une réfutation des idées de M. Ricord. Nous allons exposer les idées de l'auteur ainsi que les observations qui leur ont servi de base, tout en nous réservant le droit de critique et sur ces idées et sur ces observations.

Les recherches de M. de Castelnau portent sur trois points: 1° les résultats fournis par l'inoculation; 2° son utilité; 3° ses inconvéniens.

1° Résultats fournis par l'inoculation. — Nous ne rappellerons pas les questions sur lesquelles M. de Castelnau est du même sentiment que M. Ricord; telles sont la non inoculabilité des symptômes secondaires de la syphilis et des pustules muqueuses, les résultats variables de l'inoculation du pus des bubons, etc. La première proposition au sujet de laquelle les deux auteurs se trouvent en désaccord est la suivante: Quelquefois les chancres ne s'inoculent pas, quoiqu'ils conservent leurs caractères sans aucune altération appréciable, c'est-à-dire quoiqu'ils soient récens et qu'ils offrent tous les caractères de ce que M. Ricord appelle la période de progrès. Cette assertion, M. de Castelnau l'appuie sur une observation dont nous allons donner les principales circonstances.

Obs. I. — Une femme de 18 ans, n'ayant jamais été malade, soit de la syphilis, soit d'une autre affection, se fit, il y a trois semaines, à la suite d'excès vénériens, une déchirure à la fourchette qu'un médecin déclara n'être qu'une plaie simple. Il y a trois semaines, *sa première plaie n'étant pas complètement cicatrisée*, nouveaux rapports sexuels après lesquels sa plaie s'étend, et prend un aspect gris. Elle apprend aussi que son nouvel amant est affecté de chancres. Entrée à Lourcine le 4 février 1840, on trouve à la fourchette un chancre de 6 à 7 lignes, à surface grise, à bords découpés, rouges, indurés ainsi que la base. Rongeur médiocre du vagin, *écoulement vaginal jaune blanchâtre*. Inoculation avec le pus du chancre à droite, à gauche avec la matière de l'écoulement. Les jours suivans le chancre s'étend; on fait trois nouvelles inoculations avec son pus. (Injections vaginales astringentes, cautérisation du chancre et pansement avec le vin aromatique, 2 pilules de proto-iodure de mercure par jour.) Les inoculations ne produisent rien. Le 14 mars le chancre est cicatrisé. L'écoulement reprend une teinte jaune et devient plus abondant. Quelques végétations très petites se développent à la face interne des petites lèvres; on les cautérise avec le nitrate d'argent. L'écoulement est traité par l'introduction d'un tampon saupoudré d'alun pulvérisé. Le 3 juillet, il est peu abondant et parfaitement blanc. La malade sort.

Rappelons maintenant le principe que cette observation est destinée à prouver. *Le pus d'un chancre à la période de progrès peut ne pas s'inoculer.* D'abord, pour faire admettre une assertion qui, d'après les résultats contraires de M. Ricord, paraîtra à beaucoup de personnes suffisamment paradoxale, il faudrait, ce me semble, plus d'une observation; Quand les faits positifs se produisent journellement par centaines, un seul fait négatif, exceptionnel même au jugement de celui qui l'a recueilli (M. de Castelnau n'a obtenu ce résultat qu'une fois sur huit inoculations de chancre), suffit-il donc, même en le supposant authentique, pour ruiner la doctrine contre laquelle il s'élève? .. Mais ne comptons pas, bornons-nous à apprécier. L'ulcération était-elle réellement ici de nature syphilitique? Voilà ce qu'il faut d'abord éclaircir. Pour nous la question n'est pas douteuse, et à nos yeux ce n'était pas un chancre puisque l'inoculation n'a pas réussi. Libre à M. de Castelnau de nier la légitimité de cette conclusion, de répéter que c'est là une pétition de principe, puisque l'infaillibilité de l'inoculation comme moyen de diagnostic est justement la chose à prouver. Nous le ramènerons toujours au même point: vous dites que l'ulcération était un chancre; où sont vos preuves? Or, en matière de preuves, son observation nous paraît singulièrement pauvre. Une femme a une plaie à la fourchette; dans cet état elle a des rapports d'où résulte, suivant les détails donnés par l'auteur, une blennorrhagie vaginale; sous l'influence de cette inflammation, la plaie prend l'aspect extérieur d'un chancre; voilà absolument tout ce qui ressort du texte même de l'observation. Mais s'est-il développé simultanément d'autres chancres dans des points qui n'étaient pas dénudés avant le coït présumé infectant? Non. Ce prétendu chancre a-t-il laissé à sa suite de l'induration? Non. A-t-on examiné l'individu qui avait eu des rapports avec la malade? Non. A-t-elle transmis elle-même des chancres à quelques personnes? Non. A-t-elle éprouvé consécutivement des accidens de syphilis constitutionnelle? Encore non. On le voit donc, c'est d'après le seul

aspect de l'ulcération qu'on a conclu à sa nature syphilitique, comme si l'existence d'une plaie dans le point qui en était le siége et la coïncidence de la blennorrhagie vaginale n'expliquaient pas très bien cet aspect, comme s'il n'était pas admis de tous que les caractères huntériens peuvent se rencontrer sur les solutions de continuité, même les plus bénignes, comme si les exemples cités par Fricke, par M. Desruelles, etc., d'erreurs commises à ce sujet par des médecins expérimentés, ne prescrivaient pas la plus grande réserve quand il s'agit de tirer des conséquences générales, je ne dirai pas des faits, mais *d'un fait* de ce genre.

M. de Castelnau établit ensuite que les chancres peuvent prendre un bon aspect, commencer même à se cicatriser dans certains points, pendant qu'en d'autres points ils conservent la propriété de s'inoculer. Cette remarque avait déjà été faite par M. Ricord; et il avait aussi observé que cette amélioration partielle de la surface ulcérée ne persévère ordinairement pas, le pus des points encore chancreux s'inoculant bientôt aux parties en voie de guérison, et y renouvelant les conditions de virulence syphilitique auxquelles elles venaient d'échapper.

L'inoculation de la matière blennorrhagique produit-elle des chancres? Question tout à fait à l'ordre du jour, et sur laquelle tous les syphilographes sont aujourd'hui tenus de s'expliquer. M. de Castelnau cite d'abord l'expérience de Hunter qui, à elle seule, dit-il, ne saurait certainement fournir une preuve irrécusable. Il mentionne ensuite les observations de M. Ricord qui, sur 70 inoculations faites avec le muco-pus blennorrhagique, a obtenu 6 fois la pustule caractéristique. « Que M. Ricord, dit-il ensuite, explique ces 6 cas par des chancres siégeant dans l'urètre, c'est une hypothèse commode et à la rigueur possible; mais du possible au certain la distance est considérable, et M. Ricord montre beaucoup trop de facilité à la franchir. Non pas que je veuille contester l'existence des chancres de l'urètre, je les admets avec lui, quand je les vois, et je dois dire qu'il m'en a fait voir; mais quand on ne les voit pas et que rien n'indique d'une manière certaine qu'ils doivent exister, ne doit-on pas alors se retrancher dans le doute? » Nous ne saurions nous élever avec trop de force contre ce raisonnement. Sur 70 blennorrhagies, 6 seulement ont donné un chancre par l'inoculation. De ces 6 cas, il en est deux où M. de Castelnau avoue (voy. p. 182), que le résultat positif de l'inoculation fut dû à un chancre dans le canal; et cette explication si simple et si rationnelle, il la repousse pour les autres cas, par la seule raison qu'il n'a pas *vu* les chancres. Mais peut-on voir tous les chancres urétraux? Connaît-on des moyens assurés d'en constater l'existence? S'il y avait des signes positifs indiquant la présence d'un chancre dans l'urètre, je concevrais, ces signes venant à manquer dans un cas où le muco-pus blennorrhagique aurait produit la pustule, qu'on pût nous dire: votre explication est en défaut; il n'y a point ici de chancre dans le canal. Mais rien n'est plus obscur dans quelques circonstances que ce diagnostic. S'il y a des chancres urétraux patens, incontestables, il en est d'autres dont le résultat de l'inoculation peut seul révéler la présence. Le résultat de l'inoculation! allez-vous dire, triste preuve! pure hypothèse! Attendez un instant. Cette interprétation ne vous semblant pas admissible, vous expliquez le fait en disant que le fluide blennorrhagique possède par lui-même la propriété de produire un chancre (voy. p. 183). Mais s'il en est ainsi, pourquoi donc cet effet a-t-il lieu aussi rarement? Car la nature est une et invariable dans ses opérations; son procédé est toujours le même, et c'est pour cela que, dans les sciences d'observation, une théorie n'est soutenable qu'à la condition de comprendre la grande majorité des faits. Or, qu'est-ce que cette loi qui sur 70 cas présente 64 exceptions. A franchement parler, hypothèse pour hypothèse, je préférerais encore celle qui laisse 4 faits inexpliqués à celle qui en compte 64 de contraires. Direz-vous que les blennorrhagies virulentes sont seules capables de produire la pustule? Mais qu'est-ce que les blennorrhagies virulentes? Sans l'inoculation, je vous défie de les distinguer. Seront-ce les blennorrhagies contagieuses que vous appellerez virulentes? L'explication tomberait encore par la base; car c'est sur des blennorrhagies contagieuses qu'on expérimente le plus souvent dans les hôpitaux, et vous avez pu voir par les chiffres de M. Ricord si l'inoculation de leur muco-pus a eu bien souvent un résultat positif.

M. de Castelnau a aussi pratiqué quinze fois l'inoculation du muco-pus blennorrhagique, et sur ce nombre il a obtenu une fois la pustule. Voyons dans quelles circonstances.

Obs. II. — Une femme de 23 ans sentit, il y a quinze jours, deux boutons se développer à la grande lèvre; en même temps des fleurs blanches, qu'elle avait depuis quatre ans, devinrent plus abondantes et prirent une coloration jaunâtre. Entrée à Lourcine le 28 janvier, on trouve sur le bord libre de la grande lèvre deux saillies d'un rouge obscur, dont une offre, dans presque toute son étendue, une ulcération très superficielle, rosée, et fournissant une sécrétion très fluide et très rare. On fait, avec la matière de cette sécrétion, deux inoculations à la cuisse droite. Le col utérin a 29 millimètres environ de diamètre antéro-postérieur, et présente, dans toute sa surface, une ulcération granulée et rosée sur tous les points; le vagin, et surtout le col, fournissent un écoulement muco-purulent jaune, assez abondant. Inoculation par deux piqûres à la cuisse gauche du liquide qui coule sur le col. (Cautérisation de la cavité utérine; injections alumineuses.)

1er février. Sur chaque cuisse, une des inoculations seulement offre la pustule chancreuse. On essuie parfaitement avec de la charpie sèche la surface du col; on va chercher dans la cavité utérine, à l'aide d'un pinceau délié, de la matière blennorrhagique, et l'on fait, avec cette matière, deux inoculations à la cuisse gauche.

4 février. Une de ces deux dernières inoculations a fourni la pustule caractéristique. Du reste, les jours suivans, les trois inoculations positives s'étendent et ont l'aspect de chancres indurés. (Traitement par le proto-iodure de mercure.)

L'écoulement vaginal a presque disparu le 19 mars. A cette époque, l'ulcération du col a beaucoup diminué. La malade sort le 24.

Le lecteur a déjà vu sans doute, dans cette observation, les circonstances qui la frappent de nullité. S'il s'agissait d'un cas de blennorrhagie simple, nous n'oserions qu'avec réserve invoquer, pour expliquer le résultat de l'inoculation, l'existence d'un chancre larvé dans la cavité utérine; ou du moins cette supposition, que rien ne justifierait, paraîtrait inadmissible. Mais ici la malade a contracté en même temps qu'une blennorrhagie de véritables chancres; cela résulte du succès de l'inoculation pratiquée avec le pus pris sur l'ulcération de la grande lèvre. Il est donc plus que probable que le liquide du col utérin provenait aussi d'une ulcération chancreuse, soit de celle qui était visible, soit d'un prolongement qu'elle envoyait à l'intérieur. La surface de l'ulcère était rose et granulée, nous dit-on; mais en était-il ainsi sur tous les points, et notamment dans la cavité utérine? En un mot, la présence de chancres aux grandes lèvres, et la coïncidence du début de la blennorrhagie avec leur apparition, suffisent pour ôter à cette observation la valeur qu'elle aurait sans ces deux circonstances, car elles prouvent que la malade avait subi récemment une infection véritablement syphilitique.

2° Utilité de l'inoculation. — A. L'inoculation sert-elle à distinguer les symptômes primitifs des symptômes consécutifs? En d'autres termes, faut-il admettre que tout symptôme non inoculable ne peut pas se transmettre par le contact? M. de Castelnau répond à cette question par la négative, et s'appuie, pour nier cette assertion de M. Ricord, sur l'exemple de la syphilis des nouveau-nés chez lesquels des symptômes évidemment secondaires se transmettent parfois à la nourrice; et il cite une observation où, autant qu'il est possible de s'en assurer, l'infection syphilitique de la nourrice fut entièrement due à la maladie de l'enfant qu'elle allaitait. On rapprochera avec fruit ce fait de celui qu'a publié récemment M. Bouchacourt. (Voy. Gaz. Méd., 1841, n. 32.) L'auteur rappelle encore, à l'appui de son opinion, les tubercules muqueux dont le liquide n'est point inoculable, et qui peuvent néanmoins se propager par le simple contact, sans qu'aucun chancre en ait précédé l'apparition. Il ne cite à la vérité aucune observation de ce genre; de sorte que le fait exige d'autres preuves; on en trouvera d'ailleurs un exemple entouré de détails qui nous paraissent assez concluans dans l'ouvrage de M. Baumès. (Voy. Traité théor. et prat. sur les malad. vénér., t. I.)

Nous avouons que la question de la transmission des tubercules muqueux et celle de la syphilis des nouveau-nés ont besoin de nouvelles lumières; mais alors même que la possibilité de la contagion directe nous semblerait démontrée dans ces deux cas, il ne s'ensuivrait pas que nous crussions devoir admettre le fait pour tous les autres symptômes de la vérole constitutionnelle. Leur non transmissibilité par le contact est une chose trop évidente pour qu'on ne reconnaisse pas au premier coup-d'œil ce qu'il y a d'exagéré dans cette proposition de M. de Castelnau: « Lorsqu'on a inoculé une affection quelconque, et que le résultat a été négatif, on ne peut pas conclure qu'elle constitue un symptôme de syphilis constitutionnelle. »

B. De ce que le pus d'une ulcération n'est pas inoculable, peut-on conclure que cette ulcération n'est pas un chancre? Non, dit M. de Castelnau; et il blâme M. Ricord d'avoir soutenu que le diagnostic du chancre ne repose pas sur l'ensemble de ses caractères extérieurs, mais sur sa propriété de donner la pustule par l'inoculation. « Ne serait-il pas aussi raisonnable, ajoute M. de Castelnau, de dire: ce n'est ni parce qu'elle a été précédée d'une contagion, ni parce que, à la contagion, a succédé l'incubation, à celle-ci l'invasion avec tout son cortège, à l'invasion l'éruption, à l'éruption la suppuration avec ses pustules ombiliquées et sa fièvre secondaire, etc., que la variole est une variole, mais bien parce qu'elle s'inocule? Ne semblerait-il pas qu'il n'y a d'autres moyens de reconnaître la nature spécifique des maladies que la seule inoculation?... » Il est par trop évident qu'entre les deux termes de la comparaison qu'établit ici M. de Castelnau, il n'y a aucune similitude. La variole peut ai-

sément se distinguer de toute autre affection, par sa seule symptomatologie. Si les signes extérieurs du chancre suffisaient également pour le séparer de toute autre affection, nous n'accorderions pas à l'inoculation une aussi grande importance dans son diagnostic. Mais puisque les mêmes caractères peuvent s'offrir dans un chancre et dans une ulcération tout à fait bénigne, pourquoi repousser un moyen qui, seul, permet de faire la distinction? Voilà toute la question.

C. De ce qu'un chancre ne s'inocule pas, s'ensuit-il qu'il n'est pas contagieux? « Je n'ai et je ne connais, dit M. de Castelnau, aucun fait qui prouve directement le contraire, mais le raisonnement suffit pour résoudre la question; il est évident que, puisque les accidens secondaires peuvent bien être contagieux sans être inoculables, *à fortiori*, doit-il en être de même des accidens primitifs? » A ce *raisonnement*, nous n'avons vraiment rien à répondre.

D. Quant à la nature de la blennhorragie, la question est complexe. Est-elle une inflammation pure et simple, comme le veut M. Ricord? M. de Castelnau le nie, en faisant observer que le muco-pus qu'elle fournit est contagieux et inoculable. C'est donc une maladie spécifique; mais il reste à déterminer si sa nature diffère de celle du chancre, comme le pense B. Bell, ou si ces deux affections dépendent d'un principe identique? M. de Castelnau adopte cette seconde manière de voir; en effet, dit-il, 1° il n'est pas démontré que l'inoculation de la blennhorragie ne produise jamais de chancre. (Nous avons vu ci-dessus ce qu'il faut penser de cet argument.) 2° En supposant qu'il en fût ainsi, on ne pourrait en conclure que la blenohorragie n'est point syphilitique; pas plus qu'on ne pourrait le dire des ulcères à la gorge, des syphilides, etc. (Non, mais ce résultat prouverait au moins qu'elle ne ressemble pas au chancre, puisque celui-ci s'inocule.) 3° Le chancre produit quelquefois une blennhorragie, et une blennhorragie qui n'est point une inflammation, mais une maladie inoculable et contagieuse. (Cela démontre-t-il que le chancre et la blennhorragie résultent d'un même virus? En aucune manière; pour que la chose fût établie, il faudrait, comme l'a fort bien fait observer M. Ricord (Voy. TRAITÉ PRAT. DES MAL. VÉNÉR., p. 129), que, *réciproquement*, le muco-pus blennhorragique produisît le chancre. Or, on sait qu'il n'en est pas ainsi, soit qu'on l'applique sur les muqueuses, soit qu'on le dépose sous l'épiderme.) 4° On a vu des symptômes consécutifs, après une blennhorragie, et M. de Castelnau annonce qu'il donnera, dans une autre occasion, des observations de cette nature, et *plus précises*, dit-il, que celles qu'on a rapportées jusqu'ici. (En attendant ces observations péremptoires, nous persistons à nier simplement le fait.)

3° INCONVÉNIENS DE L'INOCULATION. — Si l'inoculation est sans avantages, dit M. de Castelnau, elle n'est pas sans inconvéniens : en premier lieu, selon toutes les probabilités, elle augmente les chances d'infection; du moins cela est tout à fait conforme à la loi de physiologie d'après laquelle plus une surface est étendue, plus l'absorption est à redouter. On a dit (M. Ricord) que des faits nombreux démentaient ces craintes; mais quels sont ces faits, et comment s'assurer qu'un individu soumis à l'inoculation n'a eu, par la suite, aucun accident secondaire? En second lieu, l'inoculation détermine quelquefois des accidens locaux, qui sont eux-mêmes plus graves que la maladie primitive. M. de Castelnau cite à ce propos un cas où il a vu les chancres d'inoculation persister fort longtemps, malgré les soins les plus assidus et l'excellente constitution du sujet. Analysant ensuite les propres observations rapportées dans l'ouvrage de M. Ricord, il trouve que, dans celles où l'on a noté l'époque de terminaison du chancre inoculé, la moyenne de sa durée a été de 27 jours.

Ce chiffre de 27 jours frappe au premier coup-d'œil, et l'on est d'abord tout porté, comme M. de Castelnau, à condamner une pratique qui expose à des accidens locaux d'une pareille durée. Mais la réflexion vient bientôt nous rassurer. Ce qui effraie le plus, en effet, dans ce chiffre de 27 jours c'est la perspective de porter, pendant tout ce temps un foyer d'infection. Mais remarquons que, dans son tableau analytique des faits de M. Ricord, M. de Castelnau a rapporté le début du chancre au jour de l'inoculation, et non à l'époque où le pus de la pustule est devenu inoculables, et sa fin à l'époque où tout est cicatrisé, et non à celle où commence la réparation. Si l'on veut calculer le temps pendant lequel le chancre est demeuré virulent, voilà donc déjà à défalquer du nombre de 27 jours la période où le pus n'était pas encore contagieux, celle où il ne l'était plus. En outre, M. Ricord, persuadé de l'innocuité de sa méthode expérimentale, a, dans beaucoup de cas, laissé marcher la pustule, afin que le chancre d'inoculation parût aux yeux des élèves avec tous ses caractères; mais il serait en général facile d'en abréger la durée, en cautérisant dès le principe.

Ces considérations montrent que la durée du chancre inoculé n'est pas aussi grande que M. de Castelnau l'a prétendu. Maintenant cette méthode aggrave-t-elle les chances d'infection générale? Ceci est une toute autre question. Nous avons rapporté les objections que fait valoir M. de Castelnau; on connaît les argumens opposés par M. Ricord. Nous n'avons pas à nous prononcer entre ces deux auteurs.

ASPHYXIE CAUSÉE PAR L'INTRODUCTION DANS LA PARTIE SUPÉRIEURE DES VOIES AÉRIENNES D'UN MORCEAU DE BOEUF DE LA GROSSEUR D'UN OEUF DE POULE; par M. Millet.

Cet accident arriva chez un aliéné atteint de paralysie générale à un degré très avancé. L'asphyxie fut tellement prompte qu'on n'eut le temps de lui donner aucun secours. L'autopsie fit voir que le corps étranger siégeait à l'ouverture supérieure du larynx, reposant sur les cordes vocales supérieures, et obstruant complètement le canal aérien. On retrouva dans la trachée et jusque dans les dernières ramifications bronchiques, de la bouillie que le malade avait mangée immédiatement avant le morceau de bœuf.

Nous rappellerons à cette occasion le fait non moins intéressant, présenté par M. Fleury à la société anatomique (voy. BULLETIN de juillet 1836), d'un homme qui fut asphyxié de la même manière, par un morceau de viande, *de 3 pouces de hauteur et de 2 pouces et demi d'épaisseur*, que l'autopsie montra arrêté à l'entrée de l'œsophage et fermant complètement l'ouverture du larynx; il faisait saillie dans le pharynx, de sorte que si l'on était arrivé à temps, il eût été facile de l'extraire. Le sujet était convalescent d'une hémorragie cérébrale.

M. Cazalis rapporta à ce sujet qu'il avait été témoin d'une asphyxie semblable produite chez un vieillard par une poignée de sel avalée précipitamment. Enfin M. Cruveilhier dit aussi qu'il a eu l'occasion de voir l'asphyxie survenue chez des épileptiques qui avaient une attaque pendant leur repas et chez lesquels les alimens passaient dans la trachée.

En résumé, un aliéné, un vieillard, des épileptiques, un homme récemment frappé d'apoplexie, tels sont les sujets chez lesquels on a observé cet accident; et cette remarque confirme la vérité de ce que dit M. Millet sur la nécessité de surveiller pendant leurs repas les individus placés dans de semblables circonstances, de ne leur donner que des alimens ou liquides, ou solides divisés en très petits morceaux, et de faire attention à ce qu'ils ne mangent pas avec trop de gloutonnerie. Ce sont là des réflexions vulgaires, mais elles sont justes; et l'on voit que, outre le fait de M. Millet, il en existe d'autres en assez grand nombre pour montrer la nécessité de ces précautions.

AMPUTATION SCAPULO-HUMÉRALE FAITE PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ; par M. BONNAFON.

Un des grands avantages du procédé de M. Larrey pour la désarticulation du bras, c'est qu'au moyen de l'incision longitudinale qui en constitue le premier temps, on peut examiner l'état des parties lésées, et pratiquer ensuite, ou la résection de la tête osseuse, si on la juge suffisante, ou la désarticulation elle-même, si elle se trouve indiquée. Au lieu de faire partir cette incision du sommet de l'acromion, M. Bonnafon, à l'exemple de M. Baudens, la fait à la partie antérieure, au-dessous de l'apophyse coracoïde, mais il la conduit plus bas que ce dernier chirurgien, et jusqu'à 40 millimètres au-dessous de l'insertion du tendon du grand pectoral. Il porte ensuite le couteau transversalement sur le bras, et pratique une seconde incision qui contourne ses deux tiers postérieurs et externes, et vient se réunir à angle droit à l'extrémité inférieure de la première. Les tégumens étant incisés et fortement rétractés, il coupe les muscles jusqu'à l'os, au niveau de leur rétraction. Le lambeau résultant de la rencontre de ces deux incisions est renversé en dehors par un aide, pendant que l'opérateur détruit les brides qui unissent la face interne des muscles à l'humérus. Il incise alors la capsule et les tendons des muscles qui vont aux deux tubérosités, sépare la tête de la cavité glénoïde, et glisse le couteau à plat entre l'humérus et les chairs, qu'il coupe en rasant l'os jusqu'au niveau de l'angle postérieur de l'incision transversale. L'aide saisit l'artère entre ses doigts, et l'opération se termine comme dans le procédé de M. Larrey, avec cette différence qu'il faut avoir la précaution de faire tomber cette dernière incision au même niveau que la transversale dont elle n'est que la continuation, et qui, dès-lors, devient circulaire.

Nous avons copié textuellement la description de ce procédé, qui n'a encore été expérimenté que sur le cadavre, et dont chacun pourra apprécier le but et les conséquences.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR UN CAS DE PHTHISIE TRÈS CARACTÉRISÉE; GUÉRISON; par le docteur POUCHET.

Cette observation est l'histoire d'un malade qui, à l'âge de 36 ans, et d'une constitution robuste, présenta, à la suite d'une dysenterie aiguë, une affection pectorale et tous les signes extérieurs, suivant l'auteur, d'une affection tuberculeuse avancée: émaciation générale très prononcée; expectoration épaisse et grisâtre; escarres au sacrum; sueurs nocturnes; mouvement fébrile tous les soirs; toux continuelle; matité dans la plus grande partie de la poitrine, en avant, avec bruit de gargouillement qu'on retrouvait encore sous l'aisselle, ainsi qu'à la partie postérieure et inférieure du même côté; pectoriloquie manifeste dans les régions sus et sous-hyodiennes; crachats d'un gris-jaune, agglomérés, d'une odeur nauséabonde. Quatre cautères furent simultanément appliqués, deux sous chaque clavicule; trois larges emplâtres de poix de Bourgogne saupoudrés d'émétique recouvrirent tout le reste de la poitrine. Après une réaction énergique déterminée par ces moyens, le malade éprouva une amélioration qui fut en augmentant graduellement, et, au bout de quatre mois, il avait repris de l'embonpoint et toute l'apparence d'une bonne santé, bien qu'il toussât encore quelquefois. Sept autres sujets regardés comme phthisiques et traités en même temps, et par les mêmes moyens, n'en éprouvèrent aucune amélioration et succombèrent tous.

ONGLE INCARNÉ, MÉTHODE CURATIVE, SIMPLE ET FACILE; par M. PAYAN.

Le traitement que conseille M. Payan, et qu'il dit avoir employé depuis près de deux ans avec un succès constant, a pour but de détruire seulement la partie de la matrice unguéale qui correspond au bord de l'ongle qui rentre dans les chairs, en respectant le reste de cet organe sécréteur. Voici comment il remplit cette indication : soit le bord externe de l'ongle du gros orteil qui s'incarne, on taille un morceau de diachylum, de manière à lui donner la forme de l'ongle, et à ce qu'il puisse recouvrir exactement et la surface de celui-ci et les rainures qui sont à sa base et sur ses côtés; on pratique au bord postérieur de cet emplâtre une échancrure étroite, semi-lunaire, correspondant à la portion de matrice qui nourrit le bord incarné. Après avoir appliqué ce premier morceau, on en place par dessus, un second plus étendu qui recouvre et protège la peau de la région dorsale de l'orteil, mais qui présente aussi une échancrure correspondante à la précédente. Enfin, une bandelette obliquement dirigée en dedans est placée au côté de l'orteil, et finit par établir un espace allongé, triangulaire, dans lequel on aperçoit l'extrémité externe de la rainure unguéale postérieure, un peu des tégumens voisins et de la rainure externe. C'est dans cet espace, dont la base correspond par conséquent à la partie de la matrice unguéale qui est à détruire, que doit être placée la pâte de Vienne, caustique auquel M. Payan donne la préférence. Une bandelette recouvre le tout, et l'on prescrit au malade de tenir pendant quinze ou vingt minutes le pied penché en dehors, afin que la partie du caustique qui pourrait se liquéfier n'agisse que sur les chairs soulevées par l'ongle rentrant, ce qui n'a pas d'inconvénient. La cicatrisation de la plaie qui succède à la chute de l'escarre ainsi produite s'obtient communément du douzième au vingtième jour. On peut la hâter en incisant avec des ciseaux à lame étroite la partie de l'ongle qui s'enfonce dans les chairs, et qui n'est plus susceptible de se reproduire.

Si les deux bords de l'ongle étaient incarnés, on pourrait faire deux applications isolées du caustique sur les deux extrémités de la rainure postérieure de l'ongle et de sa matrice, après avoir pris les précautions convenables pour en protéger le restant.

Nous ne pensons pas que le procédé de M. Payan doive être employé, dans tous les cas, de prime-abord, puisque un certain nombre d'onyxis peuvent fort bien guérir, comme on le sait, par le seul effet des moyens qui agissent de manière à redresser l'ongle. Mais, quand on sera forcé d'en venir à la destruction de la matrice, ce sera évidemment ce mode de traitement qu'il conviendra d'abord d'essayer, car il est de beaucoup le plus simple, et n'entraîne pas, comme tous les autres procédés de cautérisation, la perte totale de l'ongle.

DE LA PNEUMONIE CHEZ LES ALIÉNÉS; par M. THORE, interne des hôpitaux.

Nous avions déjà la pneumonie des petits enfans, celle des enfans, de l'adulte, et enfin des vieillards; maintenant il y faudra joindre celle des aliénés; car, si nous en croyons M. Thore, chez ces derniers, la marche de la pneumonie, ses symptômes, son anatomie pathologique, présentent des particularités intéressantes à étudier, et la folie lui imprime un cachet propre qu'il importe de faire ressortir. C'est certainement la maladie qu'on observe le plus fréquemment chez les aliénés, et celle qui a l'influence la plus notable sur leur mortalité. Sur 76 individus qui ont succombé (où ?) pendant l'année 1839, à des affections incidentes, et non aux progrès de l'aliénation, 11 sont morts de pneumonie; ce qui fait 1 sur 7. Il est vrai que chez beaucoup d'individus les lésions de l'intelligence ont trop peu d'importance pour réagir sur le physique; mais il est d'autres cas où les facultés intellectuelles étant très profondément troublées elles donnent aux affections qui surviennent une physionomie particulière. La variété du délire est un élément qu'il faut se garder de négliger. La pneumonie sera, par exemple, d'un diagnostic facile dans un cas de manie, tandis qu'elle sera latente et quelquefois impossible à reconnaître dans la démence avec paralysie générale.

L'auteur distingue les observations qu'il a recueillies en trois séries; dans la première, il place celles où la maladie n'a pas différé de ce qu'elle est dans les cas les plus ordinaires; dans la seconde, un certain ordre de phénomènes manquait, par exemple, l'expectoration, la toux, la douleur; dans la troisième, ils étaient tous ou presque tous complètement absens. Nous passons donc immédiatement à la deuxième et à la troisième séries, afin d'examiner si la pneumonie présente réellement des caractères particuliers; car il ne suffit pas que la pneumonie soit fréquente chez les aliénés, et qu'elle se présente quelquefois latente chez eux, pour que l'on admette une pneumonie propre aux aliénés; car la fréquence n'est point un caractère, et on observe des pneumonies latentes chez des sujets autres que les aliénés.

La deuxième série ne comprend que deux observations dont nous allons rapporter les titres qui en donnent une analyse exacte, et où l'on verra les déviations de l'état pathologique normal.

OBS. I. — Démence avec paralysie, tout à coup décomposition des traits, face terreuse, absence d'expectoration; accélération du pouls et de la respiration, du côté gauche de la poitrine, matité, souffle tubaire et bronchophonie; à droite, râle humide; mort au bout de quelques heures; hépatisation rouge à droite, grise à gauche.

OBS. II.—Démence avec paralysie générale; pneumonie à gauche; la respiration bronchique et la bronchophonie disparaissent bientôt pour être remplacée par des râles humides; absence de toux, de crachats, de douleur de côté; mort; hépatisation du poumon gauche.

Trois des symptômes ordinaires de la pneumonie manquaient dans ces deux cas : la toux, l'expectoration, la douleur. Quant aux phénomènes stéthoscopiques et de percussion, ils n'ont offert qu'une déviation peu importante. Voici maintenant les trois faits que comprend la troisième série.

OBS. III. Démence avec paralysie générale; tout à coup prostration considérable; refus de nourriture; râle muqueux très abondant dans toute l'étendue de la poitrine; absence des phénomènes d'auscultation caractéristiques; mort rapide; hépatisation rouge des deux poumons.

OBS. IV. — Manie aiguë; agitation considérable; mouvement fébrile intense; râles humides dans toute l'étendue de la poitrine; mort. Le tissu des deux poumons a une teinte rosée, il est compacte, non granulé, friable, ne surnageant point; carnification.

OBS. V.— Démence avec paralysie générale; tout à coup prostration extrême; absence de douleur, de toux, d'expectoration; accélération de la respiration et du pouls; râle muqueux dans toute l'étendue de la poitrine; mort rapide; hépatisation rouge des deux poumons.

Nous reconnaissons, dans cette troisième série, l'absence des mêmes symptômes que dans les faits de la seconde, et, en outre, celle de la plupart des phénomènes fournis par l'auscultation. Mais l'absence de ces signes différens ne peut dépendre de la même cause. Ainsi, nous pensons bien que celle de la toux, de la douleur de côté, et même de l'expectoration, se lie réellement à l'aliénation mentale, de même que ces signes manquent également dans la pneumonie des petits enfans, parce qu'ils sont en général sous l'influence de la sensibilité du malade et de sa volonté. Mais il n'en est plus de même des signes stéthoscopiques, que le défaut de volonté ou de sensibilité ne peut empêcher de se développer. C'est donc à une autre cause qu'on doit attribuer cette modification importante de la pneumonie chez les aliénés, et il est difficile de méconnaître que, dans ces cas, la rapidité avec laquelle marchait la maladie a pu seule empêcher d'apprécier, par les signes stéthoscopiques, les changemens physiques qui s'opéraient dans le tissu pulmonaire, comme on le

fait quand la maladie suit une marche beaucoup moins rapide. Quant à la cause de cette rapidité, c'est, à n'en pas douter, à l'état de débilitation où sont les sujets atteints de démence et de paralysie générale qu'on doit l'attribuer. Aussi M. Thore nous dit-il que la forme adynamique l'emporte de beaucoup dans ces cas sur la forme inflammatoire; or, c'est dans cette forme que le diagnostic est réellement tout à fait latent.

La pneumonie chez les aliénés ne diffère donc de la pneumonie ordinaire qu'en ce qu'elle offre les caractères les plus prononcés et portés au plus haut degré de la pneumonie adynamique que l'on observe fréquemment chez les vieillards.

D'après ces données, il est évident que le traitement ne peut être le même que celui de la pneumonie commune, et que les émissions sanguines doivent être extrêmement nuisibles. Cependant M. Thore ne les défend que dans les cas où la pneumonie est parvenue au troisième degré. Quant à l'émétique à haute dose, il partage l'opinion des médecins qui pensent qu'il n'agit qu'autant qu'il excite le vomissement. Mais alors, pourquoi l'employer à haute dose? Nous regrettons que l'auteur n'ait pas parlé de l'action des toniques dans ces cas, s'il a été à même d'en observer les effets; car, d'après ce que nous avons vu dans quelques cas de pneumonie adynamique, c'est là la médication qui semblerait la mieux indiquée.

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Les numéros de janvier, février mars, avril et mai 1841 se composent des articles suivans: 1° *Du traitement de la blennhorragie chez l'homme*; par M. Ricord. 2° *De quelques principes de thérapeutique chirurgicale et en particulier de l'extirpation d'une tumeur volumineuse et dégénérée, implantée sur la clavicule*; par M. Pétrequin. 3° *De la guérison du strabisme*; par M. Phillips. 4° *Considérations pratiques sur les écoulemens urétro-prostatiques et leur traitement*; par M. Civiale. 5° *Note sur un appareil particulier pour les fractures obliques du corps du fémur*; par M. Focachon. 6° *De l'épididymite blennhorragique et de son traitement*; par M. Ricord. (Les idées de M. Ricord sur cette maladie sont déjà connues de tous les praticiens. Il signale seulement un fait nouveau, l'engorgement du lobe latéral de la prostate dans les cas où le gonflement du canal déférent est considérable; cet engorgement peut se reconnaître par le toucher anal.) 7° *Quelques mots sur l'opération de la pupille artificielle*; par M. Sichel. (Deux observations de pupille artificielle pratiquée avec succès, l'une par excision pour un leucoma central et étendu de la cornée, l'autre par décollement dans un cas de staphylome de l'iris.) 8° *Sur l'expérimentation en thérapeutique*; par M. Amédée Latour. 9° *Sur les fièvres qui règnent depuis quelque temps dans les environs de Paris et sur leur traitement*. 10° *Des affections dites nerveuses du col de la vessie et de leur traitement*; par M. Civiale. 11° *Recherches sur les fractures des cartilages sterno-costaux et sur leur traitement*; par M. Malgaigne. 12° *Réflexions sur la guérison du bégaiement par la section des muscles de la langue*; par M. Phillips. 13° *Etude séméiotique sur les affections morales*; par M. Réveillé-Parise. 14° *Considérations générales sur le traitement de la goutte; bons effets de l'emploi des pilules de Lartigue dans cette affection*; par M. Foissac. 15° *Sur le traitement des affections scrofuleuses par les préparations de feuilles de noyer*; par M. Négrier. 16° *Des tumeurs nerveuses sous-cutanées et de leur traitement*; par M. Bouchacourt. 17° *Considérations thérapeutiques sur les brides ou barrières à l'orifice interne de l'urètre*; par M. Civiale.

DE QUELQUES PRINCIPES DE THÉRAPEUTIQUE OPÉRATOIRE, ET EN PARTICULIER DE L'EXTIRPATION D'UNE TUMEUR VOLUMINEUSE ET DÉGÉNÉRÉE, IMPLANTÉE SUR LA CLAVICULE ET DATANT DE 35 ANS; par M. PÉTREQUIN.

Si l'on peut dire d'une manière générale que les dangers d'une opération sont proportionnés à la douleur, à l'effusion de sang, et à la largeur de la plaie qui l'accompagne, il ne faut pas perdre de vue non plus que le volume des parties enlevées ajoute au pronostic un élément de gravité à part, élément si important que dans les cas mêmes où les trois circonstances précitées sont le plus favorables, il peut à lui seul entraîner la mort. Nous n'oublierons jamais une ablation de lipôme dont nous fûmes témoins à l'Hôtel Dieu en 1833. La tumeur située sous le creux de l'aisselle, était énorme, mais s'implantait par un pédicule fort étroit. L'opération, faite par Dupuytren, dura à peine cinq minutes; le malade fut le soir même frappé d'une sorte de sidération nerveuse et mourut deux jours après. Dans des cas pareils il appartient à la médecine d'unir ses efforts à ceux de la chirurgie pour prévenir d'aussi fâcheuses conséquences; c'est par une préparation faite de longue main, par des moyens hygiéniques et pharmaceutiques habilement combinés qu'on doit disposer l'organisme à la séparation de ces tumeurs qui, par leur ancienneté ont, pour ainsi dire, acquis droit de domicile dans l'économie. Nous trouvons un exemple de cette conduite dans l'observation de M. Pétrequin; ce chirurgien administra aussi l'opium d'une manière continue dès les premiers jours qui suivirent l'opération, dans le but de faire avorter la fièvre traumatique. Faut-il attribuer à ce dernier moyen une part dans la guérison rapide qui suivit cette ablation aussi grave par l'ancienneté que par le volume des parties enlevées?

NOTE SUR UN APPAREIL PARTICULIER POUR LES FRACTURES OBLIQUES DU CORPS DU FÉMUR; par M. FOCACHON.

C'est une question tout à fait à l'ordre du jour, nous dirons même une question non encore résolue par les faits, que la possibilité d'obtenir la consolidation sans raccourcissement des fractures obliques du fémur. Et le problème prend une bien grande importance lorsqu'on songe que les fractures de cet os sont réellement obliques à peu près dans la totalité des cas, et que la science ne possède peut-être pas encore un seul exemple anatomiquement constaté de cette fracture *en rave* décrite dans tous les livres, de celle dans laquelle les fragmens abandonnés à la contraction musculaire se retiendraient l'un l'autre par leur surface. Il faut donc examiner avec soin les nouveaux procédés qui se présentent pour satisfaire à une indication si générale et si difficile à remplir. Celui que M. Focachon décrit, pour l'avoir vu employer dans le service de M. Pétrequin, à Lyon, consiste à appliquer au-dessous de l'endroit où siége la fracture deux bandes qui dépassent en bas le pied, et servent de lacqs pour faire une traction parallèle à l'os fracturé. Elles sont retenues contre la surface du membre par un bandage amidonné, et la pression qu'elles déterminent lorsque la force extensive est mise en jeu se trouve ainsi répartie sur une large étendue. L'extension continue est faite au moyen d'un poids fixé à l'extrémité des bandes que l'on fait porter sur un bâton cylindrique attaché au pied du lit en guise de poulie, pour favoriser leur glissement et empêcher que la traction sur le fragment inférieur ne se relâche un seul instant. M. Focachon termine en rapportant deux observations dans lesquelles cet appareil, appliqué par M. Pétrequin, a procuré une guérison exempte de raccourcissemens.

RECHERCHES SUR LES FRACTURES DES CARTILAGES STERNO-COSTAUX ET SUR LEUR TRAITEMENT; par M. MALGAIGNE.

Bien que la maladie dont il est ici question n'ait pas une grande importance en pratique, M. Malgaigne a su en faire le sujet de recherches intéressantes et qui, comme toutes celles de cet auteur, méritent de fixer l'attention principalement par le cachet de *positivisme* qui y est imprimé. Comme dans son mémoire sur la fracture des côtes, M. Malgaigne cherche à éclairer la question par l'exposition critique des doctrines les plus accréditées, par les expériences sur le cadavre, enfin par le résultat de son observation clinique.

Les élémens acquis jusqu'ici à la science sur la fracture des cartilages costaux pouvaient à peu près se réduire à quelques propositions de Boyer. « Cette lésion s'observe le plus souvent entre la cinquième et la huitième côte. Le déplacement a lieu assez constamment dans le même sens, et c'est presque toujours le fragment interne qui se porte en avant. La réduction est facile, mais le moindre effort suffit pour en détruire l'effet; aussi la consolidation a-t-elle jusqu'ici toujours eu lieu dans une position vicieuse. » Les autres auteurs, tels que Lobstein et M. Magendie, s'étaient bornés à citer des faits conformes à la doctrine de Boyer. Et cependant on trouve aussi quelques observations contradictoires. Ainsi Delpech rapporte un cas où le fragment externe était porté en avant de l'interne (suivant lui, cette disposition est la règle, lorsque la fracture siége très près de la côte). M. Velpeau publia de son côté deux exemples de déplacement de ce genre. M. Leudet vit cinq cartilages fracturés à la fois, ce qui était encore opposé aux idées de Boyer. Enfin il existe au musée Dupuytren une pièce de fracture de cartilage costal consolidée presque sans déformation; ce qui montre encore que, quoi qu'en ait dit Boyer, le déplacement n'est pas constant dans cette sorte de fracture, ou du moins qu'il n'est pas impossible d'y remédier.

Si le rapprochement des faits laissait des doutes sur l'absolue vérité des lois formulées par Boyer, c'était bien pis encore lorsqu'on examinait les explications des auteurs sur la cause du déplacement; il n'y avait là qu'obscurité et contradictions. Aussi M. Malgaigne sentit le besoin d'en appeler à des expériences sur le cadavre. Déjà M. A. Bérard avait constaté anatomiquement que presque toujours le fragment interne vient

faire saillie au-devant de l'externe. Les recherches de M. Malgaigne ont surtout eu pour but de déterminer l'influence qu'exercent sur les rapports des fragmens, la situation plus ou moins élevée des côtes sur lesquelles on opère, le siége de la fracture plus ou moins éloigné du sternum, et les différentes positions que l'on donne au sujet. Ainsi après avoir coupé les cartilages des troisième, quatrième, cinquième, sixième et huitième côtes, il observa que, dans le décubitus dorsal, tous les fragmens externes faisaient saillie en avant, et cela d'autant plus fortement qu'ils appartenaient à des côtes plus inférieures et qu'ils étaient coupés plus près des côtes. Le cadavre étant mis sur le côté droit, le niveau se rétablit pour les troisième et quatrième cartilages; pour le quatrième et le cinquième, le fragment sternal déborda l'autre en avant; pour le huitième, il resta déprimé en arrière. Le sujet étant couché sur le côté gauche, ce même fragment sternal du huitième cartilage fit une forte saillie en avant; au contraire ceux des côtes supérieures étaient reportés en arrière au point qu'il y avait un chevauchement notable pour le cinquième et le sixième cartilage. Enfin le sujet ayant été mis dans la station assise, tous les fragmens internes firent saillie en avant; ce qui était l'opposé de ce qui se passait dans le décubitus dorsal. Ce dernier phénomène est le résultat capital de ces expériences; ajoutons que rien n'était plus facile que de déprimer le fragment saillant en appuyant sur lui et même de le faire passer derrière l'autre. La section des cartilages doit toujours être faite avec le bistouri; car il est très difficile de les fracturer par une force contondante, comme celle qui suffit pour produire les lésions traumatiques de ce genre, et M. Malgaigne n'a pu y parvenir qu'une seule fois pour le cartilage de la cinquième côte.

Quelque insuffisantes que ces expériences soient par leur nombre, nous n'hésitons pas à en accepter le résultat comme l'expression de la vérité, parce qu'il coïncide avec les opinions et surtout avec les observations cliniques de la plupart des chirurgiens. Le décubitus dorsal serait donc le meilleur moyen de remédier à la saillie du fragment interne; mais comme il serait difficile d'obtenir des malades une pareille docilité pour une incommodité si légère, M. Malgaigne pense qu'il vaut mieux employer un agent contentif qui soit capable de suivre, sans se déplacer, les mouvemens du thorax dans la respiration. Ce moyen n'est autre chose que le bandage anglais simple pour la hernie inguinale, c'est-à-dire un ressort faisant un peu plus que le demi-tour du corps et dont les deux extrémités sont garnies de pelotes. La pelote de derrière agissant sur la convexité des côtes contribuerait à porter en avant le fragment externe, tandis que l'interne serait déprimé par la pelotte antérieure.

M. Malgaigne cite en terminant une observation tirée de sa pratique qui confirme les diverses propositions émises ci-dessus. Le sujet, âgé de 17 ans, s'était heurté le côté droit du sternum contre la rampe d'un escalier; on reconnut une fracture du cinquième cartilage, dont le fragment interne faisait une saillie notable en avant; une légère pression suffisait pour l'effacer; elle diminuait également un peu par le décubitus dorsal. Au bout de 20 jours de l'emploi du bandage anglais dont la première application avait fait cesser toute douleur, ni l'œil, ni le doigt ne pouvaient saisir aucune saillie le long du cartilage blessé, et la pression n'y déterminait ni enfoncement ni douleur.

DES TUMEURS NERVEUSES SOUS CUTANÉES ET DE LEUR TRAITEMENT; par M. BOUCHACOURT.

Le tableau tracé par Dupuytren de cette affection a laissé aux chirurgiens modernes peu de chose à ajouter à sa description symptomatologique. Quelque exactes néanmoins que parussent les idées du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, il importait de rechercher si elles se trouveraient constamment vérifiées par l'observation clinique. M. Bouchacourt a réuni la plupart des faits de ce genre recueillis par MM. Syme, Wilmot, Velpeau Warren, et a trouvé dans tous leurs détails une similitude complète avec les traits signalés par Dupuytren comme caractères distinctifs de ces tumeurs. Ainsi, dans tous les cas, il y a eu développement très lent, intensité extrême des douleurs, impossibilité d'une résolution spontanée, inefficacité des moyens locaux autres que l'opération, et cessation complète et immédiate des accidens par l'emploi de ce dernier moyen.

Après ce résumé statistique, M. Bouchacourt rapporte une observation qui lui est propre, et dont nous ne donnerons pas l'analyse, précisément parce que toutes ses circonstances sont entièrement conformes aux lois générales que nous venons d'énoncer. M. Bouchacourt insiste seulement sur une modification du manuel opératoire, qui consiste à diviser du même coup et la tumeur et la peau qui la recouvre. Cette section médiane de la tumeur facilite beaucoup son énucléation, et la promptitude avec laquelle l'opération est alors terminée est une garantie de plus pour le succès de la réunion par première intention.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 AOUT.

PROPRIÉTÉS NUTRITIVES DE LA GÉLATINE.

M. Thénard : D'après ce qui a été décidé dans la dernière séance, la commission de la gélatine doit se demander si elle existe encore, ou si elle est dissoute. L'Académie l'avait investie d'une grande autorité, elle avait même mis des fonds à sa disposition pour subvenir aux frais que nécessitaient les expériences. Nous avons maintenant à continuer nos recherches pour résoudre la seconde question qui nous était proposée; et il entre sans doute dans l'intention de l'Académie que ces recherches soient faites; mais comme elle a décidé que notre premier rapport était une œuvre purement scientifique, nous sommes bien fondés à venir lui demander aujourd'hui si c'est comme commission qu'elle entend que nous poursuivions nos travaux. Que l'Académie prononce.

M. Liouville : La commission demande à être continuée dans les mêmes pouvoirs qu'elle a eus jusqu'ici. Mais elle a déclaré elle-même, vous l'avez entendu dans la dernière séance de la bouche de son rapporteur, qu'elle n'avait pas voulu faire de rapport; quels sont donc ces pouvoirs dans lesquels elle veut être continuée?

M. Thénard : Je vais m'expliquer : plusieurs travaux avaient été envoyés à la commission; mais les difficultés du sujet ont entraîné des retards inévitables et quand nous avons été prêts à faire notre rapport, il s'est trouvé que les mémoires soumis à notre examen avaient été livrés à la publicité. Il n'était donc plus possible, d'après les usages académiques, de porter sur eux un jugement, et, à cet égard, la commission était dans l'impossibilité de remplir le mandat qui lui avait été confié. Et cependant elle s'était livrée à de nombreuses recherches, elle avait multiplié les observations et les expériences, et elle n'a pas cru pouvoir se dispenser d'en faire connaître à l'Académie les résultats. Maintenant il reste à compléter ces recherches; je ne demande pas que ce soit la même commission qui ait à les continuer (quoique je pense, pour ma part, qu'il y aurait de l'avantage à la charger de ce soin), je dis seulement qu'il importe que la seconde partie du problème soit résolue.

M. Liouville : La commission n'a pas d'autorisation à demander à l'Académie pour cela; son premier travail n'était pas un rapport, c'était tout simplement l'œuvre de quatre ou cinq savans réunis, et personne ne peut leur contester le droit de continuer leurs recherches et de nous les présenter sous la même forme et au même titre.

M. Thénard : La commission a dû s'expliquer franchement sur ce point, afin de savoir si elle pouvait continuer dès à présent ses recherches, et de prévenir les reproches de lenteur qu'on lui a adressés avant la lecture de son premier travail.

L'Académie décide que la commission de la gélatine est considérée comme existant encore, et est priée de vouloir bien continuer ses travaux.

ANALYSE DES EAUX MINÉRALES SULFUREUSES.

M. Dumas lit un rapport sur un mémoire de M. Dupasquier, professeur à l'École de Médecine de Lyon, portant pour titre : Nouvelle méthode pour l'analyse des eaux minérales sulfureuses.

Les méthodes actuellement en usage pour l'analyse des eaux minérales sulfureuses, dit M. le rapporteur, sont non seulement longues et difficiles dans leur emploi, mais encore tout à fait imparfaites pour le résultat qu'elles donnent. Le nouveau procédé de M. Dupasquier est différent par son but et par ses effets. Il consiste essentiellement à substituer, dans l'opération, l'iode aux dissolutions métalliques. On sait que l'iode décompose facilement l'hydrogène sulfuré et les sulfures métalliques pour produire de l'acide hydriodique et un iodure métallique, tandis que le soufre isolé de l'hydrogène ou du métal auquel il se trouvait combiné se sépare et se précipite. Si donc il est possible de saisir bien nettement le terme où la décomposition du principe sulfureux est complète, il suffira pour obtenir un résultat exact, de connaître la quantité d'iode employée, puisqu'un équivalent de cet élément en déplacera un de soufre.

On sait que l'acide hydriodique et les iodures métalliques n'agissent point sur l'amidon, tandis que l'iode à l'état de liberté, quelque minime qu'en soit la quantité, se reconnaît facilement au moyen de l'amidon qu'il colore en bleu. D'après cela, si on met une dissolution alcoolique d'iode en contact avec une eau sulfureuse à laquelle on a d'abord ajouté un peu d'amidon, tant que l'iode n'aura pas entièrement décomposé le principe sulfureux, il n'en restera aucune portion libre et la couleur bleue ne paraîtra pas, ou, si elle se montre, elle disparaîtra facilement lorsqu'on agitera la liqueur. Mais elle se montrera subitement au contraire aussitôt que la dernière trace du composé sulfureux aura disparu. Ainsi la trace la plus minime d'iode resté libre suffira pour développer sur le champ cette couleur bleue qui est l'indice certain du point où la décomposition est complète.

L'appareil de M. Dupasquier n'est pas compliqué; tous les instrumens nécessaires pour l'analyse, telle qu'il la propose, peuvent être contenus dans une boîte d'un petit volume. La simplicité de cette méthode permettra donc de l'employer sur les lieux mêmes où se recueillent les eaux minérales, et conduira sans doute à rectifier beaucoup des erreurs qu'on avait commises jusqu'ici faute de procédés exacts.

Je propose en conséquence d'adresser des remercîmens à l'auteur et d'insérer son travail dans le recueil des savans étrangers. — Adopté.

EXTIRPATION DES GLANDES SALIVAIRES.

M. LARREY, après avoir retracé les principaux phénomènes de la maladie scrofuleuse, ses causes et les moyens qu'on peut lui opposer et parmi lesquels il mentionne avantageusement les ventouses scarifiées, rapporte l'observation suivante:

OBS. — Une demoiselle, âgée de 19 ans, offrant une idiosyncrasie strumeuse, fut affectée à 13 ans d'une fistule lacrymale et d'un engorgement considérable des glandes lymphatiques, du cou, et principalement de celles du côté gauche. Il se manifesta en même temps un commencement d'incurvation spinale, l'hématose était languissante, et la circulation très ralentie. Un médecin, consulté à cette époque, M. le professeur M., prescrivit l'iode à l'extérieur et à l'intérieur, mais ce moyen ne produisit aucun effet, quoiqu'on eût persévéré dans son emploi pendant plus de deux ans. Un autre médecin opéra alors la fistule lacrymale par le procédé de J.-L. Petit. Pendant ce traitement local, les scrofules firent de nouveaux progrès, les glandes lymphatiques tuméfiées débordaient le creux parotidien et formaient une saillie dans l'intérieur de la bouche. Des douleurs lancinantes s'y faisaient sentir, et la parole et la mastication étaient très gênées. Biett, appelé en consultation avec M. Larrey, considéra la maladie comme incurable, et pensa que l'extirpation de la tumeur serait dangereuse, vu la profondeur de ses racines et la proximité de l'artère carotide. M. Larrey, cédant néanmoins aux instances de la malade et de ses parens, se chargea du traitement, qu'il commença en supprimant tout à fait l'iode. Puis il fit pratiquer à la jugulaire droite une saignée de près de 365 grammes pour combattre la congestion cérébrale qu'entretenait l'obstacle au retour du sang apporté par les tumeurs du cou. Il appliqua ensuite à diverses reprises un nombre très considérable de ventouses scarifiées, dont il aida l'effet par des frictions mercurielles combinées avec la compression. Ces moyens eurent la plus heureuse influence et finirent par réduire la tumeur à la moitié de son volume primitif. La partie qui persistait alors était dure et rénitente, offrait une légère mobilité, et présentait un point fluctuant. M. Larrey jugea nécessaire d'en faire l'ablation, persuadé que c'était la glande parotide elle-même, ou cancéreuse, ou menaçant de le devenir. Aidé de M. Hippolyte Larrey, il mit la tumeur à découvert par une incision cruciale; puis, après avoir soulevé les lambeaux, il procéda à la dissection, qui fut longue et difficile. La carotide externe, divisée par le bistouri, fut immédiatement liée; enfin, on alla jusqu'à mettre à nu le col du maxillaire inférieur et la face externe du masseter, qui fut même légèrement entamée. La sensibilité et le mouvement de tout ce côté de la face furent de suite abolis, et la déglutition devint extrêmement difficile. Le cinquième jour on observa un phénomène très curieux, ce fut un rire sardonique, que rien ne put faire cesser, et qui continua jusqu'à l'époque de la chute de la ligature principale qu'on avait placée sur la carotide externe. M. Larrey pense que cette ligature avait porté sur un des filets nerveux de la première ou de la deuxième paire cervicale, qui, après avoir concouru à former l'anse anastomotique de l'hypoglosse, vont se jeter dans le nerf phrénique, et il explique par là la production de ce rire sardonique. Dès le trente-unième jour, la plaie était parfaitement cicatrisée, la sensibilité de la face était revenue et l'orbiculaire des lèvres, ainsi que celui des paupières, commençaient à reprendre leurs mouvemens. M. Larrey ne fait pas de doute que les autres mouvemens ne se rétablissent par la suite.

M. Larrey fait voir à l'Académie la tumeur qui a été enlevée, et qu'on reconnait pour la parotide.

NERFS DE L'UTÉRUS.

M. Duméril fait un rapport sur le mémoire de M. Jobert, ayant pour titre: RECHERCHES SUR LA DISPOSITION DES NERFS DE L'UTÉRUS, ET APPLICATION DE CES CONNAISSANCE A LA PHYSIOLOGIE ET A LA PATHOLOGIE DE CET ORGANE. Après avoir rappelé les principaux faits contenus dans ce travail, dont nous avons déjà donné l'analyse (voy. le compte-rendu de la séance du 17 mai 1841), M. Duméril dit que l'absence de nerfs que M. Jobert a constatée sur la partie du col saillante dans le vagin, se remarque également dans les animaux, et notamment chez le chien et l'écureuil. M. Duméril termine son rapport en proposant de faire imprimer le travail de M. Jobert dans le recueil des savans étrangers. (Adopté.)

APPAREIL POUR BAIGNER ISOLÉMENT UNE PARTIE DU CORPS.

M. Duméril lit encore un rapport sur le mémoire que M. Mayor a présenté sur ce sujet, et que nous avons reproduit dans le compte-rendu (voy. séance du 24 mai). Nous avons vu appliquer les appareils de M. Mayor, dit M. le rapporteur, et nous nous sommes assurés que, avec quelques modifications faciles à exécuter, ils pourront être employés avec beaucoup d'avantage.

TERRE EMPLOYÉE COMME ALIMENT EN CHINE.

M. Stanislas Julien adresse à l'Académie un échantillon de la terre que les Chinois emploient comme aliment en temps de disette. C'est une terre blanche, d'apparence calcaire, sous forme concrète en masse, facile à pulvériser, offrant une odeur légèrement aromatique, une saveur qui ressemble à celle de la réglisse, et laissant dans la bouche une sensation de sécheresse. Dans la note qui accompagne cet envoi, M. Julien dit que cette terre se trouve dans la province de Kiangsi, et que la possession du terrain où on la recueille est souvent l'occasion de débats entre les habitans des deux villes les plus voisines. Lorsqu'on mange cette terre seule et comme unique aliment, on ne tarde pas à éprouver de la constipation, puis la mort survient au bout de peu de temps. Mais cependant la vie se prolonge plus que si on n'avait pris aucune espèce de nourriture. Lorsqu'au contraire on a soin de la mêler avec de la farine par parties égales, après l'avoir broyée, et qu'on en fait ainsi des pains, la constipation est moindre. Il est prudent de ne pas mâcher trop longtemps cette substance avant de l'avaler.

J'avais pensé, dit M. Arago, que cette terre devait ses propriétés nutritives à quelques infusoires qui y seraient contenus; mais l'analyse qui en a été faite par M. Peltier n'a pas confirmé ma prévision. Il faut également remarquer que cette terre ne peut suffire à la végétation, et qu'on ne trouve pas de plantes à sa surface.

MM. Thénard et Dumas sont priés d'analyser l'échantillon envoyé par M. Stanislas Julien.

ACTION DES POISONS SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE.

M. Blacke a cherché à résoudre par la méthode expérimentale cette question: *Les poisons agissent-ils sur l'économie par leur contact avec les centres nerveux, ou bien est-il nécessaire, pour que leurs effets se produisent, qu'ils aient passé dans le sang?* C'est cette dernière opinion qu'adopte l'auteur, et, pour montrer comment elle peut se concilier avec l'instantanéité des effets produits par l'ingestion de certaines substances vénéneuses, il a fait des expériences destinées à mettre en évidence la rapidité avec laquelle le sang se porte d'un point à l'autre de l'arbre circulatoire. Il s'est servi pour cela de l'instrument de M. Poiseuille, et a vu qu'une substance (qu'il ne désigne qu'en disant qu'elle paralyse le cœur) n'a mis qu'un temps très court pour aller de la veine jugulaire jusqu'aux extrémités capillaires des artères coronaires. Ce temps a été

Pour le cheval. . .	de 16 secondes.
Pour le chien. . .	de 10 »
Pour le lapin. . .	de 11 »
Pour le poulet. . .	de 6 »

Il a aussi expérimenté avec la strychnine, et le phénomène s'est accompli avec la même promptitude.

URÉTROPLASTIE.

M. Ricord adresse un mémoire sur une opération d'urétroplastie, qu'il a récemment pratiquée. (Renvoyé à la commission nommée pour examiner le malade et assister à l'opération de M. Ségalas.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle contient une lettre du ministre de l'instruction publique accompagnant une note envoyée par le préfet de la Côte-d'Or, au sujet d'un remède pour la teigne.

M. Colson, de Noyon, adresse une observation de luxation du poignet. (Renvoyée à la commission déjà nommée pour examiner un fait semblable.)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Lévêché, chirurgien en chef de l'hôpital d'Orléans, membre correspondant de l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT donne avis à l'Académie qu'il y aura une séance extraordinaire samedi prochain, 14 août.

MM. Bégin et Roche lisent les discours qu'ils ont prononcés sur la tombe de M. Sanson.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE.

M. BOUSQUET, au nom du comité de publication, propose d'insérer dans le prochain volume du BULLETIN DE L'ACADÉMIE les travaux suivans:

1° Un mémoire de M. Raciborski, sur le système veineux.

2° Le travail de M. Leuret, sur le traitement moral de la folie.

3° Une observation de luxation congénitale de l'humérus, réduite au bout de 16 ans, par M. Rigal.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. CAVENTOU lit les nouvelles conclusions, telles qu'elles ont été modifiées depuis la dernière séance par la commission.

La première est ainsi conçue. « Nous concluons:

» 1° Que, par suite de carbonisations ou d'incinérations incomplètes des matières animales, on obtient quelquefois, en se servant de l'appareil de Marsh, des taches qui, sans être arsenicales, peuvent en avoir l'apparence. »

M. GERDY: Je crois qu'il serait convenable d'expliquer plus nettement ce qu'on entend par apparence. Le mot n'est pas suffisamment clair. Veut-on par là exprimer les propriétés chimiques ou seulement les qualités physiques?

Cette première conclusion est adoptée.

La seconde conclusion est rédigée de la manière suivante:

« 2° Qu'il n'est pas possible de confondre ces taches avec les taches arsenicales, lorsqu'on fait intervenir l'action des agens chimiques. »

M. Gerdy : Il y a évidemment ici une correction à faire. Non seulement dans le cas actuel, mais pour toute question, dans toute science, on doit s'abstenir de dire : *il n'est jamais possible de confondre.....* Faut-il vous rappeler ces maximes si connues, qui ont force de proverbes : *errare humanum est*, et : *il n'y a que celui qui ne fait rien qui ne se trompe pas* ? La conclusion va trop loin, car on ne peut déclarer personne infaillible. Et dans la question présente, que de causes d'erreurs peuvent s'élever et venir infirmer votre proposition si absolue ! Ainsi, la matière animale, si elle est très abondante, masquera l'aspect des taches, leur ôtera leurs caractères et empêchera de les reconnaître. Le rapport lui-même convient de la possibilité de cette méprise. D'un autre côté il peut n'y avoir qu'une très faible proportion d'arsenic, et vous avez entendu la commission vous déclarer que, dans un cas semblable, ses expériences avaient été tellement peu décisives qu'elle n'aurait pas osé conclure à la présence du poison, s'il s'était agi d'une affaire de médecine légale. Voilà donc des circonstances où cette infaillibilité que vous proclamez si hardiment aurait fléchi.

M. Pelletier : L'objection que soulève M. Gerdy ne me paraît pas fondée. Il dit que la distinction des vraies taches et des fausses taches est difficile. Sans doute ; mais, faites-y bien attention : la confusion entre elles est impossible, disons-nous, non pas après qu'on les a soumises à une seule réaction, mais après qu'on les a soumises à toutes les réactions chimiques ; car deux corps dont la nature est différente peuvent bien avoir une ou plusieurs propriétés identiques, mais ils ne se ressemblent jamais sous tous les rapports. Les matières animales peuvent-elles, comme le pense M. Gerdy, empêcher de reconnaître ces taches ? Non, car avec l'acide nitrique bouillant il sera toujours facile de les détruire, de manière qu'il n'y aura plus de chances d'erreur. Cela pourrait conduire à une méprise, si l'on s'en rapportait à l'apparence, mais l'analyse chimique suffira toujours pour trancher la question.

La seconde conclusion est adoptée.

La troisième est la suivante :

« 3° Que, parmi tous les modes de carbonisation ou d'incinération qui ont été proposés pour la destruction des matières animales dans les recherches toxicologiques relatives à l'arsenic, deux procédés viennent en première ligne : la carbonisation au moyen de l'acide sulfurique proposée par MM. Flandin et Danger, et l'incinération avec le nitrate de potasse, telle qu'elle a été adoptée et modifiée par M. Orfila. Chacun de ces deux procédés ayant ses avantages particuliers, l'expert, dans le choix qu'il en fera, aura à se décider suivant les circonstances et l'état des matières. »

M. Gerdy : Je n'ai vraiment que fort peu d'observations à faire, tant les conclusions qu'on nous présente aujourd'hui sont conformes au sens des corrections que j'avais proposées dans les précédentes séances. Cependant, je poserai à MM. les commissaires deux questions : outre ces procédés, n'en existe-t-il pas un troisième, au moyen de l'acide nitrique, dû à MM. Flandin et Danger ? En second lieu, avant d'affirmer que les deux procédés sont également bons, la commission a-t-elle fait des expériences comparatives pour déterminer la somme des pertes auxquelles ils donnent lieu l'un et l'autre ? Car, si l'un expose à perdre les six dixièmes de l'arsenic, tandis qu'avec l'autre la perte est insignifiante, on ne peut les appeler égaux ; il faut adopter l'un et proscrire l'autre.

M. Caventou : La commission a répété les expériences dont parle M. Gerdy, et elle a constaté à diverses reprises que, quel que soit le procédé employé, il n'y a pas de perte quand on opère convenablement.

M. Bégin : Bien que totalement étranger à la question scientifique, j'ai cependant une observation à présenter sur la rédaction de cette conclusion. Je ne comprends pas que, dans une science aussi positive que la chimie, on puisse dire que l'expert aura à se décider entre les deux procédés, suivant les circonstances. Songez donc que ces conclusions seront pour lui un code, une règle de conduite, et lorsqu'il y verra qu'il faut se décider *suivant les circonstances*, ne serait-il pas en droit de vous demander : Mais, *dans quelles circonstances ?*

M. Pelletier : L'objection de M. Bégin serait juste si elle s'adressait au paragraphe du rapport qui devait effectivement entrer dans tous les développemens nécessaires. Mais une conclusion ne peut s'arrêter à spécifier tous les cas, toutes les circonstances, toutes les exceptions ; elle n'a à s'occuper que des généralités, et sa signification ne saurait être trop absolue.

M. Bouillaud : Je demande qu'on modifie cette conclusion, conformément à ce que vient de dire M. Bégin ; car sa remarque subsiste, malgré la réponse de M. Pelletier, puisque, dans le courant du rapport, on ne mentionne nulle part les circonstances particulières dans lesquelles tel ou tel procédé devrait être employé de préférence.

M. Caventou : Je vais, pour répondre à l'observation de M. Bégin, indiquer quelques-unes des éventualités qui sont de nature à déterminer le choix de l'expert en faveur d'un procédé plutôt que de l'autre. Lorsque, par exemple, on a affaire à des matières animales putréfiées, l'opération s'accompagne du dégagement de gaz fétides, et l'acide sulfurique a l'avantage de masquer cette odeur. Voilà donc un cas où les deux procédés seraient également sûrs, mais où l'on devra cependant préférer la carbonisation par l'acide sulfurique. De même, lorsque les matières qu'on doit analyser sont très grasses, on a plus de chances de succès en employant le procédé par l'acide sulfurique.

La troisième conclusion est adoptée.

La quatrième conclusion est rédigée en ces termes :

« 4° Que l'appareil inventé par MM. Flandin et Danger pour convertir en acide arsénieux l'arsenic éliminé par l'appareil de Marsh est ingénieux ; mais que la commission lui préfère l'appareil figuré au rapport (V. p. 820 du Bulletin), appareil à l'aide duquel on obtient l'arsenic métallique sous les deux formes de taches et d'anneau, et qui n'est au fond que celui approuvé par l'Institut. »

M. Gerdy : Je remarque plusieurs inconvéniens dans l'appareil qu'a adopté la commission. D'abord, il ne se compose que d'un seul tube qu'on a souvent besoin d'ôter et de remettre pour verser les différens réactifs dans le flacon : or, il est évident que, dans tous ces mouvemens, il peut s'opérer une perte notable d'hydrogène arsenié. En second lieu, ce tube a, dans toute son étendue, le même diamètre, et cette construction en rend encore le maniement incommode ; car, pour y introduire l'amianthe, on est obligé de le pousser jusqu'à la partie qui est située au-dessus de la courbure. Aussi, l'Institut a-t-il mis deux tubes au lieu d'un seul. Enfin, dans cet appareil, la flamme vacille au moindre vent : elle chauffera donc inégalement le tube, et aura précisément l'inconvénient auquel l'Institut a voulu remédier en ajoutant un écran à celui qu'il a adopté. Sous ces trois rapports, par conséquent, l'appareil de la commission est bien inférieur à celui de l'Institut.

M. Caventou : Je ne veux pas me mettre ici en opposition avec les conclusions du rapport de l'Institut ; tout ce que je puis dire, c'est que l'expérience prouve d'une manière complète que, par ce moyen, on parvient fort bien à obtenir et les taches et l'anneau. Vous nous reprochez d'avoir omis d'indiquer l'écran ; mais n'est-il pas évident qu'il faut opérer hors de l'action des courans d'air ? Quant à la manière d'introduire l'amianthe, rien n'est plus aisé dans notre appareil. La flamme, suivant vous, peut échauffer les parties du tube où va se déposer l'arsenic, et compromettre ainsi les résultats ; mais c'est encore l'expérience qui prouve que la chaleur n'est pas assez grande pour produire cet effet. En définitive, je ne préfère pas d'une manière absolue cet appareil à celui de l'Institut ; mais cependant je lui reconnais des avantages.

M. Pelletier : Je m'associe tout à fait aux idées que vient d'exprimer M. Caventou, et je ferai en outre observer que la commission n'a pas voulu donner un code, un formulaire capable de servir de guide aux experts. L'Institut s'était déjà acquitté de cette tâche, et certes nous ne pouvions espérer de faire mieux. La commission n'avait donc pour toute mission qu'à juger des travaux qui portaient sur un point spécial de toxicologie.

M. Bussy : L'Académie reconnaît bien, à ce qu'il me semble, que l'appareil de l'Institut est préférable à celui dont la description figure au Bulletin. (Dénégations nombreuses.) Messieurs, je le supposais, et je suis fâché de voir que je me suis trompé ; car tout le monde est d'accord là-dessus, et il n'y a, parmi les savans, qu'une voix sur la supériorité de l'appareil adopté par l'Institut. Votre commission l'a modifié ; c'était son droit. Mais, quand on change, il faudrait changer en bien, et certainement celui de l'Institut est d'une application plus facile que le vôtre, et contient d'ailleurs beaucoup de perfectionnemens importans. Je demanderais donc que, dans la quatrième conclusion, au lieu de dire : *la commission préfère l'appareil figuré au rapport*, on dit : *la commission préfère celui de l'Académie des sciences.*

M. Caventou : La commission n'était pas chargée d'examiner l'appareil de l'Institut ; elle n'avait à se prononcer qu'entre celui de MM. Flandin et Danger et celui de M. Orfila, et, dans ses conclusions, elle s'est tenue, comme elle le devait, à ce jugement comparatif.

M. P. Dubois : La commission a dit qu'elle préfère l'appareil tel qu'il est figuré au Bulletin ; mais personne n'ignore que cet appareil est dû à M. Orfila. Je demande qu'on répare cette omission (car j'aime mieux l'attribuer à un oubli des commissaires qu'à un sentiment de faiblesse), et qu'on spécifie dans la conclusion que l'appareil que la commission préfère est celui qui a été proposé par M. Orfila.

M. Gerdy : M. Pelletier disait tout à l'heure que la commission ne pouvait espérer de faire mieux que l'Institut. D'accord ; mais profitez donc au moins des améliorations qu'il a proposées. Vous sentez, Messieurs, combien ma position est fausse dans ce débat. A chaque instant on me reproche mon incompétence en chimie ; je remercie donc cent fois et mille fois M. Bussy d'avoir ajouté à mes paroles l'appui de son témoignage. Ce que je disais tout à l'heure, je puis donc le répéter maintenant avec certitude, fort d'une pareille autorité, et affirmer de nouveau que le procédé de la commission est inférieur à celui de l'Institut.

M. Caventou avec force : Non, il n'est pas inférieur !

M. le Président : N'écoutez pas, M. Gerdy, et parlez.

M. Gerdy : Je dis donc que ce n'est pas là faire un progrès ; si vous voulez vous mettre en opposition avec l'Institut, tâchez au moins de motiver votre dissidence sur des considérations sérieuses, sur une discussion approfondie. Vous appelez cet appareil appareil de M. Orfila, mais il est certain que ce n'est pas là celui qu'il avait d'abord proposé. En résumé, je demande formellement qu'on dise que l'appareil de MM. Flandin et Danger est bon, mais que *depuis* (j'insiste sur ce mot), depuis qu'il a été imaginé, l'Institut a introduit des perfectionnemens très utiles.

De tous côtés on demande à aller aux voix.

M. Londe : Comment, en présence de tant d'étrangers qui viennent ici pour s'éclairer, ne rougit-on pas de l'impatience qu'on met à précipiter une discussion aussi importante !

M. Pelletier : Nous n'avions pas à nous prononcer sur l'appareil de l'Institut. Les seuls travaux soumis à notre jugement étaient ceux de M. Orfila et de MM. Flandin et Danger. Je persiste à soutenir que l'appareil de M. Orfila est le meilleur ; mais dites, si vous le voulez, dans la conclusion, que l'appareil de l'Institut n'en est qu'une modification.

M. Chevallier rappelle que c'est lui qui a le premier fait connaître l'appareil dont on s'occupe aujourd'hui.

M. Adelon : M. Gerdy a prétendu que M. Orfila a fait subir à son appareil plusieurs modifications depuis l'époque où il l'a présenté pour la première fois ; cette assertion n'est point exacte, l'appareil est resté jusqu'ici, à peu de chose près, tel que M. Orfila l'avait d'abord décrit le 15 janvier 1839.

M. Pelletier : Ma proposition consiste à remplacer dans la dernière phrase de la conclusion ces mots : *et qui n'est au fond que celui approuvé par l'Institut*, par ceux-ci : *et dont celui de l'Institut n'est qu'une heureuse modification*.

M. Caventou : Comment se fait-il, M. Pelletier, qu'après avoir, ce matin, approuvé complètement le texte des conclusions, vous veniez en ce moment proposer une rédaction nouvelle? Quant à moi je serais d'avis de biffer ce dernier membre de phrase qui est inutile et qui est la seule cause de toutes ces difficultés. (Appuyé! Appuyé.)

M. Cornet : Il faut avant tout mettre aux voix la conclusion telle qu'elle a été présentée par la commission.

M. Gerdy : Je ne puis laisser passer ainsi ce principe qu'a énoncé M. Caventou, que les membres de la commission doivent ici faire abnégation de leur personnalité, et sacrifier leurs sentimens individuels pour ne faire qu'un avec le rapporteur. C'est là une doctrine abrutissante pour l'intelligence, nécessairement exclusive de toute spontanéité, et je ne saurais m'élever contre elle avec trop de force.

M. Barthélemy : Le seul moyen de terminer promptement cette discussion, c'est de voter séparément sur chacune des parties de cette conclusion ; il est très facile de les séparer, et de les soumettre l'une après l'autre à un vote isolé.

M. le président : Il y a trois propositions : l'une consiste à voter la quatrième conclusion telle qu'elle a été présentée par la commission ; la seconde est celle de M. Pelletier qui propose de modifier la dernière phrase de cette conclusion ; enfin celle de M. Caventou qui demande qu'on retranche de la conclusion ces mots : *et qui n'est au fond que celui approuvé par l'Institut*. Je vais d'abord mettre aux voix cette dernière proposition.

Cette proposition est adoptée.

D'après la demande de M. P. Dubois, après les mots : *la commission lui préfère l'appareil figuré au rapport* (p. 820 du Bulletin), on ajoute : *appareil employé par M. Orfila*.

Après ce vote, il s'élève dans toutes les parties de l'assemblée un tumulte inexprimable. Plusieurs membres qui ont voté la suppression de la dernière phrase de la conclusion demandent à revenir sur ce vote, et disent qu'il a été l'effet d'une méprise. D'autres veulent qu'on mette aux voix la proposition de M. Caventou. M. Caventou réclame avec force pour qu'on vote sur la conclusion elle-même. Tous les membres quittent leurs places, et M. le président, après avoir à diverses reprises essayé, sans pouvoir dominer le bruit, de mettre la conclusion aux voix, lève la séance à cinq heures et quart. Des discussions animées se continuent jusque dans la cour.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoires et observations d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de chirurgie ; par le docteur F. Ribes, médecin en chef de l'Hôtel royal des militaires invalides, membre de l'Académie royale de médecine, etc., 2 vol. in-8°. Paris, chez J.-B. Baillière.

Au milieu du mouvement général qui entraîne toutes les intelligences vers le progrès, de cette activité fiévreuse qui marque chaque jour par la découverte d'une vérité ou l'abandon d'une erreur, il faut certes du courage pour oser livrer à la publicité, sans modification aucune, des productions datant d'une origine ancienne. S'il fallait jadis une longue suite d'années pour frapper de nullité les dogmes accrédités par la sanction publique, nous pouvons, à ce qu'il paraît, nous flatter de vivre beaucoup en peu de temps; car aujourd'hui il n'est plus besoin d'une longue attente pour voir remettre en discussion les points qu'on était habitué à regarder comme les plus solidement établis. Cette règle cependant n'est pas sans exception. Sans doute, parmi les créations de l'esprit humain, on en compte bien peu qui restent inébranlables au choc des doctrines contraires et au conflit toujours renaissant des discussions qu'enfante l'amour-propre, mais il est néanmoins des œuvres qui peuvent se présenter aujourd'hui encore telles qu'elles étaient il y a vingt ans, par exemple, parce qu'il est des vérités qui, basées sur l'observation et non sur l'interprétation, n'ont rien à craindre des progrès du temps et des perfectionnemens de la science.

La publication du livre de M. Ribes est un exemple qui peut servir de confirmation à ce que nous venons d'avancer. Il se compose presque uniquement de mémoires insérés à des époques plus ou moins éloignées dans divers recueils périodiques; et la plupart des idées qui y sont énoncées ont déjà subi le jugement de la critique et l'épreuve bien autrement redoutable du temps et de l'expérimentation. Aussi nous n'avons à signaler dans cet ouvrage aucune opinion, aucun fait qui n'ait depuis longtemps droit de cité dans la science; car les travaux de M. Ribes sont connus de tous ceux qui se sont tenus au courant des progrès imprimés depuis le dix-neuvième siècle à la physiologie, à l'anatomie et à la pathologie: circonstance qui a singulièrement facilité notre tâche, en nous permettant d'invoquer, pour apprécier cette œuvre, une expérience plus vaste et des autorités plus compétentes que la nôtre.

Les sujets que M. Ribes a traités sont très nombreux: anatomie, physiologie, pathologie médicale et chirurgicale, toutes les branches de la médecine ont fourni à ses investigations; et nous donnerons une idée du zèle avec lequel il les a multipliées en rappelant que le nombre des mémoires contenus dans ces deux volumes ne s'élève pas à moins de quarante-six. Mais tous les articles que renferme ce recueil n'offrent pas de leur nature un égal degré d'intérêt. Quelques-uns d'entre eux ont été composés pour faire partie du grand Dictionnaire des sciences médicales, et ils offrent par conséquent les défauts et les qualités des travaux de ce genre: reproduction exacte des doctrines reçues, et absence à peu près complète de vues propres à l'auteur. Disons pourtant que cette stérilité absolue d'idées nouvelles, ce terre à terre classique dont tant d'écrivains se font aujourd'hui un mérite, ne peut en aucun cas être reproché à M. Ribes. Toujours à côté des opinions admises dans la science, il a soin de placer la sienne. La composition originale des articles *Rate*, *Glandes salivaires*, *Nécrose*, et surtout de celui *sur les maladies des os maxillaires*, fait foi qu'en rédigeant un article de dictionnaire, il ne s'est pas cru nécessairement assujéti au rôle servile de copiste; et cette manière indépendante de comprendre sa tâche qui, poussée trop loin, est sans doute nuisible dans un ouvrage classique, n'a que des avantages au contraire dans un recueil de la nature de celui que nous analysons.

Quant aux mémoires véritablement originaux qui constituent la majeure partie de l'ouvrage, il serait impossible de leur appliquer à tous une commune mesure, une même forme de jugement. Plusieurs d'entre eux contiennent des idées bien connues, des vérités qui ont aujourd'hui un certain air de vétusté, parce qu'elles ont été aussitôt admises qu'énoncées.

Nous n'insisterons pas sur les travaux de cette espèce, mais nous ne les recommandons pas moins à l'attention du lecteur; car, s'il est intéressant d'assister au conflit des doctrines contemporaines sur un point de science encore en litige, il n'y a pas moins de plaisir à remonter jusqu'à la première origine des dogmes qui ont aujourd'hui force de loi, à suivre le chemin qu'ils ont parcouru pour passer de l'état d'opinion vraisemblable à celui de vérité démontrée, à scruter leurs diverses phases d'évolution, à connaître leurs partisans et leurs antagonistes, les observations qui ont été leur point de départ et les corollaires qui en ont été déduits. Sous ce rapport, le nom de M. Ribes tient une large place dans l'histoire de l'art médical; et il est peu de questions à la solution desquelles il n'ait concouru par ses investigations souvent heureuses, toujours poussées avec une rare persévérance.

Mais l'expérience n'a pas donné aussi décidément gain de cause à l'auteur sur tous les points. Parmi les sujets qu'il a traités, il en est qui offrent encore aujourd'hui même un intérêt puissant d'actualité; et qui, bien que depuis longtemps déjà livrés aux discussions, n'ont pas encore été résolus d'une manière formelle. Nous rappellerons ici quelques-uns de ces intéressans problèmes, et ceux qui ne connaissent qu'imparfaitement les idées de M. Ribes, à cause du nombre des différens ouvrages où elles se trouvent dispersées et des versions souvent infidèles qui en ont été données, pourront juger par cette analyse du faire de l'auteur et de cette infatigable volonté qui l'a toujours porté à se proposer de nouveaux sujets de recherches et à chercher des lacunes à remplir dans les questions même où la science paraissait irrévocablement constituée.

Les travaux que M. Ribes a publiés sur l'anatomie sont nombreux et remarquables, et ils ont pour la plupart rapport à des points délicats; à des questions touchant la structure de parties ténues et peu étudiées jusqu'à lui. Il suffira de nommer les mémoires *sur quelques parties de l'oreille*, *sur le tympan*, *sur les procès ciliaires et leur action sur le corps vitré*, *le cristallin et l'humeur aqueuse*, et les recherches *sur la pupille et sur l'humeur lacrymale considérée à la partie antérieure du globe de l'œil*, pour rappeler le souvenir d'un grand nombre de découvertes, consignées pour la première fois dans ces travaux, et devenues depuis longtemps classiques. Nous citerons seulement comme exemple la description de la fossette de la fenêtre ronde dans la caisse du tympan, la démonstration des conduits excréteurs de la glande lacrymale, faite en injectant ces canaux avec du mercure, l'indication exacte et précise des procès ciliaires, de l'espace qui existe entre la face postéri eure du cristallin et la membrane hyaloïde, etc. Au nombre des tra-

vaux sur l'anatomie se trouvent encore plusieurs mémoires qui, sans ajouter rien de bien nouveau aux richesses de la science, se font remarquer par l'exactitude des descriptions et l'indication minutieuse des moindres détails; ce sont: un exposé sommaire de *quelques recherches sur les ganglions, les membranes, le tissu cellulaire et les veines*; un mémoire sur *les altérations qu'éprouve le tissu des os par les progrès de l'âge et par suite de plusieurs maladies*; l'exposé de *recherches faites sur quelques parties du cerveau* (article publié dans la Gaz. Méd., mars et avril 1839, et plein de vues ingénieuses); un mémoire sur *les vaisseaux omphalo-mésentériques*; enfin un mémoire sur *la symphyse et les articulations en général*, où l'on trouve des réflexions critiques fort justes sur la manière ordinaire de classer les articulations, et des considérations intéressantes sur la structure et la distribution des parties qui constituent les diarthroses.

Quant aux questions de pathologie traitées dans ces deux volumes, elles sont nombreuses au point que leur simple énumération nous entraînerait au-delà des limites que nous ne pouvons franchir. La variété des sujets n'est pas moins remarquable, et loin d'être la réalisation d'un plan arrêté d'avance, elle semblerait plutôt être l'effet inévitable du caractère de l'auteur, qui se reflète sur son ouvrage. Esprit observateur et sobre de généralisation, on reconnaît, après avoir parcouru son livre, que ce n'est ni le besoin d'écrire, ni le désir de faire prévaloir telle ou telle doctrine qui a dicté ces pages. Le plus souvent c'est un fait insolite qui l'a frappé, une opinion nouvelle qu'il a entendu énoncer, et vite il a voulu voir combien ce fait pouvait rencontrer d'analogues, jusqu'à quel point cette opinion était l'expression de la vérité. Mais loin d'asservir son jugement et sa plume à l'envie de justifier des prévisions théoriques, il s'est contenté d'observer, d'observer beaucoup, d'observer longtemps, et lorsqu'enfin il est arrivé à une solution, qu'elle soit complète ou incomplète, absolue ou particulière à certains cas, consonnant aux idées en vogue, ou contraire aux calculs anticipés de la théorie, n'importe; il la donne telle qu'il l'a obtenue. On trouvera souvent peut-être, en lisant ces mémoires, l'occasion d'adresser à l'auteur le reproche d'avoir tiré des faits qu'il rapporte des conclusions trop hâtives ou trop générales. Mais ce reproche serait plutôt applicable à la manière dont il a traité les sujets de physiologie; car le plus souvent, lorsqu'il s'agit d'un point de chirurgie ou de médecine, après avoir présenté les corollaires de sa pratique, il a le soin de faire la part entre le positif et le vraisemblable, et de séparer les propositions rigoureusement déduites de leurs prémisses, de celles qui auraient besoin d'une démonstration particulière. En général, il est peu d'auteurs qui prennent eux-mêmes le soin de faire ce travail d'élimination, et l'on doit savoir gré à M. Ribes de l'avoir souvent épargné au lecteur, quoiqu'il eût été peut-être mieux encore de l'avoir rendu inutile à l'un et à l'autre par une sévérité plus grande dans la distribution des matières et dans la rédaction du livre. Un écrivain, en effet, n'est pas seulement répréhensible pour les erreurs qu'il avoue, il est aussi responsable de toutes celles auxquelles il peut entraîner des imaginations trop ardentes. Il ne suffit pas, après avoir développé un paradoxe, de déclarer, sous forme de correctif, que c'est là un simple aperçu, une manière de voir propre à l'auteur et manquant absolument de fondement, etc. La franchise de cet aveu ne détruit qu'à moitié le mal que peuvent causer ces épanchemens hors de propos; une idée hasardée devient souvent le principe des erreurs les plus dangereuses en pratique, et il est rare que le seul tort de pareilles confidences soit leur inutilité absolue.

Peut-être ces réflexions nous ont-elles entraîné hors de notre sujet. Revenons sur nos pas. Nous avons dit sous quel point de vue nous pouvions considérer la signification et la portée des travaux de M. Ribes. Ne pouvant citer ici que quelques exemples, nous les choisirons de préférence parmi les mémoires qui ont le plus concouru à éclairer des questions de pratique.

A ce titre, nous ne saurions omettre le mémoire sur *la situation de l'orifice interne de la fistule à l'anus et sur le trajet que parcourt ordinairement cet ulcère*. La doctrine de M. Ribes sur cette matière n'a pas été partout fidèlement reproduite. On a souvent mis sur son compte, relativement à la cause des fistules, une opinion qui n'est pas la sienne, en lui faisant dire que le principe des fistules à l'anus est dans l'ulcération d'une des veines qui traversent le sphincter, ou de quelques hémorroïdes internes. Nulle part, dans son ouvrage on ne rencontrera une assertion aussi exclusive, et, loin de méconnaître la part que prennent d'autres causes à la formation des abcès du fondement, il consacre, au contraire, plusieurs pages à la description des rides et des valvules à concavité supérieure qu'offre la muqueuse du rectum à son extrémité inférieure, et qui sont des causes fréquentes de rétention des corps étrangers et de suppuration dans le tissu cellulaire du voisinage.

Quant à la situation de l'orifice interne de la fistule, la doctrine de M. Ribes n'a pas varié depuis sa première publication à ce sujet, qui date de 1820. Aujourd'hui, comme alors, il assure qu'on trouvera toujours l'orifice interne de la fistule très près de l'anus et de la partie la plus basse du rectum. Sans vouloir nier ce qu'une telle affirmation offre d'exagéré dans son expression trop absolue, nous dirons seulement que, sur 35 fistules où il a examiné avec soin la disposition de l'ouverture intestinale, M. Velpeau a trouvé que 31 fois cette ouverture existait comme le professe M. Ribes, à l'entrée même de l'anus, ou à quelques lignes de profondeur. Nous rappellerons aussi qu'ayant assisté, pendant trois années, à toutes les opérations de fistules à l'anus pratiquées par Dupuytren, nous n'avons jamais vu qu'il fût obligé de recourir à d'autres instrumens qu'à la sonde cannelée d'argent, poussée à travers l'orifice externe, puis recourbée à l'aide du doigt introduit par le rectum, et ramenée ainsi à l'extérieur. Or, ce procédé aurait-il été applicable si l'orifice interne de la fistule avait été situé à quelques pouces de hauteur, comme le prétendent les antagonistes de M. Ribes? Sans doute cette opinion, énoncée d'une manière exclusive, n'est pas soutenable; mais ce que nous venons de dire peut suffire pour montrer jusqu'à quel point elle est vraie, et pour faire juger de l'importance des résultats qu'elle a déjà amenés dans le traitement de la fistule à l'anus.

Comme exemple d'une découverte non moins utile et résultant d'une observation fortuite, nous citerons le mémoire *sur la fracture du tiers moyen du fémur, compliquée de plaie, et produite par arme à feu*. Ce travail n'est autre chose que le récit de la pratique de l'auteur sur ce point intéressant de pathologie chirurgicale. On trouvera dans sa narration une ressemblance saisissante avec l'histoire si connue de la manière dont Ambroise Paré fut amené à modifier le traitement des plaies par arme à feu. Des deux côtés, même inexpérience au début, mêmes insuccès d'abord, même sagacité à tirer parti des revers de pratique pour corriger une méthode vicieuse quoique généralement adoptée. M. Ribes raconte que, à peine sorti des bancs, il fut envoyé à l'armée comme chirurgien de première classe, *assez fort en théorie*, suivant son expression, *mais n'ayant qu'une expérience de tradition*. Dès les premiers jours, il eut à traiter 7 individus, auxquels des coups de feu avaient traversé la cuisse de part en part, et brisé le fémur au niveau du tiers moyen de l'os. Sans hésiter, il mit en pratique les préceptes qu'il avait puisés dans les écoles et dans la lecture des mémoires de l'Académie de chirurgie. Mais, malgré les débridemens, l'extraction des corps étrangers et des esquilles, l'application d'un appareil contentif, le repos, les saignées, malgré les soins les plus minutieux et les plus attentifs, les 7 malades moururent dans les trente-cinq premiers jours. Comme il régnait alors dans le camp une fièvre de mauvais caractère, il attribua à son influence ces premiers insuccès; mais bientôt ils se renouvelèrent en si grand nombre, et dans des circonstances si diverses, que le jeune chirurgien, grandi par la pratique et par la réflexion, et trouvant les faits en opposition constante avec les préceptes classiques, osa enfin douter de l'excellence de ceux-ci. Il consulta ses confrères, ouvrit les recueils d'observation, et ne tarda pas à s'assurer que la guérison de pareilles blessures sans amputation était une chose excessivement rare, et que dans la plupart des cas où les sujets avaient primitivement survécu, les accidens avaient entraîné la mort au bout d'un temps plus ou moins long. Aussi, fort de ces nombreux exemples, M. Ribes n'hésite pas à conseiller l'amputation dans des cas semblables, et son opinion ne peut manquer de faire loi sur cette matière. Ce n'est pas qu'on n'ait vu quelques blessés conserver leur membre après une fracture de cette espèce. Nous nous rappelons même un militaire qui, blessé à la bataille du Mont-St-Jean par une balle qui lui cassa le fémur en éclats, entra, en 1833, à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Marthe, où nous constatâmes que, malgré un raccourcissement considérable, il conservait l'usage de son membre; toutes les plaies paraissaient définitivement cicatrisées. Dupuytren cita plusieurs fois à sa clinique cet exemple de guérison comme un fait exceptionnel, et il ne dit pas en avoir rencontré de semblables dans le cours de sa pratique, de sorte que la proposition de M. Ribes reste vraie pour l'immense majorité des cas.

Il nous resterait encore à examiner des travaux bien importans; mais, nous l'avons dit, une simple énumération de ceux que contient cet ouvrage nous entraînerait bien au-delà des limites ordinaires d'une analyse bibliographique. Nous ne pouvons cependant nous dispenser de mentionner les recherches qui portent sur des points auxquels le nom de M. Ribes se trouve plus spécialement attaché. Il nous suffira de citer les recherches sur *la phlébite*, sur *l'action du copahu dans la gonorrhée*, sur le *traitement des hernies étranglées par la situation déclive*, sur *la difficulté qu'on peut éprouver à lier les artères tibiales après l'amputation de la jambe*, sur *la luxation des vertèbres*, pour rappeler la part qui revient à l'auteur dans l'élucidation de ces divers points de doctrine.

En résumé, la composition et le plan de ce livre ne sont point ceux d'une œuvre de compilation. M. Ribes ne s'est pas proposé de faire, sur les sujets qu'il a traités, l'inventaire des richesses de la science; il a seulement eu pour but de présenter, et toujours avec la plus grande concision, le résultat de ses propres recherches, et ses découvertes, joignant au mérite de l'originalité celui d'avoir été pour la plupart sanctionnées par une expérience heureuse, assurent à son ouvrage une place distinguée parmi ceux où l'on va chercher, non pas des idées générales et des discussions spéculatives, mais des réponses catégoriques et précises à une foule de questions de pratique.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Je vous prie de vouloir bien insérer dans le prochain numéro de la GAZETTE MÉDICALE la lettre ci-jointe, que j'ai adressée hier à M. le président de l'Académie royale de médecine, et dont il n'a pas été donné lecture en séance.

Agréez, etc.

ORFILA.

Paris, ce 11 août 1841.

À MONSIEUR LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Monsieur le Président,

On a vivement soutenu pendant la discussion qui s'agite devant l'Académie que les taches arsenicales ne sont pas formées par de l'arsenic *revivifié* et que, pour avoir celui-ci, il faut absolument obtenir un *anneau*. Dans la crainte qu'une erreur aussi inqualifiable n'ait fait naître le doute dans l'esprit de quelques-uns de mes honorables collègues, de ceux, par exemple, qui n'ont pas en occasion de se livrer à des recherches de ce genre, je m'empresse de proposer à l'Académie de faire, dans la séance du mardi, 17 de ce mois, un certain nombre d'expériences qui lèveront toute incertitude à cet égard. Je démontrerai:

1° Que l'on retire facilement, du foie d'un animal empoisonné avec 15 centigrammes d'acide arsénieux, un *anneau d'arsenic* et des *taches arsenicales*.

2° Que les caractères chimiques de l'*anneau* et de la *tache* sont identiques, parce que cet anneau et cette tache sont formés par de l'arsenic *revivifié*.

3° Que l'anneau peut être aisément transformé en taches.

4° Qu'avec des taches arsenicales on obtient sans difficulté un anneau arsenical.

Si l'Académie accueille ma proposition, je n'abuserai pas de ses momens, car il me suffira de trois quarts d'heure pour démontrer l'exactitude des faits que j'avance, et pour ruiner un système d'attaques que les hommes compétens de l'Académie ont repoussé, et qui se trouve réfuté à chaque page du rapport de l'Institut. Ce document serait *frappé de nullité* si les taches arsenicales étaient autre chose que de l'arsenic *revivifié*, puisque les commissaires qui l'ont rédigé se sont *presque toujours bornés* à recueillir ces taches, pour *affirmer* que les matières sur lesquelles ils avaient opéré renfermaient de l'arsenic.

Agréez, etc.

ORFILA.

Paris, ce 10 août 1841.

LOTIONS DE LA POITRINE AVEC DE L'EAU FROIDE DANS LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.

— Un médecin anglais, le docteur Hannay a lu à la dernière réunion de l'association britannique un mémoire sur l'emploi de ce moyen dont il dit avoir obtenu les plus heureux résultats dans le traitement de la coqueluche et du *laryngismus stridulus* (croup spasmodique). Il l'emploie à la fois comme antispasmodique dans la première période de la maladie, et comme tonique et fortifiant à une époque plus avancée. La complication d'une bronchite aiguë avec la coqueluche ne l'empêche point d'employer ce moyen qu'il assure lui avoir réussi dans tous les cas. Cette médication offre au moins l'avantage de pouvoir être employée chez les enfans chez lesquels on ne peut avoir recours à d'autres moyens. Un grand nombre de cas guérissent en peu de jours, et la durée de tous est notablement diminuée.

Voici comment M. Hannay pratique cette lotion: Après s'être enveloppé la main d'une serviette, il la plonge dans de l'eau très froide, contenant un peu de vinaigre, d'alcool ou d'eau de Cologne; puis, la porte rapidement sur la poitrine qu'il lave sur tous les points et sèche immédiatement après avec une serviette bien chaude. Il détermine par ce moyen une vive rougeur sur la peau. Cette opération est répétée de deux à quatre fois par jour.

NOUVELLE ÉTIOLOGIE DE LA TEIGNE.

M. GIBERT, dans sa dernière leçon, à l'hôpital St-Louis, a eu l'occasion de mentionner, en traitant de la teigne, l'opinion du docteur Gruby, de Vienne, de passage à Paris, et dont les recherches microscopiques ont acquis déjà une certaine publicité. Dans cette opinion, la vraie teigne, *favus* d'Alibert, *porrigo lupinosa* de Bateman, serait due au développement d'une sorte de mousse ou production végétale parasite dont les granules seraient aptes à reproduire et à transmettre ainsi le mal d'un individu à un autre. En effet, sur deux jeunes sœurs présentées à la leçon de M. Gibert, qui portaient sur les épaules et à la région sus-claviculaire quelques croûtes de vraie teigne, sans que le cuir chevelu en fût aucunement affecté, ces croûtes, examinées au microscope, offrirent les apparences d'une organisation végétale régulière, consistant en petits lobules jaunâtres, dont quelques-uns étaient encore attachés à un fragment de tige. Ces deux jeunes filles avaient d'ailleurs évidemment contracté le mal par contagion.

C'est, comme on sait, une opinion fort ancienne que celle qui tend à attribuer les maladies épidémiques et contagieuses à des germes animaux ou végétaux suspendus dans l'air ou contenus dans les fluides, et susceptibles de pénétrer avec ces fluides dans l'économie animale, où ils deviennent le germe de maladies plus ou moins graves.

Ainsi, dans le siècle qui précède notre ère, Varron (*de re rustica*) admet dans les effluves marécageux l'existence d'animalcules invisibles qui pénètrent avec l'air respiré par la bouche et par les narines, et engendrent des maladies.

Ainsi, Columelle, dans le premier siècle de l'ère chrétienne, parle de même de ces animalcules qui peuvent, dit-il, engendrer dans le corps de l'homme des maladies dont les médecins ignorent la cause.

Mais c'est surtout à la fin du dix-septième et au commencement du dix-huitième siècle, lorsque les expériences microscopiques de Leuwenhoek (ARCANA NATURÆ DELECTA, 1695), et les beaux travaux de Réaumur (MÉMOIRES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES INSECTES), eurent popularisé l'existence des animalcules infusoires, que les médecins furent portés à donner un corps à la contagion, et à faire de ces animalcules microscopiques le germe des maladies épidémiques et contagieuses.

« *Cum autem adeo subito*, dit Van Swieten, *multiplicentur hæc insecta, indè voluerunt deducere quidam, contagium in morbis animatum esse, et ab uno homine in alium per talia insecta propagari.* »

Ces idées, après avoir été combattues comme fausses et ridicules par les savans de la seconde moitié du dix-huitième et du commencement du dix-neuvième siècle, furent de nouveau reproduites par quelques médecins allemands, à l'occasion de la propagation épidémique du *choléra-morbus*.

On ne peut se dissimuler qu'elles trouvent quelque appui dans les expériences des micrographes modernes. Ainsi l'*acarus* de la gale paraît être le véhicule de la contagion; le docteur Donné a trouvé dans le pus du *chancre vénérien* et dans la matière de quelques écoulemens génitaux de la femme, une espèce de vibrion qui pourrait être regardé comme le germe reproducteur de la syphilis; le docteur Gruby a découvert dans le pus de la variole une sorte de petit ver, et tout récemment à l'Institut, M. Dumas, à l'occasion de productions végétales parasites qui se forment accidentellement dans le corps des canards, a appelé l'attention des savans sur les recherches microscopiques de M. Gruby sur la teigne.

On expliquerait facilement beaucoup de particularités de l'histoire de cette maladie en admettant qu'elle est causée et entretenue par une production parasite, en même temps que la contagion, niée par quelques modernes (notamment par Alibert), serait mise hors de doute.

Ainsi, la forme régulière des croûtes du *favus*, la transmission par les granules qui s'en détachent et qui constituent de vrais germes végétaux, la production de la teigne sur des enfans, des sujets faibles et débiles, dont la peau est de même accessible aux animaux parasites, la continuité du mal qui se perpétue par une sorte de végétation qui lui est propre, la superposition des croûtes qui peuvent être détachées de la peau sans que celle-ci soit entamée, et qui se reproduisent dans un certain laps de temps, la nécessité d'attaquer le mal par des topiques actifs et de nature à pouvoir détruire la vie du végétal parasite, etc., voilà autant de circonstances qui trouveraient une explication facile dans l'hypothèse du docteur Gruby.

Remarquons d'ailleurs que toutes ces circonstances avaient été bien reconnues par les praticiens éclairés, sans l'intervention du microscope, et que déjà la *teigne faveuse* avait été signalée par eux, comme une espèce bien tranchée et bien distincte, qu'il fallait bien se garder de confondre avec les autres éruptions du cuir chevelu connues sous le nom de *pseudo-teigne*. (Voir le TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU de M. Gibert, aux pages 235 et suiv.)

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

DIAGNOSTIC MÉDICAL.

DE L'EXPLORATION DE L'APPAREIL AUDITIF, OU RECHERCHES SUR LES MOYENS PROPRES A CONDUIRE AU DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'OREILLE; par P. Menière, médecin de l'Institut royal des Sourds et Muets de Paris, agrégé de la Faculté, etc.

Dans ce premier travail sur la médecine acoustique, je me propose d'examiner avec soin les divers procédés au moyen desquels on peut arriver à la connaissance des lésions de l'organe auditif. La structure, la position et la forme de l'oreille opposent de nombreux obstacles à l'appréciation rigoureuse de la plupart des maladies dont elle est affectée.

A une époque où les méthodes d'analyse les plus sévères sont employées pour reconnaître les caractères physiques des maladies, j'ai pensé qu'il y aurait quelque utilité à faire pour l'oreille ce que l'on fait chaque jour pour les principaux appareils de l'économie. Il m'a semblé que, si la médecine acoustique se tenait si fort en arrière de quelques autres parties de la science, cela était dû le plus souvent non pas à l'imperfection, mais à la nullité du diagnostic. La plupart des médecins n'ont jamais exploré le méat externe ni vu la membrane du tympan sur l'homme vivant; aussi ne peuvent-ils apprécier la valeur des altérations qui s'y développent; à plus forte raison ne connaissent-ils ni les lésions de la trompe d'Eustachi, ni celles qui ont leur siége dans la caisse.

A l'exemple de feu Itard, mon prédécesseur à l'Institut royal des Sourds et Muets de Paris, j'ai étudié les maladies de l'oreille, *non par goût ni par choix, mais par occasion et par devoir*. Et lorsque j'ai voulu puiser dans la lecture des traités les plus modernes, des lumières suffisantes pour me diriger dans cette voie nouvelle, le dirai-je? j'ai été peu satisfait de ces travaux. Mon esprit, accoutumé aux études sérieuses de notre époque, à un examen scrupuleux des symptômes, et surtout à une appréciation rigoureuse de leur valeur, ne pouvait s'accommoder de ces descriptions de maladies faites sur des souvenirs confus, de ces observations, dénuées de renseignemens exacts, de ce diagnostic que rien ne justifiait, enfin de ce langage médical qui n'est plus de ce siècle.

L'expérience m'a bientôt appris que, pour reconnaître une maladie d'oreilles, c'est-à-dire pour savoir d'une manière précise quel est le mode de lésion qui la constitue, il faut examiner avec soin l'organe malade, apprécier les changemens survenus dans sa forme, dans sa texture, en un mot, analyser chacun des élémens qui composent cet appareil. La plupart des traités de médecine acoustique contiennent épars un certain nombre de procédés d'exploration du méat externe, du tympan, des trompes ou de la caisse; mais ces préceptes, indiqués vaguement et d'une manière in-

Feuilleton.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CLOTURE DE LA DISCUSSION SUR L'ARSENIC.

Nous n'avons cette fois que des félicitations à adresser à l'Académie. Elle a, dans sa dernière séance, dignement réparé les fautes commises dans les précédentes. Sa délibération a été, soit pour le fond, soit pour la forme, ce qu'elle n'aurait jamais dû cesser d'être, grave, régulière et scientifique. Quelques fermens du précédent orage semblaient encore gronder sourdement et inspiraient de temps en temps des inquiétudes; mais ils ont été heureusement contenus et n'ont pas fait explosion. Nous n'hésiterons pas à attribuer ce résultat si désirable à l'Académie elle-même tout entière, qui, rendue au sentiment de sa propre dignité, a fait les efforts les plus louables pour résister à tous les entraînemens, et a persévéré jusqu'au bout dans l'attitude ferme et prudente qu'elle a prise dès le début de la séance. Nous devons aussi une mention honorable à la grosse cloche que M. le président a substituée à sa sonnette habituelle, et dont la formidable voix est venue plus d'une fois décourager à propos quelques motions et interruptions anarchiques. Le résultat du vote de l'Académie est, dans l'ensemble et dans ses détails, conforme à ce qu'on avait droit d'attendre de la lumière et de l'équité d'une telle compagnie. Toutes les menées des passions, exploitées avec une persistance et une vivacité inouies, ont complètement échoué devant le bon sens de la majorité. L'opposition n'a pu, à force de tumulte, lui arracher que des concessions à peu près insignifiantes, dont la plupart ne portent que sur la forme, laissant tout à fait intacts les principes. Tout ce que la commission a dit et voulu dire sur les choses et sur les personnes a été intégralement adopté, approuvé et consacré par l'Académie. La conspiration en a été pour ses frais d'éloquence et de manœuvres stratégiques. Ce résultat, nous l'avions prévu, mais nous n'osions espérer qu'il serait si complet et si net.

Pour bien saisir le sens et la portée de cette décision solennelle, il convient de rappeler que la commission avait à résoudre deux questions distinctes, une question purement scientifique et une question personnelle. Elle devait, en effet, d'une part, donner une solution directe des problèmes de chimie médico-légale impliqués dans la question de l'empoisonnement par l'arsenic, et d'autre part constater la valeur comparative des travaux de quelques savans, relatifs à cette même question et soumis officiellement à son examen. L'une de ces missions lui était rigoureusement imposée par des considérations supérieures d'intérêt public et scientifique, l'autre par le vœu de l'Académie, qui avait consenti à examiner et juger les travaux présentés à son approbation. La commission n'aurait pu, sans manquer à ce qu'on attendait d'elle, décliner l'une ou l'autre de ces tâches; et quoi qu'ait pu dire et faire l'opposition pour restreindre son rôle, tantôt à celle-ci, tantôt à celle-là, suivant les besoins de sa cause, la commission avait le droit et le devoir de les remplir toutes deux. C'est ce qu'elle a fait à la satisfaction de tous.

Les principales questions scientifiques soumises à son examen étaient les sui-

complète, sont restés en dehors du domaine de la science, comme si les médecins auristes eussent voulu s'en réserver le monopole.

J'ai pensé qu'il convenait de réunir ces matériaux et de les compléter autant que possible. Ce n'est point ici un chapitre de semeïologie acoustique, mais seulement un travail d'analyse clinique, une application des sens à l'étude des particularités de l'organisation de l'oreille, une introduction nécessaire à des recherches bien plus délicates, puisqu'elles consistent dans l'appréciation de phénomènes, de symptômes, dont je veux seulement apprendre à constater l'existence.

Dans cet exposé des moyens d'exploration de l'oreille, je suivrai l'ordre anatomique ; j'examinerai d'abord le pavillon de l'oreille, puis le méat externe et la membrane du tympan, c'est-à-dire toutes les parties qui sont soumises à l'inspection directe de l'œil. J'étudierai ensuite les moyens d'exploration de la trompe d'Eustachi et de la cavité tympanique ; enfin, j'indiquerai les divers procédés à l'aide desquels on peut découvrir les lésions qui ont leur siége dans l'oreille interne proprement dite, ou plus profondément encore.

§ Ier. — PAVILLON DE L'OREILLE.

La position extérieure de cet organe rend très facile l'examen des lésions dont il est le siége ; cependant il faut encore y mettre quelque soin pour ne pas méconnaître certaines altérations de la peau qui ont leur siége au fond des replis qui le parcourent. L'eczema chronique, le lichen, l'acne, et autres affections papuleuses ou vésiculeuses affectant le pavillon de l'oreille, sont quelquefois difficiles à diagnostiquer. Il faut toucher cet organe, s'assurer de sa souplesse, de son épaisseur, voir si la peau qui le revêt est rugueuse ou luisante, si elle se plisse en travers ou se gerce à l'endroit où elle se continue avec la région mastoïdienne, si la température est au-dessus ou au-dessous de celle des parties voisines. Il est nécessaire de relever l'hélix, de déplisser en quelque sorte le pavillon, afin de constater les altérations de la peau, souvent légères, mais importantes, en ce sens qu'il en existe de semblables dans le méat externe et jusque sur le tympan. Je démontrerai ailleurs que la plupart des maladies du méat externe sont semblables à celles qui occupent la surface cutanée et qu'on retrouve sur la peau du conduit auditif presque toutes les lésions élémentaires et consécutives qui ont été signalées par les pathologistes modernes les plus estimés.

Les muscles, le tissu cellulaire et le fibro-cartilage, qui constituent le pavillon de l'oreille, offrent assez souvent un mode d'altération en vertu duquel ces parties deviennent dures, raides, à tel point que cet organe peut être fracturé, ainsi que je l'ai vu chez un malade âgé de 38 ans. J'ai rencontré une disposition inverse chez une vieille femme, couchée à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Madeleine, n° 44, chez M. Recamier. Le pavillon était tellement mou qu'il tombait et recouvrait la conque, ainsi que le méat externe.

Je n'ai point à m'occuper ici des variétés de forme que présente l'oreille externe, non plus que des changemens produits par la compression des coiffures, surtout chez les femmes. Un auriste anglais, Buchanan, a consacré de longs développemens à l'étude de ces formes et de leur influence sur l'audition.

Lorsque l'on examine un grand nombre d'individus plus ou moins sourds, ou entendant bien, on ne tarde pas à se convaincre que le volume, la forme, le degré d'inclinaison du pavillon de l'oreille n'ont aucune influence marquée sur l'ouïe, et que cet appareil accessoire n'a qu'une importance très secondaire. Cependant, on doit toujours l'examiner avec soin, parce que, comme je l'ai déjà dit, l'état de la peau qui le revêt indique assez bien le mode d'altération de celle qui tapisse le conduit auditif externe.

§ II. — MÉAT EXTERNE.

Il est aisé de se convaincre que toutes les parties constituant l'oreille externe présentent des formes et des dimensions très variables. On ne peut établir avec quelque précision les limites de l'état normal. La longueur du conduit auditif, sa largeur, son degré d'inclinaison ou d'obliquité, diffèrent non seulement suivant l'âge des individus, mais encore suivant des circonstances tout à fait individuelles. On rencontre quelquefois une différence notable entre deux oreilles également saines, quoique ce défaut de symétrie résulte ordinairement d'un état pathologique, et soit l'indice d'une altération de l'ouïe.

On trouve quelquefois le méat externe assez large, assez droit pour que l'on puisse voir aisément la membrane du tympan, mais ces faits sont exceptionnels et se rattachent à cette ampliation spontanée du méat signalée par Itard. Dans l'immense majorité des cas, la disposition du conduit est telle que, pour le voir en entier, il faut recourir à l'emploi d'un instrument qui dilate ses parois et redresse sa courbure. Souvent aussi les poils qui garnissent le sommet et la face interne du tragus, les villosités situées à l'orifice du conduit, rendent nécessaire l'usage du spéculum. Le gonflement de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané diminue le calibre de ce conduit et nécessite l'emploi de ce même instrument, qui n'est rejeté que par deux auristes modernes, MM. Wright et Fabrizi.

Tous les auteurs s'accordent à dire que, pour examiner le méat externe, il faut saisir la partie supérieure du pavillon de l'oreille et tirer tout l'organe en haut et en dehors. Ce précepte est vulgaire et remédie, d'ailleurs, assez bien aux inconvéniens de la courbure du conduit auditif, qui est dirigé en bas et en avant ; mais dans beaucoup de cas il est loin de suffire, en raison de la trop grande obliquité du méat, de son étroitesse, des villosités trop abondantes qui le garnissent, etc.

L'orifice du méat externe présente assez souvent une double disposition, qui rend indispensable l'emploi du spéculum, je veux parler d'une déviation du conduit en vertu de laquelle il se porte en bas et en avant, au-dessous du condyle de l'os maxillaire. Son diamètre antéro-postérieur diminue à un tel point que les parois se touchent et que l'orifice, qui ne ne consiste plus qu'en une fente verticale, vient se placer derrière le tragus, qui lui sert d'obturateur. Cette difformité, qui n'est pas toujours, comme on l'a dit, le résultat des progrès de l'âge, puisque je l'ai rencontrée chez de très jeunes sujets, exige impérieusement l'emploi du spéculum, qui même ne suffit pas toujours.

On sait que le conduit auditif externe se compose de deux parties, l'une extérieure, formée par un fibro-cartilage, l'autre intérieure, formée par une lame osseuse du temporal. La portion molle est mobile, plus ou moins flexible ou dilatable, tandis que l'autre ne l'est pas. L'obliquité plus ou moins grande du méat dépend du mode de réunion de ces parties et de l'angle que forment les deux axes de ces conduits cylindriques. Il

---

vantes : 1° Est-il possible de retrouver dans la masse des tissus et liquides organiques des individus empoisonnés par l'arsenic des traces du poison absorbé ? 2° Parmi les procédés à employer pour mettre à nu l'arsenic absorbé et constater chimiquement son existence, quel est le plus sûr, le meilleur ?

Les questions personnelles, telles qu'elles résultaient des assertions contenues dans les documens écrits envoyés à l'Académie, étaient celles-ci :

1° Est-il vrai qu'on puisse, comme le prétendent MM. Flandin et Danger, confondre les taches d'apparence arsenicale produites quelquefois par une vicieuse manipulation de l'appareil de Marsh, avec des taches réellement formées par l'arsenic ?

2° Quelle est la valeur relative de la carbonisation au moyen de l'acide sulfurique proposée par MM. Flandin et Danger pour la destruction des matières organiques dans les recherches dont il s'agit, et de l'incinération par le nitrate de potasse employée par M. Orfila ?

3° Quelle est la valeur relative de l'appareil proposé par MM. Flandin et Danger pour retrouver et constater chimiquement l'arsenic dans les matières organiques et de l'appareil analogue adopté par M. Orfila ?

4° La secrétion urinaire est-elle suspendue chez les chiens empoisonnés par l'arsenic, comme l'assurent MM. Flandin et Danger, ou continue-t-elle comme l'assure M. Orfila ?

Tels sont les points principaux sur lesquels la commission avait à formuler une opinion.

Quant à ce qui concerne la science pure, il a été reconnu que la possibilité de retrouver et de constater chimiquement de l'arsenic absorbé était expérimentalement démontrée. Ce point, déjà constaté aussi par l'Institut, est donc acquis définitivement à la science. Il est inutile d'insister sur son extrême importance pratique. C'est une des plus remarquables découvertes dont puisse s'honorer la chimie appliquée à la médecine légale. Nous ajouterons seulement que cette découverte appartient à M. Orfila. L'Académie a cru même devoir faire une mention spéciale de cette priorité, qui du reste n'est contestée par personne. La commission a été moins explicite sur la détermination du meilleur procédé à suivre pour la recherche de l'arsenic ; elle en a signalé plusieurs comme également bons pour arriver au but définitif, et qui, ayant chacun des avantages et des inconvéniens, ne sauraient être adoptés ou rejetés d'une manière absolue. Elle laisse donc les experts libres de se décider pour la carbonisation par l'acide sulfurique ou l'incinération par le nitrate de potasse suivant les circonstances. Quant aux appareils à employer, ils ne sont, comme on sait, que des modifications de l'appareil de Marsh. L'Académie, sur l'avis de sa commission, éclairée par un grand nombre d'expériences comparatives, en recommande spécialement un dont le rapport donne la description, et qui n'est autre que celui dont se sert M. Orfila, heureusement modifié récemment par les commissaires de l'Institut.

Nous ferons observer que dans ces premières conclusions purement scientifiques, l'Académie de médecine est parfaitement d'accord avec l'Institut. L'accord de ces deux sociétés savantes sur le fait scientifique avancé et démontré par M. Orfila, et qui est capital dans la question, à savoir : la certitude de trouver et démontrer chimiquement l'arsenic absorbé dans les corps des individus empoisonnés par cette substance, ne laisse aucun doute sur la réalité de cette découverte et sur la légitimité de ses applications en médecine légale. Quant aux procédés et

est évident que la partie externe du méat est seule extensible et que personne n'a jamais songé à dilater la portion osseuse. Et cependant c'est sur l'impossibilité d'agrandir le méat osseux que le docteur Fabrizi se fonde pour rejeter le spéculum. Le plus simple examen suffit pour prouver que les deux valves de cet instrument redressent en s'écartant les flexuosités du canal membraneux, augmentent son diamètre, s'opposent à l'inflexion du tragus et permettent l'arrivée de la lumière jusque sur la face externe du tympan.

Il s'agit donc de ramener autant que possible à la perpendiculaire les divers axes de chacun des segments qui composent le conduit auditif et de le placer lui-même de telle façon que la lumière puisse arriver dans sa partie la plus profonde. Je me contente pour cela de faire asseoir le malade sur une chaise ordinaire, auprès d'une fenêtre bien éclairée par le soleil. J'ai renoncé à l'emploi d'un dossier élevé garni d'un coussin mobile ou fixe, parce qu'il faut que la tête du malade puisse être dirigée dans le sens de l'incidence des rayons solaires. De plus, il est nécessaire que le patient puisse se retirer à volonté afin de fuir la pression, quelquefois douloureuse, de l'extrémité des valves du spéculum, quand cette partie de l'instrument arrive à la portion osseuse du méat, et comprime les tissus plus ou moins enflammés. Cette liberté laissée au malade ajoute à sa sécurité et rend d'ailleurs l'examen de son oreille plus facile.

La lumière directe du soleil est véritablement indispensable pour acquérir une connaissance précise du mode de lésion qui a son siége au fond du méat et sur la membrane du tympan. Des médecins anglais et allemands ont fait construire des lampes armées d'un réflecteur; mais cette lumière artificielle est d'un emploi difficile et ne peut rendre que de faibles services. J'ai constaté, par de nombreux essais, qu'une seule bougie était préférable et voici comment il faut agir. Ou bien cette bougie est tenue à la main et placée au-devant d'une cuiller d'argent qui réfléchit la lumière, ou bien la bougie étant posée sur une table, on se contente de donner au malade une situation telle que sa lumière, tombant obliquement sur la concavité d'une des valves du spéculum, se réfléchisse et aille éclairer le tympan. Un peu d'exercice a bientôt appris le degré d'inclinaison qu'il faut donner à l'instrument. Ce procédé est utile, surtout en hiver, et lorsque le temps est brumeux.

Le pavillon de l'oreille étant porté en haut et en arrière au moyen de la main gauche, le spéculum tenu de la main droite, est enfoncé dans le méat jusqu'à la profondeur de 5 à 6 lignes, plus ou moins, suivant la longueur de la portion molle de ce conduit. Arrivé à ce point, l'instrument s'arrête ordinairement, quelquefois il peut aller au-delà et pénétrer dans la portion osseuse du méat. Mais dans beaucoup de cas, les parties molles forment un cône tronqué dont la base est extérieure et dont le sommet répond au bord osseux du conduit, de telle sorte que ce point de réunion est notablement rétréci. Le spéculum ne peut atteindre que jusque là, et encore, doit-on alors le retirer un peu pour pouvoir écarter ses valves.

Quand cette disposition conique n'existe pas, et que la portion osseuse est un peu large, les extrémités des branches du spéculum, en y pénétrant, s'y appuient doucement et rendent très facile le redressement des courbures de la portion molle du méat. Le docteur Fabrizi dit que dans ce cas le spéculum rétrécit le conduit en raison de sa propre épaisseur; mais il faut noter que les valves qui touchent l'orifice du conduit osseux, s'y introduisent à peine et dilatent sensiblement toutes les parties molles extérieures.

Lorsque le spéculum a été introduit comme je viens de le dire, on écarte ses branches doucement, peu à peu, de manière à donner au conduit membraneux les plus grandes dimensions possibles. Cet agrandissement obtenu et la lumière arrivant bien au fond de l'oreille, on examine avec soin la partie la plus profonde du conduit, le tympan, le prolongement épidermique qui le revêt; on poursuit cet examen en procédant de dedans en dehors, et pour cela il suffit de retirer le spéculum en écartant peu à peu ses valves. On déplisse ainsi le méat tout entier, on l'étend sous la pression douce de ces valves convexes et chacun des points de la surface du conduit auditif se présente successivement à l'œil de l'opérateur. Cette manière d'agir n'est applicable qu'aux méats qui ne sont pas coniques, car alors cette sorte de valvule moyenne s'oppose à l'introduction de l'instrument et ne laisse bien voir que la partie extérieure du conduit.

Dans l'état sain, une quantité plus ou moins grande de cérumen recouvre la moitié externe de la peau du méat. La plupart des maladies de l'oreille influent sur la production de cette substance qui devient, dans bien des cas, un obstacle au libre examen des parties. Il semblerait utile de faire d'abord une injection d'eau chaude afin d'enlever cette matière grasse ou tout autre corps étranger. Cependant il vaut beaucoup mieux s'en abstenir, afin de reconnaître la nature des produits secrétés par l'appareil folliculeux, ainsi que les pellicules épidermiques qui se détachent spontanément, se roulent, se mêlent au cérumen et forment avec les villosités du conduit des masses plus ou moins volumineuses, véritables corps étrangers qui sont à la fois l'indice d'une maladie des téguments du méat et la cause passagère d'une surdité accidentelle.

Lorsque le cérumen, par sa quantité, la place qu'il occupe, sa consistance, etc., est un obstacle à l'examen du méat, on doit l'enlever, mais avec précaution, afin de ne pas produire d'accident. Très souvent, en effet, cette matière prend la solidité de la cire légèrement ramollie entre les doigts, et si l'on essaie de l'enlever avec une curette, on occasionne de vives douleurs. Cela dépend de ce que le corps étranger remplissant tout le méat, communique au tympan les mouvemens qu'on lui imprime; souvent aussi il se fait un suintement de sang qui dépend de ce que la masse de cérumen adhère fortement à la peau du conduit; alors l'épiderme se détache avec le cérumen et il y a déchirure des vaisseaux superficiels du corps muqueux.

On remédie à ce double inconvénient en agissant sur les concrétions cérumineuses au moyen de l'huile d'olives ou d'amandes douces qui les ramollit, les dissout et permet alors de les enlever avec un jet d'eau chaude. Très souvent il suffit de faire d'abondantes injections d'eau tiède pour déterminer la sortie de ces concrétions. Rarement la curette peut suffire et il est toujours bon d'employer les liquides dont je viens de parler, afin de n'ajouter aucune lésion mécanique à celles qui existent dans le méat ou sur le tympan.

Lorsque le cérumen est à l'état normal, on peut l'enlever avec un tampon de coton placé au bout d'une pince à branches longues et amincies. Cet instrument qui doit être très flexible et droit, sert à exercer une friction légère sur toute la surface du conduit auditif et à le nettoyer complètement. Il indique de plus le degré de sensibilité de la peau qui la tapisse et contribue ainsi beaucoup à éclairer le diagnostic

---

appareils, l'opinion de l'Institut ne diffère en rien de celle de l'Académie de médecine; il ne décide rien d'absolu non plus sur le mode d'opération à préférer pour la destruction des matières animales; et l'appareil dont ont fait usage ses commissaires, en le modifiant, est celui qu'a aussi adopté l'Académie de médecine. Sur la question scientifique donc, les deux Académies sont unanimes, et ce point si important de chimie médico-légale peut être considéré comme fixé.

Quant aux questions personnelles, la commission de l'Académie de médecine avait à se prononcer sur des assertions contradictoires émises par M. Orfila et par MM. Flandin et Danger. Sa position était difficile. Diverses circonstances donnaient à ce débat un intérêt public. La probité scientifique de la commission était soumise à une dure épreuve. Elle avait en effet à juger entre un homme parvenu aux plus hautes positions, célèbre en Europe par ses ouvrages et ses travaux, membre de l'Académie, et deux jeunes gens inconnus et comme débutans dans la science. Il lui fallait du courage pour accomplir équitablement sa tâche; il lui en fallait pour protéger, s'il y avait lieu, le faible contre le fort, et même pour soutenir, au besoin, le fort contre le faible. C'est dans cette seconde nécessité qu'elle s'est trouvée. Elle a dû, en faveur de la vérité, braver l'accusation de sacrifier à la puissance, à des intérêts de corps, le mérite modeste et sans appui; accusation redoutable, parce qu'elle a une apparence de générosité. Des hommes moins pénétrés du sentiment de leur devoir auraient pu faiblir devant une telle menace, et chercher à conquérir de la popularité en faisant montre d'indépendance. Mais une telle conduite eût été tout simplement une lâcheté. Heureusement la commission et l'Académie ont su se mettre au-dessus de ces suggestions. La décision a été celle de la plus stricte équité.

Il est juste de dire aussi que la manière dont les amis de MM. Flandin et Danger ont présenté et soutenu leur cause a singulièrement simplifié la position de la commission et de l'Académie. Si on s'était contenté de demander pour leurs premiers et intéressans travaux un encouragement proportionné à leur valeur, il n'y aurait eu aucune raison de leur refuser une approbation aussi éclatante qu'on l'eût souhaitée. Mais ce n'était pas là le but de ces zélés et généreux patrons du talent ignoré. Ils avaient moins à cœur la gloire de ces jeunes expérimentateurs que l'abaissement d'un homme dont la position et la supériorité méritent des ennemis. Les travaux de MM. Flandin et Danger n'ont été qu'un prétexte, une occasion, un instrument. On les a pris, faute de mieux, pour champ de bataille. Sans cette circonstance, ils seraient probablement passés inaperçus, et n'auraient certes pas trouvé des sympathies si ardentes. On a essayé d'abord de répandre dans le public que ces travaux démontraient la nullité des découvertes et des belles recherches toxicologiques de M. Orfila; puis, quand on a cru cette opinion suffisamment établie dans la masse, on a essayé de les faire approuver par l'Académie. On faisait grand bruit aussi d'une prétendue approbation déjà donnée par l'Institut, approbation qui porte sur des points accessoires, et qui n'est, en définitive, qu'une formule banale de remercîment. On étalait, à tout propos, pour deux jeunes gens dont le nom paraissait pour la première fois une admiration telle, qu'on eût dit qu'il s'agissait de quelque Davy ou de quelque Lavoisier. Nous les plaignons sincèrement de n'avoir brillé en cette circonstance que d'un éclat emprunté; mais nous sommes loin de les rendre responsables de ces maladroites exagérations, de ces prétentions exorbitantes. Ils ont dû s'en étonner et en gémir les premiers, et ils auront à en demander compte à leurs fou-

de quelques maladies de l'oreille. Il est évident que le même moyen est applicable à tous les cas d'otorrhée, quelle qu'en soit la source. Cependant il vaut mieux recourir à l'injection abondante d'eau chaude, surtout quand le canal est étroit, anfractueux, que la peau qui le revêt est dépouillée d'épiderme, ulcérée et très sensible au plus léger frottement. Il en est de même pour le cas de phlegmon superficiel ou profond faisant saillie dans le méat, prêt à s'ouvrir ou déjà ouvert. L'introduction d'un corps étranger quelconque cause une douleur très vive, tandis que l'eau tiède, poussée doucement, pénètre au fond du conduit, le nettoie et soulage le malade.

Ainsi que je l'ai dit, la sensibilité de la peau du méat présente de nombreuses variétés. Beaucoup de malades disent que leur oreille est morte, qu'elle est revêtue d'une feuille de parchemin et que cette paralysie en s'étendant jusqu'au tympan a déterminé la surdité. Ils en donnent pour preuve la facilité avec laquelle ils peuvent introduire le cure-oreille ou une grosse épingle jusqu'au fond du conduit sans ressentir aucune douleur; la maladie a cheminé peu à peu de l'orifice du méat jusqu'au tympan, et la surdité est devenue d'autant plus grande que la sensibilité tactile des tégumens a diminué. Dans le plus grand nombre des cas, cette sorte de paralysie du sentiment coïncide avec une absence plus ou moins complète de secrétion cérumineuse; quelquefois cette matière perd ses principales propriétés physiques, elle devient blanche, sèche, friable, granulée, lamelleuse. J'indiquerai ailleurs la valeur de ces diverses altérations.

La pince, armée du petit tampon de coton et portée vers le milieu de la profondeur du méat, doit être soumise à un mouvement de rotation sur son axe, afin de déterminer le degré d'adhérence de l'épiderme au corps muqueux. Il arrive souvent alors que cette membrane se roule en cornet, ou bien se place en travers dans le conduit auditif et ressemble à un tympan. Il serait aisé de s'y tromper si l'on ne constatait en même temps que le derme est à nu dans une étendue notable et que cette cloison membraneuse n'offre pas les caractères physiques du tympan. D'ailleurs, on peut la toucher sans occasionner de douleur, elle cède à la pression, se déchire avec facilité sans amener aucun accident du côté de l'ouïe. Je dois dire, pour justifier ces détails, que souvent l'épiderme décollé affecte cette forme singulière, et que j'ai eu l'occasion de voir plusieurs cas de ce genre qui avaient été pris pour des perforations du tympan.

J'ai supposé jusqu'ici que le méat était de grandeur naturelle ou même un peu élargi; mais il arrive souvent que l'on rencontre une disposition contraire. De toutes les causes qui produisent ce rétrécissement, la plus fréquente est l'eczéma chronique et son influence est telle que les parois gonflées du conduit auditif se touchent dans la plus grande partie de leur étendue et rendent tout à fait impossible l'introduction du spéculum. Il faut alors dilater les portions rétrécies et l'on y parvient assez promptement au moyen de fragmens d'éponge préparée ou de grosses cordes de barpe ou de violoncelle. Souvent encore j'ai réussi à diminuer le gonflement en pratiquant une cautérisation légère avec un crayon de nitrate d'argent. L'irritation très vive produite par ce caustique se trouve bientôt remplacée par un travail de résolution qui s'empare des parties hypertrophiées et le canal devient libre.

L'érysipèle de l'oreille externe produit aussi une occlusion passagère du méat, mais alors il faut attendre la fin de cette phlegmasie, qui n'a que peu d'influence sur l'audition. Certains phlegmons superficiels obstruent plus ou moins complètement le conduit et s'opposent à l'introduction du spéculum; mais, dans ces circonstances, il n'y a aucune nécessité de pousser l'examen jusque-là. Les abcès situés plus profondément peuvent être reconnus à l'aide de l'instrument dilatateur. On peut même apprécier leur nature en voyant le point où ils font saillie. Ceux qui occupent la portion osseuse du méat s'accompagnent souvent de nécrose, et laissent après eux des ulcérations dont la cure est difficile. Dans tous ces cas, le spéculum me semble indispensable, et je ne crois pas que sans lui l'on puisse établir un bon diagnostic de la plupart des maladies de l'oreille externe.

§ III. — MEMBRANE DU TYMPAN.

L'exploration de la cloison membraneuse qui sépare le méat de la caisse est d'un très haut intérêt pour le diagnostic des maladies de l'oreille, et l'on ne saurait donner trop d'attention à l'étude approfondie de ses caractères physiques dans l'état de santé. Il faut considérer à la fois sa forme générale, son degré d'inclinaison, sa concavité, sa couleur, sa transparence, son poli, le mode d'insertion de la branche du marteau, etc. Tout ce que j'ai dit sur l'emploi du spéculum pour examiner le méat externe s'applique directement à l'étude du tympan, mais ne suffit pas toujours pour fournir les lumières dont on a besoin.

La plupart des auristes étrangers recommandent l'usage d'un petit stylet boutonné, pour apprécier, disent-ils, le degré de tension de la cloison tympanique, son mode de sensibilité, et enfin pour reconnaître les perforations dont il peut être affecté. Cette exploration de la surface extérieure du tympan est considérée par Kramer, Lincke, Buchanam, Pilcher, Saunders et autres, comme une chose très simple et en même temps très utile. Examinons cette opinion.

Lorsque le méat externe n'est pas trop oblique ni trop étroit, c'est-à-dire dans la majorité des cas, il est facile de voir les deux tiers de la surface du tympan, et de reconnaître avec précision toutes les propriétés physiques de cette membrane, si toutefois l'on a pris le soin d'enlever, au moyen d'une abondante injection d'eau chaude, les matières étrangères qui peuvent la recouvrir plus ou moins complètement. Je ne sache pas qu'un stylet boutonné, promené doucement sur cette surface, puisse apprendre quelque chose de plus que l'œil, et, dans les cas rares où l'on ne peut voir cette membrane, j'ai peine à croire qu'il y ait quelque avantage à employer l'instrument en question. Il m'est souvent arrivé de chercher à connaître le degré de sensibilité tactile du tympan, surtout dans des cas où le malade disait que son oreille externe était paralysée ou même morte, et j'ai observé que l'emploi du stylet mousse ne valait pas une boulette de coton portée sur l'extrémité d'une pince. Presque toujours le contact du métal produit la sensation d'une piqûre, lors même que les parties sont bien moins sensibles que dans l'état normal, tandis que le coton promené à la surface de la membrane occasione un léger chatouillement qui n'a rien de pénible. Quelquefois, cependant, la sensibilité du méat et du tympan est si vive, sans qu'on y trouve de traces de phlogose, que le plus léger contact d'un instrument quelconque occasione une douleur aiguë, et que l'on doit renoncer à ce genre de recherches.

Il en doit être tout autrement lorsque les malades ont l'habitude d'introduire jusqu'au fond du méat un cure-oreille, une longue épingle, ou

---

gueux prôneurs, si toutefois il leur en reste encore quelques-uns maintenant.

La situation respective des adversaires et des juges étant ainsi établie, le rôle de l'Académie et de la commission devenait, disions-nous, assez simple. L'Académie était directement mise en demeure de s'expliquer catégoriquement sur les personnes. Elle ne pouvait plus décliner cette tâche, et elle a su l'accomplir. Voici les principaux résultats de son examen.

Sur la question des taches pseudo-arsenicales, dont on a voulu faire un texte d'accusations odieuses contre le savant même qui les a signalées le premier, l'Académie a déclaré que ces taches ne se produisent point si les opérations sont bien exécutées, mais que, dans tous les cas, il n'est pas possible de confondre chimiquement ces taches avec les véritables taches arsenicales. Cette explication suffit pour réfuter les calomnies auxquelles ces taches ont servi de prétexte; mais on sait que malheureusement la calomnie ne s'efface pas complètement, et qu'il en reste toujours quelque chose.

Quant à la valeur relative des divers procédés de carbonisation ou d'incinération des matières soumises à l'expérience, l'Académie est restée neutre; elle reconnaît aux procédés de MM. Flandin et Danger et à celui de M. Orfila des avantages et des inconvéniens qui se balancent. La commission a paru pourtant préférer celui de M. Orfila, mais sans prétendre en faire une règle. Les deux méthodes ont été déclarées bonnes. C'est là, au reste, une question à laquelle on n'attachait, ni d'un côté ni de l'autre, une grande importance.

Quant au procédé de MM. Flandin et Danger pour convertir en acide arsénieux l'arsenic éliminé par l'appareil de Marsh, l'Académie le déclare ingénieux et utile; mais elle déclare en même temps qu'elle préfère celui de M. Orfila et surtout celui qu'a employé récemment la commission de l'Institut. Il convient ici de remarquer deux choses: 1° que ce procédé de l'Institut, déclaré le meilleur par l'Académie de médecine, n'est qu'une modification de celui de M. Orfila; 2° que la supériorité de ce procédé sur celui de MM. Flandin et Danger consiste surtout en ce que dans celui de M. Orfila on obtient immédiatement de l'arsenic métallique, tandis que par l'autre on n'arrive à ce résultat qu'au moyen d'une suite de transformations compliquées. C'est cette différence capitale qui a déterminé la préférence de tous les chimistes appelés à se prononcer sur leur valeur relative. Sur ce point encore la solidité des travaux de notre savant confrère n'a reçu aucune atteinte.

Mais l'Académie n'avait pas seulement à se prononcer par oui et par non sur le petit nombre de points débattus devant elle; elle ne pouvait pas, elle ne devait pas restreindre son jugement dans les limites qu'il plaisait à quelques personnes de tracer. La valeur, l'importance, la sincérité même des travaux d'un de ses membres ayant été contestées, suspectées, niées, elle a cru devoir opposer aux assertions gratuites et mensongères de la passion l'autorité de sa propre opinion, fondée sur l'examen approfondi des faits. Elle a donc déclaré d'abord que c'est à M. Orfila qu'est due la première démonstration chimique de la présence de l'arsenic dans la masse des tissus et liquides des animaux empoisonnés. C'est là en effet le point capital de toute cette question, c'est la l'idée mère qui a suscité tous les travaux d'application et de perfectionnemens pratiques ultérieurs. C'est là et seulement là qu'il y a eu invention et découverte. Tout ce qui a été fait depuis par les expérimentateurs en France et ailleurs peut être de plus ou moins d'utilité pratique, mais ne vaut pas la peine d'être réclamé et encore moins disputé.

d'autres instrumens semblables. Si, par suite de manœuvres fréquemment répétées, le tympan a perdu sa sensibilité normale, on peut alors se servir d'un stylet boutonné pour apprécier le degré et l'étendue de cette sorte de paralysie. Il m'est arrivé souvent de promener ainsi le bouton de ma sonde sur toute la surface du tympan, sans que le malade en ait la conscience. Cette exploration permet de constater un phénomène qui se rattache plutôt aux altérations de l'oreille interne, et qui me semble destiné à jeter du jour sur le diagnostic des maladies du vestibule et de ses annexes. Je veux parler de la pression exercée sur l'extrémité de la longue branche du marteau, pression qui se transmet à toute la chaîne des osselets, et par conséquent à la partie de l'étrier qui ferme la fenêtre ovale. Cette manœuvre a pour résultat de réveiller subitement l'audition dans des cas de surdité grave. Je me contente d'indiquer ici ce point, qui me paraît entièrement neuf. J'y reviendrai dans la dernière partie de ce travail.

La simple inspection permet donc d'apprécier exactement la forme générale du tympan, sa couleur, son poli, sa transparence, et, par conséquent, son degré d'épaisseur. Tout ce qu'ont dit les anciens et même quelques modernes sur la tension exagérée ou sur le relâchement de cette membrane a été regardé, depuis Itard, comme une pure supposition. Cependant, il ne faut pas croire que le tympan ne puisse pas être entraîné en dedans ou en dehors, par suite d'un mouvement de bascule du marteau qui rend cette cloison beaucoup plus concave que de coutume, ou par l'accumulation du mucus, du pus, ou même de l'air dans la caisse, qui refoulent le tympan en dehors, et tendent à le rendre convexe en ce sens. Ces particularités méritent une grande attention et se reconnaissent au plus ou moins de saillie que présente la longue branche du marteau, et à la forme générale du fond du méat.

Il est un autre moyen d'exploration dont je dois parler ici, bien qu'il se rattache à l'étude des lésions de l'oreille moyenne. Je veux parler de l'expiration forcée, la bouche et le nez étant fermés. L'air poussé par le conduit guttural et accumulé dans la caisse du tympan, distend cette membrane, diminue sa concavité, altère sa surface polie, la ride, la fronce, et fournit au médecin des renseignemens utiles sur la plupart de ses propriétés physiques.

Lorsque la trompe d'Eustachi est engorgée, et qu'un obstacle quelconque s'oppose au passage de l'air par cette voie, on pratique le cathétérisme, on insuffle de l'air au travers de la sonde, et l'on peut alors voir l'effet que produit ce fluide sur le tympan. Mais, dans le plus grand nombre des cas, cette opération est inutile, et la plupart des malades parviennent à faire passer de l'air dans l'oreille moyenne; aussi, doit-on les engager à renouveler des tentatives qui ont pour but d'éviter le cathétérisme de la trompe, et qui permettent d'atteindre parfaitement le but que l'on se propose.

Mais, dans les cas de perforation du tympan, ce passage naturel ou artificiel de l'air au travers de la caisse sert à établir le diagnostic avec une extrême précision. Très souvent, en effet, l'examen le plus attentif de la face externe de cette membrane ne fait découvrir aucune solution de continuité, lors même que le fond du méat est parfaitement net. Si le malade se mouche un peu fort, s'il fait quelque mouvement de déglutition, alors on voit des bulles d'air s'échapper par une ouverture plus ou moins grande, on entend un sifflement aigu, quelques gouttelettes de pus ou de mucosités sont projetées dans le méat, et il ne peut rester aucun doute sur la nature de la lésion. Lorsque la perforation existe à la partie antérieure du tympan, la courbure du méat s'oppose à ce qu'on la voie; mais alors le bruit de sifflement que produit l'air chassé par l'ouverture fistuleuse suffit pour établir le diagnostic.

Cette manière d'explorer le tympan est d'un haut intérêt, et fournit rapidement des signes au moyen desquels on apprécie l'état de cette membrane. Chaque jour, dans les hôpitaux, je rencontre des perforations du tympan chez des individus convalescens d'affection typhoïde, ou en proie à la maladie tuberculeuse, et, pour cela, il suffit de leur pincer le nez et de les engager à faire une forte expiration. On voit que la fistule du tympan est clairement indiquée par le bruit que fait l'air en sortant, et que l'examen du fond du méat n'est que complémentaire. On cherche alors à savoir le lieu qu'occupe la fistule, son diamètre, la quantité de matière muqueuse ou purulente qui en sort; mais tout cela est de peu d'importance en comparaison du premier résultat.

Lorsque les perforations du tympan sont situées à sa partie supérieure et postérieure, il peut être utile de porter un petit stylet boutonné dans la plaie, afin d'en sonder la profondeur et de reconnaître si les surfaces osseuses voisines sont altérées. Cette exploration doit être faite avec prudence, afin de ne pas agir trop violemment sur les osselets de l'ouïe ou sur quelque autre partie également délicate. Une injection d'eau tiède lancée avec un peu de force pénètre souvent dans la caisse, et passe de là dans la trompe et dans le pharynx. Beaucoup de malades, ayant observé ces particularités sur eux, ne manquent pas d'en faire mention, et fournissent ainsi, de prime-abord, des renseignemens qui ne laissent pas de doute sur la nature de l'affection dont ils sont atteints.

Tous ces moyens d'exploration du tympan rendent superflu le procédé indiqué par Itard, et qui consiste dans l'introduction d'une certaine quantité d'eau dans le méat, placé de telle sorte, que son orifice regarde en haut. Si, dans cette position, le malade fait un effort d'expiration, et que le tympan soit perforé, l'air s'échappe au travers du liquide, et forme des bulles qui crèvent à sa surface. On voit tout ce qu'il y a d'incommode dans cette manière d'agir, et plusieurs fois j'ai pu me convaincre qu'on arrivait difficilement au but. D'abord, le malade, ainsi placé, ne peut faire le plus léger mouvement sans agiter le liquide qui remplit son oreille; ensuite, quelques bulles d'air peuvent remonter à la surface de l'eau sans que le tympan soit perforé. Cela tient à ce que ces bulles d'air, adhérentes aux parois du méat et de la cloison, se détachent par suite des mouvemens de totalité de l'organe ou du tympan refoulé par l'air qui pénètre dans la caisse. Je me suis convaincu, par beaucoup d'épreuves, que l'expiration forcée, la bouche et le nez fermés, et enfin le cathétérisme de la trompe quand le premier moyen ne suffit pas, conduisent parfaitement au diagnostic des lésions du tympan.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(SUITE.)

IV. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin se composent des mémoires origi-

L'Académie ne s'est pas contentée de cette déclaration. Les attaques ayant été générales elle a voulu aussi leur opposer une réponse générale, et a déclaré qu'elle tenait pour exacts l'ensemble des travaux de M. Orfila relatifs à la question de l'arsenic. Ainsi s'écroule l'échafaudage de doutes, d'imputations vagues, de soupçons et de sourdes attaques si laborieusement élevés contre le mérite et la probité scientifiques de ce savant. Cette déclaration n'est pas une conclusion scientifique; c'est une manifestation spontanée des sentimens à peu près unanimes de l'Académie provoquée par les circonstances tout exceptionnelles de ce débat, elle est d'autant plus significative, qu'elle n'était pas demandée, et elle n'honore pas moins ceux qui l'ont faite que celui qui en est l'objet.

Le dernier fait à décider était celui de l'influence de l'empoisonnement par l'arsenic sur la sécrétion urinaire. Sur ce point encore, l'Académie, conformément aux expériences de ses commissaires, a confirmé les assertions de M. Orfila, combattues par MM. Flandin et Danger, tout en déclarant que ce sujet réclamait de nouvelles recherches.

Enfin, l'Académie a voté, comme elle le devait, des remercîmens à MM. Flandin et Danger, et décidé que leurs noms seraient portés sur la liste de candidature des membres correspondans. Nous ne pouvons qu'approuver ces politesses académiques.

Nous avons vu que, sur la question purement scientifique, l'Académie était complètement d'accord avec l'Institut. Cet accord est aussi le même sur les personnes. Ce n'est pas que l'Académie des sciences ait formulé un jugement explicite; car elle n'avait à se prononcer que sur les travaux de MM. Flandin et Danger, et de quelques autres chimistes français et étrangers, relatifs à l'arsenic, M. Orfila ne lui ayant pas présenté les siens. Cette compagnie a même évité avec soin toute discussion de cette nature. Mais, au fond, il résulte du rapport de ses commissaires et de leurs conclusions, que la part faite par eux à MM. Flandin et Danger dans cette question est absolument la même que celle qui leur a été faite par l'Académie de médecine. Leur opinion sur le mérite relatif des procédés et appareils est, à très peu de choses près, identique. Nous ne perdrons pas plus de temps à montrer en détail ces points de conformité. Nous dirons seulement que les deux rapports s'accordent sur tous les points qu'ils ont décidés en commun, et qu'ils se complètent l'un l'autre. C'est dans ces rapports que les hommes impartiaux devront désormais chercher la vérité sur les choses et sur les personnes.

Nous espérons n'avoir plus de longtemps à revenir sur cette question, qui est maintenant résolue à la satisfaction générale, et pour le plus grand bien de la science, de la justice et de l'humanité. *Finis coronat opus.*

SOUSCRIPTION OUVERTE POUR ÉLEVER UN MONUMENT A SANSON.

Le docteur Boinet, ancien interne de Sanson, 20 fr. — M. Ganne, étudiant en médecine, rue Mazarine, 51, 5 fr. — M. Vollant, id., id., 5 fr. — Un ancien élève de Sanson, 5 fr.

naux suivans : 1° *Recherches sur la ponction de la vessie ;* par M. Mondière. 2° *Farcin chronique chez l'homme, suivi de morve aiguë ;* observation recueillie par M. Deville. 3° *Lettre sur une question de médecine légale relative à la mort par suspension ;* par M. Bland. 4° *Précis sur l'aménagement des eaux thermales de Néris (Allier), précédé de quelques réflexions sur les eaux minérales en général et d'un énoncé sommaire des propriétés physiques, chimiques et médicales de celles de Néris ;* par M. de Faivard-Montluc. 5° *De quelques agens thérapeutiques non usités en France, et particulièrement du massage ;* par M. Dreyfus. 6° *Consultation médico-légale sur un cas de syphilis, communiquée de l'enfant à sa nourrice par l'allaitement ;* par M. A. Bonchacourt. 7° *Observation d'anévrisme très volumineux de l'aorte thoracique*, présentée à la Société de Médecine de Paris par M. Andry. 8° *De la puissance vitale considérée dans ses lois pathologiques ;* par M. Bland. (Suite.) 9° *Notice sur la fièvre puerpérale et sur ses différentes formes observées à l'Hôtel-Dieu de Paris pendant l'année 1840 ;* par M. Hippolyte Bourdon.

RECHERCHES SUR LA PONCTION DE LA VESSIE ; par M. MONDIÈRE.

Beancoup de chirurgiens regardent encore aujourd'hui la ponction de la vessie comme une ressource extrême, comme un moyen auquel il est cruel pour le malade, et presque honteux pour le chirurgien d'être obligé d'avoir recours. Aussi ne se résigne-t-on communément à en venir là qu'après avoir épuisé tous les procédés, tenté toutes les médications, essayé tous les instrumens. M. Mondière s'est proposé de rehabiliter une opération beancoup trop dédaignée. Il fait d'abord observer que, dans plus de la moitié des cas pour lesquels on a ponctionné la vessie, la maladie n'était pas un rétrécissement de l'urètre, mais une contusion, une phlegmasie aiguë du canal, causes évidemment refractaires de leur nature à l'emploi du cathétérisme ordinaire, à plus forte raison au cathétérisme forcé, qui n'aurait pu qu'aggraver les accidens inflammatoires, tandis que la ponction, qui ouvre à l'urine une autre voie, ménage ainsi la sensibilité des parties malades, leur laisse le temps de revenir à l'état normal et constitue, par conséquent, un traitement véritablement curatif de la cause qui entretenait la rétention d'urine.

M. Mondière cite ensuite un total de 92 faits de ponction de vessie où les résultats et les accidens ont été répartis, pour chaque procédé mis en usage, de la manière suivante :

	PONCTION			
	périnéale.	recto-vésicale.	hypogastrique.	Total.
Nombre des cas	9	28	55	92
Succès	6	19	49	74
Fistule	1	3	00	4
Infiltration	0	3	00	3
Abcès	0	1	00	1
Hémorragie	1	0	00	1
Mort	1	2	6	9

Ces résultats sont incontestablement plus favorables que ne le faisait pressentir l'opinion publique, qui, on peut le dire, est vraiment faussée sur ce point de pratique. Néanmoins nous ne pouvons croire que la question se trouve jugée d'une manière irrévocable par ce tableau. Certes, la proportion des succès y est on ne peut plus satisfaisante ; sans doute aussi, les chiffres sur lesquels M. Mondière a opéré sont trop nombreux pour qu'on ait à craindre de voir ses conclusions démenties par l'expérience future. Mais c'est précisément l'expérience que nous accusons ici d'être un guide trompeur, parce que jamais, dans les faits de ce genre, son langage ne nous est notifié d'une manière suffisamment authentique. Le désir de cacher ses revers et de publier ses réussites nous empêche, on le sait, d'avoir sur les conséquences des opérations en général une statistique complète : combien, à plus forte raison, ce motif ne doit-il pas masquer les résultats quand il s'agit des cas où, à tort ou à raison, l'insuccès est regardé comme une faute ! Or, dans l'état présent de nos idées sur ce point, la ponction n'étant autorisée que lorsqu'on n'a pu arriver dans la vessie par aucun autre moyen, dire qu'on l'a pratiquée, c'est déjà s'exposer au blâme ; jugez si beancoup de chirurgiens auront le courage d'avouer qu'ils l'ont faite sans succès ! Il en est, du reste, de cette opération comme de toutes les lésions qu'amène une maladresse ou une erreur de diagnostic, telles que la ligature de la brachiale piquée dans une saignée, l'intestin incisé par mégarde dans la herniotomie, le testicule atteint ou traversé par la pointe du trocart dans la ponction de l'hydrocèle, la sortie de l'humeur vitrée, ou la déchirure de l'iris dans l'extraction de la cataracte, etc., toutes lésions déclarées parfaitement innocentes par tous les auteurs, et dont on ne lit en effet jamais dans les journaux que des exemples d'heureuse terminaison, sans doute parce que ceux qui ont fait l'expérience du contraire n'ont pas eu besoin qu'on leur recommandât le silence. De même les dangers attachés à la ponction de la vessie ne pourront être bien appréciés que lorsque, au lieu de faits isolés, on fera connaître le résultat de la pratique entière d'un chirurgien, avec les insuccès en regard des guérisons.

Une autre conséquence, qui découle plus logiquement des chiffres ci-dessus établis, c'est la supériorité de la ponction hypogastrique sur les autres procédés. Si elle compte un peu plus de morts, en effet, elle a, en revanche, produit bien moins d'accidens. Nous rappellerons seulement à M. Mondière deux observations terminées par la mort, qui se trouvent omises dans son tableau, à l'article de la ponction hypogastrique : l'une est de Sharp (THÈSES DE PARIS, du 23 janvier 1840), l'autre appartient à M. Velpeau (NOUVEAUX ÉLÉMENS DE MÉDEC. OPÉR., 1re édit., t. III, p. 967).

LETTRE DE M. LE DOCTEUR BLAUD SUR UNE QUESTION DE MÉDECINE LÉGALE RELATIVE A LA MORT PAR SUSPENSION.

Ce travail a pour but de relever quelques assertions que l'auteur regarde comme erronées, et qui ont été émises dans un travail publié récemment par un médecin légiste sur cette question : *La suspension a-t-elle été l'effet d'un homicide ou d'un suicide ?* M. Devergie, l'auteur de ce mémoire, avait pris pour exemple la mort du prince de Condé, qu'une mort toute récente vient de rappeler à l'attention publique, et avait conclu, de l'absence de toute trace de violence extérieure qui pût attester la strangulation ou la suspension forcée, que rien, dans les faits matériels relatifs à la mort du prince, ne saurait faire naître la pensée qu'il ait péri victime d'un homicide. M. Blaud regarde cette conclusion comme une grave erreur, et qui pourrait conduire aux conséquences les plus funestes, puisqu'il suffirait à un assassin donnant la mort par asphyxie d'éviter de laisser des traces de son forfait, pour flétrir la mémoire de sa victime et s'assurer à lui-même l'impunité. Il y a d'autres voies que la strangulation pour s'opposer à l'accès de l'air dans les poumons, et déterminer ainsi l'extinction de la vie. Ne peut-on pas supposer, dans le cas particulier dont il est question, que les meurtriers, après avoir pénétré dans la chambre du prince, qu'ils purent trouver ouverte, comme elle l'était très souvent, et l'avoir surpris dans son sommeil, qui était ordinairement très profond, le saisirent et le retinrent, les uns par les pieds, les autres par les bras et le haut du corps, soit avec les mains, soit avec les couvertures dont il était enveloppé, tandis qu'un ou plusieurs autres, à l'aide d'un oreiller ou de tout autre objet favorable à l'exécution de leur crime, fortement appliqué et maintenu sur la face, suspendirent sa respiration, et déterminèrent ainsi l'asphyxie ? M. Bland rapporte à la suite de cette hypothèse, qui n'offre rien d'incroyable, l'histoire de cette jeune fille qui fut étouffée par son propre père au moyen d'un emplâtre appliqué sur la bouche et les narines.

M. Bland, passant ensuite à la seconde question posée par M. Devergie, demande avec lui : *Le prince de Condé s'est-il pendu ? l'a-t-on pendu ?* Et, reprenant un à un les faits relatifs à l'état physique du prince avant sa mort, aux lésions extérieures qu'il offrait après, à la nature et à la disposition du lien où on le trouva suspendu, aux résultats fournis par l'autopsie cadavérique, dit que ce ne fut point par la strangulation, suite de la suspension, que la mort survint, et termine par quelques considérations sur les circonstances extérieures, telles que la disposition des verroux de la porte de la chambre du prince, la disposition de tous les objets contenus dans cette pièce, et comparés avec ses habitudes bien connues, l'état du lit et surtout les empreintes qu'il avait conservées, et qui toutes sont peu favorables à l'hypothèse que la mort du prince a été le résultat d'un suicide.

CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE SUR UN CAS DE SYPHILIS COMMUNIQUÉE DE L'ENFANT A SA NOURRICE PAR L'ALLAITEMENT ; par M. BOUCHACOURT.

Malgré les travaux des auteurs anciens et de quelques médecins modernes, l'histoire de la syphilis des nouveau-nés est loin d'être complète. Ce qui manque à cette partie de la science ce ne sont pas les opinions et les théories, ce sont des faits, et des faits entourés de toutes les garanties d'authenticité et recueillis par des observateurs compétens. On ne saurait donc donner trop de publicité à ceux qui, comme le suivant, offrent ce double caractère.

OBS. — La femme Ch., âgée de 42 ans et mère de quatre enfans dont l'aîné, âgé de 12 ans, vit encore, n'a jamais éprouvé de maladies. Son dernier enfant, âgé d'un an, était parfaitement bien portant il y a quatre mois et avait même

fourni à un médecin du vaccin pour d'autres enfans, lorsqu'on donna à la mère un nourrisson âgé de 2 mois. Six semaines après qu'elle eut commencé à lui donner le sein, de *petites pustules*, puis des crevasses et des ulcères apparurent autour du mamelon gauche, et l'aisselle s'engorgea. Les crevasses s'élargirent, et les ulcères qui en résultèrent firent le tour de la base du mamelon. Peu de jours après, l'enfant Ch. se trouve atteint de pustules à la face, autour de la bouche, il est pris d'ophthalmie blennorrhagique, puis de pustules au bras, sur le dos, à la nuque, à la poitrine, autour de l'anus. La femme Ch. rend le nourrisson étranger et se soumet ainsi que son enfant à un traitement local et général qui calme les accidens, mais n'empêche cependant pas l'apparition de quelques symptômes consécutifs.

Avant de songer au traitement il fallait déterminer la nature et la cause de l'affection. Or, les détails que nous avons déjà donnés montrent que c'était une maladie syphilitique. Cette manière de voir fut partagée par MM. Gensoul et Leriche qui prescrivirent un traitement mercuriel dont l'effet avantageux vint encore confirmer le diagnostic. Chez l'enfant Ch. les pustules de la face et des environs de l'anus se desséchèrent et se cicatrisèrent. Quant à la mère, la plus grande partie des ulcérations se guérit, mais, soit négligence dans le traitement, soit ténacité plus grande du mal, il restait encore, lorsque M. Bouchacourt l'examina, deux indurations en haut et en dedans du mamelon gauche, dont l'une était encore ulcérée avec une teinte grisâtre. Le gosier semblait aussi se prendre, il était rouge et enflammé et les gencives grisâtres. Était-ce un commencement de salivation? Il restait sur le cuir chevelu des pustules phlyzacées. Du reste les parties génitales de cette femme non plus que celles de son mari, examinées avec la plus grande attention, ne présentèrent aucune altération.

Quant à la cause, outre ce que faisait pressentir la bonne santé antérieure de la mère et de l'enfant, et la coïncidence de leur maladie avec l'arrivée du nourrisson étranger, on apprit que celui-ci, lorsqu'il fut confié à la femme Ch., avait *la face comme enflée* et couverte de boutons, un écoulement par les fosses nasales, et des cicatrices violacées encore récentes sur les fesses. On apprit aussi que chez sa première nourrice où il resta deux mois, il prenait un traitement composé de bains, de sirop, et de pansemens avec du cérat, traitement qui lui était administré par le médecin des parens; que cette première nourrice était à cette époque tombée malade, et avait eu des ulcères aux deux seins et des glandes engorgées au col et à la tête; qu'enfin depuis que l'enfant fut retiré de chez la femme Ch. et rendu à ses parens, deux nourrices ont été prises et aucune n'a voulu le garder.

De ces détails bien circonstanciés M. Bouchacourt conclut :

1° Que la femme Ch. et son enfant ont été atteints d'une maladie vénérienne qu'elle a contractée en allaitant le nourrisson étranger, et qu'elle a ensuite transmise à son propre enfant.

2° Qu'on ne saurait assurer, sans renseignemens plus précis, si la syphilis du nourrisson étranger était congéniale ou avait été contractée par l'allaitement d'une première nourrice.

3° Que cependant, en regardant comme fondées les assertions de la femme Ch. sur les symptômes présentés par la première nourrice, (assertions qu'elle appuie de l'autorité du médecin du pays), on peut conclure que la syphilis de son nourrisson était congéniale, c'est-à-dire transmise par ses parens.

Nous aurions désiré, pour donner plus de valeur à cette observation, que l'auteur eût été à même de constater si la bouche de l'enfant étranger était saine, et s'il n'y avait pas de chancres à la surface interne des lèvres au moment où il fut confié aux soins de la nourrice.

NOTICE SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE ET SUR SES DIFFÉRENTES FORMES OBSERVÉES A L'HÔTEL-DIEU DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1840; par M. HYPPOLITE BOURDON.

L'auteur de cette notice s'attache surtout à opposer à la diversité des lésions organiques trouvées chez les sujets qui avaient succombé la similitude et la marche des symptômes observés pendant la vie, et qui n'ont différé généralement que pour l'intensité. Considérée de ce point de vue, la question des fièvres puerpérales offre un grand intérêt; car elle réduit de beaucoup la valeur de ces nombreuses et réelles altérations dont on s'est presque exclusivement occupé dans ces dernières années, sans qu'il en soit résulté le moindre avantage pour la médecine pratique, et tend à diriger les recherches dans une autre voie, celle des causes de ces altérations, et conséquemment de la maladie elle-même, dont elles ne sont que des effets. Les observations suivantes, que nous empruntons à l'auteur, feront comprendre la direction dans laquelle ses recherches ont été suivies. « Cette maladie s'est montrée avec des symptômes caractéristiques toujours les mêmes, avec un aspect et une marche particulière vraiment remarquable; tandis qu'à l'autopsie des malades qui ont succombé, on a trouvé des lésions anatomiques bien diverses. Plusieurs de ces altérations pouvaient être rapportées à l'inflammation, qui, dans cette affection, se termine avec une rapidité et une facilité extraordinaires, par la formation du pus dans différens points de l'économie, tels que la partie postérieure des membres, le tissu cellulaire sous-péritonéal, le péritoine, etc.; mais on ne pouvait regarder certaines lésions très graves comme le résultat de cette inflammation toute spéciale. »

Maintenant, si on joint à ces considérations la fluidité du sang trouvé dans le cœur et les gros vaisseaux, le ramollissement de presque tous les organes, n'est-on pas autorisé à regarder la maladie qui nous occupe comme une affection générale liée à une altération, à une intoxication du sang, et se traduisant toujours par un même ensemble de symptômes, malgré la diversité des désordres produits.

NOUVELLE MÉTHODE D'AMPUTATION DANS LA CONTIGUITÉ DES MEMBRES; par M. LACAUCHIE.

Le nouveau mode opératoire que propose M. Lacauchie tient à la fois de l'amputation circulaire et de l'amputation à lambeaux, et il a pour but de fondre complètement ces deux méthodes, de manière à constituer un système de désarticulation qui s'applique facilement à presque toutes les opérations de ce genre. Pour en donner une idée exacte, nous allons décrire les divers temps de l'amputation coxo-fémorale pratiquée de cette manière. Le sujet est sur le côté sain, l'opérateur se place derrière, entre deux aides, dont l'un soutient le membre et l'autre relève la peau. Le chirurgien fait, à 4 ou 5 travers de doigt au-dessous de la partie supérieure et interne de la cuisse, et en deux temps, une section circulaire, qui divise d'abord la peau, que l'on soulève le plus haut possible, puis les muscles jusqu'à l'os. Il commence alors une seconde incision à 3 centimètres au-dessus du grand trochanter, et la fait tomber perpendiculairement sur la partie externe de la section circulaire, en coupant tout jusqu'à l'os. Il obtient ainsi deux lambeaux distincts en bas et en dehors, entièrement confondus en dedans. Saisissant le sommet du lambeau postérieur, il le détache tout à fait du fémur en dehors et en arrière, en coupant toujours sur l'os, et pendant que l'aide tourne le membre dans la rotation en dedans. Il exécute ensuite la même manœuvre pour le lambeau antérieur, tandis que l'aide porte le fémur dans la rotation en dehors. En détachant le lambeau postérieur, le couteau est arrivé en arrière à l'articulation, qu'il a largement ouverte; de même, en détachant le lambeau antérieur, le couteau arrive peu à peu à la partie antérieure de la jointure qu'il ouvre sur la tête du fémur. Il ne reste plus qu'à diviser l'insertion des fessiers au grand trochanter, pendant que l'aide opère un mouvement d'adduction. Un second coup ouvre l'articulation à sa partie supérieure, la tête sort et on coupe le ligament rond.

On comprend, d'après cette description, comment le même procédé pourrait être appliqué aux autres articulations. Ce n'est, à proprement parler, comme le remarque M. Lacauchie, que le procédé de Pojet pour l'épaule *retourné*, c'est-à-dire l'incision circulaire faite avant l'incision longitudinale.

Il serait difficile de fixer dès à présent la valeur de cette méthode, car les faits cliniques, seule base possible d'un jugement en pareille matière, manquent ici complètement, et l'on ne peut rien conclure des vivisections que M. Lacauchie a faites pour étudier le manuel et observer les suites de l'amputation coxo-fémorale ainsi pratiquée. Quoi qu'il en soit, voici les avantages qu'il attribue à son procédé :

1° Il est d'une exécution facile, même pour les chirurgiens qui n'ont plus les ressources des amphithéâtres.

2° Il limite de suite, et par une simple incision circulaire, l'étendue des parties molles que l'on veut conserver.

3° Il permet de ne plus toucher, en quelque sorte, à ces parties molles après la section circulaire.

4° De ménager les muscles autant qu'ils peuvent l'être.

5° De laisser les vaisseaux presque étrangers à l'opération et de diminuer beaucoup les chances d'hémorragie et d'inflammation de ces canaux, puisqu'ils ne sont divisés qu'une fois par la section circulaire.

6° De produire la plaie la moins étendue que puisse nécessiter la désarticulation.

7° Il donne des lambeaux épais, réguliers, toujours assez pourvus de peau.

8° Il permet un affrontement naturel et facile de ces lambeaux.

MÉMOIRE SUR LA LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ STERNALE DE LA CLAVICULE EN ARRIÈRE; par M. MOREL.

Ce mémoire est destiné à éclairer l'histoire d'une maladie que le manque de faits avait laissée jusqu'ici fort obscure, car depuis l'époque où M. Pellieux (V. REVUE MÉD., 1834) en a fait connaître le premier exemple, dû à une violence traumatique, il n'en avait été publié que deux cas (Voy. GAZ. MÉD., 1836 et 1837); M. Morel rapporte trois observations

de ce genre, qu'il a recueillies à la Pitié et à la Charité, dans le service de MM. Sanson et Velpeau.

Obs. I. — Lemoine, âgé de 17 ans, est surpris par une voiture dans une rue étroite. Il se colle près du mur contre lequel la voiture le serre en lui poussant violemment l'épaule droite en avant et en dedans. A l'instant, douleur extrême au bas du col et violent accès de suffocation qui dure plus d'un quart d'heure. La dyspnée cessa peu à peu; mais les mouvemens du bras droit ne se rétablissant pas, le malade entre le huitième jour à la Charité, où l'on constata l'état suivant: pas de gonflement des veines, ni dyspnée, ni dysphagie, ni inclinaison de la tête. Les deux épaules sont à la même hauteur, mais la droite est plus rapprochée de la ligne médiane. L'extrémité interne de la clavicule est à moitié cachée derrière le sternum, et sa partie supérieure fait, par conséquent, saillie au-dessus de la fourchette de cet os. Cette tumeur se prononce davantage en avant, quand on porte l'épaule en arrière; elle s'élève et se dégage complètement de derrière le sternum, quand on abaisse l'épaule; elle revient à sa place naturelle, si on tire le bras en haut, en arrière et en dehors. La main se porte assez librement vers la tête lorsqu'on dirige en même temps le coude en arrière; mais ce mouvement produit au contraire une vive douleur, si le coude est tenu en avant.

Le bandage de Desault est appliqué: mais comme il se relâche, on le remplace par celui de M. Velpeau, qui maintient parfaitement la réduction. Une variole força alors de transporter le malade dans une salle de médecine, et depuis on l'a perdu de vue.

Obs. II. — Careron, âgé de 39 ans, reçut, étant incliné vers la terre, un coup de limon de voiture sur la partie postérieure externe de l'épaule gauche. Perte de connaissance, puis douleur très vive au niveau de la fourchette sternale gauche et impuissance du bras. Le lendemain, il est assis dans son lit, soutenant le membre supérieur gauche demi-fléchi avec l'autre main. Les mouvemens du cou, la respiration, la déglutition, la circulation, sont dans l'état normal. L'épaule est abaissée et rapprochée de la ligne médiane. L'extrémité interne de la clavicule a quitté sa place et forme une tumeur apparente au-dessus et un peu en avant de la fourchette sternale. Le chef interne du sterno-mastoïdien est infléchi au-devant de cette tumeur.

Si l'on porte l'épaule: 1° *directement en dedans*, l'extrémité luxée chemine, sans presque faire de relief, au-dessus de la fourchette sternale, derrière le chef interne du sterno-mastoïdien, et s'avance jusqu'à l'autre clavicule qu'elle croise de plusieurs millimètres en haut et en avant. Une très légère pression suffit pour produire ce mouvement, qui s'opère sans douleur. 2° *Obliquement en dedans et en arrière*, la tête de l'os luxé descend au-devant du sternum jusqu'à l'autre clavicule qu'elle croise. 3° *Obliquement en avant, en dedans et en haut*, la tumeur se déplace peu. 4° *Obliquement en dehors, en arrière et en haut*, réduction facile par la plus faible traction, mais reproduction plus facile encore.

On porte le coude en avant, l'avant-bras fléchi et la main appliquée sur l'épaule saine, et cette attitude qui produit la réduction est maintenue pendant cinquante jours avec le bandage dextriné. Au bout de ce temps, on trouve l'extrémité de l'os gonflée, un peu portée en dedans et en haut, mais unie au sternum avec la plus grande solidité.

L'extrémité claviculaire était habituellement située au-devant du sternum, tandis que, dans aucune circonstance, elle ne s'engageait derrière cet os; aussi, M. Morel nous apprend-il que plusieurs chirurgiens regardèrent ce cas comme un exemple de luxation en avant; et nous serions assez portés, d'après la description des symptômes, à partager leur avis. Ceux qui, comme MM. Velpeau et Morel, ont au contraire diagnostiqué une luxation en arrière, se fondaient sur la syncope qui suivit l'accident, sur la douleur qui se faisait sentir derrière le sternum, et principalement sur la direction bien déterminée de la cause qui avait poussé l'épaule à la fois en avant, en dedans et en haut. (P. 192.)

Obs. III. — Lamotte, âgé de 28 ans, tenait le pied d'un cheval qu'on ferrait, lorsque l'animal se mit à retirer et allonger alternativement et violemment son membre pour le dégager. Au milieu des efforts qu'il fit pour résister à ces mouvemens, Lamotte tomba, sans pouvoir préciser dans quelle attitude, ni si la luxation a précédé ou suivi la chûte, sans savoir par conséquent si elle ne pourrait point être attribuée à l'impulsion en dehors, en bas et en avant donnée au membre supérieur par le mouvement du pied du cheval. Quoi qu'il en soit, le lendemain de l'accident, on constata l'état suivant: L'épaule droite était rapprochée de la ligne médiane d'environ 10 lignes, gonflement léger de la jugulaire externe, douleur peu notable et plutôt vers le milieu qu'à l'extrémité de la clavicule dont l'extrémité interne a disparu en s'enfonçant derrière le sternum où il est impossible de la sentir. En portant la main à la tête, il y a douleur si le coude se dirige en avant, et pas de douleur s'il est dirigé en arrière. Deux tentatives de réduction faites l'une en tirant l'épaule en arrière et en dehors, l'autre en agissant sur le bras dans la même direction restèrent sans résultat.

M. Lenoir fit alors asseoir le malade sur une chaise basse, et il lui assujétit le tronc avec une alèze en cravate, dont le plein posait sous l'aisselle droite, et dont les chefs embrassant la poitrine allaient se fixer aux barreaux d'une grille. Un aide retint le poignet en bas, en avant et à gauche (contre-extension). Une autre alèze entourant la partie supérieure du bras fut confiée à deux aides qui tiraient en dehors et en arrière, à peu près horizontalement; enfin M. Lenoir, un genou appuyé entre les épaules du malade, attirait d'une main la droite en arrière, et de l'autre suivait la clavicule. (Extension.)

Au premier effort, réduction, mais presque aussitôt reproduction du déplacement. Nouvelle tentative, nouvelle réduction, qu'on maintint en embrassant les deux épaules dans les anneaux d'un 8 de chiffre fait avec une aleze en cravate, et dont les croises s'opéraient sur un coussin de crin placé au milieu du dos. Un bandage de corps fixa le coude sur le côté de la poitrine. Dès le douzième jour, ce bandage put être remplacé par une écharpe. La réduction fut si exacte que la clavicule était plus saillante en avant que celle du côté opposé, ce qui tenait au gonflement de sa partie interne. Au dix-huitième jour la guérison persistait.

Passant en revue les cas de luxation de la clavicule en arrière connus jusqu'ici, M. Morel trace l'histoire de cette affection, en indiquant successivement ses causes, ses symptômes, son diagnostic et son traitement. En joignant aux six observations que nous avons rappelées ci-dessus celle d'A. Cooper (Œuvr. chir., trad. franç., p. 75), où la maladie était de cause spontanée, on voit que, sur six cas où l'état de la région fut exactement décrit, trois fois la clavicule était déplacée en bas en même temps qu'en arrière, et trois fois, au contraire, son extrémité luxée se trouvait située également en arrière du sternum, mais en haut, et proéminant au-dessus de la fourchette de cet os. Ce sont donc deux espèces bien distinctes: 1° luxation en arrière et en bas; 2° luxation en arrière et en haut. Peut-être cette seconde variété n'est-elle jamais que consécutive à la luxation en bas, et nous concevrions fort bien théoriquement que le poids du membre supérieur et la contraction du sterno-mastoïdien parvinssent à faire remonter l'extrémité interne de la clavicule à un niveau supérieur à celui qu'elle occupait au moment de l'accident; mais encore resterait-il à expliquer pourquoi ce déplacement consécutif n'a pas lieu dans tous les cas. Quoi qu'il en soit de l'époque où s'opèrent ces deux espèces de luxations, M. Morel fait observer que, dans le déplacement en haut, la tête osseuse est très mobile, et la réduction fort aisée. Dans le déplacement en bas, au contraire, les parties sont immobiles, et lorsque la luxation se reproduit après avoir été d'abord réduite, on entend, pendant ce mouvement, un bruit de frottement dû à la force qui maintient les deux surfaces appliquées l'une contre l'autre.

La douleur extrême avec syncope ou menace de syncope est un signe assez fréquent de cette lésion. Il n'en est pas de même de la dysphagie et de la gêne de la circulation, symptômes donnés néanmoins comme constans par quelques auteurs, et nous avons remarqué qu'ils étaient plus prononcés dans les luxations accompagnées de déplacement en bas que dans celles où l'extrémité claviculaire était dirigée en haut en même temps qu'en arrière.

Les règles relatives au traitement ressortent des observations particulières, et nous ne les reproduirons pas ici.

V. L'EXPÉRIENCE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1841 renferment les articles suivans: 1° *Influence des affections morales vives de la mère sur la conformation et le développement du fœtus*; par M. Ch. Steinbrenner. 2° *Mémoire sur un nouveau moyen de prévenir l'inflammation après les grandes lésions traumatiques*; par M. Malgaigne. 3° *Extrait du rapport de la commission de vaccine sur les vaccinations pratiquées en 1839*; par M. Gaultier de Claubry. 4° *De la polydipsie*; par M. Lacombe. 5° *Description d'un phénomène nouveau de percussion médiate, appelé* claquement costo-hépatique; par M. Saussier. 6° *Du traitement chirurgical de la maladie appelée* ganglions; par M. A. Thierry. 7° *Remarques sur la vision des somnambules et des magnétiseurs*; par M. Gerdy. (La Gazette Médicale a déjà rendu compte de ce travail, n. 24, p. 380.)

MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU MOYEN DE PRÉVENIR L'INFLAMMATION APRÈS LES GRANDES LÉSIONS TRAUMATIQUES, ET SPÉCIALEMENT APRÈS LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES; par M. Malgaigne.

Comme toutes les inventions thérapeutiques, l'idée déjà ancienne d'enrayer avec l'opium la marche des phlegmasies aiguës repose sur des considérations théoriques et sur des faits. Laissant de côté les explications du mode d'agir de ce médicament, explications que M. Malgaigne ne propose d'ailleurs lui-même qu'avec une réserve digne d'éloges, nous nous occuperons uniquement d'apprécier la valeur des observations qu'il apporte comme exemples de succès dus à son emploi. Ces observations sont au nombre de quatre. Après en avoir rappelé les principales circonstances, nous chercherons à déterminer si elles sont réellement aussi probantes qu'il le pense, en faveur de l'efficacité de cette méthode.

Obs. I. — Une femme de 45 ans portait, depuis quatre ans, dans le sein droit, une tumeur cancéreuse. L'opération fut faite le 26 décembre 1836. La dissection de la tumeur dura 8 minutes; *il ne fut besoin de lier aucune artère*. La plaie offrait 173 millimètres dans sa plus grande largeur; on en fit la réunion à l'aide

d'aiguilles, excepté dans un petit espace de 20 millimètres de hauteur sur 64 millimètres de large, vers le creux de l'aisselle. Trois beures après l'opératioo, on commença à administrer l'opium, à la dose d'un grain toutes les deux beures. Le soir, le pouls était souple, à 82 pulsations; le sommeil fut très paisible.

Le 27, pas de douleur à la plaie, peau moite, urines chargées, pouls à 92; même prescription.

Le 28 au matin, pouls à 93; un suintement séro-sanguinolent très léger se fait à la surface dénudée de l'aisselle; nulle douleur.

Le 29, l'état est toujours aussi satisfaisant; on permet trois demi-tasses de bouilloo de bœuf et de veau; coutinuatioo de l'opium.

Le 30, la plaie, sous le bras, est d'une couleur rose pâle, et ne jette qu'uoe petite quantité de pus. On abandonna l'opium le 2 janvier; la malade, à cette époque, en avait pris en tout 42 grains, dans l'espace de sept jours.

Le 21 janvier, la cicatrisation avait marché, et la réunion de la suture était solide, lorsqu'une récidive du cancer se manifesta au-dessous de la plaie de l'aisselle, et fit de rapides progrès qui entraînèrent bientôt la mort de la malade.

Obs. II. — Un homme de 30 ans fut apporté le 27 juillet 1837 (et non 1839, comme il est dit dans le texte, sans doote par erreur typographique) à la Maison royale de Santé, avec une fracture de la jambe droite compliquée de plaie déchirée, d'épanchement sanguin considérable, et de contractions musculaires violentes. Le pouls était plein et développé, la face vultueuse.

Le 28, *M. Malgaigne fit faire une saignée de* 16 *onces*, plaça le membre entre deux attelles munies de coussins, saos compresses ni baodes, pour avoir toujours la plaie sous les yeux, et prescrivit 8 grains d'opium à prendre un toutes les deux beures.

Le 29, le pouls étant toojours plein et la face colorée, *nouvelle saignée de* 10 *onces*, et continuation de l'opium. Calme parfait dans le jour, sommeil facile la nuit; seulement quelques vomissemeos que l'on peot attribuer à ce que, par suite d'un malentendu, le malade prenait deux grains d'opium au lieu d'un toutes les deux heures. Quant à la jambe, elle est sans chaleur ni douleur.

Le 1er août, le membre s'étant dérangé dans la nuit, le malade y éprouve un sentiment de lourdeur, et il se développe le même joor un accès de fièvre caractérisé par un léger frisson suivi de sueur.

Le 7, on coula du plâtre autour de la jambe, en ayaot soin de ne l'envelopper qu'au niveau du genou et des malléoles, et de laisser à nu le reste de sa face antérieure. Ce pansement détermina de la chaleur, de la tuméfaction, et quelques cootractions musculaires; mais ces accidens cessèrent dès qu'on eut enlevé quelques parties du moule qui comprimaient douloureusemeot la peau.

Le 10, on réduisit la quantité d'opium à 6 grains; le 11 à 4, et le 12, on le supprima entièrement. La consolidation s'acheva ensuite de la manière la plus régulière. Le malade avait pris 114 grains d'opium en quioze jours.

Obs. III. — Une femme de 67 ans, jouissant d'une bonoe santé, à l'exception d'une migraine qui avait cessé à l'âge de retour, portait une cataracte du côté droit; toutes les fonctions se faisaient bien; seulement, depuis quelques années, elle ressentait dans la tête des battemens continuels, et depuis peu il s'y était joint de la céphalalgie. Par l'emploi des bains et des laxatifs, *suivis d'une petite saignée*, la céphalalgie disparut, les battemens diminuèreot un peu, et, vu leur existence babituelle, M. Malgaigne crut pouvoir passer outre et pratiqua l'abaissement le 8 août 1837, à la Maison royale de santé. La malade ioterrogée après l'opération, dit qu'elle avait très peo souffert. Prescriptiou : diète et repos absolu; occlusion des deux yeux; 8 pilules d'un grain d'extrait gommeux d'opium, une toutes les deux heures.

Il n'y eut ni douleur, ni fièvre; seulement de temps à autre de petits picotemens dans l'œil. On cootinua la même quantité d'opium jusqu'au 12, où elle fut réduite à 4 pilules; ce même jour on découvrit l'œil et la malade put s'en servir pour distinguer les objets. Le 13, oo cesse l'usage de l'opium dont il avait été pris 36 grains en cinq joors. Le 15, légère céphalalgie, sensation de gravier dans l'œil droit. Un orage qui a eu lieu la veille paraît être la cause de ces phénomènes *qu'une saignée de 8 onces fait disparaître*. La guérison fut parfaite.

Obs. IV. — Un homme, âgé de 30 aos, entra à la Maison royale de Santé en juillet 1837 pour se faire opérer d'uoe hydrocèle. L'opération fut faite par ponctioo le 31 juillet, mais un mouvement brusque du malade ayant occasionné le déplacement de la canule, une partie de l'injection composée de gros vin rouge bouilli avec des roses de Provins et mélangé d'alcool passa dans le tissu cellulaire des boorses. Aussitôt, M. Malgaigne chercha à extraire ce liquide en plongeant la pointe d'un bistouri à 4 ou 5 ligoes de profondeur, et comprimant fortement toute l'étendue du scrotum. La plus grande quantité du vin fut aiosi expulsée partie par la canule, partie par la piqûre du bistouri. Dix pilules d'opium, diète absoloe.

Le lendemain, 1er août, il n'y avait pas eu de douleur; le scrotum était fortement tuméfié; le pouls vif et fréquent, le teint animé; *saignée de* 10 *onces*, coutinuation de l'opium.

Le 2 août, il n'y eut que 5 pilules de prises. Aucune douleur; pouls fréquent et agité, face colorée et animée, peau halitueuse. Le scrotum, plus gonflé que la veille et d'une couleur légèrement rouge, présente une plaque d'un rouge violacé d'un pouce de long sur 2 de large, limitée par un cercle dur et rénitent. *Saignée de* 8 *onces*, continuatiou de l'opium.

Le 3, le même état persiste; la physionomie a une expression particulière et les yeux hagards annoncent une tendance au délire. Toujours 10 pilules d'opium.

Le 4, l'égarement de la figure a disparu. Le scrotum, *qui a beaucoup diminué de volume*, mesuré de la racine de la verge au périnée offre sur la ligne médiane *un développement de* 14 *pouces*. Les dimensions de la plaque gangréneuse sont de 3 *pouces et demi sur* 3 *pouces*.

Toot alla bien jusqu'au 7 où la quantité d'opium fut réduite à 6 grains; le 8, on n'en donna qoe 4, et le 9 il fut complètement supprimé (le malade en avait pris 65 grains). L'escarre tomba le 19 août, et laissa une plaie rose et bourgeonnante qui fut très longue à se cicatriser.

Deux questions se présentent naturellement à l'esprit après la lecture de ces iotéressantes observations; l'emploi de l'opium est-il sans danger? Son efficacité comme moyen abortif de l'inflammation traumatique est-elle démontrée?

Quant à la première question, elle ne nous semble pas pouvoir être résolue autrement que par l'affirmative. Dans aucun des cas rapportés ci-dessus, il n'y a eu ces effets toxiques attribués par tous les auteurs à l'usage de l'opium, tels que congestion cérébrale, somnolence, perturbation des fonctions digestives; toute son action, comme le dit M. Malgaigne, semblait bornée à combattre, à calmer l'excitation organique que ne manquent jamais de développer les grandes opérations et les grandes lésions traumatiques. A peine y eut-il un peu plus de sommeil qu'à l'ordinaire; quelques rêvasseries, des vomissemens passagers. Et cependant la quantité du médicament avait été portée très loin, comme on peut le voir à la lecture des observations particulières. Il ne saurait donc exister de doute sur l'innocuité de la méthode, et cette première solution est intéressante en ce qu'elle servirait à justifier des expériences tentées sur une plus large échelle.

Maintenant quelle est l'efficacité de cette médication pour prévenir l'inflammation traumatique? ou plutôt, jusqu'à quel point les observations de M. Malgaigne permettent-elles de juger de son influence sous ce rapport? Assurément la question est plus difficile à résoudre. Il faut bien admettre que, daos un fait clinique, il y a pour celui qui l'observe, des élémens de conviction que le récit même le plus fidèle ne peut faire passer dans l'esprit du lecteur, car il nous répugne de croire que M. Malgaigne ait pu se tromper aussi complètement sur le degré de valeur qu'il attribue à ses quatre observations; et cependant, après en avoir pesé tous les détails, interprété minutieusement toutes les circonstances, aucune d'elles ne nous semble propre à prêter à sa doctrine un appui suffisant. Qu'y trouvons-nous en effet? 1° Une plaie d'amputation du sein, d'une grande dimension à la vérité, mais dans laquelle *aucune artère n'avait eu besoin d'être liée*, réunie au bout de vingt-six jours, sans que la réaction inflammatoire ait été jusqu'à produire une accélération du pouls au-delà de 93 pulsations. 2° Une fracture compliquée traitée avec succès par l'opium *et par deux saignées pratiquées dès les premiers jours*. 3° Une opération de cataracte où l'inflammation fut évitée grâce à un traitement composé d'opium à haute dose *et de deux saignées*. 4° Une infiltration de vin dans les bourses où par l'effet de l'opium *et de deux saignées* on *réussit* à modérer les accidens consécutifs de manière à n'avoir qu'une *escarre de 3 pouces et demi* et une *tuméfaction du scrotum de beaucoup plus de 14 pouces de développement*. Au résumé, un succès tout à fait ordinaire, un autre fort contestable, et en définitive les saignées partageant trois fois sur quatre l'honneur de la cure; voilà toutes les preuves. Loin de nous néanmoins la pensée de trouver un sujet de reproche dans cette combinaison de deux ordres de moyens. Agir ainsi est un devoir pour quiconque veut tenter des expérimentations thérapeutiques, et nous ne pouvons que féliciter M. Malgaigne d'avoir, en vrai praticien, préféré le salut de ses malades à la rigueur de la démonstration. Mais cette voie qui est la plus sûre, est nécessairement aussi la plus lente. Dès que l'on consent à n'arguer que de demi preuves, il est indispensable de multiplier les faits presque à l'infini pour entraîner la conviction; car jamais, que nous sachions, médication nouvelle ne fut adoptée sur la foi de quatre guérisons, quand ces guérisons pouvaient aussi facilement que celles-ci être attribuées à d'autres agens. Voyez d'ailleurs les dangers d'une pareille manière de raisonner. M. Malgaigne a employé la saignée et l'opium, il est vrai, mais il attribue presque tout le succès à l'opium. Et, qui vous dit qu'on suivra toujours son exemple de préférence à ses paroles, qu'on s'en rapportera à sa pratique plutôt qu'à ses conclusions, et qu'on ne verra jamais le sort des malades imprudemment confié à l'emploi exclusif d'une médication que son auteur lui-même n'a osé hasarder seule?

Une autre réflexion nous a encore frappé. Les observations citées par M. Malgaigne datent toutes de 1837. Depuis cette époque il a à diverses reprises exercé la chirurgie dans les grands hôpitaux, et s'est sans doute fréquemment trouvé en position de répéter ses premières expériences. Nous regrettons qu'il n'ait pas jugé à propos de nous dire s'il l'a fait, et quel en a été le résultat. Quelle qu'eût été sa réponse sur ces deux points elle n'aurait pu qu'éclairer la question; peut-être même, nous aimons à le croire, aurait-elle suffi pour la juger.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA MALADIE APPELÉE GANGLIONS;
par M. Thierry.

Dans cet article M. Thierry a eu pour but, comme il le dit lui-même,

moins de proposer des moyens nouveaux que de faire connaître l'ordre dans lequel il pense que doivent être employés ceux que l'on connaît déjà contre cette maladie. Ainsi il conseille de chercher à rompre le ganglion en pressant dessus avec les deux pouces réunis, la main malade étant fortement maintenue par celles de l'opérateur. En cas d'insuccès, il faut placer le poignet bien garni de flanelle dans un étau dont on peut régulariser la force avec le dynamomètre. Après avoir rompu le ganglion, il faut établir pendant huit jours une compression avec une plaque en plomb flexible bien matelassée de charpie et maintenue par une bande, et par surcroît de précaution appliquer encore un emplâtre légèrement émétisé. Si la compression n'avait pu réussir à faire céder le kyste, il faudrait avoir recours à la pommade stibiée, et n'en venir à la ponction sous-cutanée qu'après avoir vu échouer ces divers moyens.

Il est bien évident qu'il n'y a rien de propre à M. Thierry dans cette idée de l'incision sous-cutanée, idée implicitement contenue parmi les applications de la méthode sous-cutanée formulées dès 1839 d'une manière générale par M. J. Guérin, et depuis lors pratiquée avec succès dans ces cas par MM. Barthélemy, Chaumet, Maréchal (Gaz. Méd., 1839, p. 775), et Malgaigne (Bullet. de thér., 1840, p. 29). La seule chose qui appartient à M. Thierry est donc sa proposition d'essayer l'effet d'un emplâtre stibié avant d'en venir à l'incision sous la peau. Or, ce que nous pressentons de l'inefficacité du premier moyen, et ce que nous connaissons de l'innocuité du second ne nous encourageait pas à suivre son conseil, et nous préférerions, une fois la compression ayant échoué, en venir de suite au mode de traitement le plus prompt et le plus sûr, la ponction sous la peau.

VI. ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1841, contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *A. Paré et G. Dupuytren*; par M. Bégin. 2° *De la guérison du bégaiement au moyen d'une nouvelle opération chirurgicale*; par M. Dieffenbach. (Travail déjà inséré dans la Gaz. Méd., 1841, n° 11.) 3° *Des indications et des contre-indication en médecine opératoire*; par M. Vidal (de Cassis). 4° *Nouvelles observations sur les hernies*; par M. Demaux. 5° *Mémoires sur la réduction des luxations au moyen des moufles*; par M. Marchal. 6° *Maladies de la prostate*; par M. Vidal (de Cassis). 7° *Sur une nouvelle méthode d'amputation dans la contiguïté des membres*; par M. Lacauchie. 8° *Enchantis carcinomateux d'un volume énorme*; par M. Portal. (Extirpation faite à deux reprises sans succès, vu les racines profondes et étendues de la tumeur qui récidiva chaque fois au bout de peu de temps.) 9° *Observation de cal difforme, excision*; par le même. (Observations extraites de Il Filiatre sebezio; nous aurons occasion de revenir sur ces faits dans la prochaine revue des journaux italiens, et d'apprécier l'opportunité de l'excision qui fut pratiquée.) 10° *Urétroplastie par un nouveau procédé*; par M. Ricord. (Observation rapportée dans la Gaz. Méd., 1841, p. 271.) 11° *Mémoire sur la luxation de l'extrémité supérieure de la clavicule en arrière*; par M. Morel. 12° *Du bégaiement*; par M. Velpeau. (Dans cet article, M. Velpeau compare les divers procédés de MM. Bonnet, Roux, Amussat, Colombat, Lucas, Braid, Yearsley, qui ont été déjà analysés dans la Gaz. Méd., 1841, numéros 7 et 25. Quant aux résultats de sa pratique particulière, M. Velpeau les formule ainsi : « Sur 17 cas, 5 fois le succès de l'opération a été en définitive absolument nul, 6 fois la guérison a été presque complète, et 6 fois il n'y a eu qu'un degré plus ou moins marqué d'amélioration.) »

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LES HERNIES; par M. Demeaux.

Dans cet article, qui est un supplément au mémoire de M. Velpeau, dont nous avons déjà rendu compte (voy. Gaz. Méd., 1841, n° 21), M. Demeaux fait connaître un nouvel exemple bien constaté de hernie inguinale *oblique interne*, de hernie *crurale externe* et de hernie *crurale interne* ou par le ligament de Gimbernat. Sous le rapport de la détermination du siége de l'ouverture herniaire, ces observations méritent toute confiance, à cause du soin qu'on a mis à la dissection des parties. Nous en donnons un court sommaire.

Hernie inguinale oblique interne.

Obs. I. — Sur le cadavre d'un homme de 60 ans existait, au niveau de l'anneau inguinal droit, une tumeur arrondie du volume d'un gros œuf. M. Demeaux pensa qu'il s'agissait d'une hernie inguinale incomplète. Après avoir enlevé l'aponévrose du grand oblique, il reconnut que le sac herniaire était placé tout à fait à la partie interne du canal inguinal, qu'il le traversait seulement d'arrière en avant et un peu obliquement de dedans en dehors; au niveau de l'anneau, il venait se placer au devant du cordon qu'il croisait pour ainsi dire. Vue du côté du ventre, l'ouverture herniaire était très rapprochée du bord externe du muscle droit, au-dessus du ligament de Gimbernat et en dedans de l'artère ombilicale. Évidemment engagé par la fossette inguinale interne, le sac était éloigné de l'artère épigastrique d'un pouce environ.

Hernie crurale externe.

Obs. II. — Sur le cadavre d'un homme présentant une hernie inguinale volumineuse, M. Demeaux trouva du même côté deux sacs, dont l'un plus volumineux (comme une grosse chataigne), était placé au-devant de l'artère crurale; l'autre était en dedans de la veine. En examinant du côté du ventre, il trouva que c'étaient bien là deux hernies crurales; et que leurs ouvertures étaient placées à un pouce environ de distance l'une de l'autre, l'une en dedans de l'artère épigastrique en dehors du ligament de Gimbernat, la seconde en dehors de cette artère, au devant de l'artère fémorale.

Le sujet de la première observation offrait une disposition tout à fait analogue à celle-ci.

Hernie à travers le ligament de Gimbernat.

Obs. III. — Sur le cadavre d'un homme de 40 à 50 ans existait, dans l'aine droite, un sac du volume d'une noix qui, contrairement à ce qu'on observe ordinairement dans la hernie crurale, n'avait aucune obliquité, et était dirigé directement en bas. Dissection faite des parties, M. Demeaux trouva que le sac était au-dessus du ligament de Fallope en dedans de l'artère ombilicale, et tout à fait en dehors de l'entonnoir crural. Du côté du ventre, l'ouverture fibreuse qui donnait passage à la hernie était formée à travers le ligament de Gimbernat, de forme ovalaire, d'une largeur d'environ 6 lignes, et son plus grand diamètre dirigé d'arrière en avant. Le plan de cette ouverture était parallèle au ligament lui-même; le tissu fibreux qui la circonscrivait était très dense et comme hypertrophié. La veine crurale était à 7 lignes de son bord externe, et l'artère à 10 lignes.

La dernière observation est un nouvel exemple de cette variété de hernies qu'a le premier signalée M. Langier (Arch. de Méd., mai 1833) et que M. Cruveilhier a aussi rencontrée une fois à la Salpêtrière (voy. Anat. descript., t. II, p. 319). Comme dans le fait de M. Laugier, le sac était ici dirigé d'arrière en avant et sans aucune obliquité; circonstance qui, pour un praticien très exercé, pourrait devenir un élément de diagnostic. Dans ces deux cas, du reste, la description des parties est absolument la même, et c'est là une nouvelle garantie de son exactitude.

MÉMOIRE SUR LA RÉDUCTION DES LUXATIONS AU MOYEN DES MOUFLES; par M. Marchal.

Malgré les succès déjà nombreux obtenus par l'emploi des moufles, cet agent, l'un des plus précieux que possède la chirurgie, est aussi un des moins employés. Pour beaucoup de praticiens, le mot seul de *machines* emporte une idée de complication dans l'appareil et de violence dans les effets qui est la principale cause de l'abandon où est tombé cet ingénieux procédé. M. Marchal a pris à tâche d'attaquer dans leur source même ces préjugés, en prouvant la supériorité de ce moyen de réduction : 1° Par le raisonnement; 2° par l'indication détaillée de son mode d'application; 3° par l'historique succinct, mais fidèle et impartial, des effets qu'il a produits jusqu'ici.

1° La principale objection qu'on adresse aux moufles, c'est de produire une force considérable dont on ne peut ni calculer le degré ni prévoir les conséquences. M. Marchal fait observer d'abord qu'avec le secours du dynamomètre on peut limiter la puissance déployée au point que l'on jugera convenable; puis, qu'il est rare qu'on ait besoin de porter l'énergie de ce moyen de traction au-delà d'une force de 150 kilogrammes. Et ce reproche dont il disculpe ainsi les moufles, on pourrait, comme il le remarque, le diriger à bien plus juste titre contre la méthode de réduction par les aides, où l'on ne peut mettre en jeu qu'une puissance illimitée, une puissance d'ailleurs qui, d'après les calculs de M. Sédillot, ira bien souvent jusqu'au chiffre effrayant de 600 kilogrammes, à cause des mouvemens saccadés qu'exécutent nécessairement les personnes chargées de faire l'extension.

Un des grands avantages de l'emploi des moufles, celui qui assure incontestablement à ce moyen la supériorité sur le procédé ordinaire, c'est la possibilité d'avoir une action de traction peu considérable mais prolongée, qui lasse les muscles du malade, sans offrir aucun danger, et qu'il serait impossible d'obtenir avec ces conditions de persévérance et d'innocuité, lorsqu'on se sert des aides.

2° La manière à laquelle M. Marchal donne la préférence pour disposer l'appareil est la suivante : le membre étant entouré d'une bande de flanelle, on applique à la partie inférieure de *l'os luxé* (au-dessous du

coude, par exemple, pour l'épaule) un bracelet de cuir convenablement rembourré, fixé à l'aide de boucles et de courroies et entouré en outre avec des ficelles qui l'assujétissent fortement et lui font faire, pour ainsi dire, corps avec le membre. Le bracelet offre, dans le point de sa circonférence inférieure qui répond au sens de la flexion du segment de membre situé au-dessous, une échancrure destinée à permettre cette flexion ; car il importe de tenir fléchie l'articulation la plus voisine de celle qui est luxée, et on doit même la maintenir dans cette attitude avec quelques tours de bande. Enfin, ce bracelet porte sur les côtés deux anneaux d'acier qui servent à recevoir deux crochets par lesquels se termine une petite corde dont le plein est embrassé par le crochet du dynamomètre, lequel, ainsi fixé d'une part au membre, est uni de l'autre au système des moufles par le moyen d'un crochet que présente le premier corps de poulies, et qui s'engage dans l'espèce d'ellipse que forme le dynamomètre lui-même. Le second corps de poulies est fixé par son crochet à un anneau scellé dans le mur, ou à un corps solide et immobile, quel qu'il soit. Les deux moufles sont réunis par une cordelette qu'il faut avoir soin de terminer par un nœud ; sans cela, elle pourrait s'échapper à travers le moufle durant les tractions. La contre-extension s'opère d'une manière variable, suivant le membre sur lequel on agit.

Tout étant ainsi disposé, un aide s'empare de l'extrémité de la corde et la roule autour d'un bâtonnet cylindrique, précaution indispensable pour n'avoir pas les mains coupées par elle. Il doit à chaque instant regarder le dynamomètre, et jeter aussi les yeux sur l'appareil, pour voir si aucune de ses parties ne se déplace. S'il était nécessaire de changer la direction des tractions, il faudrait suspendre un instant l'action du moufle, et engager son crochet dans un anneau fixé à l'endroit voulu ; après quoi, on recommencerait l'extension.

Les règles qui précèdent sont dues en grande partie à M. Sédillot.

3° M. Marchal rapporte 18 exemples de l'emploi des moufles dans le cas de luxation, et ces observations ont une grande valeur, parce que, loin d'avoir choisi celles qui parlent en faveur de cette méthode, il a cité indistinctement toutes celles qui étaient venues à sa connaissance. On en jugera, du reste, par le tableau suivant que nous avons tracé pour montrer réunies les principales circonstances de ces faits.

Noms des chirurgiens.	Espèce de la luxation.	Ancienneté de la maladie.	Maximum de la force employée.	Résultat.
MM. Sédillot....	Du bras, en arrière.	Plus d'un an.	150 kil.	Réduction.
—	Du bras, en avant.	24 jours.	125	Id.
—	Id.	3 mois.	125	Id.
—	Du bras, en arrière.	17 jours.	160	Id.
Malgaigne. .	Du bras en avant.	5 mois et demi.	120	Id.
Sédillot....	Id.	9 mois.	125	Insuccès.
Hip. Larrey.	Id.	2 mois et demi.		Id.
Sédillot. ...	Du coude, en arrière.	1 mois et demi.		Réduction.
Nichet....	Id.	2 mois 10 jours.	190	Id.
—	Id.	4 mois.	164	Insuccès.
Gerdy.....	Id.	6 mois.		Id.
Sédillot. ...	Du fémur, en haut et en dehors.	5 mois.	75	Id.
—	Id.	17 jours.	100	Réduction.
—	Du fémur, sus-pubienne.	Récente.		Insuccès.
—	Du fémur, en haut et en dehors.	3 mois.	100	Id.
—	Du fémur, dans le trou ovalaire.	4 jours.	100	Réduction.
—	Du fémur, en haut et en dehors.	18 jours.	150	Insuccès.
Gerdy.....	Du fémur, sacro-sciatique.	Récente.		Réduction.

Tels sont les faits bruts ; mais, pour être justes envers la méthode, il est de notre devoir de faire ressortir deux circonstances : la première, c'est que, dans plusieurs des cas où la réduction n'a pu être obtenue, on avait été obligé, soit par la volonté du malade, soit par les craintes du chirurgien dans le service duquel il était, de cesser les efforts de traction beaucoup trop tôt, et avant qu'ils eussent atteint le degré auquel on pouvait s'élever sans dangers. La seconde, c'est que les succès obtenus par les moufles dans les luxations récentes ne l'ont été pour la plupart qu'après des tentatives faites sans succès, suivant le procédé ordinaire, et dans lesquelles on avait déployé une force bien plus considérable.

En résumé, voici les conclusions de l'auteur :

1° Le moufle ne constitue pas une force aveugle, puisque le dynamomètre indique de la manière la plus exacte possible le degré des tractions.

2° L'expérience prouve qu'une force de 150, et, au plus, de 190 kil., est suffisante pour réduire une luxation.

3° La loi d'application des moufles est de s'élever lentement dans la force qu'il est nécessaire d'employer. Il faut relayer de 10 en 10, ou de 20 en 20 kil., et tirer lentement.

4° Toute luxation qui a résisté à des tractions de 150 à 190 kil., doit être, dans l'état actuel de la science, déclarée irréductible.

5° Il y a en des accidens graves et mortels par l'emploi des lacqs confiés à des aides ; il n'y en a jamais en par l'emploi des moufles.

6° Par cela même qu'on peut, sans risque notable, appliquer le moufle à un membre, on pourra toujours tenter la réduction par ce moyen, quelle que soit l'ancienneté de la luxation. Ainsi se trouve résolue une des questions qui ont le plus occupé les chirurgiens, celle de savoir jusqu'à quelle époque il est possible de tenter la réduction d'une luxation.

7° Les moufles sont, en définitive, les moyens les plus réguliers, les plus efficaces et les plus doux que le chirurgien ait à sa disposition pour réduire les luxations.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 AOUT.

SUR LA PHYSIOLOGIE DES ACALÈPHES.

M. Milne Edwards rend compte des observations qu'il a faites sur une nouvelle espèce d'*équarée* acalèphe, qui appartient à la division des médusaires dites cryptocarpes, et qui, loin d'être privée d'organes reproducteurs, a presque toute la face inférieure du corps couverte par l'appareil de la génération ; cet appareil consiste en une multitude de lamelles saillantes qui flottent à l'extérieur, et qui logent tantôt les ovaires, tantôt les testicules reconnaissables aux zoospermes dont ils sont gorgés.

M. Milne Edwards fait encore reconnaître un acalèphe, qui constitue le type d'un nouveau genre de la famille des béroïdiens, et qui a été nommé par lui *lesueuria vitrea*. Ce zoophyte se distingue par l'existence d'un système nerveux très analogue à celui des salpa, et est surmonté de même par un organe oculiforme.

L'auteur s'occupe ensuite du *berpe ovalus* et décrit l'organe oculiforme central de cet acalèphe, les pores, qui chez lui font les fonctions de l'anus, le système vasculaire et le mode particulier de circulation du fluide nutritif chez cet animal. Enfin, il traite des stéphanomies, et après avoir décrit deux espèces de ce genre, il fait connaître l'existence d'organes sexuels distincts chez ces animaux.

COMPOSITION DE L'AIR ATMOSPHÉRIQUE DE PARIS.

M. BOUSSINGAULT lit un mémoire intitulé : RECHERCHES SUR LA QUANTITÉ D'ACIDE CARBONIQUE CONTENU DANS L'AIR DE LA VILLE DE PARIS.

M. Boussingault a cherché à déterminer la quantité de gaz produite par les différens foyers de combustion et de respiration. Ainsi le nombre des chevaux existant à Paris est de 31,000. En 1789, Lavoisier en avait compté 21,000. Or, un cheval émet en 24 heures par la respiration et la transpiration 4 mètres cubes de gaz acide carbonique. Les chevaux ensemble émettent donc à Paris, 132,870 mètres cubes d'acide carbonique par 24 heures.

Quant aux combustibles, on consomme à Paris, dans un jour, 1,184,380 kilogrammes de bois, produisant 855,385 mètres cubes de gaz acide carbonique.

En résumant les tableaux établis par l'auteur, et qui portent sur le gaz acide carbonique produit par la respiration des hommes et des animaux, la combustion du bois, du charbon, etc., M. Boussingault a trouvé que la quantité de ce gaz produit par la population est de 330,777 mètres cubes.

Les chevaux............	132,370
Le bois à brûler.........	855,385
Total...........	2,944,241

L'analyse n'a cependant pas montré une grande différence entre l'air de la campagne et celui de Paris.

En effet, l'air de Paris contient 0,000,413 d'acide carbonique en volume ;
Et l'air de St-Cloud contient 0,000,414 *id.*

MYOTOMIE RACHIDIENNE.

M. JULES GUÉRIN lit un mémoire intitulé : REMARQUES PRÉLIMINAIRES SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS DE L'ÉPINE PAR LA SECTION DES MUSCLES DU DOS. (Nous publierons ce travail dans un de nos prochains numéros.)

PAIN FAIT AVEC UNE FARINE ARTIFICIELLE.

M. Lassaigne présente à l'Académie un pain préparé avec une farine artificielle, composée des substances suivantes :

Gluten de froment desséché	17 gr.	5
Fécule de pommes de terre	75	
Sucre	3	7
Gomme	3	7

Cent parties de cette farine, pétrie avec de l'eau dans laquelle on avait délayé un peu de levure et de sel, ont fourni après la fermentation et la cuisson au four 115 gr. 5, d'un pain qui, par sa couleur et son aspect, se rapproche un peu du pain de seigle.

INJECTION DE LA GÉLATINE DANS LES VEINES.

M. Donné communique à l'Académie le fait suivant, pour être transmis, à titre de renseignement, à la commission de la gélatine : il a constaté qu'une dissolution gélatineuse assez concentrée pouvait être injectée dans les veines des chiens sans déterminer d'accident notable.

NATURE VÉGÉTALE DE LA TEIGNE FAVEUSE.

M. Gruby répond aux réclamations de priorité qui ont été élevées au sujet de sa découverte, que ceux qui l'ont revendiquée ont seulement signalé l'existence d'un cryptogame dans les pustules de la teigne, tandis que, pour lui, cette maladie elle-même n'est autre chose que le développement d'un végétal dont toutes les phases d'évolution correspondent aux périodes successives de l'affection.

M. Gruby ajoute qu'il a découvert une autre plante dans la bulle du rupia.

NATURE ET TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES.

M. le docteur Scott, qui a déjà envoyé un travail sur les épidémies de fièvre intermittente pernicieuse de Grenade, rappelle qu'il a surtout eu en vue de fixer l'attention sur ces deux points, savoir :

1° Que, dans les fièvres de ce genre, le siége du mal paraît être dans le cerveau et dans la moelle épinière, qu'il a trouvés à l'autopsie notablement ramollis ;

2° Qu'il est le premier qui ait employé dans ces cas le sulfate de quinine à haute dose.

ORGANES DE SÉCRÉTION DE LA SUEUR.

M. le docteur Giraldès adresse la lettre suivante :

« Les anatomistes ne sont pas tout-à-fait d'accord sur l'existence des glandes tégumentaires chargées de secréter la sueur, leur position et leur disposition, et le moyen convenable pour les étudier et les démontrer.

» Ces organes, décrits pour la première fois par M. le professeur Breschet dans son mémoire sur la peau, ont été, depuis la découverte de ce professeur, étudiés et figurées dans plusieurs ouvrages allemands par MM. Purkinje, Gurlt, Wagner, Berres, Arnold, etc., etc. ; cependant, malgré le témoignage d'autorités aussi puissantes, quelques anatomistes d'un mérite élevé doutèrent et doutent encore de leur existence. Dans cette occurrence, il était important d'étudier ces glandes, si elles existaient, et de chercher quelle pouvait être la cause qui en avait imposé aux anatomistes, et enfin de trouver un moyen convenable pour les démontrer.

Ces glandes existent en très grand nombre à la paume de la main et à la surface plantaire ; dans ces régions, ces organes très nombreux et très développés permettent de les étudier complètement ; elles existent encore dans les régions garnies d'une assez grande quantité de poils, les aisselles, le périnée, le mont de Vénus, la tête et enfin sur toute la surface du derme ; mais dans ce dernier point elles sont très petites et presque rudimentaires. Ces organes sont constitués, non pas par de simples canaux divisés à leur extrémité ; mais bien par un canal étroit, lequel traverse toute la surface du derme pour aller se loger dans la couche graisseuse ; quelquefois ils marchent très loin dans l'épaisseur de cette couche, à l'extrémité des doigts, par exemple, ils semblent la traverser en totalité ; arrivés dans ce point, ces canaux se dichotomisent quelquefois ; mais le plus souvent ils sont simples et ils s'enroulent sur eux-mêmes de manière à former des pelotons, quelquefois enroulés sur le même plan, et d'autres fois en formant des courbes sphéroïdes ; ce sont ces masses ainsi enroulées qui ont été représentées comme terminant le vaisseau glandulaire. Avec une pièce convenablement préparée il est facile de voir ces canaux traverser le derme et former les pelotons en question. Cette disposition, que je viens de décrire, a été constatée par M. le professeur Serres sur une pièce que ce savant professeur a eu la bonté d'examiner. Telle est la position et la disposition des glandes de la peau chargées de secréter la sueur ; dans l'espèce humaine, cette forme est tout à fait unique et elle rappelle très bien les formes élémentaires des glandes des insectes ; elles servent encore à démontrer la série des développemens que subissent les glandes depuis leur état rudimentaire jusqu'à former des masses agglomérées et très compliquées.

» La confirmation de ce fait ajoute un degré de force de plus aux conceptions des anatomistes sur les analogies que présente la peau avec la membrane muqueuse. La physiologie et la pathologie trouveront assurément dans ce fait quelques élémens importans qui modifieront un peu les idées admises sur les fonctions de la peau.

» Les moyens qu'on employait ordinairement pour découvrir ces organes devaient nécessairement amener les observateurs à des résultats négatifs ; en effet, on examinait la peau presque toujours dépouillée de sa couche graisseuse, et toutes les fois qu'on opère ainsi, on a des parties très incomplètes ; car les terminaisons glandulaires logées dans ces tissus sont séparées et enlevées ; une seconde cause d'erreur, c'est l'emploi qu'on faisait de tranches de peau très minces, car toutes les fois qu'on emploie ce moyen, les canaux sont coupés complètement ; c'est par un pur hasard que l'on conserve dans la même coupe des canaux complets et leur terminaison. Pour bien les étudier et pouvoir les démontrer convenablement, il faut prendre un morceau de peau de la paume de la main ou de la plante des pieds, garnie de son tissu graisseux ; faire macérer pendant vingt-quatre heures dans de l'acide nitrique étendue de deux parties d'eau ; macérer encore la peau dans de l'eau pure pendant le même temps ; couper ensuite des tranches de l'épaisseur d'un millimètre, et les soumettre à une légère compression entre deux lames de verre. La peau, ainsi préparée, devint transparente, les prolongemens épidermiques qui tapissent l'intérieur des canaux se colorent en jaune, et on a par ce moyen des canaux rendus très visibles par cette coloration ; ce moyen permet encore de voir la forme des papilles, et d'examiner le tissu qui les compose.

ALBINISME.

M. Guyon a observé à Alger deux cas d'albinisme ; il le divise en albinisme complet et en albinisme partiel. Cette seconde espèce peut se développer accidentellement ; c'est, d'ailleurs, la plus commune, et elle attaque même les Européens qui habitent l'Algérie. La première est plus rare ; elle est toujours congénitale et n'affecte que les Arabes.

DISSOLUTION DES CALCULS URINAIRES ET DES CONCRÉTIONS GOUTTEUSES.

M. de Bouys a constaté le fait de la transformation de l'acide urique en acide hypurique, sous l'influence de l'acide benzoïque. On sait que l'acide urique et les urates sont peu solubles dans l'eau, tandis que l'acide hypurique et les hypurates le sont beaucoup plus. En effet, 10 parties d'eau dissolvent une partie d'hypurate de chaux, tandis qu'il en faudrait 440 pour dissoudre une partie d'urate de chaux. Deux essais faits sur ces principes, dans le service de M. Rayer, à la Charité, ont déjà produit quelques résultats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 14 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

NOUVEAU REMÈDE CONTRE LA LÈPRE.

M. Mérat lit un rapport sur une substance qui a été envoyée à l'Académie par M. le ministre de l'instruction publique. C'est une racine venant de l'Amérique méridionale, où elle passe comme spécifique contre la lèpre. Son nom est *huichunchilly* (nous ne garantissons pas l'orthographe). Cette substance a été envoyée en France par madame Ribi, sage-femme aux colonies, et elle coûte 1000 fr. l'once. M. le docteur Robinson dit quelle a eu aux Antilles des succès manifestes dans le traitement de la lèpre non tuberculense.

M. Mérat propose de répondre à M. le ministre : 1° que les cas de lèpre ne sont pas assez communs en France pour qu'on puisse faire avec ce nouveau remède des expériences suivies ;

2° Que tout ce qu'on sait jusqu'ici sur la nature de la lèpre ne permet pas d'en espérer des effets bien avantageux ;

3° Que cependant il serait à désirer qu'on répétât les expériences aux colonies, et que M. le ministre voulût bien en transmettre le résultat à l'Académie.

M. Chervin : On a fait à la Guadeloupe des expériences avec cette racine. Une jeune fille de 17 ans, dont le corps était couvert de tubercules et d'ulcères, fut soumise à son usage, et le succès paraissait à peu près certain, lorsque la poudre vint à manquer. On avait en même temps expérimenté comparativement avec le muriate d'or sur un homme de 30 ans, et ce traitement, conduit d'après les principes qu'a posés M. Chrestien, avait produit des effets aussi avantageux que chez la jeune personne, mais l'indocilité du malade força de le suspendre avant l'entière guérison.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

DISCUSSION SUR L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. Husson : Les désordres dont nous avons été témoins dans la dernière séance sont encore trop présens à vos esprits pour qu'il soit besoin d'en retracer le tableau. Je propose pour en prévenir le retour, que la séance prochaine ait lieu en comité secret.

M. le président : Le conseil d'administration a déjà agité cette question, mais il n'a rien décidé, et il s'est ajourné à lundi pour prendre une résolution.

M. Husson : Je demande que l'Académie prenne dès à présent une résolution définitive à cet égard.

M. Double : Le conseil d'administration a été très embarrassé pour se décider, et il y aurait avantage à ce que la discussion eût lieu ici sur cet objet ; elle pourrait lui fournir d'utiles lumières. La proposition de M. Husson est très grave ; si nous l'adoptons, on ne manquera pas de dire que nous voulons murer notre vie publique. Dans la dernière séance, tout le monde a manqué à ses devoirs, le public, les orateurs, et nous-mêmes, Messieurs, nous aussi, nous avons eu tort en n'arrêtant pas le scandale alors qu'il en était encore temps. On a encore proposé dans le sein du conseil de suspendre la discussion pendant quelques séances pour laisser aux esprits le temps de se calmer, mais ceci demande examen.

M. Rochoux : Le comité secret ne fera pas grand chose. La cause du désordre est ailleurs que dans la présence du public. Que chacun se persuade bien qu'il faut écouter et ne parler qu'à son tour, et tout bruit cessera. Suivez mon exemple, je ne suis pal mal bavard, comme chacun sait, et cependant je me suis abstenu de parler. Du reste, le principal motif de trouble n'existe plus, les questions importantes ayant déjà été résolues.

M. Renauldin : C'est au conseil d'administration à décider la question du comité secret. On dit qu'en adoptant cette mesure nous aurions l'air de murer notre vie publique; mais si cette vie publique est scandaleuse, nous faisons fort bien de la murer. Si l'autorité connaissait tout ce qui s'est passé ici dans la dernière séance, nous serions cassés. (Exclamations.) Oui, Messieurs, nous serions cassés!

M. Gérardin : Le comité secret est de droit, puisque le réglement dit que les membres de l'Académie ont seuls le droit d'assister à ses séances.

M. Chervin : Nous sommes ici en séance extraordinaire, les lettres de convocation n'indiquaient pas que la question du comité secret serait discutée aujourd'hui. Nous ne pouvons donc prendre sur nous de la résoudre en ce moment. Cela aurait l'air d'une surprise. Je ne veux pas l'attribuer à M. Husson ; mais enfin il aurait fallu que tous les membres eussent été prévenus.

M. Double : L'article du réglement relatif au comité secret que vient de rappeler M. Gerardin n'est pas aussi décisif qu'il le paraît, personne ne conteste le droit que nous avons de prendre cette mesure. Quant à son opportunité, c'est tout autre chose. Le réglement qu'on vous cite a été fait il y a 25 ans; alors le public n'assistait pas aux séances. Mais depuis, nos mœurs ont changé; la situation des corps scientifiques n'est plus la même, et aujourd'hui, on peut le dire, les académies ne seraient rien sans la publicité.

M. Castel : Les principaux auteurs du désordre que nous déplorons ne sont pas les auditeurs, mais les orateurs. Ce n'est pas la jeunesse qui est l'âge des passions, ce n'est pas l'âge mûr, c'est la vieillesse. Ce que je crains surtout c'est l'insistance, la violence, l'amour-propre, ce sont ces accusations de pusillanimité et de félonie qu'on a osé nous adresser. On nous a accusés de servilité; Messieurs, restons ce que nous sommes, restons indépendans, restons, ou plutôt devenons sages. Ne nous permettons plus ces interruptions scandaleuses... (M. Desportes fait entendre quelques paroles.) Voyez cet exemple! M. Desportes ne peut pas digérer un reproche que j'adresse à tous mes collègues en général. Ne dirait-on pas que l'Académie est infaillible? Le public nous pardonne l'ignorance, mais ce qu'il ne nous pardonne point c'est la mauvaise foi, c'est le pédantisme. Je me résume, car je ne veux pas donner un accès de spasme aux personnes qui ne sont pas de mon avis. S'il n'y avait pas d'autre moyen pour rétablir l'ordre que le comité secret, je souscrirais à cette mesure; mais j'espère mieux de l'esprit public en général et de celui de nos collegues en particulier.

M. Rochoux : Les partisans du comité secret deviennent de plus en plus rares à mesure que la discussion s'avance. C'est de nous qu'est venu le désordre, c'est à nous à le réprimer, en veillant scrupuleusement sur nos actions et nos paroles, car le président ne peut à lui seul contenir plus de cent personnes.

M. Desportes : On a exageré à dessein ce qui s'est passé dans la dernière séance. Le tumulte qui l'a terminée, eh mon Dieu! c'est ce qui a lieu dans toute discussion un peu vive dans les assemblées françaises! Du mouvement, du bruit et pas de résultat. Je ne vois pas là de quoi motiver le comité secret. Les désordres dont nous parlons sont un peu du fait de certains orateurs. Comment supporter de sang-froid qu'on dénature la vérité, qu'on suppose dans vos mémoires des faits qui ne s'y trouvent réellement pas? L'erreur a été involontaire, je veux bien le croire, mais elle n'en est pas moins faite pour exciter des murmures.

M. Dubois (d'Amiens) : Si l'on n'adopte pas la proposition de se former en comité secret, il faudrait au moins donner des ordres pour qu'il n'entrât pas plus de personnes que les tribunes n'en peuvent contenir. Le public s'introduit dans l'enceinte, et qu'en résulte-t-il? J'ai vu, dans la dernière séance, des personnes étrangères assises sur les bancs de l'Académie, criant aux voix, votant et prenant part aux délibérations comme nous.

INAUGURATION DU MONUMENT DE BROUSSAIS.

M. Bégin : Messieurs, dans huit jours aura lieu l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Broussais. Il faut que l'Académie soit representée à cette solennité, et que ses sentimens soient exprimés dans un discours. La commission s'est réunie, et elle est unanimement tombée d'accord que cette mission ne pouvait être mieux remplie que par M. le secrétaire perpetuel; nous demandons en conséquence à l'Académie de se joindre à nous pour le prier de vouloir bien l'accepter. (Adhésion générale.)

M. Pariset, sur la pressante invitation de l'Académie, se rend au vœu exprimé par M. Bégin.

EAUX MINÉRALES.

M. Patissier lit un rapport sur les travaux relatifs aux eaux minérales, parvenus à l'Académie pendant les années 1838 et 1839.

M. Castel fait remarquer que la plus grande difficulté que le médecin puisse rencontrer dans cette question, ce n'est pas de déterminer quelle est l'eau minérale qui convient à la maladie, mais de bien préciser la nature de celle-ci.

M. Desportes présente quelques observations sur la nécessité de connaître la nature chimique des eaux que l'on conseille, et surtout la topographie des localités où elles se trouvent; car c'est le site, l'air, le climat, etc., qui ont la plus grande part dans leur action médicatrice.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

SÉANCE DU 17 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX

Le procès-verbal des deux dernières séances est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle comprend une lettre de M. le ministre de la marine, qui annonce que M. Silva a observé deux jumeaux venus au monde attachés l'un à l'autre par la partie antérieure de la poitrine. Il a conservé leurs corps dans l'alcool, et il les tient à la disposition de l'Académie.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. le Président : Messieurs, le procès-verbal vient de rappeler le tumulte qui a eu lieu dans la dernière séance. Vous n'en avez, d'ailleurs, probablement pas perdu le souvenir. Sans doute vous avez réfléchi aux inconvéniens d'un pareil scandale, et vous comprendrez combien il est important qu'il ne se renouvelle plus. J'invite également les personnes étrangères à l'Académie à s'abstenir de toute marque d'approbation ou d'improbation. C'est dans l'espérance que cet avis sera entendu que nous avons consenti à ne pas terminer la discussion en comité secret.

M. Guéneau de Mussy : Un article du réglement interdit formellement de faire des rapports sur les ouvrages qui sont imprimés. Je regrette de faire cette observation si tardivement; mais enfin le travail de MM. Flandin et Danger, sur lequel nous avons à présent à statuer, a déjà été publié *in extenso*; il l'a été dès le 23 mars; nous n'avons donc, je pense, pour nous conformer au réglement, qu'à clore cette discussion.

M. Pelletier : Lorsqu'il s'agit d'une question de haut intérêt public, lorsqu'on a élevé des doutes sur un sujet important, lorsque l'Académie a nommé une commisssion, que celle-ci a fait des expériences, qu'elle a rédigé un rapport, et qu'enfin la discussion de celui-ci est presque terminée, certes ce n'est pas le cas d'appliquer le réglement à la rigueur. Il résulterait de ce principe, trop strictement suivi, que jamais nous ne pourrions approfondir aucune question d'intérêt public. Ce serait, en quelque sorte, un faux-fuyant pour se tirer d'une position difficile, et il n'est pas de la dignité de l'Académie de prendre ce parti.

M. Desportes : Il est vrai que les travaux de MM. Flandin et Danger étaient imprimés; mais ils l'étaient aussi dans vos mémoires, et cette réflexion me semble couper court à l'objection de M. Guéneau de Mussy.

M. Guéneau de Mussy : Ma proposition n'a d'autre but que de remettre l'Académie et de la faire marcher dans la voie de son réglement; et je ne crois pas qu'aucune des circonstances qu'on vient de rappeler soit de nature à motiver une exception à nos lois et à nos habitudes. Les mémoires de MM. Flandin et Danger n'étaient pas imprimés quand ils ont été renvoyés à la commission, j'en conviens, mais ils l'ont été depuis, et cela a toujours été une raison suffisante pour empêcher de faire un rapport sur l'ouvrage qui se trouve dans ce cas.

M. Nacquart s'élève contre la proposition de M. Guéneau de Mussy.

M. Caventou : Tout en appréciant le sentiment qui a porté M. Guéneau de Mussy à faire sa proposition, je crois néanmoins devoir la combattre. Au point où la discussion est arrivée, il importe à tout le monde, et il est de l'honneur de l'Académie que la question soit terminée par un vote positif.

M. le Président : Je vais mettre aux voix la proposition de M. Guéneau de Mussy.

M. Baudelocque, avec force : Vous ne pouvez mettre le réglement aux voix, vous n'avez qu'à l'exécuter.

La proposition de M. Guéneau de Mussy est rejetée.

La discussion est reprise sur la quatrième conclusion.

M. Gerdy : J'avais, dans la dernière séance, motivé longuement et même à deux reprises un amendement dont le sens consistait à exprimer que M. Orfila n'a employé son appareil qu'après que MM. Flandin et Danger ont fait connaître le leur. Il existe en effet deux appareils de M. Orfila, et ils diffèrent l'un de l'autre sous beaucoup de rapports. Ainsi, dans le premier il n'y avait point d'amiante; tandis que le second en contient. Dans son premier appareil, qu'il a aujourd'hui abandonné, M. Orfila ne chauffait pas le tube; il le chauffe maintenant. Je propose donc de mettre dans la quatrième conclusion: appareil employé par M. Orfila *depuis la publication du mémoire de MM. Flandin et Danger, et depuis l'invention de l'appareil proposé par l'Institut*. Je voudrais aussi que, au lieu de qualifier simplement l'appareil de MM. Flandin et Danger d'appareil ingénieux, on dît : appareil *aussi bon qu'ingénieux*.

M. Caventou : Il n'y a entre l'appareil de M. Orfila et celui de MM. Flandin et Danger ni rivalité, ni comparaison possible. Dans le premier on obtient de l'arsenic métallique, dans le second on n'a que de l'acide arsénieux qu'il faut ensuite réduire. Il n'y a donc rien de commun entre ces appareils, et on ne peut établir, par rapport à eux, aucune discussion de priorité. Quant à l'appareil de l'Institut, il n'a été proposé que lors de la lecture du rapport de M. Regnault, et par conséquent M. Orfila a sur lui une antériorité bien évidente de près de quatre mois. Je ferai d'ailleurs remarquer ce que j'ai déjà dit plusieurs fois dans le cours de ce débat, c'est que, comme commission, nous n'avions pas à faire de parallèle entre l'appareil de l'Institut et ceux de MM. Flandin et Danger et de M. Orfila. Nous n'étions appelés à nous prononcer que sur la valeur comparative de ces deux derniers; et, sans désapprouver en aucune manière celui de MM. Flandin et Danger, nous avons donné la préférence à l'appareil imaginé par M. Orfila. Pourquoi? parce qu'il est le plus simple des deux, parce qu'il est à la portée de tous les experts, parce qu'il n'y a pas de village, pour ainsi dire, où l'on ne trouve des hommes capables de l'employer et de l'employer avec succès.

M. Bouillaud : Il semblait qu'après la proposition si claire de M. Gerdy, il ne devait plus rester de doute sur l'adoption de la conclusion. MM. les commissaires remanient à chaque instant leur rapport, et il n'y a pas de raison pour qu'à la prochaine séance ils ne nous apportent encore une nouvelle rédaction. Messieurs, M. Gerdy fait une proposition qui concilie tous les intérêts; elle permet d'être juste envers tout le monde; n'hésitons pas à l'adopter, ne fût-ce que pour la rareté du fait!

M. Ollivier (d'Angers) : Si nous voulons être justes envers tout le monde au sujet de cet appareil, commençons donc par en faire honneur à M. Chevallier qui en est le véritable inventeur.

M. Gerdy : M. Caventou prétend qu'on ne peut établir de comparaison entre l'appareil de M. Orfila modifié par l'Institut et celui de MM. Flandin et Danger; ils ne diffèrent pas cependant l'un de l'autre par leur résultat, et quant aux moyens qu'ils emploient, il est évident que celui de MM. Flandin et Danger est de beaucoup le plus simple. M. Orfila, dit aussi M. Caventou, a proposé son ap-

pareil bien avant que celui de l'Institut ne fût connu. C'est encore une erreur de M. le rapporteur. Vous avez entendu ici même M. Orfila avancer dans sa réponse à M. Chevallier qu'il ne songea à se servir de l'amiante qu'après que l'Institut en eut parlé; il ne chauffa non plus le tube que lorsque l'Institut eut indiqué cette modification. Ce sont donc là deux idées, et deux idées importantes, sur la propriété desquelles M. Orfila n'a rien à prétendre. Il s'agirait actuellement de savoir lequel est le plus parfait du procédé de l'Institut ou de celui de M. Orfila. Je ne me permettrai pas de donner ici mon opinion; mais vous avez entendu dans la dernière séance celle de M. Bussy qui est fort compétent en pareille matière.

Vient maintenant une troisième question. On dit que l'invention de l'appareil revient à M. Chevallier. L'appareil de M. Chevallier diffère en plusieurs points de celui de l'Institut. D'abord il contient de la porcelaine au lieu d'amiante; puis dans cet appareil, on chauffait le tube, non pas au-delà de la porcelaine, mais au niveau même de l'endroit où elle se trouvait. La porcelaine ne servait donc ici qu'à titre de conducteur de la chaleur et pour la répandre uniformément dans tout le tube; et sans rien ôter à M. Chevallier du mérite de l'invention on peut dire que son appareil diffère essentiellement de celui qu'a proposé l'Institut.

M. Pelletier : Je tiens à faire remarquer que M. Gerdy a d'abord voulu comparer l'appareil de l'Institut avec celui de M. Orfila. Mais ces deux appareils sont tout à fait opposés. Il est certain que, dans la construction du sien, l'institut a pris absolument le contre-pied des principes sur lesquels MM. Flandin et Danger avaient établi le leur. L'arrêt de l'Institut est formel, et il consacre cette règle à laquelle on doit toujours avoir égard dans ces questions savoir : qu'il est plus sûr et bien préférable d'obtenir tout d'abord le métal, pour lui faire ensuite subir toutes les réactions nécessaires. Cette règle, l'appareil de MM. Flandin et Danger ne la remplissait pas. M. Gerdy nous propose de dire que l'appareil de MM. Flandin et Danger est aussi bon qu'ingénieux; eh bien! moi, Messieurs, je voudrais au contraire qu'il fût déclaré moins avantageux que celui de M. Orfila, et, dût-on m'accuser encore de troubler la discussion par des propositions incidentes, je demande que cette infériorité soit nettement exprimée dans la conclusion.

M. Bouvier : M. Gerdy pense que l'ancien appareil de M. Orfila diffère de celui de l'Institut, et, pour prouver cette différence, il s'appuie uniquement sur ce que celui de M. Orfila ne renfermait point d'amiante. Cela est vrai, mais le rapport contient cette remarque, et puisqu'elle a déjà été énoncée, il me semble inutile de la répéter dans les conclusions.

M. Chevallier : J'aurais voulu m'abstenir de parler de mon appareil; mais puisque M. Gerdy a prétendu l'expliquer, permettez-moi aussi de l'expliquer à mon tour d'une autre manière. J'ai, à la vérité, substitué l'amiante à la porcelaine dont je m'étais d'abord servi, mais c'est uniquement parce que l'amiante est plus facile à se procurer et d'un emploi plus commode. Quant à l'idée de chauffer le tube, elle n'appartient ni à moi, ni à aucun de ceux auxquels on a cru pouvoir la rapporter. Elle a été indiquée par Liebig, par Berzélius et par Soubeiran.

M. Londe : On n'a probablement pas saisi d'une manière bien exacte le sens des observations de M. Gerdy. Il n'a pas prétendu comparer la valeur absolue des deux méthodes de M. Orfila et de MM. Flandin et Danger, il a seulement agité la question de priorité.

M. Bouillaud : La modification que je vais proposer me semble de nature à satisfaire tout le monde. Je propose d'abord de remplacer le mot *appareil* par celui de *procédé* qui me paraît mieux convenir; puis de dire tout simplement qu'au procédé de MM. Flandin et Danger, *la commission préfère le dernier de M. Orfila et surtout celui proposé par l'Institut.*

M. Bussy : Les membres de l'Académie raisonnent, ce me semble, les uns et les autres dans des sens bien différens. Il y a en effet deux questions. D'abord l'appareil de l'Institut est-il préférable à celui qu'a proposé votre rapport? Personne ne le conteste. En second lieu, de l'appareil de MM. Flandin et Danger et de celui de M. Orfila, lequel des deux mérite la préférence? S'il y a réellement entre eux inégalité d'avantages, il faut que la commission précise bien quelle est la différence, et ce sera ensuite à l'Académie à se prononcer.

M. P. Dubois : Il est certain que l'Académie a été saisie de deux questions, l'une portée devant elle par MM. Flandin et Danger, et l'autre que M. Orfila lui a soumise dans la séance suivante. C'est dans ces termes qu'aurait dû se renfermer le débat, sans faire intervenir l'Institut, et sans se préoccuper de chercher si l'appareil de MM. Flandin et Danger avait été modifié par l'Institut ou par d'autres savans. Il n'y a en présence que le système primitif de MM. Flandin et Danger et celui de M. Orfila, et c'est entre eux que l'Académie est appelée à exprimer nettement sa préférence. Je demande donc qu'on vote sur la quatrième conclusion telle qu'elle était d'abord rédigée.

M. Pelletier : Nous ne pouvons pas dans la décision que nous allons porter faire abstraction du jugement de l'Institut : car nous ne pouvons pas être censés l'ignorer, ni à plus forte raison le regarder comme non avenu. Pour moi, la proposition de M. Bouillaud me paraît parfaitement claire et parfaitement nette, et je suis tout disposé à m'y rallier.

M. Double : Il ne faut pas que l'Académie oublie que dans ce moment elle fait de la science, et de la science touchant une question de la plus haute gravité. Son rapport n'est pas destiné seulement à être lu par des savans; il sera aussi entre les mains des magistrats. Il ne doit donc pas se contenter d'énoncer la supériorité de tel ou tel procédé, il faut qu'il contienne une décision en rapport avec l'état actuel des connaissances toxicologiques; et rien ne me semble plus propre à remplir ce but que la modification proposée par M. Bouillaud.

M. Caventou : Tout en approuvant, quant au fond des choses, la manière de voir de M. Bouillaud, je maintiens que nous n'avions à nous prononcer qu'entre les appareils de M. Orfila et de MM. Flandin et Danger, et que nous ne devions pas même mentionner celui de l'Institut.

La quatrième conclusion, rédigée d'après les nouvelles modifications, est ainsi conçue :

« 4° Que le procédé inventé par MM. Flandin et Danger pour convertir en acide arsénieux l'arsenic éliminé par l'appareil de Marsh est bon et ingénieux, mais que la commission lui préfère le dernier procédé de M. Orfila et surtout celui de l'Institut. »

Cette quatrième proposition est mise aux voix et adoptée à une très forte majorité.

La cinquième conclusion, modifiée par la commission, s'exprime en ces termes :

« 5° Que les procédés communiqués par M. Orfila à l'Académie pour retrouver l'arsenic absorbé dans les empoisonnemens par cette substance ont été reconnus exacts par la commission. »

M. Desportes propose de supprimer cette conclusion comme inutile.

M. Double : L'Académie ayant décidé que le mot *appareil* serait remplacé par celui de *procédé*, dans la quatrième conclusion, celle-ci devient sans but, car elle ne fait que répéter la même idée.

M. Bouvier : Il y a procédés et procédés, et de ce qu'on a mis ce mot dans la quatrième conclusion, il ne s'en suit point qu'on ait voulu désigner par là tous les procédés qui appartiennent à M. Orfila. Cette quatrième conclusion ne s'exprime sur ce point que d'une manière très vague, et un objet si important demande plus de rigueur. Supprimez donc la cinquième conclusion, je ne m'y oppose pas, mais alors complétez la quatrième et rendez-la plus explicite.

M. Pelletier : Les objections qu'on dirige contre la cinquième conclusion tiennent à ce qu'on n'en a pas bien saisi l'esprit. Tous les débats sur la valeur des procédés chimiques sont décidés par la quatrième; mais il restait encore à se prononcer sur la réalité de l'absorption de l'arsenic et sur la possibilité de le retrouver dans les viscères. Les travaux de M. Orfila relatifs à ces deux questions avaient soulevé des doutes, et c'est pour lui maintenir intacts ses droits sur ce que je regarde comme une découverte très importante que la commission a proposé cette cinquième conclusion.

M. Gerdy : Cette cinquième conclusion me paraît en effet avoir rapport à des choses nouvelles et tout à fait différentes de celles qu'a jugées la quatrième. Je suis même bien aise de saisir cette occasion pour rendre justice à M. Orfila, et de reconnaître qu'il est le premier qui ait bien constaté la présence de l'arsenic dans les viscères des animaux empoisonnés. J'avais d'abord attribué cette découverte au professeur Marx, mais c'était une erreur, et je déclare franchement que je m'étais trompé à cet égard. Je suis donc bien loin de m'opposer à ce que ceci soit spécifié dans la conclusion. Seulement, au lieu du mot *procédé*, qui se trouve déjà employé dans la précédente conclusion, vous pourriez dire *les travaux de M. Orfila*.

M. Bouillaud : Je reconnais positivement que M. Orfila a rendu un grand service à la médecine légale, en nous apprenant le moyen de découvrir l'arsenic, et je demanderais que, pour bien caractériser sa découverte, on dît : les travaux de M. Orfila pour retrouver *dans les organes* l'arsenic absorbé, etc.

M. P. Dubois demande qu'on mette aux voix la conclusion telle que la commission vient de la proposer.

M. le Président lit la cinquième conclusion qui, par suite des corrections proposées par MM. Gerdy, Bouillaud et Caventou, se trouve rédigée dans les termes suivans :

« Que M. Orfila a le premier démontré chimiquement la présence de l'arsenic dans l'ensemble des organes des animaux empoisonnés, et que les travaux communiqués par lui à l'Académie sur ce sujet ont été reconnus exacts par la commission. »

M. A. Bérard : La rédaction que vous venez d'entendre n'exprime nullement à qui appartient l'idée d'avoir cherché à découvrir l'arsenic dans les organes des animaux empoisonnés. Ce n'est point la même chose, et il y a là place pour deux inventeurs; car le premier qui a trouvé l'arsenic peut fort bien n'être pas le premier qui a songé à le chercher.

La cinquième conclusion, telle que nous l'avons donnée ci-dessus, est mise aux voix et adoptée.

La sixième conclusion a été modifiée par la commission de la manière suivante :

« 6° Que la sécrétion urinaire n'a pas été suspendue chez les animaux soumis sous nos yeux à l'action de l'arsenic. »

M. Dupuy : Je demande la suppression de cette conclusion, qui n'est véritablement qu'un hors-d'œuvre. Vous entrez ici dans le champ de la physiologie, et ce n'est là ni ce dont vous avez traité jusqu'ici, ni ce dont vous aviez à vous occuper.

M. Dubois (d'Amiens) : Je demanderai à M. le rapporteur si MM. Flandin et Danger avaient nié que la sécrétion urinaire continuât dans l'empoisonnement par l'arsenic. (M. Caventou répond affirmativement.) Eh bien! dans ce cas, il faut dire dans la conclusion, non pas que le fait contraire à celui qu'ils avaient avancé existe, mais seulement que leur assertion est trop absolue.

M. Caventou : Les expériences auxquelles s'est livrée la commission sont positives; quand la verge n'a pas été liée, nous n'avons trouvé dans la vessie qu'une petite quantité d'urine; mais quand nous avons lié la verge, la vessie contenait de 90 à 120 et 125 grammes de ce liquide.

M. Castel : Le poison n'agit pas sur tous les animaux de la même manière, et il est bien certain que, tandis que les uns urineront, les autres n'urineront pas. La conclusion me paraît donc pécher par une forme beaucoup trop absolue.

M. Double : D'un côté, MM. Flandin et Danger ont vu des animaux ne pas

uriner; de l'autre, MM. les commissaires, dans des expériences à la vérité fort peu nombreuses, les ont vu uriner. Je demanderai à MM. les commissaires quel intérêt ils ont donc à nous faire reconnaître ce fait. Qu'ils renoncent à cette conclusion, et personne, à mon avis, n'y aura rien perdu.

M. Rayer : Dans les expériences dont on nous parle, on n'a pas vu les animaux uriner, on a seulement trouvé de l'urine dans la vessie; mais qu'est-ce qui prouve qu'elle n'y avait pas été déposée avant la ligature de la verge, avant que l'action de l'arsenic ne se fût déclarée?

M. Bouillaud : Je propose d'ajouter à la conclusion de la commission, que les expériences n'ont été ni assez nombreuses, ni assez variées pour qu'on puisse, quant à présent, déterminer rigoureusement l'action de l'arsenic sur la sécrétion urinaire.

M. Barthélemy : Il y avait sans doute de l'urine dans la vessie avant la ligature de la verge; ce qu'il y a de plus certain, du moins, c'est qu'on n'a pas pu s'assurer si elle en contenait ou si elle n'en contenait point à ce moment.

M. Moreau : L'objection de M. Barthélemy est sans valeur, si l'urine trouvée dans la vessie renfermait de l'arsenic; car cela prouve qu'elle s'était déposée consécutivement à l'intoxication arsenicale. On allègue que les expériences ont été peu nombreuses; mais des faits négatifs, quelque rares qu'ils soient, suffisent pour infirmer des propositions émises sous une forme absolue.

M. Guéneau de Mussy : Cette question ne tient pas seulement à la physiologie; elle se rattache aussi à la médecine légale, et même aux points les plus importans de cette science.

M. Barthélemy : Il n'est pas question ici des expériences de M. Orfila; il ne s'agit que de celles qu'a faites la commission. Je demande qu'on me dise si l'urine trouvée dans la vessie contenait de l'arsenic; si elle en contenait, je n'ai plus rien à dire.

M. Caventou répond qu'on a en effet constaté la présence de l'arsenic dans l'urine que renfermait la vessie des animaux empoisonnés.

M. Bégin : Plus le fait est important, plus l'Académie doit apporter de réserve dans son jugement et de sévérité dans l'appréciation des élémens qui doivent servir à l'établir. Ne prononcez pas d'une manière rigoureuse que la fonction urinaire n'est jamais suspendue; dites simplement qu'elle ne l'est pas toujours. Les expériences qu'a rapportées M. Caventou semblent probantes; car l'urine contenue dans la vessie renfermait de l'arsenic. Mais ne peut-il pas se faire cependant que cette urine eût été déposée dans la vessie avant l'empoisonnement, et l'arsenic qu'elle contenait n'a-t-il pas pu se mêler avec elle, non pas dans les reins eux-mêmes, mais dans la vessie, à la surface interne de laquelle il avait été en quelque sorte exhalé, comme dans tous les organes?

M. Chomel propose de dire que, dans les quatre expériences faites par la commission, la sécrétion urinaire a continué, et que l'urine, examinée chimiquement, a présenté de l'arsenic, contrairement à ce qu'avaient annoncé MM. Flandin et Danger.

Cette proposition n'est pas appuyée.

M. Dubois (d'Amiens) propose de modifier ainsi la conclusion : Que l'assertion de MM. Flandin et Danger sur la suspension de la sécrétion urinaire chez les animaux empoisonnés par l'arsenic a été trouvée, par la commission, trop absolue.

M. Bouillaud : Ma proposition, telle que je l'ai rédigée, rend, je crois, d'une manière exacte, l'impression de l'Académie, qui reconnaît n'être pas actuellement en mesure de résoudre la question d'une manière absolue.

M. Nacquart : MM. Flandin et Danger ont modifié leur opinion primitive; car ils avaient d'abord affirmé positivement que les animaux empoisonnés par l'arsenic cessaient d'uriner; et, sous ce rapport, les expériences de la commission suffisaient évidemment pour infirmer leur assertion.

M. Bouvier : On trouve, à la page 558 du Bulletin, l'opinion de MM. Flandin et Danger sur ce point bien nettement exposée. Ces Messieurs n'ont point prétendu que les chiens empoisonnés par l'arsenic ne rendent pas d'urine. Il y a, suivant eux, deux espèces d'empoisonnement, l'un physique, l'autre organique. Ce dernier est le seul dans lequel le poison est absorbé, et le seul par conséquent où ils aient soutenu que les animaux n'urinent pas.

M. Guéneau de Mussy : MM. Flandin et Danger ont dit très positivement, et d'une manière tout à fait absolue, que les animaux empoisonnés par l'arsenic n'urinent pas.

M. J. Cloquet : Il me semble que la conclusion pourrait être réduite à une forme très simple. Je proposerais par exemple de dire : que, contrairement à l'assertion générale émise par MM. Flandin et Danger, la sécrétion urinaire a continué chez quatre chiens soumis par la commission à l'empoisonnement par l'arsenic, et qu'il y a lieu par conséquent de chercher dans l'urine la trace du poison.

M. Lisfranc : La rédaction que propose M. Cloquet prête à MM. Flandin et Danger une opinion trop générale; ce n'est pas en réalité celle qu'ils professent, car vous venez d'entendre qu'ils ne regardent la sécrétion urinaire comme suspendue que dans les cas d'empoisonnement aigu.

M. Gerdy : Il ne faut pas qu'on s'y trompe. Des diverses explications qui vous ont été données, ce fait ressort clairement, savoir : que MM. Flandin et Danger n'ont pas l'opinion absolue qu'on leur a supposée. Ils admettent la suspension de la fonction urinaire, mais ils l'admettent, c'est leur expression, *comme règle générale*. Or, admettre une chose en règle générale, c'est reconnaître qu'elle est susceptible d'exceptions; c'est avouer implicitement, qu'à côté du principe général, il peut se trouver des variantes.

La sixième conclusion, combinée avec l'amendement de M. Bouillaud, est conçue de la manière suivante :

« 6° Que la sécrétion urinaire n'a pas été suspendue chez les animaux soumis sous nos yeux à l'action de l'arsenic; mais que les expériences n'ont été ni assez nombreuses, ni assez variées pour qu'on puisse, quant à présent, déterminer rigoureusement l'action de l'arsenic sur la fonction ci-dessus indiquée. »

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

La septième conclusion a été ainsi corrigée par la commission :

« Que la commission, voulant reconnaître l'intérêt des travaux que MM. Flandin et Danger ont présentés à l'Académie, en partie dans le but d'éclairer une question de médecine légale, propose de leur voter des remercîmens. »

M. Gerdy : Je demande qu'on ajoute à cette conclusion ces mots : *et de porter leurs noms sur la liste des membres correspondans*.

M. Ollivier (d'Angers) : Pour obtenir le titre de membre correspondant, il faut que l'on soit médecin ou pharmacien. MM. Flandin et Danger ont-ils cette qualité?

M. Bouillaud : Je regrette de me trouver d'un avis différent de celui de M. Gerdy, mais je pense que ce n'est pas ici le lieu de voter une semblable proposition, et je demande qu'on dise seulement que les travaux de MM. Flandin et Danger seront insérés dans les mémoires de l'Académie.

M. Guéneau de Mussy : Un article du règlement porte que personne ne pourra être reçu membre correspondant de l'Académie s'il n'en a fait la demande. Observons donc cette règle à l'égard de MM. Flandin et Danger comme envers tous les autres candidats.

M. Lisfranc : On ne veut admettre dans l'Académie que des médecins ou des pharmaciens; mais je rappellerai que M. Amussat n'était encore qu'élève en médecine lorsqu'il obtint le titre de membre correspondant. Quant à l'observation de M. Guéneau de Mussy, vous savez que, d'après les habitudes de l'Académie, ce sont les commissaires qui proposent, lorsqu'il y a lieu, de recevoir, en qualité de correspondans, les auteurs des mémoires soumis à leur jugement.

M. J. Cloquet : On dit que ce sont là les habitudes de l'Académie; mais alors l'Académie a des habitudes qui sont contraires à ses règlemens; car, si j'ai bonne souvenance, le règlement dit qu'on ne pourra être nommé sans en avoir fait la demande. Sans cela, Messieurs, il pourra fort bien nous arriver ce qui est arrivé à quelques Académies, que nous essuierons des refus.

M. Double : Il y a une différence entre la nomination et la présentation, et rien ne s'oppose à ce qu'on décerne, même à des personnes qui ne sont pas revêtues du titre de docteur, l'honneur d'être porté sur la liste des candidats.

La proposition faite par M. Gerdy *de porter MM. Flandin et Danger sur la liste des membres correspondans* est mise aux voix et adoptée.

La septième conclusion est adoptée avec cette addition.

M. le Président : Je vais mettre aux voix l'ensemble des conclusions.

M. Gerdy : Il faudrait avant tout prier MM. les commissaires de vouloir bien mettre leur rapport en harmonie avec les nouvelles conclusions.

L'ensemble des conclusions est mis aux voix et adopté.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les maladies des organes urinaires et génitaux, considérées spécialement chez les hommes agés; par L.-Auguste Mercier, docteur en médecine, professeur d'anatomie et de chirurgie, ancien chirurgien interne des hôpitaux de Paris, secrétaire de la Société anatomique, etc. — Chez Béchet jeune et Labé, libraires, place de l'Ecole-de-médecine, 4.

Ce livre, qui renferme des recherches nouvelles et intéressantes sur le système musculaire de la vessie, et principalement sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la prostate, est divisé en deux parties principales. La première est consacrée à faire l'histoire anatomique et physiologique de la vessie et de la prostate; la seconde, beaucoup plus étendue, traite des affections des appareils urinaire et génital de l'homme. Après avoir rappelé d'une manière succincte les dispositions anatomiques des voies urinaires chez l'homme, M. Mercier présente des remarques importantes sur la structure et la forme de la prostate et sur ses connexions avec les parties environnantes. Il démontre les causes de l'erreur où sont tombés les anatomistes qui ont admis deux prostates; il explique pourquoi la portion prostatique de l'urètre est aplatie d'un côté à l'autre et plus large d'avant en arrière; pourquoi on rencontre souvent une saillie valvulaire au-dessus du *veru-montanum*; pourquoi certains observateurs ont pensé que la prostate n'était que creusée en gouttière pour recevoir l'urètre qu'elle n'enveloppait pas, suivant eux, du côté du pubis; pourquoi, enfin, d'autres ont dit avoir trouvé les lobes latéraux de la prostate unis en devant, tantôt par du tissu cellulaire et tantôt par du tissu musculaire. Ces manières de voir si différentes sur la forme et la disposition d'un même organe proviennent évidemment, d'après M. Mercier, de certains états morbides, qui altèrent sa texture et modifient ses connexions. Quand la prostate n'est pas malade, jamais l'épaisseur de son tissu derrière l'urètre ne dépasse 3 à 4 millimètres, et même lorsque les portions glanduleuses sont énormément hypertrophiées, jamais on ne trouve au

niveau et au-dessous du *veru-montanum* une épaisseur de plus de 3 à 6 millimètres. Les recherches de l'auteur sur le système musculaire de la vessie sont curieuses et méritent, sous plus d'un point de vue, de fixer l'attention. Le premier fait à noter, c'est que la disposition des fibres qui composent la tunique musculaire n'offre pas l'irrégularité que semblent indiquer les descriptions de la plupart des anatomistes anciens et modernes; constamment, au contraire, elles naissent presque toutes de la face supérieure et vésicale de la prostate, et forment deux ordres de plans que M. Mercier distingue en superficiels et en profonds.

Il existe quatre plans superficiels que M. Mercier désigne sous les noms de *pubio-vésical*, de *prostato-vésical* et de *vésico-prostatiques latéraux*. Quant aux plus profonds ils sont au nombre de deux; l'un externe, s'étend du trigone aux parois de la vessie (*trigono-pariétal*). L'autre, interne, naît sur la paroi postérieure de la portion prostatique de l'urètre, d'où il va gagner la vessie (*uréthro-vésical*). Il existe encore deux autres petits faisceaux qui s'étendent du pubis aux crêtes prostatiques et appelés *pubio-prostatiques*. Ces petits muscles avaient été jusqu'à présent confondus avec les muscles releveurs de l'anus; ceux-ci n'ont point d'insertion sur la prostate, comme le croient la plupart des anatomistes. Immédiatement au-dessous de la muqueuse vésicale, on rencontre le plan profond interne (*uréthro-vésical*), dont les fibres longitudinales, très clair-semées, ont été prises par Morgagni pour de prétendus petits corps arrondis qui portent son nom: par Ch. Bell, pour des muscles des uretères et qui ont été nommées *freins* du véru-montanum par Langenbeck, à cause des petites saillies linéaires et divergentes qu'elles forment quelquefois. Ces fibres prennent leur origine sur la paroi postérieure de la région prostatique de la vessie, pour se porter vers les orifices urétraux et former les saillies allongées qui bordent latéralement le trigone.

La disposition de ces plans superficiels et profonds des muscles de la vessie étant désormais bien étudiée, il devient maintenant facile, dit M. Mercier, de voir pourquoi beaucoup d'anatomistes, Paul d'Egine, Aétius, Avicenne, Mundinus, Ferri, Morgagni et tous nos auteurs modernes, ont décrit, d'après Galien, un sphincter de la vessie; tandis que d'autres ne l'ont pas trouvé (Vésale, Palluci, Haller), ou que d'autres disent ne l'avoir trouvé qu'en arrière, (Duverney, MM. Guthrie, Cruveilhier.) M. Mercier n'admet pas davantage l'anneau fibreux de quelques autres médecins (Lieutau, Roux, Boyer), et pense que la rétention normale de l'urine peut avoir lieu: 1° Par la contraction des fibres transversales du plan profond externe ou trigono-pariétal, qui rapprochent les lobes latéraux de la prostate et le bord postérieur du col de son bord antérieur. 2° Par la contraction des fibres les plus inférieures des plans latéraux, qui tendent aussi à rapprocher les deux lobes latéraux de la prostate et à effacer le canal qui les sépare, etc.

Le muscle releveur de l'anus auquel M. Mercier fait jouer un rôle important dans les phénomènes de l'émission des urines, de l'éjaculation a été, d'après lui, mal décrit jusqu'ici dans sa disposition et inexactement étudié dans ses effets; il n'adhère ni à la prostate, comme le disent Winslow et M. Cruveilhier, ni à la portion membraneuse, comme le veut M. Blandin; il glisse au contraire avec facilité sur ces parties pour aller se continuer avec des fibres longitudinales du rectum et s'insérer au raphé coccy-anal. Ce muscle ne sert pas non plus à l'éjaculation, comme on le croit généralement. M. Mercier donne une explication nouvelle du phénomène de l'érection, qu'il attribue à la contraction de la portion des muscles pelviens, qui comprime les veines de la verge contre les faces latérales de la prostate. Pour ce qui est de l'éjaculation, voici la théorie de M. Mercier: « Tant que les releveurs se contractent, le sperme ne peut passer dans l'urètre; sans cela il s'écoulerait peu à peu et continuellement. Mais lorsque l'orgasme est à son comble, soudain ces muscles se relâchent et subitement aussi, le sperme afflue dans le canal; mais bientôt survient une contraction brusque et comme convulsive, et le sperme qui se trouve dans les régions prostatiques et membraneuses se trouvant comprimé, et ne pouvant passer dans la vessie qui est fermée par l'occlusion de son col, s'échappe dans la portion spongieuse, ou plutôt au-dehors. Un nouveau relâchement laisse arriver une nouvelle quantité de liquide, et une nouvelle contraction l'expulse. »

De ces idées sur le mécanisme de l'éjaculation, M. Mercier conclut que la prostate, dont on avait été jusqu'à révoquer en doute l'utilité, a, au contraire, des usages fort importans dans cette fonction.

La seconde partie de cet ouvrage contient des remarques sur les maladies de la prostate. Les idées de l'auteur sur la tuméfaction sénile de cette glande, sur la nature et les causes de cette tuméfaction, sur l'incontinence et la rétention d'urine, nous ont paru intéressantes et dignes de l'attention des praticiens. Les faits qu'il cite à l'appui sont rapportés dans tous les détails que comporte la nature du travail. Il nous suffira de les indiquer rapidement pour montrer leur importance et engager nos lecteurs à les examiner sérieusement. M. Mercier fait à peu près table rase de toutes les opinions anciennes et modernes sur la rétention et l'incontinence d'urine; pour lui, il n'existe pas de paralysies essentielles de la vessie, et la non émission des urines est toujours due à un obstacle mécanique, obstacle qui, le plus souvent, vient de la prostate hypertrophiée; il réfute aussi l'opinion de ceux qui ont confondu les tumeurs de la prostate avec des fongosités, des caroncules, comme A. Ferri et Laënnec, par exemple; après avoir indiqué la véritable nature de ces caroncules, M. Mercier fait remonter à Riolan l'idée que ces tumeurs viennent de la prostate; ensuite, Morgagni, Muralto, Dolœus et plusieurs autres ont signalé ces gonflemens de la prostate, qui ont été méconnus par Desault, Chopart, Boyer, et confondus par eux avec des polypes, des fongus, des squirrhes de la vessie. M. Mercier ne nie pas la possibilité de ces dernières affections, seulement il soutient qu'elles sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense généralement; il n'admet pas non plus que les tumeurs hémorroïdales du col de la vessie, décrites par Chopart, Desault, Boyer, de Montègre, soient des causes de rétentions d'urine; ces auteurs ont sans doute pris pour des varices du col de la vessie certains gonflemens de la prostate ou une inflammation chronique de l'orifice urétro-vésical. Le catarrhe de la vessie peut-il amener une rétention d'urine? M. Mercier rejette bien loin cette opinion. On croit assez généralement que le développement de la prostate est dû à une inflammation lente, chronique de cet organe ou des parties voisines; M. Mercier regarde cette doctrine comme erronée, et il attribue la tuméfaction sénile de la prostate à la difficulté du retour du sang vers le cœur. A cette occasion, il rappelle ce qui se passe dans la cyrrhose du foie, et trouve beaucoup d'analogie entre ces deux affections, avec cette différence capitale cependant, que, dans la prostate, il y a augmentation de volume, tandis que, dans le foie, il y a diminution de l'organe. Enfin, M. Mercier étudie les déformations de l'urètre par hypertrophie de la prostate, et montre comment il peut en résulter l'incontinence, la rétention et le regorgement de l'urine. Il donne ensuite des règles nouvelles pour l'opération du cathétérisme dans les hypertrophies de la prostate, indique les signes et la marche de l'incontinence, de la rétention et du regorgement d'urine, qui tiennent à l'hypertrophie de la prostate, et signale, en terminant, un état particulier du col de la vessie, qu'on pourrait confondre avec certaines hypertrophies de la prostate, mais qui n'est autre chose qu'une saillie de la valvule vésico-urétrale.

Le volume que nous venons d'examiner comprend trois parties qui sont bien distinctes, quoiqu'elles se réunissent et se confondent pour concourir au même but. La première se compose de l'anatomie de la vessie et de la prostate; la seconde de la physiologie, et la troisième de la pathologie. L'anatomie de la vessie y est présentée sous un point de vue tout à fait nouveau et offre un véritable intérêt. Aussi, considéré sous ce rapport, l'ouvrage de M. Mercier mérite d'être étudié. La partie physiologique n'est pas moins remarquable, et l'on y trouve l'explication de certains phénomènes inconnus ou mal appréciés jusqu'à ce jour. Quant à la partie pathologique, celle que l'auteur doit regarder comme la plus importante de son travail, elle présente un degré d'intérêt bien différent; ici M. Mercier a réuni le fruit de ses recherches bibliographiques au résultat de sa propre expérience, et il en est résulté une masse de faits propres à répandre un grand jour sur les maladies de la prostate en particulier, et sur celles des voies urinaires en général.

B...

— La commission chargée d'élever, à l'aide d'une souscription, un monument à la mémoire de l'illustre professeur Broussais, a accompli son œuvre. La statue en bronze de Broussais, due à notre célèbre sculpteur Bra, sera inaugurée au Val-de-Grâce, le samedi 21 août, à 2 heures de l'après-midi.

A 3 heures, on se rendra dans la cour où est placée la statue; elle sera découverte; au même instant retentiront des fanfares, puis des discours seront successivement prononcés: 1° par M. Passy, au nom de l'Académie des sciences morales et politiques; 2° par M. Pariset, au nom de l'Académie royale de médecine; 3° par M. Bouillaud, au nom de la Faculté de médecine de Paris; 4° par M. Begin, au nom des médecins et chirurgiens militaires.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* rénnies) paraît tons les samedis ; chaque nnméro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qni équivaut à 6 fenilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an ; 20 fr. ponr 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois ; pour l'Etranger, 44 fr. Les ahonnemens ne penvent dater que dn commencement d'nn trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, an bureau du Jonrnal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

TOXICOLOGIE.

RAPPORT SUR LES MOYENS DE CONSTATER LA PRÉSENCE DE L'ARSENIC DANS LES EMPOISONNEMENS PAR CE TOXIQUE, AU NOM DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, par MM. Husson, Adelon, Pelletier, Chevallier et Caventou, rapporteur (1).

Messieurs, à propos d'un rapport ln dans cette enceinte, sur une affaire d'empoisonnement par l'acide arsénieux, M. Orfila ayant demandé la parole ponr établir qn'il n'est pas possible de confondre les véritables taches arsénicales avec celles qni en nnt plns nn moins l'apparence, et qne divers anteurs annnnçaient avoir produites dans des circonstances nn se pratiquent ordinairement les expériences chimico-légales, MM. Flandin et Danger, qne M. Orfila avait particnlièrement cités à cette occasinn, crurent voir leur travail mal apprécié par notre cnllègue, et, redoutant cette espèce de jugement anticipé, selon enx, sur des faits dont l'appréciatinn avait été déja sonmise à l'Académie des sciences, et y était encore pendante, ils prièrent l'Académie rnyale de médecine de lenr accorder nn tonr de faveur pour répondre aux objections qni leur avaient été faites, et rétablir entières, devant vons, les opinions émises par eux dans leur mémoire ln à l'Institnt.

L'Académie ayant accédé à la demande de ces messieurs, ils vinrent, en cnnséquence, vons lire nn travail intitulé : Note de MM. Flandin et Danger sur la variété des taches prodnites avec l'appareil de Marsh, dans les cas d'empnisonnement par l'arsenic, et réponse aux objections dont lenr mémoire a été l'objet a l'Académie royale de médecine, de la part de M. Orfila (1).

De son côté, M. Orfila, qni assistait à cette séance, ayant entendn infirmer on mettre en donte plusieurs assertinns émises dans ses mémoires, relatives à des faits capitanx dont il recommande la pratiqne dans les recherches chimico-légales de l'arsenic, et craignant avec raison qne ces dontes, publiés par les journaux, ne ralentissent le cnurs de la justice, en jetant de l'obscurité et de l'incertitude dans sa marche, M. Orfila, disnns-

(1) Nous publions le rapport textuel de la commission de l'Académie, tel qu'il a dû être modifié par suite de la discussion. Nos lecteurs pourront s'assurer, en comparant les conclusions votées avec celles qui avaient été proposées d'abord, qu'elles sont exactement les mêmes an fond, et ne diffèrent que dans la forme : c'est ce que nous tenions à bien faire voir, pour justifier la position que la Gazette Médicale a prise dans cette circonstance. Nos lecteurs pourront s'assnrer en même temps qu'il n'a pas éte nécessaire d'apporter de grands changemens à la première rédaction du corps du rapport pour la mettre parfaitement d'accord avec les conclusions votées. — Du reste, ce travail fait antant honneur au talent qu'au caractère du rapporteur. C'est une discussion claire, nette, méthodique, savante, d'un des points les plus délicats de la toxicologie, et en même temps l'expression aussi loyale qne complète d'une conviction que tous les véritables amis de la science partagent avec lui.

(N. nn R.)

(1) Voy. Bulletin de l'Académie, tom. vi, p. 558 et 565.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Avant d'entrer en matière aujourd'hui, après une si longue interrnption de notre correspondance, nous croyons devoir, très cher et honorable confrère, vous assurer qu'il ne sera que très peu question de l'arsenic. Nous présumons que vous êtes suffisamment édifié sur ce sujet. Nous n'avnns, du moins, rien négligé pour développer jusque dans ses derniers replis toute la trame de cette grande affaire, et nous n'aurons pas entièrement perdu notre peine, si, comme il est permis de le croire, nous avons contribué à quelque degré au triomphe de la vérité et de la justice. Il est vrai qu'on essaie de contester ou d'amoindrir ce triomphe ; il nous revient de divers côtes qu'on a aussi chanté le *Te Deum* dans le camp des vaincus ; ils cherchent encore à faire bonne contenance, et, suivant l'ancienne pratique des troupes battues, ils publient de faux bulletins. Ce sont là des bravades qui n'ont plns rien de dangereux, et nous sommes trop généreux pour vouloir poursnivre des adversaires en déroute dans ces derniers retranchemens. Il suffit d'éventer ce petit stratagême pour en paralyser tout l'effet.

Mais il nous a été fait un reproche dont nous tenons à nons laver auprès dn public, sinon auprès de vous, qui lisez jusques an fond de nos plus secrètes pensées. L'honorable confrère dont l'intervention a été si active dans l'affaire de l'arsenic s'est plaint publiquement d'avoir été *calomnié* par la Gazette Médicale. Cette inculpation nons afflige ; elle est d'une criante injustice. Il est en effet de notoriété publique que nous n'avons pas dit nn senl mot qui, de près nu de loin, pût porter atteinte à la considération et au caractère de notre confrère. Nous n'avons fait, en ce qui le touche, qu'nne critique purement littéraire. Nous nous sommes un peu moqués de son éloquence déclamatoire, de son style boursoufflé et de quelques autres particularités de ce genre ; mais cela était très permis ; c'était nn droit imprescriptible de presse. Tnut ce qu'on peut nous reprocher, en définitive, c'est nn manque de goût, une inaptitude à sentir les belles choses ; mais une erreur de cette nature serait très excusable. En matière d'art, les jugemens sont rarement unanimes, et l'on ne sait le plus souvent qui a tort de ceux qui applaudissent et de ceux qui sifflent. Nons avons sifflé, soit ; mais siffler n'est pas calomnier.

On peut être honnête homme et faire mal les vers.

Jamais le mot calomnie, ce mnt si odieux, ne fut plus mal appliqué. Nnus vons prions en conséquence de présenter cette rectification et justification à tous ceux

nous, vint, dans la séance suivante, protester de l'exactitude des résultats qu'il avait publiés, et demander que la même commission qui avait été nommée pour examiner les faits annoncés par MM. Flandin et Danger eût également pour mission de vérifier les siens propres.

L'Académie satisfit à la demande de notre savant collègue, et c'est cette commission, composée de MM. Husson, Adelon, Pelletier, Chevallier et moi, qui vient aujourd'hui, à l'unanimité, vous soumettre ses observations et vous en faire le rapport par mon organe.

La question médico-légale de l'arsenic a eu, dans ces derniers temps, un grand retentissement; elle a régné seule un moment sur la scène du monde, parce qu'en effet chacun alors pouvait, en vue d'un grand drame judiciaire, en apprécier l'importance et la haute gravité.

Il ne faut donc point s'étonner des efforts qu'elle a suscités, des investigations qu'elle a commandées, des débats souvent passionnés qu'elle a provoqués; ce sont des conséquences naturelles et bien désirables de toute grande question d'intérêt public mise en discussion dans un but de justice et de vérité.

Sous ce rapport, Messieurs, la partie physiologique et chimique, relative à l'empoisonnement par l'arsenic, a fait un grand pas, et l'Académie royale de médecine a quelques droits de s'en féliciter, car c'est sous son influence et sous son égide que s'est graduellement accompli le succès; c'est par ses encouragemens, et je dirai presque sous son patronage, qu'ont eu lieu ces vives controverses, ces chocs lumineux des opinions, et c'est à son jugement qu'on en appelle encore aujourd'hui pour apprécier la valeur des nouveaux doutes élevés sur l'une des parties les plus vitales de la question arsénicale.

Les progrès de la toxicologie chimique ont été très rapides dans ces dernières années, et on a d'autant plus de raison de s'en applaudir, que cette science date presque de nos jours. Qu'était-elle, en effet, il y a quarante ans? Fort peu de chose; elle occupait une place bien humble et bien étroite dans les ouvrages de médecine légale, une centaine de pages au plus suffisaient à la manifestation de son existence! Elle n'offrait qu'un ensemble fort incomplet de caractères et de procédés insuffisans, souvent erronés, d'où la vérité ne devait sortir que par miracle, ou alors qu'aussi évidente que le jour, elle ne pouvait être méconnue par les moins experts. Quand on parcourt les observations d'empoisonnement recueillies et publiées à cette époque, et qu'on apprécie les faits chimiques sur lesquels on se fondait dans beaucoup de cas, pour tirer une conclusion positive ou négative, les médecins, les magistrats et les chimistes de nos jours auraient peine à le comprendre, et trembleraient à bon droit pour la vérité, s'ils ne pouvaient invoquer d'autres garanties.

Un tel état de choses touchait à son terme, heureusement; la toxicologie chimique ne devait point tarder à grandir et à se constituer un domaine spécial dans le vaste champ des connaissances humaines; il faut bien l'avouer, Messieurs, cet événement s'accomplit à l'apparition du TRAITÉ DE TOXICOLOGIE GÉNÉRALE, de M. Orfila; beaucoup d'entre vous peuvent se rappeler l'espèce d'acclamation qui accueillit cet ouvrage, il y a vingt-cinq ans, au sein du premier corps savant de l'époque, sur le compte qui lui en fut rendu par trois des grandes illustrations du temps, Vauquelin, Pinel et Percy!

Rappeler cet événement scientifique à votre souvenir, Messieurs, n'est point un hors-d'œuvre dans mon rapport; vous jugerez comme moi, j'espère, qu'il était juste en même temps qu'utile, pour traiter la question en litige sous toutes ses faces, de manière à les faire bien saisir, et à rendre hommage, en même temps, aux hommes qui ont plus particulièrement travaillé à son élaboration.

M. Orfila réunit en un corps de science les documens chimico-toxicologiques disséminés de toutes parts, il les vérifia en grand nombre, réduisit à leur juste valeur une foule de faits erronés, et enrichit la science de ses propres observations; en homme compétent, il ouvrit une route nouvelle que tant d'autres ont parcourue depuis; son œuvre forma en quelque sorte la clef de voûte du nouvel édifice toxicologique.

La question de l'arsenic occupe une grande place dans cet important domaine, parce qu'elle est celle que les experts ont le plus fréquemment à traiter. Qui ignore, en effet, que c'est à ce poison que le crime ou le suicide ont le plus souvent recours, et que sur cent empoisonnemens, il en est au moins quatre-vingt-dix à quatre-vingt-quinze par l'arsenic?

Les propriétés physiques et chimiques de ce poison sont aujourd'hui parfaitement établies; les moyens de l'extraire ou de l'éliminer de ses diverses combinaisons organiques ou inorganiques semblent avoir atteint leur perfection. Et cependant, si ce rassurant état de choses est venu si tard, serait-ce parce que la chimie avait manqué au sujet? Non, sans doute; et c'est en cela que la question est réellement curieuse à étudier. Quels sont les deux faits fondamentaux à l'aide desquels on démontre l'arsenic dans tous les cas connus de nos jours? C'est, d'une part, la précipitation de ce métal par l'acide sulfhydrique et les sulfhydrates; et, d'autre part, son élémination à l'aide de l'hydrogène naissant; voilà, en définitive, les deux grands moyens analytiques les plus efficaces pour arriver à la démonstration de l'existence de ce métal, dont il est facile alors d'apprécier les propriétés caractéristiques!

A qui est due la découverte de ces moyens analytiques? Est-ce aux modernes? Non, Messieurs.

Bergmann, il y a plus de soixante ans, trouvait dans l'hydrogène sulfuré un excellent réactif pour précipiter l'acide arsénieux, et il en proposait l'emploi dans la recherche de ce poison.

Tromsdorff, il y a quarante ans, annonçait qu'en mettant, dans un flacon ordinaire, du zinc arsénical, de l'eau et de l'acide sulfurique, on dégageait du gaz hydrogène arsénié, et que si le tube à dégagement était suffisamment long, ce gaz laissait déposer parfois de l'arsenic métallique contre les parois du tube.

N'est ce pas là toute la pratique chimico-arsénicale de nos jours? Oui, Messieurs, point de doute, mais comment se fait-il donc qu'on l'ait méconnue ou appliquée si tard à la recherche médico-légale de ce poison?

Cela tient à un fait capital dont les anciens n'ont tenu que peu ou point compte; il consiste dans la présence de la matière animale qui accompagne toujours l'arsenic dans les empoisonnemens, et qui masque souvent ses propriétés au point de les faire complètement méconnaître par les réactifs les plus sensibles: c'est ce fait, Messieurs, que M. Orfila a surtout signalé, et qui, une fois bien connu, a hâté singulièrement les progrès de la question.

La découverte de Bergmann avait pu être appliquée quelquefois avec succès; mais on conçoit les nombreux cas où elle devait être insuffisante, à moins d'une dose très notable de poison. M. Orfila a donc rendu un service signalé en déterminant les circonstances où l'hydrogène sulfuré ne précipite point l'acide arsénieux, et celles où il peut le précipiter ton-

---

qui, dans votre endroit, auraient pu accueillir de confiance une accusation si peu méritée.

Ce point éclairci, passons à un sujet plus digne d'intéresser votre curiosité.

Une importante cérémonie a eu lieu ces jours derniers au Val-de-Grâce. Il s'agissait d'inaugurer la statue en bronze de Broussais, érigée dans une des cours de cet hôpital qui fut le berceau et le principal théâtre de la gloire du réformateur. Ç'a été une sorte d'apothéose. Depuis quelques années nous nous sommes mis en France à faire des dieux. Jamais on n'en avait tant vu. Il ne se passe pas de semaine qu'on ne divinise quelqu'un dans quelque ville ou bourg de du royaume. Les sculpteurs ne peuvent suffire aux commandes d'idoles. Un homme qui a le mérite d'être mort obtient maintenant une statue avec presque autant de facilité qu'une réclame de journal. Nous signalons cette tendance sans la juger.

Le médecin dont on a voulu consacrer la mémoire par un monument public était digne sans doute de cette distinction. Sa renommée a été grande, son nom a retenti longtemps dans les deux mondes; et, comme l'a dit un grand écrivain philosophe, la gloire n'a jamais tort. Nous nous associons donc avec sincérité au sentiment général qui a inspiré et animé cette solennité. Plusieurs discours ont été prononcés, car c'est en cela seulement qu'a consisté la cérémonie. A défaut de la pompe du spectacle il fallait la pompe des paroles. En France les orateurs ne manquent jamais à ces occasions. Il n'y a pas de si petit mort qui n'ait des panégyristes; et l'oraison funèbre est le genre d'éloquence le plus à la mode. Broussais, déjà loué tant de fois officiellement, a eu de nouveau les honneurs de cinq panégyriques. L'Académie des sciences morales et politiques, l'Académie de médecine, la Faculté, l'armée, ont député des orateurs; et la phrénologie même a été admise à réclamer sa part de bronze et de gloire.

Ces discours n'ont pas tous été également heureux. L'exagération ordinaire de ces manifestations d'apparat a été poussée dans la plupart jusqu'à ses dernières limites. On a prodigué, on a épuisé toutes les formes de l'éloge. Aucun mot ne paraissait pouvoir suffire à tant de grandeur. Plus d'une fois la banalité des pensées a fait d'autant mieux ressortir la banalité de ces formules. Il faut s'incliner devant le talent, devant la gloire, mais non s'abaisser; le génie même ne commande que l'admiration, et non l'humiliation. Broussais méritait d'être mieux loué. La simple vérité pouvait se faire entendre devant sa statue, sans que sa gloire en souffrît. Il n'avait plus besoin, par de là le tombeau, de cet engouement fanatique qui ne convient qu'à des sectaires. Arrivé devant la postérité qui ne flatte pas, qui ne dénigre pas, mais qui juge, on ne lui devait plus que la justice.

La courte allocution de M. Passy, au nom de la cinquième classe de l'Institut, a été pleine de convenance, de mesure et de discrétion. Déjà il y a un an, le secrétaire perpétuel de cette Académie avait, dans une séance solennelle, rendu à Broussais l'hommage officiel que cette illustre compagnie décerne à ses membres morts. M. Mignet, auquel une portée d'esprit supérieure rend toutes les sciences accessibles, dont l'admirable talent d'écrivain est au niveau de toutes les idées, dont l'âme noble et élevée sait sentir avec passion tout ce que son intelligence sait comprendre, mais dont l'inflexible conscience ne transige jamais avec la vérité, même dans un éloge académique, avait fait justice sur Broussais, considéré comme homme, comme médecin, comme philosophe, comme écrivain, le

jours; M. Orfila a même cité des faits où l'hydrogène sulfuré ne développe aucune *coloration jaune*, malgré la présence de doses notables d'acide arsénieux, faits dont l'observation intelligente a été d'un grand secours dans des cas d'exhumations juridiques.

Enfin, un oubli qui serait incroyable, si l'histoire impassible n'était là pour l'attester : ni Tromsdorff, ni, vingt ans plus tard, Serullas, n'eurent l'idée de faire une *application directe* à la chimie légale, de la propriété si caractéristique de l'hydrogène naissant d'enlever l'arsenic de ses combinaisons *organiques* les plus compliquées en apparence.

Marsh eut le premier cette importante idée; il ajouta dans le flacon de Tromsdorff, au lieu de zinc arsénical, du zinc pur, de l'eau, de l'acide sulfurique et des matières organiques arsénicales, et il obtint du gaz hydrogène arsénié! Connaissant la facile décomposition de ce gaz par la chaleur, il le chauffa, l'enflamma même, en condensant le produit de la combustion sur un corps froid, et il obtint un dépôt d'arsenic métallique sous forme de taches brunes, brillantes et miroitantes!

Ce fait fut de la plus haute importance; il ouvrit une ère nouvelle d'investigations médico-légales; et voilà pourquoi l'équité publique dira toujours : *méthode, appareil de Marsh*, malgré les améliorations considérables qu'ont dû y apporter d'autres chimistes, pour le rendre praticable.

La découverte de Marsh, dès sa publication, fit une grande sensation en Allemagne et en France; tous les chimistes s'empressèrent de la vérifier et d'apprécier les importantes applications qu'on en pourrait faire à la chimie légale.

Morb et Liebig proclamèrent cette méthode d'investigation de l'arsenic la plus sensible et la plus exacte de toutes celles qui étaient connues: *Elle surpasse*, s'écriait Liebig, *toute imagination*. Ainsi, disaient-ils, soit un liquide organique quelconque, épais, trouble ou transparent; qu'il soit bière, vin, lait, chocolat, café, soupe maigre ou soupe grasse; qu'il tienne en suspension des matières molles ou solides; s'il est suspecté contenir de l'arsenic sous quelque forme que ce soit, soumettez-le à la nouvelle méthode, elle fera promptement justice du poison, en signalant incontestablement sa présence; la seule condition indispensable est que le composé arsénical soit amené à l'état de dissolution dans l'appareil; et comme tous les arséniates et arsénites insolubles dans l'eau s'y dissolvent bien, à la faveur de l'acide chlorhydrique, on prévoit difficilement une circonstance où la recherche de ce poison pourra vous échapper.

Des assertions aussi absolues de la part d'hommes éminens dans la science pouvaient dès-lors faire croire que la question était résolue, et cependant, de combien de causes d'erreur n'était-il pas nécessaire de la dégager, pour éviter des conséquences déplorables, et ne faire tomber qu'à bon droit le glaive de la justice sur la tête des coupables!

Il fut constaté en France, par les chimistes, que si la méthode de Marsh faisait découvrir des doses infinitésimales d'arsenic, elle présentait par cela même des causes d'erreurs redoutables dans sa grande sensibilité même; ces erreurs pouvaient découler de la malpropreté des vases employés une seconde ou une troisième fois à la même expérimentation, et surtout de l'impureté des réactifs propres à développer le gaz hydrogène; l'Académie n'a point oublié toutes les recherches qui lui ont été communiquées à ce sujet par M. Orfila.

D'un autre côté, il fut reconnu aussi que les choses ne se passaient pas aussi facilement que l'avaient proclamé les chimistes allemands, et on retrouvait là, plus encore que dans les autres procédés, les détestables inconvéniens de la matière animale ou organique, qui, par sa présence, mettait un obstacle insurmontable, dans beaucoup de cas, à la production et au dégagement régulier du gaz hydrogène arsénié; il y avait formation d'une mousse abondante, qui rendait l'opération impossible; à la vérité, Marsh avait proposé l'addition de l'huile d'olives dans l'appareil, pour annihiler ou prévenir les développemens de la mousse; d'autres chimistes proposèrent aussi l'emploi de l'essence de térébenthine, et même celle de l'alcool, dans le même but; mais l'expérience prouva fréquemment l'insuffisance et le danger même de telles additions, et on sentit la nécessité d'y remédier à tout prix, au risque, dans la négative, d'être forcé à abandonner la pratique de la nouvelle méthode, dans les circonstances où sa supériorité sur toutes les autres devait paraître incontestable.

C'est à atteindre ce but si utile, Messieurs, que les chimistes français s'appliquèrent, et l'Académie a pu se convaincre dans les diverses lectures qui lui ont été faites par M. Orfila (1) particulièrement, si cette difficulté a été heureusement vaincue. C'est, en effet, à cette importante correction que nous devons la belle découverte du poison arsénical absorbé et porté dans le torrent circulatoire, ainsi qu'en sein des viscères, partie du poison réellement *criminel*, passez-moi l'expression; car le poison trouvé dans le tube digestif n'est que l'*excédant de celui qui a tué*, et c'était sur celui-là seul qu'on expérimentait autrefois.

Lorsque, dans un flacon tubulé, on met de l'eau, de l'acide sulfurique et du zinc, il se dégage du gaz hydrogène pur, quand les agens qui l'ont produit l'étaient eux-mêmes; si on enflamme ce gaz à la pointe du tube effilé par où il s'échappe, et qu'on applique un corps froid sur la flamme, il se condense de l'eau pure; mais si l'on ajoute dans l'appareil quelques atômes d'acide arsénieux, à l'instant le gaz hydrogène brûle avec une flamme bleuâtre, d'odeur alliacée, et le corps froid qu'on applique contre la flamme, au lieu d'eau pure, condense en même temps de l'arsenic métallique, sous forme de taches d'un brun fauve, plus ou moins foncées, brillantes et miroitantes.

On s'est demandé d'abord : l'arsenic est-il le seul corps qui se présente ainsi dans de telles circonstances; n'y a-t-il pas d'autres métaux et même des matières organiques suspectes qui pourraient produire les mêmes résultats en apparence, et en imposer à un expert ignorant ou inhabile?

Les chimistes allemands ont primitivement résolu une partie de ces graves objections, en faisant connaître les moyens de distinguer les taches ferrugineuses et antimoniales des taches arsénicales; ils ont même indiqué le procédé propre à isoler l'arsenic de ces deux métaux, en cas de mélanges; ainsi, ils ont dit : faites parcourir le gaz dégagé dans un long tube en verre sans l'enflammer, et chauffez le tube au rouge obscur, à quelques centimèt. du point de dégagement; les métaux, tels que le fer et l'antimoine, resteront sous forme d'incrustations dans la partie du tube chauffée, tandis que l'arsenic métallique ira plus loin se condenser avec sa physionomie ordinaire.

C'était un premier pas utile de fait; mais c'est aux chimistes français

(1) Voyez les divers mémoires de M. Orfila. (MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, tom. VIII, p. 375 et suivantes.)

---

jugement le plus ferme, le plus complet, le plus intelligent et le plus équitable qui ait été porté sur cet homme célèbre. Les orateurs qui ont pris la parole au Val-de-Grâce après M. Passy ne se sont pas assez souvenus de ce discours modèle que tous ont entendu, que tous ont admiré, mais qui n'a été imité par aucun.

Vous plaindrez, avec nous, M. Pariset de la tâche ingrate que son devoir de secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine lui avait imposée; vous le plaindrez surtout de n'avoir pas su vaincre les difficultés de sa position officielle avec l'adresse ingénieuse dont il a fait preuve dans tant d'autres circonstances. Les convictions religieuses et philosophiques de M. Pariset ne pouvaient sans doute qu'être violemment blessées par les doctrines ouvertement matérialistes du dernier disciple de d'Holbach et de Cabanis. Il ne pouvait en aucune manière s'y associer, ni les approuver; mais il pouvait très bien ne pas s'en occuper. Organe du corps médical, son rôle, à ce titre, lui permettait, et peut-être même lui prescrivait de rester sur le terrain de la médecine. L'appréciation des opinions de Broussais en métaphysique appartenait de droit à l'Académie des sciences morales et politiques. L'Académie de médecine n'était que peu ou point appelée à s'expliquer sur ces questions, et l'on a dû s'étonner que son interprète ait cru devoir en faire l'objet, non seulement principal, mais encore exclusif de son examen. Mais, en admettant même la convenance ou la nécessité d'une discussion de cette nature, rien n'empêchait de l'aborder franchement. Une opposition, une protestation même étaient permises à l'orateur, pourvu qu'elles eussent une forme digne du lieu et de la circonstance; et cette forme, l'esprit si ingénieux et si fin de l'orateur n'aurait certes pas été embarrassé de la trouver. Mais M. Pariset, soit par devoir, soit peut-être par habitude, s'est cru tenu de louer; et comme il ne voulait pas trahir ses convictions, il a pris un parti désespéré. Ne pouvant pas accorder ses propres opinions avec celles de Broussais, il s'est décidé à identifier les opinions de Broussais avec les siennes; et grâce à quelques subtilités dialectiques, il a, à la surprise universelle, transformé en spiritualiste orthodoxe le matérialiste le plus déterminé qui ait paru dans ce siècle. Vous comprenez bien que cette manière d'esquiver la difficulté n'était pas la meilleure, et toutes les grâces du style ont pu à peine la faire passer, mais non accepter. Cette position était si peu naturelle, qu'elle a influé sur le talent d'ordinaire si brillant et si sûr d'un écrivain dont les discours publiés ont toujours été des triomphes littéraires.

M. Bouillaud, le plus brillant et le plus fidèle des anciens disciples de Broussais, est venu ensuite apporter l'expression de ses émotions, plutôt que celle de ses idées. La vivacité et la sincérité de ses sentimens donnaient à ses paroles cette éloquence naturelle qui vient de l'âme et s'adresse à l'âme. Il a loué Broussais de tout ce dont on le louait jadis, de la destruction de l'ontologie, de la désessentialisation des fièvres, de l'invention de la thérapeutique antiphlogistique. M. Bouillaud n'a pas, comme presque tous ses contemporains, changé d'opinion sur la valeur de toutes ces choses, et il a accepté, sous ce rapport, l'héritage de son maître. Nul ne serait sans doute plus capable de le conserver intact; mais l'impitoyable marche de l'esprit et de la science a, selon nous, déjà sapé, et depuis longtemps, l'édifice du système broussaisien. Nous ne saurions non plus partager à l'admiration si sincère et si dévouée de M. Bouillaud, tout en la respectant profondément. Broussais fut un esprit actif et vigoureux, mais il manquait d'étendue. L'énergie de son caractère a fait aussi un peu illusion sur celle de

que nous devons la solution de toutes les difficultés que présentait cette partie capitale de la question : ainsi, il fut reconnu, qu'indépendamment du fer et de l'antimoine, le zinc, le plomb, le mercure, l'étain, etc., pouvaient former des taches semblables à celles de l'arsenic, mais à la vérité dans des conditions qui n'étaient pas tout à fait les mêmes, ainsi que l'Académie a pu s'en convaincre par le dernier mémoire de M. Orfila.

On constata de plus que le soufre, le phosphore, le brôme, l'iode, produisaient aussi des taches; et enfin, ce qui est plus grave, M. Orfila trouva que des matières animales privées d'arsenic fournissaient des résultats analogues.

Au milieu de ce labyrinthe inextricable de taches possibles, par quel nouveau fil d'Ariane pouvait-on en faire sortir avec succès, sans la moindre hésitation, les véritables taches arsénicales?

Il fallait, Messieurs, pour arriver à ce grand résultat, s'attacher à établir parfaitement tous les caractères des taches réellement arsenicales, et à les expérimenter comparativement avec les autres, de manière à rendre toute erreur impossible.

C'est à ces recherches délicates que M. Orfila s'est livré avec une persévérance et une opiniâtreté bien dignes d'une telle cause; les investigations étaient hérissées de difficultés, et nous devons dire qu'il les a surmontées et vaincues avec bonheur.

Pour trouver dans les taches arsénicales toutes les garanties possibles de leur pureté, il était indispensable de les faire apparaître libres ou isolées de toute matière organique ou inorganique, et c'est dans le but surtout d'éviter le premier inconvénient, si fréquemment redoutable, que M. Orfila a eu recours à ce procédé de carbonisation chimiquement remarquable par l'acide nitrique, ainsi qu'au procédé d'incinération par le nitrate de potasse, dégagé autant que possible des causes de perte que présentait celui de Rapp; ce sont des points capitaux de la question, soumis par leur auteur à l'Académie, et dont elle n'a sûrement pas perdu le souvenir.

C'est par cette succession non interrompue de recherches que M. Orfila était parvenu à trouver aux taches arsénicales cinq caractères, lesquels, bien établis, devaient nécessairement faire conclure à la présence du poison.

Ces caractères sont: 1° l'apparence brune, brillante, miroitante des taches; 2° leur prompte volatilité sous l'influence d'un jet de gaz hydrogène pur; 3° leur dissolution instantanée dans l'acide nitrique froid; 4° le résidu blanc qu'elles laissent par l'évaporation à siccité, à l'aide de la chaleur, dans une capsule de porcelaine, de leur *solutum* nitrique; 5° enfin, la propriété que présente ce résidu blanc de développer une couleur *rouge-brique*, par le contact direct du nitrate d'argent, et, redissous dans l'eau distillée bouillante aiguisée d'un atôme d'acide chlorhydrique, de donner un précipité jaune de sulfure d'arsenic par un courant de gaz sulfhydrique.

Tel était le but final proposé à l'expert chimiste, comme le seul probatoire, dans toute investigation médico-légale de l'arsenic, au moyen de la méthode de Marsh.

Mais, s'est-on demandé, après avoir surmonté avec bonheur toutes les causes d'erreur dans l'application des procédés indiqués, après avoir enfin condensé dans l'appareil de Marsh, la preuve du crime ou de l'innocence, d'où il semble si simple, si facile de la faire sortir évidente à tous les yeux, n'a-t-on pas à craindre, au contraire, de la laisser s'échapper sans retour, et de voir l'expertise périr au port, en paralysant l'action de la justice?... Lorsque l'investigation chimique est réduite à ces recherches de proportions ultimes de poison, *ainsi que cela a lieu fréquemment*, et comme le savent tous les experts délégués par la justice, est-il donc si facile de condenser les taches en toutes circonstances indépendantes de l'adresse ou de l'habileté de l'expert? Est-ce qu'une flamme trop forte, par exemple, ou la manière même d'appliquer le corps froid sur telle ou telle partie de cette même flamme, ne sont point des causes d'erreurs graves, propres à faire soustraire le corps du délit à laisser échapper un coupable?

Ces objections, Messieurs, n'étaient pas sans fondement, et nous pourrions, à l'appui, en citer des exemples, que nous demanderons toutefois la permission de taire; malgré l'ensemble si rassurant des actes chimiques commandés dans les expertises judiciaires appliquées à la découverte de l'arsenic, l'obtention unique des taches présentait, *non pas une lacune entre des mains exercées*, mais une crainte qu'il était utile de dissiper en vue même des moins habiles.

Déjà, sans doute, Berzélius, Liebig et M. Orfila lui-même avaient présenté un moyen excellent et bien propre à prévenir la plus grande partie de ces craintes; mais il ne mettait pas à l'abri de toutes chances de pertes, et nous aurions préféré celui que M. Lassaigne est venu vous communiquer, si depuis on n'avait trouvé encore mieux, ainsi que nous le dirons plus bas. Le procédé de M. Lassaigne, premièrement indiqué par Simon de Poggendorff, est fondé sur la propriété du gaz hydrogène arsénié de se convertir en eau et en acide arsénieux, sous l'influence d'un *solutum* aqueux de nitrate d'argent; ce procédé, dans lequel aucune parcelle d'arsenic n'échappe à l'action comburante du sel argentique, a l'avantage de condenser, sous un petit volume en acide arsénieux, tout l'arsenic dégagé des matières suspectes par la méthode de Marsh; mais il ne donne pas le métal lui-même, et après avoir précipité l'acide arsénieux à l'état de sulfure, il faut toujours en revenir à la décomposition de ce dernier pour avoir le poison métallique, condition *sine qua non*, et à laquelle on ne satisfait ici que par une série assez longue de manipulations, dans lesquelles on peut redouter des pertes ou des accidens.

Tout en reconnaissant que le procédé de MM. Simon et Lassaigne pourra rendre des services, dans les cas surtout où il faudra réunir sous un petit volume une faible dose d'arsenic disséminée dans une grande masse de liquide, il était à désirer qu'on pût tout à la fois et dans la même opération, indépendamment du jet, plus ou moins rapide du gaz et même de la dimension forte ou faible de la flamme, obtenir à la fois un anneau d'arsenic métallique, sans préjudice de l'obtention facile des taches arsénicales, et sans la crainte même qu'elles pussent être masquées ou compliquées par des taches zinciques.

C'est à cette combinaison si favorable et si utile qu'est arrivé M. Orfila, par un moyen si simple, qu'il est à la portée de tous, et sans complication ni luxe d'appareil. Il consiste à avoir allongé le tube à dégagement ordinaire du gaz, à l'avoir cambré légèrement dans le tiers de sa longueur, en y introduisant un peu d'amiante, d'après le système de la commission de l'Institut, enfin, à maintenir une lampe à esprit-de-vin allumée sur cette dernière partie: l'appareil, du reste, marche comme d'habitude; le gaz hydrogène arsénié se dégage, enfile le tube et vient tra-

---

son intelligence. Ses connaissances positives dans toutes les branches de science qu'il a cultivées n'étaient ni étendues, ni profondes. Il n'appreoait guère que ce qui pouvait servir à l'établissement de ses vues théoriques. Les excursions qu'il s'est permises dans le domaine de la philosophie, pendant les dernières années de sa vie, n'ont pas été heureuses; il prétendait parler en maître sur des matières qui lui étaient étrangères, et ses prétentions en ce genre faisaient souvent sourire ses confrères de l'Institut. Son infatuation pour la phrénologie fut plus déplorable encore. Broussais eut des facultés naturelles rares, une intelligence vive, une âme ardente et forte, un talent d'écrivain remarquable; mais tous ces dons furent mal servis par son éducation première, et ses forces furent en définitive au-dessous de son ambition. Aussi n'a-t-il rien fait de véritablement grand. Ses livres n'ont guère été pour la plupart que des pamphlets pleins de verve; mais on y chercherait en vain les marques de la raison supérieure, de la science profonde, de l'intelligence vaste qu'on trouve dans ceux des grands maîtres de notre science et de notre art, dans ceux d'un Boerhaave, d'un Sthal, d'un Barthez, d'un Bichat. Il était tout entier dans son système, qui lui-même était assez étroit; et ce système était la mesure et la borne de son esprit. De là sans doute son infériorité relative, si on le compare à ces hommes éminens. C'est en effet le propre du génie d'être supérieur à ses propres œuvres. Broussais a obtenu et gardera sans doute un rang honorable dans l'histoire de la médecine, mais ce sera un rang secondaire. Ce fut un homme remarquable, mais non un grand génie, ni un grand homme.

M. Begin, parlant au nom des médecins militaires, est celui de tous les orateurs qui s'est concilié le plus de suffrages, surtout dans les parties de son discours où il a suivi Broussais dans les camps et sur les champs de bataille. Dans l'appréciation générale qu'il a faite des travaux de Broussais, M. Begin, comme M. Bouillaud, a exposé les principaux axiômes de la médecine physiologique comme des vérités démontrées et universellement acceptées. Il a oublié aussi que nous ne sommes plus en 1820, mais en 1841. Il a eu également la faiblesse de déclamer un peu contre l'ontologie, mode que nous croyions tout à fait passée. Il lui est échappé aussi de dire que Broussais était un grand homme, et qui pis est un géant. Disons ici avec Pascal: *Je hais les mots d'enflure.* Malgré les exagérations bien pardonnables à un écrivain qui eut le malheur d'écrire une thérapeutique *d'après les principes de la doctrine physiologique*, et qui combattait ainsi un peu *pro aris* et *focis*, le discours de M. Begin mérite d'être distingué entre tous les autres, et nous nous associons volontiers à la satisfaction à peu près générale de tout l'auditoire.

Quant à l'orateur phrénologiste, dispensez-nous de tout détail. Jamais plaisanterie ne fut plus mal imaginée et plus mal placée. La gravité de la cérémonie ne comportait pas une bouffonnerie de ce genre.

Nous nous proposions d'égayer cette fin de lettre par un peu de magnétisme animal; mais nous sommes forcé de remettre à une autre fois les agréables nouvelles que nous vous destinions et qui exigent quelques développemens. Nous vous dirons seulement en deux mots que nous sommes à la veille d'une nouvelle crise magnétique; la guerre suspendue depuis les derniers combats académiques est sur le point de se rallumer. Le drapeau magnétique sera porté cette fois probablement par notre honorable confrère le docteur Frapart, chez lequel se font en ce moment des expériences dont nous avons eu le plaisir d'être témoin, et qu'en

verser l'amiante, qui le divise et le déchire en quelque sorte. Là, il se trouve sous l'influence de la chaleur de la lampe, qui le décompose et force l'arsenic métallique à se déposer sous forme d'un anneau facilement reconnaissable, tandis que l'hydrogène réduit se dégage et vient sortir par la partie effilée du tube; si on l'enflamme, il ne déposera que de l'eau, s'il a abandonné tout son arsenic; mais s'il est mêlé d'hydrogène arsénié, qui aurait échappé à la précédente influence, celui-ci sera à son tour décomposé et laissera déposer sur le corps froid, présenté à cet effet, des taches arsenicales sur lesquelles on pourra facilement expérimenter. Enfin, l'amiante a, dans cette circonstance, pour but, non seulement de diviser le gaz, mais encore de retenir les parcelles de solution zincique qui auraient pu être entraînées dans le tube par le dégagement plus ou moins tumultueux de l'hydrogène, et de s'opposer par conséquent à la production de taches autres que celles du poison arsenical.

Il faut avouer toutefois que dans le système des commissaires de l'Institut, on parvient à décomposer plus complètement l'hydrogène arsénié et à obtenir un anneau d'arsenic métallique plus considérable; sous ce point de vue, l'appareil proposé par l'Institut est donc préférable; mais il n'est pas moins prouvé par l'expérience, que toutes les fois que l'on voudra obtenir en même temps l'anneau et les taches, on devra avoir recours au système d'appareil adopté par M. Orfila.

Tel était, Messieurs, l'état de la science chimico-légale relative à l'arsenic, il y a quelques mois à peine; il était satisfaisant et présentait toutes les garanties désirables à la défense comme à l'accusation, dans l'intérêt social; lorsque des doutes gravement articulés dans cette enceinte par MM. Flandin et Danger sont venus remettre en question ce qui paraissait si bien établi par les travaux longs, pénibles et si utiles de notre savant collègue.

Comment pouvait-il en être autrement, lorsque nous avons entendu ces auteurs venir affirmer : « qu'il se forme *généralement* dans l'acte de la carbonisation des matières animales, un produit soluble dans l'eau, sublimable, composé en grande partie de sulfite et de phosphite d'ammoniaque unis à une matière organique, produit susceptible de fournir, avec l'appareil de Marsh des taches présentant, *jusqu'à un certain point*, les caractères physiques, et *donnant la plupart des réactions chimiques de l'arsenic*;

» Que la coloration de la flamme, l'odeur alliacée qu'elle exhale, l'aspect miroitant des taches, leur déplacement ou leur vaporisation à l'extrémité du jet, l'action à froid ou à chaud de l'acide nitrique, celle de l'hydrogène sulfuré, du nitrate d'argent, et celle même du papier de tournesol qu'on a dernièrement invoquée; toutes réactions si faciles, selon ces messieurs, à confondre avec celles de l'arsenic, tel qu'on l'obtient des matières animales, qu'il n'y a qu'un chimiste d'une habileté tout exceptionnelle, selon eux, qui dans tous les cas, et d'après de tels caractères, pourrait porter un jugement en toute conscience. »

» Nous prévoyons une objection, ajoutent MM. Flandin et Danger : on dira que dans un cas où les taches ne présenteraient que des réactions imparfaites, incomplètes, on s'abstiendrait de prononcer; mais alors la mission de l'expert ne serait pas on serait mal remplie. S'il importe de ne pas sacrifier l'innocent, il importe aussi de ne pas laisser échapper le coupable.

» Enfin, disent les auteurs, on nous a prêté une opinion que nous n'avons pas émise en termes aussi absolus qu'on le suppose : on nous a fait dire que dans les cas d'empoisonnement par un composé arsénical, on ne retrouve jamais d'arsenic dans les urines; notre pensée demande à être mieux comprise : pour ne laisser aucun doute à cet égard, nous le répétons : *règle générale*, les chiens empoisonnés d'une manière aiguë, c'est-à-dire violente, *n'urinent pas*; il se passe ici quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans le choléra; la sécrétion urinaire cesse tant que l'animal est sous l'influence d'une action toxique grave; ce n'est qu'au moment où la réaction vitale s'établit, si elle doit s'établir, que la sécrétion rénale reprend son cours, alors seulement l'arsenic apparaît dans les urines. Quand les animaux n'ont pris qu'une dose légère de poison, une dose insuffisante pour produire des symptômes de prostration, il n'y a pas ordinairement de poison absorbé, ou du moins nous n'en avons pas retrouvé dans les urines. »

Telles sont, Messieurs, les deux assertions les plus graves contenues dans la note qui vous a été lue par MM. Flandin et Danger; il m'a suffi de les rappeler textuellement pour en faire apprécier la haute importance, et légitimer la sensation que la première surtout dut produire sur les esprits; car de sa vérification devait résulter la consolidation ou la ruine presque complète du nouvel édifice médico-légal relatif à l'empoisonnement par l'arsenic.

Aussi votre commission, pénétrée profondément de la sévérité des devoirs que vous lui avez commandés, n'a-t-elle rien négligé pour résoudre les questions qui étaient soumises à son examen, et répondre dignement à la haute mission que vous lui avez confiée.

Après s'être constituée, en nommant M. Husson son président, et M. Caventou son secrétaire rapporteur, la commission entière s'est mise à la disposition de MM. Flandin et Danger pendant dix longues séances qui ont été tenues dans le laboratoire de l'école de pharmacie; les plus courtes ont duré trois à quatre heures, les plus longues près d'une demi-journée; ce qui ne surprendra point ceux qui ont l'habitude des expérimentations chimiques, et qui savent combien souvent il faut de temps pour vérifier un fait.

Nous n'entrerons point, Messieurs, dans des détails chimiques qui fatigueraient inutilement votre attention en rapportant ici les expériences nombreuses tentées dans le but de prouver les assertions émises par MM. Flandin et Danger; tous les faits relatifs à cette partie du rapport, ainsi que ceux qui furent démontrés à la commission par M. Orfila, pour son propre compte, sont consignés dans une série de procès-verbaux signés par tous les membres présens aux expériences, et par MM. Flandin et Danger eux-mêmes, pour ce qui les concerne; procès-verbaux qui seront joints au présent rapport et resteront dans vos archives.

Il nous suffira donc d'affirmer que dans une première série d'opérations ayant pour but de carboniser ou d'incinérer des viscères non empoisonnés, soit par les acides nitrique ou sulfurique, soit par le nitrate de potasse, et d'expérimenter ces produits par la méthode de Marsh, MM. Flandin et Danger n'ont jamais pu produire ces taches dont ils ont signalé la redoutable confusion avec les vraies taches arsénicales; dans ces diverses circonstances il ne s'est absolument rien produit qui puisse en imposer à l'expert le moins habile ou le plus prévenu; car le gaz enflammé n'a jamais déposé que de l'eau.

Dans une seconde série d'opérations, MM. Flandin et Danger ont expérimenté comparativement les trois procédés de carbonisation ou d'incinération avec les viscères d'un chien mort empoisonné par 15 cen-

---

attendant mieux, nous pouvons d'avance déclarer très intéressantes et très curieuses. Nous pensons que la sagesse en personne ne pourrait formuler une décision moins compromettante. Il ne s'agit de rien moins que d'une jeune personne de 17 ans qui, les yeux fermés et calfeutrés par de larges et épaisses couches de terre glaise, lit et discerne parfaitement les objets qu'on lui présente. Nous souhaitons vivement que les expériences acquièrent une authenticité suffisante pour fixer enfin l'opinion sur l'existence de ce phénomène, auquel ou a, quoique à tort, rattaché la fortune entière du magnétisme animal.

Mais en attendant que nous soyons en mesure de vous donner notre opinion définitive sur la valeur et la portée du fait, nous vous prions de compatir à la faiblesse de notre entendement et à ce penchant pour les chimères qui nous a déjà valu de si rudes réprimandes.

— Traité de thérapeutique et de matière médicale; par A. Trousseau, professeur de matière médicale et de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker, et H. Pidoux, docteur en médecine. 2e édition, revue et entièrement refondue. 2 forts vol. in-8° de plus de 1700 pages. — Prix : 19 fr.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— Nouveau traité théorique et pratique de l'art du dentiste; par J. Lefoulon, chirurgien dentiste, à Paris, avec 130 figures sur bois, gravées par Badoureau. Un beau vol. in-8°. — Prix : 7 fr.

Paris, chez Chamerot, libraire, quai des Augustins, 33.

Et chez Fortin, Masson et compagnie, place de l'Ecole-de-Médecine, 1.

— Considérations sur les formes de l'aliénation mentale observées dans l'asile départemental d'aliénés de Stephansfeld pendant les années 1836, 1837, 1838, 1839; par L.-F.-E. Renaudin, docteur ès-sciences et en médecine. — Prix : 2 fr. 50 c.

Strasbourg, chez Derivaux, libraire.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— Traité du strabisme et du bégaiement, suivi de quelques considérations nouvelles sur la guérison de la myopie, de l'amaurose par rétraction musculaire, et du mouvement convulsif des yeux par la division des muscles de l'œil; par J.-E. Dufresse-Chassaigne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur particulier d'anatomie et de chirurgie. In-8°. — Prix : 2 fr., et 2 fr. 50 c. par la poste.

Paris, au bureau de la Gazette des hopitaux, rue Dauphine, 22 et 24.

Et chez les libraires de l'Ecole-de-Médecine.

tigrammes d'acide arsénieux appliqués sur le tissu sous-cutané de la cuisse.

Dans les trois cas, on a obtenu des taches arsénicales dont il a été facile d'établir les caractères essentiels : elles étaient plus nombreuses avec le charbon sulfurique qu'avec le charbon nitrique.

La verge de l'animal n'avait point été liée ; on n'a pu s'assurer s'il avait uriné ; cependant la vessie contenait un peu d'urine.

Il avait été empoisonné le dimanche 25 avril, à neuf heures du matin, et était mort à cinq heures et demie le même jour.

Jusqu'ici, Messieurs, la commission avait pu constater un peu plus de susceptibilité d'un procédé sur un autre ; mais non rien qui pût altérer la confiance donnée aux méthodes publiées jusqu'alors pour prouver l'empoisonnement par l'arsenic.

La commission tenait donc essentiellement à ce qu'on lui fît voir, dans la pratique ordinaire des procédés de chimie légale, ces taches qui *devaient donner la plupart des réactions chimiques de l'arsenic*, sans cependant en contenir un atome ; c'était là le point le plus capital de notre mission ; et, nous devons le dire *hautement*, MM. Flandin et Danger n'ont pu y parvenir, malgré les efforts qu'ils ont tentés à cet égard à diverses reprises.

Ces messieurs nous ont montré une substance saline, d'un blanc jaunâtre, empyreumatique, qui se forme, comme on sait, pendant la décomposition à feu nu des matières animales ; et qui serait composée, selon eux, de sulfite et de phosphite d'ammoniaque.

C'est cette matière, disent-ils, qui peut également se produire dans une carbonisation mal faite, c'est-à-dire incomplète, et faire errer facilement un expert qui ne serait pas doué *d'une habileté tout exceptionnelle* ; car, introduite dans l'appareil de Marsh, elle produirait des taches qui auraient toute la physionomie et les caractères des taches arsénicales ; mais si l'erreur, sous ce dernier rapport, est si facile, comment se fait-il que MM. Flandin et Danger n'aient pu nous en présenter un exemple fait à dessein ?

Il faut donc en conclure que quand les procédés de carbonisation par l'acide nitrique ou par l'acide sulfurique sont exécutés tels qu'on les a décrits, la cause d'erreur annoncée par ces messieurs n'est point à craindre ; et, en effet, comment admettre qu'une matière organique traitée par plusieurs fois son poids d'acide nitrique concentré laissera pour résidu un mélange de sulfite et de phosphite d'ammoniaque ? Ce résultat serait tout au plus à redouter avec l'acide sulfurique, et il est encore démenti par l'expérience. Une seule fois cependant la commission a eu un exemple de taches simulant celles d'arsenic à s'y tromper à la première vue, et cet exemple lui a été montré par un de ses membres, M. Pelletier : elles n'ont pas résisté un instant à la réaction chimique ; elles provenaient de carpes qu'on soupçonnait être mortes empoisonnées et qu'on avait carbonisées par l'acide sulfurique.

Mais pour entrer au vif dans la difficulté élevée par ces messieurs, admettons pour un instant une carbonisation mal faite, et qu'au lieu d'un charbon bien noir, bien sec et pulvérulent, nous en ayons un onctueux, adhérent et empyreumatique ; admettons encore qu'un tel charbon donne un *décoctum* aqueux, lequel, introduit dans l'appareil de Marsh, fournisse des taches arséniformes, et voyons comment se comporterait l'expert le moins habile : il verrait se déposer des taches sur la porcelaine présentée à la flamme du gaz, et un sentiment de présomption d'empoisonnement arsénical pourrait naître dans son esprit ; mais quand il aurait obtenu suffisamment de ces taches pour les examiner, qu'observerait-il ? Qu'elles sont ternes et point miroitantes, qu'elles ne se dissolvent que difficilement dans l'acide nitrique froid, et en laissant toujours un résidu brun ou noirâtre qui ne disparaît qu'en faisant bouillir l'acide ; que cette dissolution nitrique évaporée à siccité, et le résidu traité par le nitrate d'argent donne un dépôt jaune et rouge-brique ; qu'enfin une partie de ce résidu dissous dans l'eau pure et soumis à un courant d'hydrogène sulfuré ne fournit point de précipité jaune, capable de revivifier de l'arsenic ; qu'on se rappelle les cinq caractères des vraies taches arsénicales que nous avons récapitulées plus haut, qu'on les compare à ces dernières, et qu'on juge si la confusion est possible !

Il est vrai que les caractères des taches décrites par MM. Flandin et Danger se rapprochent des caractères des taches arsénicales, quand elles contiennent réellement de l'arsenic, comme cela pourrait arriver par suite d'une carbonisation mal faite de matières suspectes et réellement arsénicales ; mais en admettant ce fait, fort peu probable d'après ce qui précède, nous pouvons affirmer, ainsi qu'on l'a dit récemment dans une autre enceinte, qu'un chimiste un peu exercé ne s'y tromperait pas.

Avant de passer aux expériences dont M. Orfila a rendu la commission témoin, nous devons vous parler du procédé de carbonisation par l'acide sulfurique adopté par MM. Flandin et Danger, ainsi que d'un appareil ingénieux, quoique compliqué, dont ils se servent pour extraire l'arsenic sans le secours des taches.

Le procédé proposé par MM. Flandin et Danger est fondé sur la propriété bien connue qu'a l'acide sulfurique concentré de détruire profondément les matières organiques en les charbonnant ; déjà M. Barse, pharmacien à Riom, avait, dans le courant de novembre dernier, proposé l'emploi de cet acide pour carboniser le sang suspecté contenir de l'arsenic, et pouvoir, après ce traitement, l'introduire immédiatement dans l'appareil de Marsh, afin de prévenir le développement de la mousse ; mais cette méthode de carbonisation n'a reçu toute la perfection désirable que par MM. Flandin et Danger.

Bien que ces messieurs ne donnent point la description de leur procédé dans la note qu'ils vous ont lue, ils l'ont exécuté sous les yeux de la commission, et voici en quoi il consiste :

On prend une partie de viscère ou de chair animale ; on la coupe par morceaux les plus petits possibles ; on les met dans une capsule de porcelaine très propre, et on verse dessus 1/6 ou 1/4 environ de son poids d'acide sulfurique concentré à 66° bien pur (MM. Flandin et Danger assurent qu'on ne peut *à priori* déterminer au juste la quantité d'acide sulfurique à employer, elle dépend de l'état des chairs : plus elles sont fraîches et humides, plus la quantité d'acide doit s'élever ; ainsi si on agissait sur du sang, par exemple, la proportion d'acide devrait être de moitié) ; on pose la capsule sur le feu, en ayant soin que le feu soit réparti et sous le fond de la capsule et dans tout son pourtour ; bientôt la matière animale se liquéfie et se dissout dans l'acide en formant avec lui une sorte de cambouis noir et demi-liquide ; on remue continuellement la matière avec une baguette de verre ; il se dégage à la fois des vapeurs d'acide sulfurique et sulfureux ; bientôt la matière se concentre, prend plus de consistance et se trouve couverte en un charbon sec et presque friable ; l'opération dure à peu près quarante minutes. On retire la capsule du feu, on laisse refroidir et on broie le plus possible avec un pilon de verre le charbon resté dans la capsule ; alors on l'humecte avec une petite quantité d'eau régale faite dans les proportions de 3 parties d'acide azotique et 1 partie d'acide chlorhydrique ; cette addition a pour but de faire passer l'acide arsénieux à l'état d'acide arsénique beaucoup plus soluble ; on chauffe à sec de nouveau et on retire du feu.

Ce charbon est ensuite traité par l'eau distillée bouillante pour dissoudre tout le composé arsénical soluble, et le *décoctum* filtré est introduit dans l'appareil de Marsh.

Ce *décoctum* nous a toujours paru limpide, à peine coloré et n'a jamais produit de mousse.

Tel est, Messieurs, le procédé adopté par MM. Flandin et Danger ; il est commode en ce qu'il donne peu de vapeurs dans son exécution, et que lorsqu'on a affaire à des matières animales pourries, l'acide sulfurique anéantit, suivant les auteurs, presqu'à l'instant l'odeur infecte qui incommoderait l'opérateur. Ce procédé donne des résultats d'une précision très satisfaisante. Toutefois, nous aurons tout à l'heure à vous parler du procédé par le nitrate de potasse, qui paraît ne le céder en rien à celui-ci pour la précision et l'exactitude, et qui a sur lui l'avantage de donner des taches arsénicales beaucoup plus nettes et plus franches. Ces procédés devront être préférés à celui qui consiste à traiter par l'acide nitrique.

Après avoir versé dans l'appareil de Marsh le *décoctum* aqueux du charbon sulfurique, MM. Flandin et Danger enflamment le gaz hydrogène arsenié qui se dégage ; mais au lieu de condenser l'arsenic métallique sur un corps froid comme pour l'obtention des taches, ils le convertissent en acide arsénieux, toujours dans le but de détruire les dernières portions de matière organique qui pourraient se mêler à l'arsenic revivifié et altérer ses réactions chimiques. Cet acide arsénieux se dépose dans un endroit déterminé de l'appareil ; il est ensuite recueilli, dissous dans l'eau bouillante légèrement nitrique, évaporé à siccité, et le résidu mêlé d'un peu de flux noir ; ce mélange, introduit dans un tube étiré à la lampe et chauffé au rouge à la flamme du chalumeau, donne un anneau d'arsenic métallique bien miroitant et brillant.

Nous nous abstiendrons, Messieurs, de vous donner la description de l'appareil particulier dont MM. Flandin et Danger se sont servis pour opérer les transformations ci-dessus décrites, parce que cet appareil, qui a été mis sous vos yeux, et dont la description, ajoutée par les auteurs dans la note qu'ils vous ont soumise, restera déposée dans vos archives, est déjà du domaine public, par suite du jugement qui en a été porté dans une autre enceinte, et parce que votre commission, tout en appréciant les résultats qu'il donne, préfère néanmoins l'appareil de Marsh avec la simple modification proposée par M. Orfila, et surtout par l'Institut, modification qui permet d'arriver tout aussi sûrement et beaucoup plus promptement, sans plus de chances de pertes, au but que se sont proposé MM. Flandin et Danger.

Après avoir développé suffisamment les considérations propres à faire juger la valenr de la première assertion de MM. Flandin et Danger, il nons resterait à discuter la seconde assertion, relative à la sécrétion urinaire dans l'empoisonnement aigu par l'arsenic; mais la commission n'a point à s'en occuper; ces messieurs n'ayant point jugé à propos de faire les expériences nécessaires pour la mettre hors de doute. Malgré les opinions très explicitement formulées par eux à ce sujet, dans le mémoire qu'ils vous ont lu, et dont nous avons plus haut rapporté les passages textuels, ils ont avoué à la commission qu'ils n'avaient pas entendu exprimer un fait constant et absolu, sans exception aucune; aveu toutefois dont la commission ne se serait point contentée si elle n'avait eu la certitude de s'éclairer suffisamment à cet égard dans les expériences dont M. Orfila devait la rendre témoin, et dans le récit desquelles nous allons entrer.

M. Orfila s'est d'abord attaché à démontrer à la commission l'impossibilité de confondre les vraies taches arsenicales avec celles que l'on obtient au moyen de la matière saline sublimable de MM. Flandin et Danger. Cette matière, introduite dans l'appareil de Marsh, avec quelques gouttes d'essence de térébenthine, a donné des résultats qui corroborent tout ce que nous avons avancé dans le rapport, et que nous croyons inutile de rappeler.

Toutefois, il est deux expériences que nous citerons: la première est relative au traitement de carbonisation par l'acide nitrique, d'un mélange de gélatine, de sulfite et de phosphite d'ammoniac, ainsi que d'essence de térébenthine; le charbon produit fut mis à bouillir pendant une demi-heure dans l'eau distillée, et le liquide filtré, introduit dans l'appareil de Marsh, n'a fourni aucune tache.

La seconde a consisté à introduire dans l'appareil de Marsh un mélange de phosphite et de sulfite d'ammoniaque, ainsi que d'essence de térébenthine, et on a ajouté quatre gouttes seulement de solutom aqueux d'acide arsenieux. On a aussitôt recueilli des taches *jaunes, larges, brillantes*, évidemment formées d'arsenic et de matière organique, taches dont l'aspect devait faire craindre la difficulté de rendre évident l'arsenic par le procédé ordinaire; et cependant ces taches, traitées par quatre gouttes d'acide nitrique concentré et froid se sont détachées en grande partie et ont disparu promptement par la chaleur. La liqueur, évaporée à siccité, a laissé un résidu jaunâtre, lequel, refroidi, a immédiatement développé une *couleur rouge-brique*, sous l'influence d'une goutte de nitrate d'argent concentré.

Ce fait vous prouverait, s'il en était besoin, Messieurs, d'après tout ce qui précède, qu'il n'est pas si difficile de reconnaître les traces arsenicales, alors même que leur aspect ordinaire est masqué par une matière étrangère.

Des viscères de chiens non empoisonnés ont été carbonisés ou incinérés par les procédés connus, et les produits, mis, comme à l'ordinaire, dans l'appareil de Marsh, n'ont fourni aucune tache, ce qui était facile à prévoir.

Le 14 avril, à onze heures du matin, quatre chiens ont été empoisonnés.

L'un avec 15 centigrammes d'acide arsénieux, l'autre avec 30 centigrammes du même acide dissous dans l'eau, et le troisième avec 60 centigrammes d'acide arsenieux pulvérisé.

Les animaux n'avaient ni bu ni mangé depuis vingt-quatre heures, et le poison a été introduit dans l'estomac; on leur a lié l'œsophage et la verge.

Ces animaux ont tous uriné pendant la ligature de l'œsophage.

Le quatrième chien fut empoisonné par l'application de 15 centigrammes d'acide arsénieux sur le tissu cellulaire de la cuisse. Il était à jeun depuis vingt-quatre heures.

Les trois premiers chiens sont morts quatre ou cinq heures après l'empoisonnement, tandis que le quatrième, empoisonné par absorption cutanée, n'est mort qu'au bout de vingt-six heures.

Il est à remarquer qu'à l'autopsie cadavérique on trouva chez tous la vessie plus ou moins distendue par de l'urine, dont la quantité pouvait s'élever à 64 grammes; dans une circonstance plus récente, la même expérience, répétée sur d'autres animaux, a fourni plus de 125 grammes d'urine chez le même animal.

La présence de l'arsenic dans ces urines n'a pu être constatée dans toutes; mais ce qui est incontestable, malgré l'empoisonnement aigu, c'est que la sécrétion urinaire n'a été arrêtée chez aucun.

L'urine du chien empoisonné par 15 centigrammes d'acide arsenieux dissous et ingéré a fourni d'abondantes taches arsénicales, tandis que l'urine du chien empoisonné par 30 centigrammes du même acide, et également ingérés, n'a pas donné la moindre trace arsenicale. Il en a été de même de l'urine du chien mort sous l'influence toxique de 15 centigrammes d'acide arsénieux appliqués sur le tissu sous-cutané de la cuisse, et telle est la mobilité extrême de ces sortes de fonctions dans ces circonstances anormales que la même expérience, répétée sur un autre chien de la même manière, a fourni une urine très arsénicale. Au reste, la commission de l'Institut, dans son rapport, a aussi mentionné deux faits en tout semblables à ce dernier.

Pour vous donner une idée, Messieurs, de la facilité avec laquelle on prouve la présence de l'arsenic dans les viscères empoisonnés par absorption de ce toxique, et de l'abondance avec laquelle on le recueille, je vous citerai un seul des faits que M. Orfila nous a démontrés, et qu'on peut vérifier à volonté.

Le foie du chien empoisonné par ingestion de 15 centigrammes d'acide arsénieux dissous dans l'eau fut desséché et carbonisé par trois fois son poids d'acide nitrique concentré; le charbon, mis à bouillir pendant vingt-cinq minutes, avec de l'eau distillée, donna un décoctum, qui fut filtré et introduit dans l'appareil de Marsh préalablement essayé; il a fourni aussitôt une quantité considérable de taches arsénicales brunes et brillantes.

Après avoir recueilli quarante de ces taches environ dans deux petites capsules, on a substitué au tube qui conduisait le gaz un tube plus long, dans une partie duquel on avait placé de l'amiante; peu de minutes après avoir chauffé celui-ci avec la lampe à l'alcool, on vit se former un *anneau d'arsenic métallique*, en même temps qu'on continuait à recueillir des taches à l'extrémité du tube. Après avoir ainsi recueilli de l'arsenic pendant *une heure environ*, on a cessé l'expérience, encore bien que l'arsenic continuât à se dégager.

Jugez, Messieurs, d'après cette expérience remarquable et si probante, s'il est possible à un expert, même peu exercé, de méconnaître un empoisonnement chez l'homme mort sous l'influence de l'arsenic, et veuillez remarquer que le viscère a été carbonisé par l'acide nitrique, agent reconnu aujourd'hui un peu moins sensible que l'acide sulfurique ou le nitrate de potasse pour découvrir les atomes d'arsenic. Occupons-nous maintenant du procédé d'incinération par le nitrate de potasse.

Rapp avait proposé l'emploi de ce sel, il y a plus de trente ans, dans les cas d'empoisonnement par l'arsenic, où l'examen des matières liquides et solides contenues dans le tube digestif n'avait fourni aucune trace de poison; ce chimiste recommandait alors d'expérimenter sur la substance même du tissu membraneux de l'organe, en le faisant d'abord bouillir quelque temps dans l'eau distillée, et en cas de résultat négatif, de procéder à la destruction complète du tissu organique, à l'effet d'en éliminer les parcelles de poison qui y seraient restées profondément engagées ou combinées. Telle était alors la dernière limite reconnue possible de l'investigation chimique dans les empoisonnemens par l'acide arsénieux; on supposait bien que le poison avait pu être absorbé, porté dans le torrent circulatoire et amené au sein de tous les viscères; mais on ne pouvait acquérir la *preuve matérielle* de ce fait supposé; on la regardait comme au-dessus des ressources de la puissance chimique; et cette conviction a prévalu jusqu'aux travaux de M. Orfila, qui en a fait justice.

Voici comment Rapp s'y prenait pour extraire l'arsenic du tissu même du tube digestif: il l'incisait en petites lanières qu'il faisait dessécher à un feu doux, et qu'il réduisait ensuite en fragmens les plus menus possible; d'un autre côté, il introduisait dans un matras à fond plat et à long col une once de sel de nitre bien pur, plaçait le tout sur un bain de sable, et faisait chauffer jusqu'à fusion ignée du nitre; c'est alors qu'il ajoutait par parties les portions du tube digestif desséché, comme il vient d'être dit; il attendait que la déflagration, produite par une première addition de matière organique fût complètement terminée; il en faisait ensuite une seconde, et ainsi de suite, jusqu'à épuisement complet de la matière; alors il laissait refroidir le vase et dissolvait le produit dans l'eau bouillante, et après quelques précautions chimiques, qu'il est inutile de citer, il précipitait l'arsenic par l'hydrogène sulfuré, et revivifiait le métal de son sulfure par les procédés connus.

Tel est Messieurs, ce procédé de Rapp, dont le nom a été quelquefois prononcé dans cette enceinte; il était alors un progrès qu'il est juste de reconnaître, et dont il est juste de faire hommage à la mémoire de ce médecin-chimiste.

Mais on ne tarda pas à constater que ce procédé exposait à des pertes d'arsenic et à reconnaître que le moyen d'y obvier autant que possible serait de sursaturer de nitre, en quelque sorte, toute la substance même du tissu, après l'avoir ramollie dans l'eau chaude, d'en constituer une sorte de pâte homogène, laquelle, desséchée et projetée dans un creuset de Hesse, rouge de feu, pût à l'instant, par une déflagration prompte, rapide et instantanée, brûler toute la matière animale et développer une quantité de gaz comburant, propre à transformer immédiatement l'acide arsénieux en une combinaison plus oxygénée et fixe au feu le plus violent, sous l'influence d'un alcali énergique, comme la potasse. Telle est,

Messieurs, l'idée qu'a eue M. Orfila, et qu'il a mise heureusement à exécution dans le procédé que je vais décrire.

PROCÉDÉ. Si on a affaire à un liquide suspect, on y dissout du nitrate de potasse et on le fait évaporer à siccité, en ayant soin de bien remuer la masse pour en former un tout homogène; telle est, par exemple, l'urine, etc.

Si on a affaire à une matière molle ou solide, comme le foie, la rate, etc., on la broie dans un mortier d'agate ou de verre, avec le double à peu près de son poids de nitre; on pétrit le mélange avec la main, de manière à déchirer le tissu et à le réduire à une bouillie épaisse, dans laquelle le nitrate de potasse se trouve également réparti, on fait dessécher la masse dans une capsule de porcelaine, à une douce chaleur, en agitant de temps en temps.

Cette opération faite, le mélange est dans le cas d'être soumis à la déflagration; à cet effet, on chauffe au rouge obscur un creuset de Hesse neuf, et on y ajoute par pincées le mélange organo-salin, jusqu'à épuisement de la matière.

Si, dès la première pincée toutefois, le produit de la déflagration, au lieu d'être blanc ou simplement grisâtre, était encore charbonneux, ce serait une preuve que la proportion de nitre n'aurait pas été assez forte pour incinérer toute la matière animale; il faudrait alors y remédier en ajoutant au mélange une nouvelle proportion de sel comburant, capable de produire un résidu salin tel que nous l'avons prescrit.

La réussite certaine de l'opération se trouve donc subordonnée à cette petite déflagration à titre d'essai.

Lorsque toute la masse a subi la déflagration, son produit se trouve à l'état de fusion ignée dans le creuset; on retire celui-ci du feu, et quand il est assez refroidi pour que la matière ait acquis une consistance molle, on verse dans le creuset, et par très petites parties, *un peu d'eau* distillée, afin de délayer cette matière et de pouvoir la verser dans une capsule de porcelaine. Si une partie de la masse saline restait adhérente au creuset, on la détacherait en faisant bouillir dans celui-ci une petite quantité d'eau, que l'on verserait ensuite dans la capsule de porcelaine.

On décompose ensuite la masse saline par de l'acide sulfurique concentré et pur, que l'on emploie par petites parties et jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'effervescence; alors on fait bouillir pendant un quart-d'heure, une demi-heure, ou une heure, suivant la proportion de matière sur laquelle on agit, afin de chasser la totalité des acides nitrique et nitreux; pour faciliter le dégagement des dernières portions de ces acides, on ajoute avec précaution, lorsque la masse est épaissie, 40 à 50 grammes d'eau distillée, et on fait bouillir pendant quelques minutes: il est indispensable de chasser entièrement les acides nitrique et nitreux, pour ne point enrayer d'une part le dégagement du gaz hydrogène, et de l'autre éviter les explosions.

Ce fait accompli, on reprend par l'eau le produit de l'évaporation saline, et le solutum est introduit dans l'appareil de Marsh.

Tel est, Messieurs, le procédé d'incinération par le nitrate de potasse, procédé de Rapp modifié, ainsi qu'on l'a avec raison désigné, et que nous devons à M. Orfila.

Il donne de prompts résultats, d'une netteté et d'une précision d'autant plus grandes que toute matière organique a été anéantie; aussi l'arsenic ou les taches arsenicales produites par ce moyen chimique présentent-elles tous les caractères physiques et chimiques qui leur sont propres: sous ce rapport, il n'y a pas à hésiter entre ce procédé et celui par l'acide sulfurique, qui ne donne pas, il faut l'avouer, des taches aussi franchement arsenicales à la vue.

Il est cependant des cas où le procédé par l'acide sulfurique devra être préféré, notamment dans ceux où l'on aurait à traiter des matières grasses suspectes, que l'acide sulfurique charbonne bien à chaud, et que le nitrate de potasse brûlerait avec une flamme trop intense, qui faciliterait peut-être la perte d'une partie de l'arsenic.

Sous le rapport de la sensibilité dans les résultats, elle est à peu près la même de part et d'autre; toutefois nous avons été témoin, dans le laboratoire de la faculté, d'une expérience comparative des deux procédés sous ce dernier rapport, et le nitrate de potasse a donné des résultats réellement supérieurs en abondance de produit.

Quoi qu'il en soit, messieurs les experts, à quelque procédé qu'ils aient recours, pourront avoir la certitude qu'ils arriveront facilement à la vérité en employant soit l'une soit l'autre méthode.

Il est un dernier point qu'il nous reste à traiter, il est relatif à la crainte qu'on pourrait avoir de trouver du zinc arsenical, zinc impur, dont l'emploi dans l'appareil de Marsh pourrait conduire à des erreurs déplorables.

Déjà M. Orfila vous a fait connaître qu'il avait examiné plus de 500 échantillons de zinc pris dans le commerce, et que, sur ce nombre considérable, il n'en avait trouvé que deux ou trois arsénicaux. Ainsi qu'on l'a dit ailleurs, il faut préférer autant que possible pour cet usage le zinc laminé au zinc en plaques du commerce; le zinc qui a pu passer au laminoir a déjà, par cela même, donné une garantie contre tout alliage avec de l'arsenic; mais nous pensons qu'on peut en toute sécurité employer le zinc en grenailles, après avoir pris toutefois les précautions indiquées en pareil cas; pour convaincre la commission sous ce rapport, M. Orfila l'a rendue témoin d'une expérience faite sur une grande échelle et sans exemple jusqu'alors.

Il a introduit 2 kilogrammes de zinc en grenailles dans un grand flacon à deux tubulures et de l'énorme capacité de 11 à 12 litres; il a monté l'appareil et l'a fait fonctionner comme celui de Marsh, pendant deux jours; on avait eu le soin de faire traverser le gaz dans deux tubes en U, communiquant l'un à l'autre par des tubes en caoutchouc, et remplis, le premier de fragmens de verre, mouillés d'une dissolution aqueuse d'acétate de plomb; le second, de fragmens de même nature, mouillés d'une dissolution de sulfate d'argent, ainsi que cela avait été déjà fait par la commission de l'Institut.

L'expérience avait pour but de s'assurer si cette grande masse de zinc abandonnerait quelques parcelles d'arsenic.

Le premier tube, rempli de dissolution plombique, a noirci dans sa partie supérieure. et cette action était évidemment due à un peu de gaz sulfhydrique, dégagé par suite de la présence d'un peu de sulfure dans le zinc; mais tous les fragmens de verre mouillés par la dissolution argentique avaient fortement bruni; on pouvait donc craindre qu'une quantité notable d'hydrogène arsénié se fût développée et eût réagi sur la dissolution de sulfate d'argent.

L'expérience ne tarda pas à prouver qu'il n'en était rien; tous ces fragmens de verre brunis, furent à l'instant décolorés par l'acide nitrique bouillant et étendu de deux fois son volume d'eau; le solutum nitrique, précipité par l'acide chlorhydrique, filtré, évaporé à siccité, et le résidu, repris par l'eau, introduit dans l'appareil de Marsh, ne donnèrent aucune tache.

Ainsi la dissolution argentique avait donc noirci par la seule action désoxygénante du courant de gaz combustible, sans la présence d'aucune parcelle arsénicale. Ce fait devra être noté et rendre fort circonspect dans l'application du procédé de M. Lassaigne, de manière à ne pas se frapper l'esprit qu'il doit y avoir de l'arsenic, par cela même qu'on aura vu la liqueur argentique noircir, en laissant précipiter l'argent métallique.

Messieurs, après les développemens étendus dans lesquels nous sommes entrés, et que, vu la haute gravité de la question, il ne nous a pas été possible de restreindre, nous arrivons enfin aux conclusions qui doivent terminer ce rapport.

Des faits et documens consignés dans ce rapport, nous concluons:

1° Que par suite de carbonisations ou incinérations incomplètes des matières animales, on obtient quelquefois, en se servant de l'appareil de Marsh, des taches qui, sans être arsénicales, peuvent en avoir l'apparence.

2° Qu'il n'est pas possible de confondre ces taches avec les taches arsénicales, lorsqu'on fait intervenir l'action des agens chimiques.

3° Que parmi tous les modes de carbonisation ou d'incinération, qui ont été proposés pour la destruction des matières animales dans les recherches toxicologiques relatives à l'arsenic, deux procédés viennent en première ligne: la carbonisation par l'acide sulfurique, proposée par MM. Flandin et Danger, et l'incinération par le nitrate de potasse telle qu'elle a été adoptée par M. Orfila. Chacun de ces procédés ayant ses avantages particuliers, l'expert, dans le choix qu'il en fera, aura à se décider suivant les circonstances et l'état des matières.

4° Que le procédé inventé par MM. Flandin et Danger, pour convertir en acide arsénieux l'arsenic éliminé par l'appareil de Marsh, est bon et ingénieux; mais que la commission lui préfère le dernier procédé de M. Orfila, et surtout celui proposé par l'Institut.

5° Que M. Orfila a le premier démontré chimiquement la présence de l'arsenic dans l'ensemble des organes des animaux empoisonnés; et que les travaux communiqués par lui à l'Académie sur ce sujet ont été reconnus exacts par la commission.

6° Que la sécrétion urinaire n'a pas été suspendue chez les animaux soumis sous nos yeux à l'action de l'arsenic, mais que les expériences n'ont pas encore été assez nombreuses ni assez variées pour que l'on puisse, quant à présent, déterminer rigoureusement l'influence de l'arsenic sur la fonction indiquée ci-dessus.

7° La commission, voulant reconnaître l'intérêt du travail de MM. Flandin et Danger, travail qu'ils ont en partie communiqué à l'Académie, dans le but d'éclairer une haute question de médecine légale, vous propose de leur voter des remerciemens, et de les inscrire comme candidats pour l'une des places qui viendraient à vaquer dans l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

COLLECTION DE FAITS CLINIQUES SUR DIVERSES MALADIES DE LA TÊTE. (CANCERS ORBITAIRES, CATARACTES, FISTULE LACRYMALE, ULCÈRES RONGEANS, POLYPES DES FOSSES NASALES, MUTILATIONS DE LA LA FACE ET RESTAURATION DES LÈVRES, KYSTE DE LA JOUE, ANKYLOSE TEMPORO-MAXILLAIRE, CANCER DES LÈVRES, GUÉRISONS DE SURDITÉ, COMMOTION CÉRÉBRALE); par le docteur PAYAN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, etc.

(Suite. — Voir le numéro 30.)

§ III. — HISTOIRE, TRAITEMENT ET GUÉRISON D'UNE FISTULE LACRYMALE.

Que n'a-t-on pas dit, que n'a-t-on pas écrit sur le traitement de la fistule lacrymale? Quand, en ouvrant un livre de pathologie chirurgicale, on veut y trouver des préceptes contre cette maladie, il y a vraiment lieu d'être embarrassé sur le choix de la méthode à suivre, tant elles sont nombreuses, différentes, et souvent peu sûres dans leurs résultats. C'est un véritable dédale qui, certainement, n'est pas propre à faire arriver plus vite au but que l'on veut atteindre. On dirait que, pour se donner le plaisir de la nouveauté, les chirurgiens, en diverses époques, se sont évertués à créer des procédés différens de ceux précédemment connus, et que même, en certains temps, c'était à qui les produirait plus compliqués, plus ingénieusement laborieux.

Tout cela ne rapprochait pourtant pas davantage d'une bonne solution de la question curative que l'on cherchait à résoudre; on s'en éloignait même peut-être d'autant plus qu'on se jetait davantage dans les complications; car nous croyons qu'il en est de cette maladie comme de bien d'autres où la chirurgie est invoquée, c'est-à dire que, pour arriver plus tôt et plus sûrement à la guérison, il faut chercher la voie la plus simple, celle qui vient se présenter le plus naturellement à l'esprit. Nous n'avons pas encore, il est vrai, beaucoup d'observations de fistules lacrymales à l'appui de ces quelques assertions, parce que cette maladie ne s'est pas encore souvent présentée dans notre pratique. Toutefois, celle que nous allons relater pourra les légitimer suffisamment. La facilité de la guérison, la simplicité de l'appareil employé pour la produire, lui donneront, je pense, un intérêt réel.

OBS. Je fus appelé, le 15 décembre dernier, pour voir mademoiselle A..., qui se plaignait d'une petite tumeur qui s'était développée vers le grand angle de l'œil. Déjà, depuis plus d'un mois et demi, il avait semblé à la malade que l'œil droit était plus humide qu'à l'ordinaire, que les larmes coulaient plus facilement sur la joue du même côté, que la narine droite était un peu plus sèche qu'avant. Depuis cette époque encore, il y avait, vers le grand angle de l'œil droit, sensation d'un peu de chaleur, de démangeaison, d'engourdissement. Plus tard était survenu de l'empâtement et de la tuméfaction, et, quand on pressait sur le grand angle de l'œil, on voyait refluer, par les points lacrymaux, un liquide un peu trouble, qui n'était que le liquide qui avait séjourné dans le sac lacrymal, et qui s'y était altéré. Cette tuméfaction sur le grand angle fit ensuite des progrès, et, vers la fin, quand je fus appelé, elle était assez prononcée, ressemblait à un gros pois un peu applati, était douloureuse, distendue, et la peau du sommet commençait même à blanchir un peu.

Le diagnostic ne me présenta aucune difficulté; j'avais affaire à une tumeur bien évidemment lacrymale, formée par l'accumulation du liquide qui, ne pouvant plus passer par le conduit nasal obstrué, avait distendu les parois du sac, et les avait peu à peu amincies. Je jugeai convenable de conseiller un cataplasme émollient sur le grand angle de l'œil.

18 décembre. La petite tumeur s'est ouverte spontanément la nuit précédente. Il s'est établi dès-lors une communication avec l'intérieur du sac par une petite ouverture placée sur le devant de la tumeur lacrymale. Il y a eu dès ce moment encore formation d'une véritable fistule lacrymale.

Pendant quelques jours encore, des topiques émolliens furent appliqués sur la tumeur, sans tendance vers la guérison. Quelques injections détersives furent aussi inutilement faites. D'un autre côté, la malade me demandant avec instance de hâter sa guérison, je dus me demander par quelle voie je pourrais plus tôt et plus sûrement y parvenir. Le larmoiement qui avait précédé la tumeur lacrymale, cette tumeur lacrymale elle-même, la fistule qui s'en était suivie, la sécheresse de la narine de ce côté, ne laissaient pas de doute sur l'existence d'une obstruction du canal nasal comme cause de tout le mal. C'est alors que purent se présenter à nous les nombreux procédés imaginés pour faire cesser cette obstruction.

Devions-nous tenter d'employer la méthode antiphlogistique plus largement que nous ne l'avions fait par l'application des cataplasmes émolliens? C'est-à-dire devions-nous., faire mettre des sangsues dans les narines, vers la racine du nez, dans le sillon naso-jugal; ou bien les dérivatifs sur le tube digestif, les vésicatoires à la nuque, aux bras, un séton même derrière le cou, devaient-ils être préférés? Le desir pressant de la malade de guérir promptement, d'une part, et la longueur obligée et même l'incertitude des résultats du traitement furent cause que nous ne nous arrêtâmes pas beaucoup à l'idée de ces moyens. Il est bien entendu également que nous ne songeâmes pas non plus à recourir au procédé d'Anel, qui, comme on le sait, cherchait à désobstruer les voies lacrymales, tantôt à l'aide d'un cathétérisme des conduits lacrymaux opéré avec un stylet très fin, tantôt à l'aide d'injections détersives, ou douées de quelque autre propriété médicamenteuse, faites par les points lacrymaux, parce que nous savions que ce sont des opérations difficiles, impossibles quelquefois, par le resserrement spasmodique et vital du tissu contractile des conduits lacrymaux, et qui rarement doit atteindre le but qu'on se propose, pas plus qu'aux procédés de Laforest, Lallouel, ou de M. Gensoul, etc., qui tendent à désobstruer les voies lacrymales de bas en haut, en pénétrant par l'orifice inférieur ou nasal du canal nasal, parce que toutes ces manœuvres, très faciles à appliquer sur le cadavre, ne me paraissent pas susceptibles de beaucoup d'applications pour désobstruer ce canal, et que peut-être personne encore n'a employé de pareils moyens. Nous simplifiâmes tout autrement la raison de notre traitement: comprenant que tout le mal consistait dans une obstruction du canal nasal, l'idée de forcer le passage obstruant par un corps dilatant se présenta immédiatement à nous. Il nous parut même que l'orifice spontané qui s'était formé au-devant de la tumeur pourrait avantageusement nous servir dans ce but.

Ne croyez pas pourtant que nous ayons voulu recourir alors, ni au fil de Méjan laissé en permanence dans le canal, ni aux diverses mèches ou sétons qui, passés dificilement dans le canal, ne pouvaient, par leur présence, que fatiguer la membrane muqueuse et l'enflammer davantage. Nous aurions plutôt préféré à tous ces moyens la simple canule de Dupuytren, si l'idée n'en eût déplu considérablement à la malade, si nous n'avions eu occasion de lui reconnaître des inconvéniens réels, tel que celui de ne pouvoir être quelquefois supportée, comme on l'a remarqué, et celui encore d'opérer la perforation de la voûte palatine, comme il me souvient d'en avoir vu un exemple remarquable pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu d'Avignon; si, pour mieux dire, nous n'avions cru pouvoir agir plus convenablement, tout en recourant à la dilatation directe. Voici donc quel parti nous résolûmes de prendre: une ouverture apparente, lorsque la croûte qui la recouvrait était détachée, nous conduisait dans le sac lacrymal, au fond duquel se trouvait nécessairement l'orifice supérieur du canal nasal; introduire alors l'extrémité d'une bougie en gomme élastique, ayant à peu près 2 millimètres de diamètre, nous parut une idée plus simple et en même temps plus rationnelle. Nous pensâmes encore à associer à ce moyen les injections détersives et stimulantes à la fois.

Nous commençâmes donc par injecter dans le sac lacrymal avec une seringue de petite dimension, une solution légère de nitrate d'argent cristallisé, dans la proportion de 15 centigrammes de celui-ci pour 30 grammes d'eau distillée. La cavité du sac étant bien détergée par ce moyen, nous portâmes dès-lors l'extrémité de la bougie vers l'orifice du canal nasal. — C'était le 4 janvier 1841.

Nous reconnûmes bientôt que le passage de celle-ci était empêché par un obstacle d'une vive sensibilité. En pressant cependant modérément, l'obstacle fut franchi, l'extrémité de la bougie apparut dans la narine, et nous pûmes reconnaître, par le défaut de tout autre obstacle, que le siége de l'obstruction se trouvait à la partie supérieure du canal. Nous coupâmes la bougie à 3 centimètres en dessus de la fistule, et engageâmes la malade à la laisser en place pendant deux heures.

Il devint nécessaire de l'enlever plus tôt parce que, au bout d'une heure, une céphalalgie assez forte vint à se déclarer. Cette circonstance nous fit présumer que probablement la canule métallique n'aurait pas été supportée. Au reste la céphalalgie se dissipa dès que la bougie eut été enlevée.

Le lendemain, je me contentai de faire des injections argentifères sans remettre la canule. Il ne passa point de liquide dans la fosse nasale.

6 janvier. Nouvelle injection detersive qui fait sortir une certaine quantité de matière purulente. Nouvelle introduction de la bougie qui ne pénètre pas plus facilement que la première fois dans le canal nasal. Mais elle fut gardée pendant deux heures complètes. La céphalalgie fut très modérée.

7 janvier. Même répétition: l'obstacle est franchi avec moins de douleur et moins de difficulté.

9 janvier. Injection argentifère; introduction de la bougie; immédiatement après, quand la voie est faite, retrait de la bougie, injection dans le canal du liquide argentifère, lequel ressort par le nez. Reintroduction de la bougie qui, ce jour là, fut laissée à demeure pendant quatre heures.

10 janvier. L'obstacle est déjà bien plus facile à franchir et moins douloureux.

13 janvier. Par la seule impulsion de la seringue, le liquide passe cette fois en partie dans le nez. Ceci fut pour nous de bon augure, en nous annonçant un grand progrès vers la guerison. Nous introduisons néanmoins encore la bougie qui est gardée pendant quatre heures.

14, 15 et 16 janvier. Injections encore continuées et placement de la bougie dans le canal nasal.

23 et 24 janvier. Le liquide de l'injection passe déjà facilement dans le nez. La malade devant aller passer quelques jours à Marseille, nous cessons et les injections et le cathetérisme nasal et lui faisons esperer que tout sera peut-être fini par là! Nous lui recommandons toutefois d'exercer de temps en temps un peu de pression, avec la pulpe du doigt, sur le grand angle de l'œil, afin d'éviter une nouvelle accumulation de liquide, une nouvelle distension du sac, et afin encore de faciliter le passage de ce liquide par le canal nasal.

29 janvier. Nous voyons la malade à son retour: il n'y a plus de tumeur au grand angle de l'œil; l'orifice fistuleux est cicatrisé; tout indique que la voie est restée libre. Nous prescrivons néanmoins, comme moyens préventifs, quelques pédiluves synapisés, un vésicatoire au bras, à cause de la disposition un peu

lymphatique de la malade, un collyre avec une faible dissolution de nitrate d'argent cristallisé.

15 et 25 février. Nouvelles visites à la malade pour constater son état. Elle a négligé de faire usage du collyre; la guérison s'est maintenue; il n'y a plus de tumeur lacrymale; la fistule est complètement cicatrisée; la guérison ne paraît rien laisser à désirer.

Il est facile de reconnaître, d'après cet exposé, quelle est la raison du traitement qui m'a dirigé. On voit que j'ai employé à la fois une médication détersive et modificatrice qui devait agir sur la vitalité même des tissus, et une méthode dilatante; il m'a semblé que je réunissais, dans cette manière de faire, les indications les plus importantes qui se présentaient pour le traitement. — On sait combien sont efficaces les solutions du nitrate d'argent contre les phlegmasies muqueuses purulentes; il y avait donc indication précise de les employer contre l'inflammation suppurative de la membrane muqueuse du sac lacrymal. Elles pouvaient encore être avantageuses contre la partie coarctée, en modifiant utilement la phlegmasie chronique dont la muqueuse du canal pouvait être le siége. Donc les injections argentifères devenaient ici un accessoire avantageux de la dilatation.

On aura remarqué que, pour produire celle-ci, je me suis adressé au moyen le plus simple qui pût se présenter à moi, et qui est à la disposition de tout le monde, je veux dire à une bougie en gomme élastique, assez résistante et que j'avais un peu recourbée pour mieux l'accommoder à la direction du canal nasal.

N'ayant pas eu souvent encore des fistules lacrymales à traiter dans ma pratique, c'est la première fois que j'ai eu recours à l'emploi combiné des injections avec une solution argentifère et de la dilatation temporaire. Cependant, quoique le succès unique que j'ai obtenu soit peut-être insuffisant pour recommander puissamment la méthode curative que j'ai suivie, elle me paraît propre à fixer l'attention des praticiens, des praticiens surtout qui, exerçant dans les petites localités, ont toujours sous la main les moyens qui m'ont servi. Beaucoup d'entre eux, en effet, n'osent pas entreprendre un traitement chirurgical de la fistule lacrymale, parce que pour atteindre avec la pointe d'un bistouri, l'entrée du canal nasal, afin d'y passer une canule, par exemple, il faut encore assez de dextérité et surtout assez d'habitude de l'anatomie de cette région pour ne pas risquer de se fourvoyer. Or, un pareil danger ne saurait exister avec la bougie en gomme élastique. Celle-ci doit être assez résistantes pour forcer l'obstacle, une fois introduite par l'ouverture fistuleuse, elle tend à s'engager par une pression modérée dans le conduit obstrué. Ainsi, la dilatation temporaire avec un bout de bougie en gomme élastique qu'on engage dans le canal nasal, combinée avec les injections d'une solution de nitrate d'argent, nous paraît un moyen fort utile de traiter les fistules lacrymales, au moins dans un certain nombre de cas.

§ IV. — ULCÈRES RONGEANS DE LA FACE RÉPUTÉS CANCÉREUX OU INUTILEMENT TRAITÉS PENDANT LONGTEMPS, GUÉRIS RAPIDEMENT ENSUITE PAR LES MÉDICATIONS APPROPRIÉES.

J'ajourne à une autre époque de relater quelques observations assez remarquables d'esthiomène ou *lupus* qui se rapportent à des cas de ces tenaces maladies, dont, malgré leur longue durée, il a été possible en assez peu de temps de se rendre maître. Je me propose d'en faire l'objet d'un travail particulier qui sera publié un peu plus tard.

Il ne sera pas toutefois dénué d'importance de raconter d'autres observations relatives à des ulcères de mauvaise nature, à marche rongeante, remarquables par leur longue durée, leur ténacité contre les traitemens que d'autres médecins avaient cru devoir employer, et qui cependant ont pu guérir, et même sans trop de peine, lorsque le traitement qui devait réellement leur convenir a été appliqué. — La première observation se rapporte à une malheureuse femme, longtemps délaissée par les hommes de l'art, qui, la croyant atteinte d'un cancer rongeant de la face, la regardaient comme vouée à une mort certaine et prochaine, tandis que l'étude plus attentive de la cause réelle du mal vint mettre sur la voie du traitement spécifique convenable et de la guérison. — La seconde a pour objet une autre femme qui, atteinte aussi d'un large ulcère au front, affectant des formes cancéreuses, mais reconnu être d'une nature syphilitique, a cédé à l'usage d'une solution de deuto-chlorure de mercure appliquée localement, après avoir résisté à des traitemens très rationnels. — La troisième est relative à un ulcère ancien et de mauvaise nature, siégeant à la lèvre supérieure, et présentant tellement les apparences du cancer, que deux médecins recommandables nous l'avaient adressée pour qu'on procédât à l'extirpation du prétendu bouton cancéreux, tandis que nous le fîmes disparaître facilement par un traitement approprié et anti-syphilitique. — La quatrième enfin concerne encore une ulcération fort ancienne du nez, avec carie, qui, rebelle à bien des moyens antérieurs, céda assez rapidement à un traitement par les préparations d'or.

Ces observations pourront servir à démontrer combien il importe de chercher à découvrir avant tout la cause qui peut entretenir ces maladies si rebelles; combien quelquefois celles-ci, qui avaient été trop légèrement jugées incurables, avancent rapidement vers la guérison, lorsque une plus grande attention a mis sur la voie du véritable traitement.

ULCÈRE RONGEANT DU NEZ, LONGTEMPS RÉPUTÉ CANCÉREUX, ET RAPIDEMENT GUÉRI PAR LES ANTI-SYPHILITIQUES.

OBS. I. — La femme N...., âgée de 52 ans, était venue à plusieurs reprises à l'hôpital dans ces dernières années, pour s'y faire traiter d'une ulcération qui s'était fixée à la racine du nez, et qui, après avoir rongé en ce point la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et avoir carié et perforé les os nasaux, avait formé, par conséquent, un passage jusque dans les fosses nasales. La maladie ulcéreuse paraissait aussi s'être étendue dans la profondeur des fosses nasales, car la voix et la parole étaient très altérées, très nazillardes.

Je ne sais quelles médications avaient été tentées sur elle; mais, ce que je n'ignore pas, c'est qu'elle s'était habituée à considérer sa plaie comme étant de nature cancéreuse, comme étant incurable par la difficulté et l'impossibilité d'atteindre, par l'instrument ou les caustiques, le mal dans toute son étendue. La malade était donc reléguée dans la classe des incurables.

Cette femme qui, depuis un certain temps, avait été habiter la ville, vint un jour nous consulter, sur la recommandation d'un administrateur des hospices, pour tâcher d'obtenir enfin quelque soulagement. C'était à peu près vers le milieu de juin 1838. Nous explorâmes alors cette plaie avec la plus grande attention, et nous interrogeâmes, en outre, avec soin, la malade sur son passé, pour tâcher de reconnaître la cause à laquelle nous pourrions rapporter cette affection si rebelle et si grave par ses progrès destructeurs.

Nous apprîmes alors que la maladie avait plus de deux années d'existence; qu'elle avait commencé sous la forme d'un petit abcès qui s'était ouvert vers la racine du nez; que la plaie, une fois ouverte, au lieu de se cicatriser, avait continué à suppurer; qu'elle avait gagné même en profondeur au point de perforer les os nasaux et la muqueuse olfactive. — Continuant ensuite nos investigations, nous apprîmes que la malade avait eu dans le temps une conduite qui n'avait pas été des plus régulières, qu'elle avait gardé pendant assez longtemps une vaginite blennorrhagique, gagnée par un commerce illicite, etc.

Cet aveu, que probablement elle n'avait point fait encore, nous mit presque instantanément sur la voie de la guérison, ou du moins du traitement que nous devions adopter. Nous pensâmes que nous devions considérer cette plaie comme symptomatique d'une infection vénérienne constitutionnelle, et que le moyen d'en arrêter la marche serait de s'adresser sans plus de retard à un traitement spécifique approprié au cas en question. Nous engageâmes alors la malade à rentrer à l'hôpital, ce à quoi elle consentit de bon cœur, lorsque nous eûmes fait naître en elle l'espoir d'une guérison qu'elle ne se croyait plus en droit d'obtenir.

Nous sommes assez dans l'habitude, de même que nos confrères de l'hôpital d'Aix, quand une constitution est profondément infectée par un vice syphilitique, quand, par suite, la maladie se produit par des symptômes insolites qui supposent nécessairement une viciation profonde et invétérée de tout l'organisme, de donner la préférence, pour le traitement, à celui dit arabique, et qui, très usité dans nos contrées, consiste dans la prescription des pilules dites arabiques, de l'opiat arabique, d'une tisane sudorifique, qui constitue la seule boisson permise aux malades pendant toute la durée du traitement; et enfin de la diète sèche, régime alimentaire ainsi dénommé, parce qu'il ne consiste qu'en galettes, raisins secs, noix, figues sèches, amandes torréfiées. Et cette pratique est vraiment couronnée de trop de succès, pour ne pas être étonné qu'elle ne soit pas plus universellement adoptée.

Ce fut effectivement à ce mode de traitement que nous soumîmes cette femme; et après qu'elle l'eut suivi pendant 28 jours sans discontinuer, nous dûmes le suspendre à cause de la salivation mercurielle qui survint. Déjà, au reste, l'amélioration était sensible et même remarquable; nous voyions avec satisfaction que nous avions enfin trouvé la véritable cause du mal, et par suite le traitement curatif.

Au 2 août, 18 jours après la suppression du traitement, la malade y fut encore soumise, en diminuant un peu la dose des pilules arabiques qui contiennent du mercure, afin d'éviter une nouvelle irruption de ptyalisme; et cette fois le traitement fut encore continué pendant une vingtaine de jours.

La malade n'eut qu'à se louer de sa constance à poursuivre le traitement. Les bons effets qu'il produisait se faisaient en quelque sorte journellement remarquer. Bientôt la suppuration de l'ulcère nasal se tarit, l'odeur désagréable qui s'en exhalait s'arrêta, la cicatrisation de ses bords s'opéra régulièrement. Et lorsque le traitement fut suspendu, le 13 septembre, on n'apercevait plus de suppuration; à la place de l'ulcère, on voyait seulement un trou à bords cicatrisés, assez étroit et que cette femme avait la précaution de couvrir d'un morceau de taffetas d'Angleterre; son état est depuis resté stationnaire.

Il faut dire aussi qu'à mesure que le traitement se complétait, la voix tendait à reprendre ses qualités normales.

Tout indique, jusqu'à ce jour, que la guérison sera aussi durable que solide.

ULCÈRE FRONTAL SYPHILITIQUE ET RONGEANT, TRÈS ANCIEN; APPLICATIONS LOCALES D'UNE DISSOLUTION DE SUBLIMÉ; GUÉRISON PROMPTE.

OBS. II. — Le 4 janvier 1835, nous fûmes consulté par la femme J. qui, ayant

appris que nous étions arrivé récemment dans Aix, désira savoir de nous si nous ne saurions pas quelque moyen de la délivrer d'une large plaie que, depuis plus de trois ans, elle portait à la partie latérale droite du front, sans que beaucoup de traitemens qu'elle avait employés eussent pu en amener la guérison.

Ce large ulcère, occupant le siége que nous avons indiqué, avait une étendue de 7 ou 8 centimètres dans le sens transversal, sur 4 centimètres de largeur ; il était recouvert d'une humeur sanieuse, grisâtre, fétide ; creux vers sa partie centrale, il présentait des bords saillans, irréguliers, qui simulaient les formes cancéreuses, et la peau qui avoisinait était d'une couleur qui tirait sur le rouge cuivré.

Quoique nous ne connussions pas, à cette époque, la vie libertine que cette femme, alors âgée de plus de 50 ans, avait pendant longtemps menée, il nous fut facile de reconnaître, à l'allure de sa plaie, que celle-ci tenait à une origine syphilitique. C'était donc du stygmate honteux et très apparent d'une honteuse vie qu'elle voulait se faire débarrasser.

Toutefois le traitement curatif ne paraissait pas facile à indiquer. En effet, la malade avait pris, et avec constance, tantôt les pilules de Dupuytren, tantôt la liqueur de Van Swiéten dans le lait ; les préparations d'or, les décoctions de salsepareilles, des purgatifs longtemps répétés, des douches minérales qu'elle faisait tomber sur son ulcère, des topiques divers, même le cérat mercuriel avaient été aussi employés. On pouvait même comprendre, d'après sa narration, que ces traitemens avaient été suivis pendant le temps qu'on exige ordinairement pour pouvoir les déclarer suffisans.

Je dus me demander dès-lors par quels moyens je pourrais espérer de triompher d'un mal si rebelle, quoique traité rationnellement plusieurs fois. Quelques faits, dont j'avais été témoin, touchant les heureux résultats obtenus par les applications locales d'une dissolution de deuto-chlorure de mercure, me firent penser à recourir à ce moyen, tandis qu'intérieurement la malade prendrait une tisane sudorifique. Je crus inutile de conseiller encore des mercuriaux à l'intérieur, puisqu'elle en avait fait un abondant usage.

Je prescrivis donc un mélange de deux parties de liqueur de Van Swiéten et une d'eau distillée pour l'usage extérieur. Il était recommandé à la malade de lotionner sa plaie soir et matin avec ce liquide, et de la tenir constamment recouverte de charpie qui en serait imbibée.

La malade exécuta ponctuellement mes conseils ; elle y était encouragée, non seulement par la grande envie qu'elle avait de guérir, mais encore par l'amélioration qui ne tarda pas à se faire remarquer. Bientôt, en effet, par le contact permanent de la liqueur spécifique, on put voir le fond de l'ulcère se modifier, changer d'aspect, se rétrécir.

Dès le vingt-sixième jour de ces applications, une cicatrice régulière de bonne nature, remplaçait cet ulcère, que plusieurs années d'existence semblaient avoir marqué du sceau de l'incurabilité. La guérison ne s'est pas démentie depuis lors.

Ne pourrait-on pas induire de ce fait et de quelques autres analogues que je possède, que certains ulcères, quoique développés sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle, viennent à contracter ensuite, par une longue durée, une existence indépendante en quelque sorte de l'affection originaire et par laquelle on expliquerait l'insuffisance des médicamens internes et la nécessité de donner la préférence à un traitement local, surtout à l'application locale d'une dissolution de sublimé corrosif, telle que nous la conseillâmes dans ce cas ? Quoi qu'il en soit de cette explication, il n'en est pas moins remarquable que, dans l'espace limité de 28 jours, nous ayons pu voir la fin d'une plaie hideuse, dont bien des traitemens antérieurs n'avaient pu procurer la guérison et que de simples fermentations d'une liqueur aqueuse, tenant en dissolution du sublimé corrosif en proportions convenables, conjointement avec l'usage de quelques boissons sudorifiques, aient pu procurer ce que des traitemens généraux bien coordonnés n'avaient point donné, savoir : la guérison.

ULCÈRE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE RÉPUTÉ CANCÉREUX ET GUÉRI PAR UN TRAITEMENT ANTI-SYPHILITIQUE.

OBS. III. — Vers la fin de la première huitaine de mars 1840, se présenta, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, un garde-forestier, robuste, ancien militaire, qui, depuis plus de quinze mois, portait une ulcération suspecte à la lèvre supérieure. Celle-ci avait débuté à peu près à la manière des boutons cancéreux, et, malgré des topiques divers, avait pris peu à peu le développement que nous lui trouvions alors. Ainsi, elle avait l'étendue d'une pièce d'un demi-franc, était entourée et supportée par des tissus indurés, comme squirrheux : quelques douleurs lancinantes même s'y faisaient de temps en temps sentir. On eût réellement dit, à l'aspect du mal, que nous avions affaire à un véritable bouton cancéreux ulcéré. C'est même parce que le médecin qui l'avait vu le plus habituellement avait eu une pareille opinion, qu'il l'avait adressé de Lafare, lieu de sa résidence, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, pour qu'il y fût soumis à l'extirpation de cette tumeur. Un de nos plus honorables confrères d'Aix, à qui le malade s'était d'abord présenté, avait, sur un premier examen trop superficiel, cru devoir partager cette même manière de voir.

Ce malade ayant été reçu dans les salles de l'Hôtel-Dieu, nous nous occupâmes d'abord de reconnaître jusqu'à quel point l'excision de la tumeur devait être le véritable mode de traitement curatif, et si celle-ci était d'une nature aussi évidemment cancéreuse qu'on l'avait pensé. Pour asseoir plus sainement notre jugement à ce sujet, nous interrogeâmes le malade sur son passé, et nous apprîmes de lui que réellement il avait eu, quelque quatre ou cinq ans auparavant, deux chancres pour lesquels il n'avait fait qu'un traitement insignifiant. Nous soupçonnâmes dès-lors, et nous présumâmes fortement que la maladie, quoique affectant des formes cancéreuses, pourrait bien n'être qu'un symptôme d'une syphilis constitutionnelle invétérée, et il nous parut convenable, d'après cet indice, d'employer avant tout une médication spécifique, anti-vénérienne.

Nous formulâmes donc, le 12 mars, en faisant la visite des malades, les prescriptions suivantes, savoir : 1° Deux pilules de Sédillot, à prendre une matin et soir ; 2° frictions sur la partie interne de la lèvre supérieure et dans le voisinage de la tumeur, avec un décigramme par jour de proto-chlorure de mercure, ou calomel, à la vapeur ; 3° tisane concentrée de salsepareille ; le tout suivant l'usage ; augmentation progressive des pilules jusqu'à quatre par jour.

Il ne fallut pas bien longtemps pour reconnaître combien cette médication se trouvait appropriée à la maladie que nous traitions. Une amélioration notable se fit prochainement remarquer. La résolution de la tumeur s'opérait d'une manière sensible, et l'ulcère se modifiait aussi notablement en bien.

4 avril, vingt-deuxième jour du traitement. Suspension des pilules et des frictions de calomel, à cause du ptyalisme qui s'était déclaré ; la tisane de salsepareille est néanmoins continuée. Nous pouvions déjà, au reste, noter un mieux remarquable ; nous étions évidemment sur la véritable voie de la guérison.

Pendant la période de suspension d'une partie du traitement pour la cause que nous avons désignée, le ptyalisme, l'amélioration continua ses progrès, et, dès le 26 avril, quarante-quatrième jour de séjour à l'Hôtel-Dieu, la guérison était complète.

Quand le malade nous quitta, vers la même époque, nous lui fîmes emporter une trentaine de pilules de Sédillot, qu'il devait prendre, par précaution, au nombre de deux encore chaque jour.

Nous savons d'une manière certaine que la guérison, qui lui fut ainsi obtenue sans opération, ne s'est point démentie.

Il n'est pas douteux que, si nous ne nous fussions fié qu'aux seules apparences, et si nous avions apporté trop de précipitation dans notre jugement, nous n'eussions, comme nos confrères, cru à la nécessité de l'ablation, par l'instrument tranchant, de la tumeur labiale réputée par eux cancéreuse. Nous aurions pourtant risqué fortement de ne pas obtenir par ce moyen une guérison complète ; car la maladie constitutionnelle ou le vice syphilitique se serait fait jour, d'après bien des probabilités, de quelque autre manière.

CARIE ET NÉCROSE DES OS NASAUX, AVEC ULCÈRE FISTULEUX ; TRAITEMENT PAR LES PRÉPARATIONS D'OR ; GUÉRISON.

OBS. IV. — Une femme de Gardane, forte, quoique lymphatique, âgée de 34 ans, entra comme pensionnaire à l'Hôtel-Dieu d'Aix, dans les premiers jours de janvier 1839, pour s'y faire traiter d'une affection très rebelle qu'elle portait au nez depuis près de deux ans. Son nez était déformé, plus volumineux que dans l'état normal, un peu aplati à sa région dorsale. Il présentait vers son milieu une plaie fongueuse, suppurante, conduisant par un point fistuleux jusque dans les fosses nasales, et communiquant aux os nasaux par quelques autres. Il s'écoulait aussi, par les fosses nasales, un pus grisâtre, quand la malade se mouchait. Ajoutons que quelques parcelles osseuses provenant des os nasaux avaient été entraînées par la suppuration.

C'était évidemment une ulcération compliquée de carie et même de nécrose des os nasaux que présentait cette femme. Seulement, ces symptômes morbides s'accompagnaient encore d'un état fluxionnaire et suppuratif local.

Pendant les deux ans de durée de la maladie, les remèdes n'avaient pas manqué à cette femme ; ils avaient été pris principalement dans la classe des anti-syphilitiques ou des anti-scrofuleux. Mais, soit que le choix n'en eût pas été conforme à son état, soit qu'elle n'eût pas apporté toute l'assiduité convenable à les prendre, ils n'avaient point produit de résultat avantageux.

Lorsqu'on questionna cette femme sur sa vie passée, pour reconnaître à quelle cause il fallait attribuer le mal qui depuis si longtemps la tourmentait, elle déclara que réellement, quelque temps avant qu'il parût, elle avait eu un écoulement blennorrhagique qu'elle avait lieu de croire virulent, et que cependant elle n'avait pas fait soigner. On crut dès-lors devoir juger, non sans raison, que la maladie du nez pouvait bien, elle aussi, être le symptôme de quelque syphilis constitutionnelle dont la blennorrhagie virulente aurait été le début. Peut-être aussi, à cause du tempérament lymphatique de la malade, son affection tenait-elle à la fois d'un vice syphilitique et d'un vice humoral.

Quoi qu'il en soit, faisant attention à l'inutilité des moyens qui avaient été jusque-là administrés ; considérant qu'elle avait employé sans résultat, même le traitement arabique, ordinairement si efficace dans ces cas invétérés, le chirurgien, alors chef du service des blessés, eut l'heureuse idée de lui prescrire les préparations d'or, qui n'avaient pas encore été essayées, et qui, susceptibles d'agir utilement sur le mal, soit qu'il fût syphilitique, soit qu'il fût seulement humoral ou scrofuleux, était doublement indiqué ; la tisane de salsepareille fut également ordonnée.

La malade, voyant qu'elle pouvait suivre chez elle ce traitement, ne resta que peu de jours à l'hôpital, et nous eûmes dès lors-lors nous-même à la diriger.

Ce traitement dura pendant deux mois complets. Seulement nous avions soin d'augmenter nous même les proportions des remèdes, à mesure que nous pensions que l'économie, trop accoutumée aux doses primitives, avait besoin de cette augmentation pour que leur efficacité ne restât pas sans effet. Ainsi, tandis que, dans le commencement, elle employait un tiers de centigramme seulement d'hydrochlorate d'or en frictions sur la langue, et qu'elle prenait une pilule d'un tiers de centigramme d'oxide d'or, nous en vînmes successivement à des doses un peu plus fortes, de manière que, quand un demi-décigramme était fini, le suivant était partagé en un moins grand nombre de pilules.

Trois mois après le commencement de ce traitement, qui n'eut lui-même que deux mois de durée, la guérison complète était obtenue : l'ulcère fistuleux était cicatrisé; il ne restait plus du pus des fosses nasales. Le nez de cette femme enfin eût été comme avant son affection, si la perte d'une bonne partie des os nasaux, détruits par la carie syphilitique n'avait rendu le dos du nez enfoncé et déprimé vers son tiers supérieur.

Cette observation est une des plus remarquables que nous possédions en faveur des bons effets des préparations d'or. Ceux-ci, en effet, ont été ici si évidens, si palpables en quelque sorte, qu'on ne saurait ne pas leur attribuer la guérison remarquable que nous avons relatée, et que depuis longtemps on avait demandée en vain à beaucoup d'autres médications.

Un enseignement pratique fort important peut être tiré des quatre faits que nous venons de relater : c'est que plus une maladie du genre de celles que nous venons de mentionner est ancienne, plus elle a été rebelle aux secours de l'art, et plus on doit apporter d'attention à la recherche du véritable traitement qui lui convient. Il est même vrai de dire que trop souvent, par ce manque d'attention, des affections, qui, mieux étudiées, mieux surveillées, eussent facilement été guéries, ont une interminable durée. Certainement on jugera qu'il en a été ainsi dans les quatre faits qui précèdent.

§ V. — Polypes multipliés des fosses nasales.

Parmi les cas de polypes des fosses nasales que j'ai eu occasion d'observer, il s'en est présenté un fort remarquable sous le rapport du grand nombre de ces excroissances que l'on remarquait dans l'une et l'autre narine. Je vais raconter cette curieuse observation.

Marie N..., âgée d'environ soixante ans, vint me consulter, dans le courant de 1838, pour une grande difficulté permanente de respirer par les fosses nasales, ce qui, rendant sa voix nasillarde, et la forçant à dormir la bouche constamment ouverte, ne manquait pas de lui être fort incommode. C'était d'abord la narine droite qui avait commencé à être embarrassée, mais l'autre n'avait pas tardé à l'être à son tour. Il y avait près d'un an et demi que cette infirmité s'était déclarée.

Voulant me rendre compte de cette interception du passage des fosses nasales, mes idées se reportèrent immédiatement sur l'existence de quelque tumeur polypeuse, et, en regardant les fosses nasales, je compris la vérité de cette présomption. On remarquait effectivement, par leur orifice antérieur, des excroissances renflées, mobiles, pédiculées, que nous reconnûmes évidemment être des polypes muqueux. Nous crûmes même devoir faire espérer une guérison prochaine à la malade, en pensant que, ces deux polypes n'étant pas profondément situés, nous pourrions en faire facilement l'extraction, et, par leur cautérisation à la partie adhérente de la muqueuse, empêcher leur récidive.

La malade ayant elle-même consenti facilement à cette extraction que je lui proposais, nous y procédâmes le 28 mai. Mais quel ne fut pas notre étonnement lorsque, après avoir enlevé de chaque côté le polype que nous avions aperçu, nous reconnûmes que les fosses nasales n'étaient pas devenues plus libres! Reportant alors encore les pinces à polype dans leur cavité, c'étaient de nouveaux polypes qu'elles entraînaient et arrachaient; et quoique nous introduisions fréquemment nos pinces, elles apportaient presque chaque fois quelque nouvelle tumeur. Il y en avait en réalité dans toutes les surfaces des fosses nasales, excepté peut-être à l'interne, et on aurait pu dire, sans trop d'exagération, que nous avions affaire à une espèce de pépinière de polypes. Enfin, après avoir promené maintes fois nos pinces en divers sens, et avoir extrait beaucoup de polypes vésiculeux, pédiculés, le passage de l'air par les narines fut bien plus libre; on reconnaissait même que l'obstacle n'y existait plus.

Nous fîmes alors flairer de l'eau fraîche pour étancher l'écoulement capillaire du sang, qui était assez copieux.

Pendant quelques jours, les fosses nasales furent douloureuses, tuméfiées, obstruées par la phlogose de la muqueuse olfactive. Mais cet état passa prochainement, et la malade voyait avec plaisir qu'elle pouvait respirer facilement par les fosses nasales. Nous n'étions pas toutefois sans de justes craintes sur le retour de ces polypes. En effet, malgré l'emploi des poudres dessicatives dont nous avions prescrit l'usage, la disposition à la production des polypes n'en exista pas moins. Deux mois s'étaient à peine écoulés que déjà les fosses nasales étaient encore obstruées notablement et que la malade venait encore nous consulter pour que nous eussions à lui indiquer de nouveau quelque moyen curatif.

Nous conseillâmes encore le renifiement de quelques autres poudres détersives et dessicatives, et la malade passa près de trois mois de la sorte. Nous fûmes enfin réduit à conseiller une nouvelle extraction avec les pinces, sans pouvoir promettre à la malade d'être plus heureux que la première fois. La malade voulut néanmoins s'y soumettre.

L'opération fut encore assez laborieuse, autant à peu près que la première fois. C'était une nouvelle multitude de petits polypes qui étaient arrachés des diverses parties des fosses nasales. De quelque côté que j'ouvrisse les pinces, j'étais assuré d'en retirer quelqu'un. Ils étaient gris, comme transparens, gélatiniformes, généralement pédiculés; et il n'y avait aucunement lieu de penser qu'ils fussent des parties d'une même masse polypeuse.

Je parvins encore à désobstruer les fosses nasales; mais, comme la première fois, ce ne fut pas pour bien longtemps. Malgré des moyens locaux divers, de nouveaux polypes vinrent remplacer les anciens, firent renaître les incommodités que nous avions dissipées passagèrement, et j'ignore vraiment par quels moyens l'art pourra finir par débarrasser pleinement et sans retour cette pauvre malade.

§ VI. — Kyste de la joue; extirpation et guérison.

Les kystes de la face sont loin d'être rares. Pour notre compte, nous avons eu occasion d'en remarquer plusieurs. Nous allons même relater l'observation suivante qui a trait à un kyste volumineux dont nous eûmes à faire l'extirpation qui fut suivie de guérison.

Obs. — Ce kyste existait à la joue d'une jeune fille âgée seulement de 12 ans, qui nous avait été recommandée par une des dames les plus respectables de notre ville. Il était situé au-dessous de la cavité de l'orbite, qui en était même un peu rétréci par le soulèvement de la paupière inférieure, en dehors de la surface latérale du nez, en dedans de la région molaire. Il occupait aussi la presque totalité de la fosse canine. Son volume, qui fut trouvé comparable à celui d'un petit œuf de poule, produisait une proéminence considérable et très défectueuse sur la joue droite. Sa forme était irrégulièrement ovale. Il avait commencé à se développer une quinzaine de mois auparavant. C'est même parce que vers la fin ses progrès étaient remarquables, que les parens se décidèrent à réclamer les secours de l'art.

Il ne pouvait rester de doute sur la nature de cette tumeur: l'exploration démontrait que c'était à un kyste que nous aurions affaire. On reconnaissait facilement, en effet, que cette tumeur était fluctuante, mobile, paraissant enveloppée dans une poche particulière, sans changement de couleur à la peau.

Nous n'avions ici qu'un moyen convenable pour débarrasser cette jeune fille, savoir : l'ablation de la tumeur. Mais de quelle manière devions-nous y procéder? Nous savions que l'on conseille généralement, dans les cas de kystes des joues, d'attaquer ces tumeurs par la bouche. Cette pratique, en effet, outre qu'elle a l'avantage de ne pas produire à des cicatrices toujours désagréables sur la figure, sur celle d'une femme surtout, a également celui de ne pas exposer à des fistules salivaires. Nous eussions réellement bien désiré agir d'après ce procédé; mais la grande étendue de la tumeur ne le rendait point pratiquable, et nous nous proposâmes de l'attaquer par l'extérieur. Dans cette vue, comme la peau qui recouvrait la tumeur était saine et non adhérente, nous l'incisâmes longitudinalement depuis le haut jusqu'au bas. Une seconde incision partit de la première et se dirigea en dehors vers la fosse canine, sur un prolongement que le kyste présentait en ce point. Nous disséquâmes alors les lambeaux de peau pour mettre à découvert la tumeur dans toute sa surface antérieure. Quand nous fûmes près de sa partie inférieure, nous eûmes soin de faire tirer en haut le kiste pour respecter le conduit de Sténon qui ne devait pas en être bien distant. Vers sa face postérieure et en bas, le kyste était tellement adhérent à la membrane muqueuse de la bouche, que, malgré toute l'attention que nous donnions à sa dissection, la cavité buccale fut ouverte dans une petite étendue, ce qui, au reste, n'amena aucun retard dans les progrès de la cicatrisation de la plaie que nous avions été obligé de faire. Quelques instans encore et le kyste était disséqué en totalité et enlevé.

Nous réunîmes ensuite les lambeaux cutanés à l'aide de cinq points de suture entrecoupée, et le plus exactement possible pour éviter le désagrément si fâcheux dans cette région des cicatrices vicieuses.

Les choses se passèrent fort bien: la réunion immédiate fut obtenue sur la plupart des points. Ceux qui suppurèrent ne tardèrent pas non plus à se cicatriser. Au vingt-quatrième jour, une cicatrice convenable marquait la trace des deux incisions que nous avions faites pour mettre le kyste à découvert, et cette fille était complètement guérie.

Les parois de ce kyste étaient blanchâtres, assez épaisses; leur intérieur était lisse, poli, ayant assez bien l'aspect d'une membrane séreuse dont la texture aurait été épaissie par l'inflammation. La matière qui y était contenue était semi-fluide, semblable à de la matière tuberculeuse ramollie.

§ VII. — Cas remarquable d'ankylose complète des deux articulations temporo-maxillaires.

De toutes les articulations du corps humain, celles dont l'ankylose est sans contredit la plus rare, sont les articulations du maxillaire inférieur avec les os temporaux.

Presque toujours en mouvement depuis la naissance jusqu'à la mort, soit pour l'acte de la mastication, pour la prononciation des sons divers, la préhension des alimens et des boissons, la déglutition même, soit pour une foule d'actes physiologiques, comme le rire, le chant, etc., et peu disposées d'autre part aux maladies qui envahissent si fréquemment les autres articulations et les disposent aux ankyloses, celles dont nous parlons présentent, dans ces conditions mêmes, la raison de la rareté de cette soudure articulaire. Ce n'est pas toutefois que nous voulions dire que des faits de cette nature n'avaient pas été de temps en temps observés; nous savons, en effet, qu'il en a été autrement, que de véritables ankyloses temporo-maxillaires ont été quelquefois rencontrées à la suite des progrès de l'âge, des affections rhumatismales, ou peut-être d'une disposition particulière à l'ossification, ou idiosyncrasie propre à certaines organisations. Tel est le cas, par exemple, de cet officier mort à

Metz en 1802, à l'âge de 50 ans, et qui, par suite d'une affection rhumatismale générale et de longue durée, provenant des fatigues de la guerre, dans un pays froid et humide, eut toutes les articulations complètement ankylosées, même les temporo-maxillaires, comme l'atteste encore son squelette qui a été déposé dans le cabinet d'anatomie de l'école de médecine, et qui ne forme en réalité qu'une seule pièce osseuse. Tontefois le fait que nous allons mentionner n'en sera pas moins curieux, en ce que l'ankylose s'est formée dans d'autres circonstances que celles qui la favorisent ordinairement, c'est-à-dire, dans le jeune âge, et en ce que c'était la seule ankylose existante dans le corps de ce sujet.

Obs. — Pendant l'épidémie de choléra-morbus qui, en 1835, ravagea notre ville, on apporta à l'Hôtel-Dieu le nommé Denis L..., âgé de 77 ans, atteint d'une violente attaque cholérique qui le fit périr dans deux jours.

En lui adressant quelques questions au moment de sa réception, une particularité me frappa assez vivement en lui, c'est que les arcades dentaires étaient fortement rapprochés l'une de l'autre, que le maxillaire inférieur ne pouvait point s'écarter de la mâchoire supérieure et que la langue, pour être vue se faisait passage à travers une ouverture produite par la perte des quatre dents incisives supérieures. Nous apprîmes alors des parens qui l'accompagnaient que cette disposition existait depuis la tendre enfance du malade, et que, depuis cette époque, les alimens et les boissons avaient dû être exclusivement introduits par l'ouverture que nous remarquions, et que l'on s'était dans le temps ménagée par l'extraction des quatre incisives supérieures.

Ce malade n'ayant pas tardé de payer tribut à la cruelle maladie, je fus désireux, en faisant pratiquer son autopsie, de remarquer ce qui se passait dans les articulations temporo maxillaires dont j'avais constaté l'immobilité permanente. Ayant, à cet effet, enlevé avec soin les parties molles qui cachaient ces articulations ainsi que les tissus des joues, je pus me bien assurer qu'il existait en réalité une soudure complète des condyles maxillaires avec les deux temporaux. Cette union était même si intime, la substance osseuse qui s'était formée autour de ces articulations les avait recouvertes d'une manière si parfaite, que l'on ne pouvait pas distinguer de ligne de démarcation entre le maxillaire et les os des tempes. On eût dit une substance osseuse déposée sous forme de mastic et d'une manière si exacte que les inégalités que présentent ces os en s'articulant étaient complètement effacées.

La plupart des dents existaient, il ne manquait que quelques molaires et les quatre incisives supérieures qui, comme nous l'avons déjà dit, avaient été extraites pour le passage des alimens. Les arcades dentaires se touchaient par leurs bords libres. Les incisives inférieures étaient déjetées un peu plus en avant que dans l'état normal; les molaires étaient d'autre part sensiblement inclinées au dehors. Elles avaient peu à peu cédé les unes et les autres à l'action répulsive de la langue dans ses mouvemens divers pour la mastication et la phonation.

En dehors des dents molaires, entre elles et les joues, existait de chaque côté, vis à vis l'orifice buccal des conduits parotidiens ou de Stenon, une concrétion terreuse, aplatie, plus épaisse à son milieu que vers sa circonférence, véritable calcul salivaire, immobile, moulé sur la face externe des dents dans l'interstice desquelles il s'enfonçait.

Je ne pus reconnaître aucune trace de fracture dans toute l'étendue du maxillaire, qui ne présentait, au reste, aucune déviation anormale.

Désireux de connaître quelle avait pu être la cause première de cette singulière ankylose, la seule existante parmi les articulations naturellement mobiles du corps, je me transportai au domicile des enfans de ce sujet, pour en obtenir quelques renseignemens. J'appris d'eux qu'ils avaient vu de tout temps leur père en cet état, et que celui-ci leur avait maintes fois déclaré, qu'à l'âge de 4 ou 5 ans, il s'était laissé choir de dessus une table, qu'il s'était fait du mal à la tête, et que furent les suites de cette chute qui amenèrent l'ankylose. Il est probable que cette soudure osseuse aura été l'effet d'une fracture du maxillaire inférieur vers les condyles, fracture qui se serait opérée pendant la chute dont nous venons de parler.

Cette curieuse pièce d'anatomie pathologique a été plusieurs fois présentée aux élèves de la Faculté de médecine de Montpellier, par M. le professeur Dubreuil, à qui nous en avons fait hommage.

§ VIII. — Tumeurs cancéreuses des lèvres.

Les tumeurs cancéreuses des lèvres n'ont pas été rares dans notre hôpital; elles nous ont mis en mesure de pouvoir remarquer les divers degrés du cancer de ces parties. C'est ainsi que l'an dernier, nous avons eu pendant quelque temps, dans les salles, un malheureux paysan, à qui, trois ans auparavant, nous avions proposé l'ablation d'un bouton cancéreux peu étendu encore mais qui préféra à nos conseils ceux d'un empirique ignorant, qui fit sur le mal je ne sais quelles applications irritantes ou corrosives qui n'arrêtèrent point sa marche, qui l'accélérèrent même peut-être. Quand nous l'avons revu l'an dernier, toute la mâchoire inférieure, tant dans les parties dures que pour les parties molles, présentait les désordres les plus graves et les plus hideux. C'était tantôt des ulcérations sanieuses, à bords renversés, tantôt des fistules, des tissus indurés, lardacés, un état fongueux des gencives. Les ganglions sous-maxillaires, infectés aussi, étaient tuméfiés, durs, calleux, et on ne pouvait reconnaître à quelles limites s'arrêtait le mal dévastateur. Ajoutons à cela les douleurs lancinantes, poignantes, atroces parfois, qui accompagnaient cet irrémédiable état.

Vu l'état avancé de la maladie, il fut déclaré que la chirurgie ne pouvait rien d'efficace, de curatif, contre un cas aussi grave, aussi avancé. En conséquence, quelques palliatifs lui étaient seulement prescrits. Mais bientôt ce malheureux voulut retourner dans ses foyers, et c'est là qu'il s'est peu à peu éteint dans le plus pénible et le plus douloureux des états.

Obs. — Un autre malade, atteint aussi d'un ulcère cancéreux, et qui s'était présenté dans les salles de l'Hôtel-Dieu dans le mois de mars 1839, nous a démontré, par son exemple, combien il était dangereux d'opérer trop tard les personnes atteintes d'un mal pareil. C'était un paysan de Meyrargues, homme fort, vigoureux, qui, plus de deux années auparavant, avait commencé à ressentir, sur sa lèvre inférieure, le bouton précurseur de l'ulcère malin. A la chute de ce bouton succéda l'ulcération caractéristique qui, mal soignée, irritée même fréquemment, fit des progrès, fort lents sans doute, mais continus.

Aussi, quand il se présenta à l'Hôtel-Dieu, les tissus indurés occupaient plus d'un tiers de la lèvre, et ceux-ci étaient encore surmontés, près du bord libre, d'une ulcération assez étendue, à caractères non douteux. En même temps existaient en dessous du menton et à gauche, c'est-à-dire du côté du siége du mal, deux ganglions lymphatiques, hypertrophiés et durs. Ces ganglions étaient-ils engorgés sympathiquement seulement, ou bien par l'effet de l'imprégnation du virus cancéreux qui y aurait été transmis par la voie des absorbans? Quelque fortes que fussent nos raisons pour cette dernière opinion, comme il y avait pourtant encore quelques moifs qui pouvaient faire pencher pour la première, et que d'ailleurs l'état de la lèvre s'aggravait de plus en plus, il fut décidé que l'excision de ce cancer labial serait pratiquée. En conséquence, deux incisions obliquement dirigées et convergentes en bas furent faites, l'une en dehors, l'autre au dedans de la tumeur, et toutes les deux, venant se réunir en-dessous d'elle, constituèrent ainsi une espèce de V qui la circonscrivirent en totalité. Elle fut ainsi emportée complètement; car, en palpant attentivement les parties que nous laissions, nous pûmes nous assurer que nous avions emporté tout ce qui était sensiblement altéré.

Le pansement fut fait selon les règles ordinaires; c'est-à-dire que les lèvres de la plaie furent rapprochées et maintenues en contact par le moyen de la suture entortillée. Tout se passa fort bien d'abord. La réunion par première intention s'opéra, et, dix-huit jours après l'opération, la coaptation étant parfaite, le malade put sortir de l'hôpital, présentant toutes les apparences d'une guérison facilement obtenue. Cependant, quelques glandes lymphatiques étaient, comme nous avons dit, un peu engorgées encore, ce qui devait laisser en nous des craintes sur l'avenir de ce malade.

Ce fut six mois plus tard que nous le revîmes. Il était alors dans le plus pitoyable des états. Les ganglions du cou, tuméfiés et squirrheux, formaient une espèce de collier glanduleux et tout bosselé. La lèvre inférieure, durcie et très épaisse, présentait un rebord saillant en avant de la supérieure; des végétations cancéreuses s'élevaient de sa surface interne et du bord des gencives. C'était le mal primitif qui s'était reproduit avec une effrayante rapidité.

Quelques palliatifs lui furent par nous conseillés; ils ne devaient servir qu'à rendre plus supportables son état et les douleurs qui l'accompagnaient.

Il traîna encore pendant près d'une année sa douloureuse et bien pénible existence.

Si, vu l'état trop avancé de cette maladie quand fut pratiquée l'excision de cette tumeur cancéreuse, le cancer s'est reproduit, il n'en a pas été de même dans bien d'autres circonstances, où une guérison qui n'a rien laissé à désirer a suivi de très près l'opération, c'est qu'alors la maladie était simplement locale; c'est qu'alors le virus cancéreux, dont la pratique ne démontre que trop la funeste existence, n'avait pas eu le temps de se répandre dans d'autres tissus de l'organisme. Aussi, regardons-nous comme défavorable de trop attendre pour proposer l'extirpation des boutons cancéreux. C'est, en effet, une opération si simple et si facile, et le succès qui en résulte si facilement obtenu quand on s'y prend à temps, qu'on ne saurait comprendre les motifs d'un retard prolongé, qui, pour n'avoir rien d'avantageux, met bientôt dans la triste perspective de voir tous les moyens et l'opération elle-même échouer contre la malignité du mal.

Il y avait peu de temps que M. Mayor, de Lausanne, avait fait connaître, par la voie des journaux de médecine, ce qu'il appelait son nouveau point de suture pour l'opération du bec-de-lièvre, lorsque j'eus à opérer le cancer labial de l'homme dont je viens d'esquisser ci-dessus, à grands traits, l'histoire et la maladie. Et comme ce point de suture était non seulement recommandé pour le bec-de-lièvre, mais encore pour les autres opérations avec déperdition de substance des lèvres, et que celle que nous avions à pratiquer devait nécessairement faire emporter une partie considérable de la lèvre inférieure, il me parut que ce serait le cas, ou jamais, d'employer ce nouveau point de suture; je me livrai donc à ce sujet à quelques essais préalables sur le cadavre pour tâcher de reconnaître si en réalité le procédé de l'ingénieux chirurgien suisse réunissait tous les avantages qu'il se plaisait à lui reconnaître.

On sait que ce chirurgien, considérant que le point important qui do-

mine la réunion exacte du bec-de-lièvre se trouve vers le bord libre de la lèvre et aux angles inférieurs, qui y dessinent le plus grand écartement de la division, puisque c'est là que les muscles de la face font leurs plus grands efforts et qu'ils peuvent les déployer avec le plus d'avantage pour certains actes physiologiques, tels que les pleurs, les cris, le rire, etc., trouve que, dans la suture entortillée, la manière dont l'aiguille est introduite et placée, la manière dont on la fait agir et dont les parties sont embrassées par elle, sont autant de points défectueux et qui pèchent contre les saines idées de la mécanique. Et cette assertion, il cherche à la démontrer en faisant observer : 1° que l'aiguille, dans la suture entortillée, est toujours dirigée de manière à parcourir l'intérieur seulement des parois de l'une et de l'autre division de la lèvre qu'il s'agit de réunir; que, par conséquent, elle ne les traverse jamais; que, forcée d'entrer et de ressortir par le même côté externe, elle n'embrasse qu'une partie des tissus, ce qui doit entraver et entrave réellement les conditions de consistance qu'on doit rechercher; 2° que la position même de l'aiguille qui occupe un trajet oblique, et sur laquelle on doit faire glisser l'une contre l'autre les lèvres de la division labiale, doit, de même que les fils entortillés, exercer une force excédante sur certains points, ce qui facilite le déchirement des tissus sur lesquels l'aiguille s'appuie; 3° qu'en commençant, dans le but de faire adhérer deux surfaces entre elles, par les traverser avec deux ou trois fortes aiguilles, dans l'endroit même où l'on se propose d'opérer la réunion, on fait une espèce de contre-sens chirurgical et l'on pèche contre les lois de la physique animale. Et c'est là-dessus qu'il a cru devoir proposer son point particulier de suture, qui, d'après lui, échapperait à ces inconvéniens divers. Or, cette suture est établie à l'imitation de celle que les métatarsiers appellent le point piqué. M. Mayor se sert à cet effet d'une aiguille enfilée d'un fil double, au bout duquel, en place du nœud simple des couturières, il attache d'avance un tampon de coton, de charpie ou d'éponge, du volume d'un gros pois.

Et c'est après avoir ainsi garni l'aiguille qu'on la plonge, d'abord perpendiculairement et d'avant en arrière, près de l'angle gauche de la solution de continuité, vers le bord libre de la lèvre, à 2 millimètres seulement du bord antérieur de cette solution de continuité; puis on lui fait traverser la face interne et buccale de la lèvre à la même distance de cet angle et du bord libre de cette partie. Le fil est ensuite tiré jusqu'à ce que le tampon qui le termine vienne former obstacle. L'aiguille, portée alors sur la face interne du lambeau voisin, le perce aux mêmes distances respectives que l'on a observées pour l'introduction inverse au côté gauche.

Voici dès lors comment devra s'opérer le rapprochement : le second lambeau de la lèvre étant ainsi traversé, il suffira de tirer sur le bout du fil, en aidant au besoin avec le bout des doigts, pour que le rapprochement et l'affrontement des bords de la division s'opère. Coupant alors ce dernier bout, on place entre ces deux parties un nouveau tampon, semblable à celui de l'autre côté, lequel tend à maintenir en contact les deux lèvres de l'incision par le moyen d'un nœud double qui est pratiqué sur lui.

La solution de continuité ainsi réunie dans le point de son plus grand écartement, on peut, pour le reste de la plaie, se servir, suivant le besoin, d'une ou deux épingles à insectes, un ou deux points de suture entrecoupée, ou plus simplement quelques bandelettes d'emplâtre agglutinatif sans autre appareil.

On pourrait encore, recommande M. Mayor, dans le cas que les lèvres de la division ne fussent pas bien affrontées par devant, y pourvoir par un nœud qui serait fait avec deux bouts de fil conservés en dehors des tampons, et qu'on croiserait et nouerait au-devant de la plaie, etc.

Eh bien! après avoir tout bien considéré, nous n'avons pas cru devoir, pour notre opération, abandonner l'ancienne suture, la suture entortillée, pour celle que venait proposer M. Mayor. Les argumens tirés des lois de la mécanique, sur lesquels se fonde M. Mayor, ne m'ont pas paru avoir toute la portée qu'il veut leur attribuer. La grande élasticité des parties constituantes des lèvres atténue notablement, si elle ne l'annihile pas en entier, le reproche de tension inégale des diverses parties étreintes. Le passage des aiguilles à travers les surfaces mêmes qui doivent être mises en contact ne nous a jamais paru en contrarier la réunion immédiate. Bien plus, il nous paraît que ces deux surfaces bien embrochées et tenues ainsi solidement en respect et en un contact invariable par les aiguilles et les fils croisés, sont bien plus propres à favoriser la réunion immédiate que la suture de M. Mayor, qui a le grand inconvénient d'un baillement presque inévitable de la partie antérieure de la plaie, inconvénient auquel ne doit pas parer toujours, d'une manière sûre, le troisième nœud qu'il y fait établir. Remarquons au reste, en passant, que ce troisième nœud assimile ce point de suture à la suture entrecoupée, depuis bien longtemps connue et employée.

L'agglutination rapide et tout-à-fait régulière que nous obtînmes dans le cas qui a été l'objet et la cause de ces quelques réflexions, malgré le grand écartement qui existait, ne nous a laissé aucun regret de nous en être tenu à la suture généralement employée, on à la suture entortillée.

(La suite à un prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 AOUT.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

MM. Fordos et Gellis annoncent qu'en employant dans l'appareil de Marsh divers échantillons de zinc purifié et ne contenant aucune trace de soufre, ils ont constaté la production d'une quantité notable d'acide sulfhydrique, qu'ils attribuent à la réduction partielle de l'acide sulfurique par l'hydrogène naissant.

Lorsque le phénomène se passe dans une liqueur arsénicale, les taches qu'on obtient deviennent moins abondantes, et leur aspect, ainsi que leurs propriétés chimiques, changent complètement; la couleur varie depuis le jaune clair jusqu'au rouge sombre. Elles ressemblent aux taches de crasse, en ce que l'acide azotique les dissout difficilement; l'eau régale les fait disparaître à l'instant même, et la dissolution, traitée par l'azotate d'argent, donne la coloration rouge-brique de l'arséniate d'argent.

Ces messieurs font observer que, lorsque l'acide sulfhydrique se produit dans une liqueur acide contenant de l'acide arsénieux, ces deux corps doivent se décomposer mutuellement et produire un sulfure d'arsenic: ce qui, dans le cas où on n'aurait à retrouver qu'une très faible quantité de poison, pourrait faire qu'elle échappât à l'expert.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

MM. Ricord, Fordos et Ratier adressent un mémoire contenant des recherches toxicologiques, physiologiques et thérapeutiques sur l'action des substances employées contre les maladies vénériennes. Cet envoi est accompagné d'un paquet cacheté.

L'Académie reçoit également la première livraison de l'ouvrage de M. Ricord, intitulé : CLINIQUE ICONOGRAPHIQUE DE L'HÔPITAL DES VÉNÉRIENS.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. CHERVIN : L'Académie des sciences a envoyé au ministre de la justice un exemplaire du rapport fait par M. Regnault sur l'emploi du procédé de Marsh dans les recherches de médecine légale. Ne serait-il pas à propos que l'Académie de médecine suivît cet exemple et adressât également à M. le ministre une copie du rapport de M. Caventou?

M. DESPORTES : Il y a un trop grand désaccord entre le corps du rapport et les conclusions telles qu'elles ont été votées dans la dernière séance, pour qu'on puisse songer à l'envoyer dans cet état.

M. LE PRÉSIDENT : Je ferai observer à M. Desportes que, d'après le vœu de l'Académie, il a été convenu que MM. les commissaires feraient au rapport les changemens nécessaires pour le mettre en harmonie avec les conclusions.

L'envoi du rapport à M. le ministre est voté.

M. PARISET lit le discours qu'il a prononcé à l'occasion de l'inauguration de la statue de Broussais.

GASTROTOMIE DANS LE CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. GERDY fait, au nom de M. Capuron et au sien, un rapport sur une observation de M. Mathieu, chirurgien de l'hôpital de la Charité (Loire), relative à un cas de grossesse extra-utérine, pour laquelle ce médecin pratiqua la gastrotomie.

Le sujet de cette observation est une femme, âgée de 38 ans; elle était parvenue au neuvième mois de sa quatrième grossesse, lorsque survinrent des phénomènes semblables à ceux de l'accouchement, mais qui cessèrent au bout de peu de temps. Le ventre resta volumineux, et les coliques reparurent bientôt plus fortes et plus opiniâtres que la première fois. Des médecins qui furent appelés en consultation se refusèrent à tenter aucun moyen d'extraction, disant que *ce serait tuer un vivant pour sauver un mort*. C'est dans cet état que la malade s'adressa à M. Mathieu. Après avoir attentivement exploré l'abdomen, qui était comme divisé en deux tumeurs, l'une au-dessous du diaphragme, l'autre beaucoup plus bas, il fit une longue incision sur la ligne médiane, et commença par ouvrir la poche sous-diaphragmatique qui contenait des os et des cheveux, qu'il regarda comme les débris d'un second fœtus. Puis, ayant ouvert le kyste principal, il trouva un fœtus enveloppé seulement de l'amnios, frais, bien conservé, de

17 pouces de longueur, qui fut extrait sans difficulté. Des fomentations et des injections d'abord émollientes, puis résolutives et irritantes (chlorurées), conduisirent bientôt la malade à guérison. Elle était en état de sortir le vingt-huitième jour, et il n'y eut pas de rechute; mais de quelle rechute veut-on parler? s'écrie M. le rapporteur. Est-ce que les enfans poussent dans le péritoine comme les plantes parasites sur les murailles, sans cause connue?

A l'occasion de ce fait, M. Gerdy présente quelques considérations sur les grossesses extra-utérines. Sous le rapport de leurs terminaisons différentes, il les range en plusieurs classes :

1° Grossesses extrà-utérines prolongées pendant un temps plus ou moins long sans avoir en définitive causé la mort.

2° Grossesses extrà-utérines abandonnées à elles-mêmes et terminées par la mort.

3° Grossesses extrà-utérines suivies de guérison après la sortie naturelle ou provoquée des portions du fœtus, à travers une ouverture établie spontanément.

4° Grossesses extrà-utérines où l'extraction du fœtus a été faite au moyen de la gastrotomie pratiquée sur la paroi abdominale, par le vagin, ou par le rectum. Dans 10 cas de ce genre où l'opération a réussi, 6 fois il y avait en préalablement un travail spontané d'élimination, et 4 fois ce travail avait manqué.

L'art doit-il rester impuissant en semblable occurrence, continue M. le rapporteur. Il n'y a pas dans la science de réponse précise à cet égard. On a dit qu'il ne fallait pas pratiquer la gastrotomie avant le septième mois, parce que ce serait sacrifier un enfant qu'on aurait pu conduire jusqu'à terme. Puis cependant on ajoute immédiatement dans le même ouvrage que cette opération offre d'autant plus de chances de succès que la grossesse est moins avancée. En définitive chaque opinion se trouve justifiée, et le lecteur est libre de prendre le parti qui lui convient. Défions-nous, Messieurs, de ces dogmes incertains, de ces *principes chatoyans* qui fuient au moment où l'on croit les saisir. Cherchons plutôt à poser des règles sûres, en distinguant les diverses circonstances qui peuvent se présenter. Ainsi :

1° Quand la grossesse n'est pas certaine, que les douleurs sont peu prononcées, que la vie n'est pas en danger, il n'y a pas lieu d'opérer.

2° Quand la grossesse est bien constatée, les douleurs marquées, le danger pressant, on peut opérer mais on peut aussi temporiser, car l'un et l'autre parti ont été suivis de succès.

3° Quand les accidens datent de plusieurs années, se sont renouvelés à diverses reprises et que la vie est actuellement menacée, on doit recourir à la gastrotomie, après avoir d'abord calmé l'inflammation; et il faut faire l'incision plutôt par le rectum ou par le vagin que sur la paroi abdominale.

4° Quand il y a un commencement de travail et que la rupture du kyste fœtal est imminente, doit-on agir, et ne vaut-il pas mieux laisser la poche s'ouvrir d'elle-même que de l'ouvrir par la gastrotomie? Il est difficile de répondre catégoriquement : tout ce que je peux dire d'une manière absolue, c'est que j'aimerais toujours mieux laisser mourir un malade que de le tuer.

D'après ces principes on voit que, dans une foule de cas, la temporisation et l'intervention de l'art sont également proposables. Nous ne pouvons donc ni blâmer les médecins qui ont refusé d'opérer, ni M. Mathieu qui a pratiqué la gastrotomie. En définitive, la conduite de ce médecin, à part les injections irritantes dont il s'est servi, a été conforme aux préceptes de l'art, et nous vous proposons en conséquence de déposer son travail aux archives et de lui adresser des remercîmens.

M. Nacquart trouve que le rapport est un peu trop étendu et qu'il exprime un blâme trop sévère à l'égard de la conduite de M. Mathieu.

M. Capuron : Parmi les faits qu'a cités M. Gerdy, il en a omis un fort remarquable rapporté par Méry. Il s'agit d'une femme affectée de grossesse extrà-utérine qui resta pendant quarante-six ans dans cet état, et devint néanmoins enceinte et accoucha plusieurs fois. L'autopsie montra la présence d'un fœtus, et la pièce est actuellement déposée dans le cabinet du duc de Wurtemberg.

M. Gerdy : M. Nacquart demande quelques suppressions dans mon rapport, j'en reconnais la nécessité, et je les aurais probablement faites moi-même, si j'avais pu le retoucher avant de le lire à l'Académie.

M. Barthélemy : Les cas de grossesse extrâ-utérine ne sont pas rares parmi les animaux. J'ai vu plusieurs fois des vaches rendre par le vagin ou par le rectum des os résultant de la décomposition d'un fœtus. Un vétérinaire de Montbard a fait connaître en 1840 l'histoire d'une brebis qui resta pendant longtemps en travail. Un vieux berger, qui jouit dans le pays d'une grande réputation parce qu'il passe pour posséder encore les traditions de l'école que Daubenton fonda à Montbard, annonça que l'animal n'était pas sur le point d'agneler. Effectivement les symptômes s'apaisèrent et tout rentra dans l'état naturel; mais, deux mois après, une tumeur se manifesta à l'abdomen, elle se perfora spontanément et l'on aperçut, à travers l'ouverture, de la laine appartenant à l'agneau qu'on put aisément extraire en agrandissant la plaie. La mère se rétablit promptement.

M. Amussat : Je fus appelé, il y a huit à dix mois, à Palaiseau auprès d'une dame qui, après avoir été enceinte, avait rendu par l'anus plusieurs pièces osseuses. Je n'eus qu'à dilater l'ouverture qui existait en ce point, et je fis facilement l'extraction d'une grande partie des os dont un médecin du pays acheva de retirer la totalité. La malade est aujourd'hui bien guérie, et l'on ne peut plus distinguer le lieu où existait la perforation de la paroi rectale.

M. Blandin : Je partage complètement l'opinion de M. Gerdy sur la détermination des cas dans lesquels il convient de pratiquer la gastrotomie; mais je voudrais prendre la défense de M. Mathieu, à l'occasion d'une de ses assertions qui a été blâmée à tort, suivant moi, par M. le rapporteur. On l'a critiqué d'avoir dit qu'il n'y avait autour du fœtus que la membrane amnios. Eh bien! dans deux cas de grossesse extrà-utérine que j'ai disséqués, je n'ai pas trouvé non plus de chorion et il n'existait que l'amnios. Ces faits viendraient à l'appui de l'opinion que j'ai émise, que le chorion ne se forme pas primitivement autour de l'œuf, mais dans la trompe de Fallope : théorie qui montre pourquoi il doit manquer, je ne dis pas dans toute espèce de grossesse extrà-utérine, mais au moins dans les ovariques et les péritonéales.

M. Moreau : Je demanderai à M. Blandin si les fœtus qu'il a disséqués étaient pourvus d'un cordon ombical? (M. Blandin : Certainement!) Il peut donc bien se faire que M. Blandin ait méconnu l'existence du chorion, et il existait incontestablement dans ces cas puisqu'il se prolonge sur le cordon. Il est d'ailleurs constant que le chorion se rencontre dès les premiers temps de la vie intrà-utérine, et il est très facile de le distinguer de la membrane amnios dont un grand intervalle le sépare à cette époque de la gestation.

M. Blandin : Je ne pense pas que M. Moreau ait répondu à l'assertion que je viens d'énoncer. Du moment où il y a un cordon, dit-il, il y a un chorion, puisque celui-ci se continue sur le cordon; mais c'est précisément là la question à décider. En second lieu, il m'objecte que dans les accouchemens prématurés, dans les avortemens, on trouve le chorion séparé de l'amnios par un espace considérable; mais je n'ai jamais prétendu nier cette disposition.

M. Velpeau : M. Blandin dit qu'il ne croit pas à l'existence du chorion dans les grossesses extrà-utérines péritonéales. Mais comment comprend-il donc la manière dont l'œuf et ses membranes se forment dans l'ovaire. Jusqu'ici il n'y avait pas eu de dissidence sur ce point; tout le monde admet que l'œuf sort de l'ovaire avec toutes ses enveloppes, qu'on trouve le chorion dès les premiers momens de la gestation; et on conçoit la nécessité absolue de cette membrane à cette époque, puisque c'est sur sa face externe que se développe le placenta, et que sans elle il n'y aurait par conséquent ni circulation, ni nutrition pour le fœtus. Il est vrai que dans les œufs de grossesse extrà-utérine péritonéale que j'ai été à même de disséquer, le chorion et l'amnios n'étaient pas aussi distincts que ceux qui provenaient d'une gestation régulière; et la distinction est d'autant plus difficile que la pièce est plus ancienne.

M. Blandin : M. Velpeau prétend que l'œuf sort complet de l'ovaire; mais il n'en est rien, puisqu'il ne se recouvre de la membrane caduque que dans la matrice; pourquoi donc n'admettrait-on pas que le chorion, lui aussi, ne vient s'y ajouter qu'après sa sortie de l'ovaire? Notez bien que je ne dis pas : cela est; mais : cela peut être; je n'affirme pas le fait, je pense seulement qu'il est possible, et je cherche à m'éclairer, et, pour cela, à rassembler des observations. D'après M. Velpeau, il est incontestable que, dans toutes les grossesses extra-utérines, on a trouvé le chorion; mais la chose est au contraire fort contestable, car, sans parler de mes dissections, vous voyez que M. Mathieu ne l'a pas rencontré. M. Velpeau me fait ensuite observer que puisque j'admets que l'œuf, au moment où il quitte l'ovaire, est revêtu du chorion, je dois reconnaître que cette membrane existe dans la grossesse péritonéale. Mais c'est justement là répondre à la question par la question : car je n'admets pas du tout qu'il en soit ainsi, et je m'appuie, pour le nier, sur ce que j'ai constaté deux fois que le chorion manquait, et sur ce que je peux aisément donner de son absence une explication satisfaisante. On me dit enfin que, sans le chorion, il serait impossible de concevoir la formation du placenta; les explications ne m'embarrasseraient pas, soyez-en sûr, et je n'aurais pas de peine à vous montrer, sans avoir besoin de recourir au chorion, comment s'opèrent la formation et le développement du placenta.

M. Gerdy : On m'a reproché trop de sévérité à l'égard de M. Mathieu; mais j'ai peut-être péché précisément par l'excès contraire, car son observation contenait beaucoup d'irrégularités, beaucoup de choses répréhensibles; je ne les ai point célées, et je ne le pouvais pas. Autant qu'il a été en moi, cependant, j'ai atténué l'effet de cette critique, en faisant ressortir tout ce que le fait avait d'instructif, tout ce qui, dans la conduite du médecin, était digne d'éloge. La sévérité qu'on remarque dans ce rapport tient d'ailleurs à l'époque où il fut composé, époque où l'invasion du charlatanisme dans la chirurgie faisait de la rigueur une habitude légitime, un devoir même. Quant au parti que M. Blandin a cru pouvoir tirer de l'absence de chorion constatée par M. Mathieu, je dirai que, dans des cas semblables, j'ai reconnu l'existence de cette membrane, et peut-être, lorsqu'on l'a vu manquer, cela tenait-il, non à ce qu'elle ne s'était point développée, mais à ce qu'elle avait été détruite par diverses causes.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DES AFFECTIONS GANGRÉNEUSES OBSERVÉES CHEZ LES NOUVELLES ACCOUCHÉES; par le docteur RAYNAUD. — 102 pages in-4°. Paris, 1841. (Dissertation inaugurale.)

La manière dont la gangrène se développe dans l'économie est encore un mystère, au moins dans la plupart des affections, si l'on excepte celles qui résultent d'un obstacle à la circulation, comme dans l'étranglement des tissus, les maladies des artères; nous n'avons donc que des données fort incertaines sur le mode de production de la gangrène. A une époque où l'on se contentait facilement de mots pour toute explication, et où sur-

tout on croyait avoir satisfait à toutes les exigences, répondu à toutes les questions, par le mot inflammation, toutes les gangrènes, on presque toutes, furent attribuées à l'inflammation. Aujourd'hui pourtant, ceux qui ne se contentent pas de copier on de répéter sans examen ce qui a été dit on écrit avant eux, mettent en doute l'action de l'inflammation dans la production de la gangrène, et plusieurs pensent que, dans les cas mêmes où un travail inflammatoire a précédé la mortification, cette dernière n'en est pas l'effet nécessaire, un degré plus avancé, mais se lie à quelque cause accidentelle, à quelque obstacle au cours du sang créé peut-être par la phlegmasie elle-même, on à l'introduction dans l'économie de quelque corps étranger, de quelque virus, de l'air, et surtout à une disposition spéciale de l'économie dans quelques cas. Nous ne rappellerons pas les derniers travaux faits sur la gangrène, et qui, s'ils n'ont pas fait faire de grands progrès à la science, l'ont au moins détournée d'une route qui ne devait la mener à rien d'utile. Celui de M. Raynaud mérite en partie d'être rangé parmi eux.

Frappé de la fréquence avec laquelle on rencontre la gangrène dans la plupart des maladies puerpérales, il en a réuni un grand nombre de cas, et après avoir signalé les opinions si mal appuyées, si vacillantes, des auteurs sur ce point, et qui, presque toutes, se résument à attribuer la gangrène à l'inflammation ou à la putridité, il distribue ces cas en deux classes, sous les titres suivans : 1° des affections gangréneuses par inflammation, 2° des affections gangréneuses par infection.

Les cas rangés dans la première classe ne devraient pas être considérés comme des maladies spéciales, mais comme la terminaison plus ou moins rare de l'inflammation dans les divers organes où elle peut se développer chez les nouvelles accouchées. Nous devrions donc nous attendre à trouver, dans les cas rapportés par M. Raynaud à cette classe, tous les signes de l'inflammation se développant graduellement avec une plus ou moins grande rapidité, et se terminant par la gangrène; et pourtant il n'en est rien, au moins si nous nous en tenons aux détails donnés par l'auteur. Ainsi, dans la première observation, qui a pour titre *Péritonite puerpérale, gangrène des parois abdominales, du péritoine et de l'intestin*, la gangrène apparut le onzième jour après l'accouchement, à la surface des parois abdominales, sans avoir été précédée de rougeur et de tuméfaction, et il n'est point dit, dans l'autopsie de la malade, qui mourut au bout de vingt jours, que la partie des parois abdominales épargnée par la gangrène ait offert les moindres traces d'une inflammation antérieure.

L'auteur rapporte à la même classe plusieurs cas où la mort était arrivée un petit nombre de jours après un accouchement laborieux, et où la face interne de la matrice offrait un escarre gangreneux de quelques lignes d'épaisseur; il attribue, dans ces cas, la gangrène aux manœuvres violentes, à la pression exercée sur le corps de la matrice. Mais quand la matrice a été en partie désorganisée par les efforts qu'a nécessités l'accouchement, peut-on attribuer à l'inflammation la gangrène qui frappe alors la surface interne? N'est-elle pas plutôt un effet tout mécanique, tel que celle qu'on observe dans les cas de contusion très violente et dans la production de laquelle l'inflammation ne joue qu'un rôle très secondaire, si même elle y prend quelque part.

L'auteur paraît avoir reconnu combien les phénomènes phlegmasiques étaient insuffisans pour expliquer, dans ces cas, le développement de la gangrène, puisqu'il établit qu'il est nécessaire, en outre, de tenir compte des circonstances au milieu desquelles les nouvelles accouchées se trouvent placées, c'est-à-dire de l'état puerpéral; aussi admettons-nous avec lui les deux propositions suivantes, par lesquelles il termine l'histoire des affections gangréneuses produites par l'inflammation :

1° Elle (la gangrène) survient surtout dans la métrite, quand celle-ci est déterminée par des manœuvres imprudentes pendant l'accouchement, par des tractions violentes faites pour extraire le fœtus, etc.

2° L'inflammation et la gangrène peuvent se développer pendant le travail, avant la délivrance, ou immédiatement après l'accouchement.

Ainsi si nous en croyons, non pas l'opinion exprimée par M. Raynaud, qui nous paraît avoir suivi un peu trop fidèlement la route tracée par ses prédécesseurs, mais les matériaux qu'il a recueillis, l'inflammation ne prend qu'une part fort douteuse à la production de la gangrène chez les femmes à la suite des couches; mais nous reconnaissons aussi qu'elle l'accompagne souvent, comme si ces deux états différens étaient le produit d'une même cause; nous nous trouvons ainsi amenés à la seconde classe, ou à celle des affections gangréneuses par infection.

Les maladies puerpérales par infection diffèrent des autres maladies produites par la même cause en ce que l'infection provient le plus souvent du dehors dans ces dernières, tandis que dans les premières c'est dans les organes mêmes de la personne malade que s'opère l'infection; telle est au moins l'opinion des médecins de l'école de Paris, qui repoussent toute idée de transmission des affections puerpérales par contagion.

Quelle que soit, au reste, l'origine de l'infection dans ces maladies, on n'en doit pas moins reconnaître que, sous l'influence d'une certaine altération des fluides de l'économie, on voit la gangrène se développer assez fréquemment pour qu'il soit difficile de reconnaître entre ces deux états un rapport évident et de cause à effet. Il est vrai que si nous voulons aller plus loin reconnaître ce qui constitue l'infection, savoir comment elle agit pour produire la gangrène, nous ne trouvons plus qu'obscurité; mais c'est déjà avoir fait un pas important dans cette étude d'avoir reconnu que ces cas sont trop fréquens pour les considérer comme le résultat d'une simple coïncidence, et sous ce point de vue, le travail de M. Raynaud offre un véritable intérêt.

Ce n'est pas cependant que l'auteur n'ait cherché à remonter autant que possible au point de départ de l'infection pour en bien apprécier les causes. Mais quelle liaison intime pouvons-nous trouver, par exemple, entre les veines extérieures remplies de pus et la gangrène pulmonaire, entre l'inflammation même des ganglions lymphatiques et la gangrène de l'utérus? Aucune, bien certainement, dans l'état actuel de la science; et cependant nous ne nions pas qu'il n'y ait quelque rapport entre ces différentes altérations. Nous sommes disposés à attribuer plus d'importance à une autre source de faits signalés aussi par M. Raynaud, tels que les circonstances qui ont accompagné les grossesses, les accidens survenus pendant ou immédiatement après l'accouchement et qui peuvent prédisposer à l'affection et donner lieu aux altérations diverses à la suite desquelles on la voit se développer. L'auteur repousse et avec raison le reproche que des praticiens prévenus ou peu éclairés ont fait à l'emploi du seigle ergoté pendant le travail de l'enfantement; on a attribué à l'action de cet utile médicament des accidens qu'on voit arriver dans un bien plus grand nombre de cas que ceux où il a été administré et tout à fait analogues, et on repousse par des craintes puériles un moyen d'une énergie non douteuse. Il est facile de voir que M. Raynaud, dans l'étude des causes de la gangrène dans les maladies puerpérales, s'est contenté d'examiner seulement la surface de la question et qu'il ne l'a pas creusée, qu'il n'a pas cherché à se rendre compte du mode d'action des causes qu'il signalait. Nous regrettons qu'il n'ait pas pénétré plus avant dans cet examen, qu'il n'ait pas, par exemple, cherché à jeter quelque lumière sur l'effet de la résorption de certaines sécrétions anormales, sur la vitalité des parties dans lesquelles elles sont transportées et sur le sang avec lequel elles sont mélangées, qu'il n'ait pas examiné ou qu'il ait à peine mentionné l'ingénieuse explication donnée par M. Genest du développement de la gangrène pulmonaire à la suite de l'apoplexie pulmonaire et des abcès métastatiques du poumon par le mélange, dans des conditions défavorables, de l'air avec le sang ou avec le pus; explication qui repose sur des faits nombreux déjà et dont le nombre s'accroît chaque jour. Nous regrettons aussi qu'il n'ait pas parlé des recherches du docteur Guislain, sur l'effet de l'appauvrissement du sang causé par l'abstinence d'alimens, sur la gangrène pulmonaire. Bien que le travail de M. Raynaud n'ait pas pour objet la gangrène en général, mais bien la gangrène chez les nouvelles accouchées, cependant il aurait trouvé dans ces études des faits importans à l'appui de sa manière de voir, qui, du reste, nous paraît juste et dans une bonne direction. L'essai auquel il s'est livré en réunissant tous les cas connus de gangrène chez les femmes nouvellement accouchées, est le résultat d'une heureuse idée. Lui-même, ou d'autres peut-être, rempliront les lacunes qu'il offre nécessairement; mais à lui le mérite d'avoir signalé un groupe de cas qui mérite d'être isolé, de l'avoir mis en évidence et d'en avoir traité la classification.

— Traité de la mort apparente, des principales maladies qui peuvent donner lieu aux inhumations précipitées; des signes de la mort; par J.-B. Vigné, docteur en médecine. — 1 vol. in-8°. Prix: 6 fr. pour Paris, et 7 fr., franc de port, par la poste.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

Imprimerie et lithographie de Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18.

N° 36. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 4 SEPTEMBRE 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

LETTRE SUR LE DÉBRIDEMENT SOUS-CUTANÉ DES HERNIES ÉTRANGLÉES.

Monsieur,

Les découvertes qu'enregistrent chaque jour la presse et les Académies ne méritent et n'obtiennent pas non plus toutes le même accueil. Qu'une innovation, par exemple, se présente seule et à l'état de théorie, sans moyens d'application, sans résultats actuels, fût-elle étayée de l'autorité des plus grands noms, fût-elle entourée des raisonnemens les plus spécieux, elle succombera sans un seul partisan; et, quelque prévenu qu'on soit contre l'opinion publique, on doit au moins lui savoir gré du service qu'elle nous rend par cette indifférence, jugement secret, mais prompt et sans appel, dont elle frappe ainsi tant de doctrines sans but, tant d'hypothèses stériles. Mais quand l'idée prend un corps, quand la réalisation commence, quand les faits se groupent autour de la théorie, alors l'indifférence doit cesser, car un plus long silence serait coupable, et c'est à la critique qu'il appartient de scruter les dogmes, de peser leur valeur, et de décider jusqu'à quel point ils méritent d'être traduits en applications pratiques. Ce devoir, Monsieur, je viens aujourd'hui le remplir suivant mes forces, relativement à votre proposition de débridement sous-cutané, qui a été inséré dans l'avant-dernier numéro de la Gazette Médicale. Depuis longtemps émise déjà, mais repoussée jusqu'ici par l'incrédulité générale, cette idée ne peut plus rester sans discussion, aujourd'hui que vous l'avez appliquée avec succès, et j'espère que vous voudrez bien accueillir les réflexions que m'a suggérées votre intéressante communication.

Et d'abord, je dois vous le déclarer, nos principes ne sont pas aussi opposés que pourrait le faire pressentir ce début. Personne plus que moi n'a de sympathies vives et sincères pour la méthode sous-cutanée, cette fille de prédilection à qui vous avez assuré déjà par vos travaux un si magnifique avenir. D'autre part, il faut encore le dire, je suis un partisan de la herniotomie sans incision du sac; je crois à la possibilité, à l'innocuité et à l'efficacité de cette méthode; et malgré l'anathème des chirurgiens modernes, j'attendrai, pour changer de croyance, qu'on ait opposé aux raisonnemens de ses défenseurs des raisonnemens plus péremptoires; aux 7 guérisons sur 9 cas qu'a citées M. Bonnet, de Lyon (Voy. Gaz. Méd., 1840, n. 50), un chiffre plus satisfaisant obtenu par l'emploi de la méthode ordinaire; enfin, à l'autorité de J.-L. Petit et d'A. Cooper, qui s'en sont constitués les patrons, des noms plus haut placés dans l'histoire de la chirurgie.

Vous voyez déjà, Monsieur, ce qu'il y a de commun entre votre doctrine et la mienne. Mettre la cavité péritonéale à l'abri du contact de l'air, voilà le but que nous nous proposons l'un et l'autre. C'est là, pour vous comme pour moi, que se trouve la perfection idéale de la herniotomie; et ce résultat est si important qu'il ne nous semblerait pas trop chèrement acheté par les quelques chances d'incertitude et d'erreur in-

Feuilleton.

SUR L'ÉTABLISSEMENT D'HOPITAUX DANS LA CHINE; PAR M. PETER PARKER.

Ce n'est ni l'amour de la science, ni un sentiment de pure philantropie qui peuvent revendiquer l'honneur d'avoir fondé l'œuvre dont nous allons tracer les progrès. L'auteur nous apprend lui-même, dans plusieurs parties de son ouvrage, que l'institution des hôpitaux en Chine a été faite surtout en vue de convertir à la religion chrétienne les habitans qui se sont jusqu'ici montrés hostiles à tous les essais tentés pour modifier leurs mœurs et leurs coutumes. C'est en effet par l'appât du bien être matériel qu'on peut le plus sûrement réussir dans cette entreprise, difficile sans doute, mais qui mérite assurément d'être poursuivie, puisqu'elle aurait pour résultat immédiat la civilisation de ce vaste empire et la création de rapports plus faciles entre les états européens et lui. Quel que soit donc le mobile qui ait poussé la société des missionnaires dans cette voie, amour de l'humanité, charité chrétienne, esprit de prosélytisme religieux, ou même calcul d'intérêt commercial, la réalisation de leur projet et les effets qu'on a déjà obtenus n'en sont pas moins dignes de fixer l'attention de ceux qui s'intéressent aux progrès de l'art, et sous ce rapport nous jugeons utile d'en présenter ici une courte analyse. Nous empruntons ces détails à une brochure rédigée par M. Peter Parker, médecin et missionnaire lui-même. C'est une sorte de compte-rendu fait par le médecin de l'établissement, et publié dans le but d'obtenir des secours pour continuer l'œuvre de charité qui s'est soutenue jusqu'ici avec les souscriptions des principaux Anglais et Américains résidant en Chine, mais qu'il a fallu abandonner à cause du manque de fonds, suite nécessaire de l'interruption des affaires amenées par la guerre actuelle.

Les premiers efforts faits pour introduire parmi les Chinois la médecine européenne sont dus à Alexander Pierson, chirurgien de la compagnie des Indes-Orientales, qui, en 1805, répandit l'usage de la vaccine dans tout l'empire. En 1820, les docteurs Livingston et Morrison ouvrirent un hôpital qui, pendant quelques années, servit à soulager beaucoup de malheureux. Plus tard, en 1827, un établissement spécial pour les maladies des yeux fut fondé par M. Colledge, et durant trois ans plus de 4,000 individus de toutes les classes vinrent y chercher des secours. Une autre institution ophtalmologique s'établit à Canton, en octobre 1835. Enfin, en février 1838, une société régulière fut établie par les missionnaires anglais, sous le nom de *Société médicale des Missionnaires en Chine*. D'après les termes de ses statuts, le but qu'elle se proposait était la propagation des sciences médicales, et l'exercice gratuit de la médecine en Chine. Des articles spéciaux réglaient le mode d'administration des immeubles appartenant à la société et annonçaient la création d'un hôpital, d'une bibliothèque, d'un musée d'anatomie normale et pathologique, et d'une collection de dessins représentant les cas de maladies extraordinaires. Enfin, le choix des médecins était, dans ce règlement, l'objet d'une attention toute particulière; car pour remplir le double but de propagation de l'Evangile et de vulgarisation de la mé-

hérentes au procédé de herniotomie sans incision du sac. Mais vous faites un pas de plus, et pour étendre aux parties extérieures le bénéfice des conditions avantageuses que le débridement hors du sac crée en faveur de la surface péritonéale, vous proposez d'inciser l'anneau par la méthode sous-cutanée. Comme vous, j'admets en principe les immenses avantages de cette simplification; et, s'il ne s'agissait que d'en juger théoriquement la valeur, à coup sûr personne n'élèverait contre elle la moindre objection. Sa possibilité ne peut non plus être mise en doute après l'observation dont vous avez si exactement rapporté les détails. Mais ce succès se répétera-t-il dans un grand nombre de circonstances? Votre procédé trouvera-t-il beaucoup de cas d'application? Son exécution sera-t-elle aussi souvent que vous le pensez, je ne dis pas possible, mais praticable de manière à ce que ses avantages l'emportent sur ses dangers? Voilà maintenant ce qu'il faut examiner.

Prenons la question telle que vous l'avez établie vous-même. « Nous posons en principe, dites-vous, que le débridement sous-cutané devra être substitué aux méthodes anciennes toutes les fois qu'on aura affaire à une hernie étranglée récente, intestinale aussi bien qu'épiploïque, crurale aussi bien qu'inguinale, ombilicale aussi bien que ventrale, pourvu qu'on ait de justes motifs de croire qu'il n'y a pas d'étranglement par le collet du sac, et que la portion intestinale étranglée ne soit pas frappée de gangrène. » Certes, pour quelques chirurgiens, il y aurait déjà fort à redire dans cette déclaration de principes; et à leurs yeux votre procédé ainsi limité risquerait fort de rester inutile faute de cas d'application, puisque les hernies étranglées par l'anneau, seule espèce où il puisse convenir, sont précisément celles dont ils nient l'existence. Je n'insisterai point sur cet argument; d'autres en ont déjà montré le peu de solidité mieux que je ne pourrais le faire ici. La GAZETTE MÉDICALE a suffisamment édifié ses lecteurs à cet égard, et au jugement du plus grand nombre d'entre eux sans doute, le mémoire de M. Diday a terminé le débat sans réplique. Peut-être cependant cette réponse, si décisive qu'elle paraisse aux partisans de l'étranglement par les anneaux, a-t-elle fait à leur cause autant de tort que de bien en trahissant la faiblesse du camp victorieux. Peut-être serait-on en droit de dire maintenant que, si la discussion a mis hors de doute l'existence de cas de ce genre, elle en a aussi mis hors de doute la rareté. Je pourrais m'appuyer avec avantage là-dessus, car vous comprenez que chaque avantage remporté par la doctrine de M. Malgaigne est un argument contre l'extension de votre méthode à laquelle forcément il arrache des cas d'application. Mais ne nous arrêtons pas à en compter le nombre : voyons s'il en existe réellement.

La herniotomie sous-cutanée ne convient qu'aux hernies étranglées par l'anneau; c'est à ces cas, d'après vous, qu'elle doit être restreinte. Mais une objection se présentait naturellement ici, et vous l'avez bien sentie; comment s'assurer si cette circonstance, condition *sine quâ non* pour l'application de la méthode, existe? Comment reconnaître avant l'opération que l'étranglement siége à l'anneau et non pas au collet du sac?

On peut, d'après les auteurs, arriver à ce genre de diagnostic de deux manières bien différentes, par les signes sensibles et par les signes rationels. Les premiers ne sont pas même indiqués dans votre mémoire; mais en vérité je ne saurais vous faire de cette omission un sujet de reproche lorsque je lis, par exemple, dans Scarpa (1), celui qui les a le plus soigneusement exposés, qu'on peut présumer l'étranglement par le collet du sac, 1° *quand on ne sent pas avec le doigt les bords de l'anneau tendus*, et 2° *quand, après quelques tentatives de réduction, les viscères rentrent en formant au-dessus de l'anneau une petite saillie qui sort de nouveau dès que le malade tousse*. Voilà tout; ce sont là les seuls élémens physiques du diagnostic. Mais je le demande aux praticiens, à ceux qui ont vu et traité des hernies, en est-il parmi eux un seul qui voulût s'en rapporter au premier de ces deux caractères? En est-il un qui osât seulement essayer de provoquer l'apparition du second, véritable réduction en bloc des viscères avec le sac, moyen de diagnostic plus dangereux que la maladie elle-même?

Vous ne vous êtes point arrêté à cette discussion; mais puisant à des considérations d'un autre ordre, vous faites remarquer qu'il est certaines circonstances où l'on peut, d'après les antécédens, affirmer à peu près sûrement que le sac n'est pour rien dans l'étranglement. « Ainsi, dites-vous, dans les hernies qui se forment et s'étranglent d'emblée, l'étranglement ne peut venir du collet du sac, parce que le sac n'a point et ne peut avoir de collet. » Rien de plus juste en théorie, et voilà sans contredit toute une classe de hernies où l'étranglement ne sera jamais qu'à l'anneau, et partant qui resteront acquises à votre méthode. Mais cette classe est-elle bien nombreuse? M. Malgaigne, vous vous le rappelez, en avait nié l'existence. Or, combien son adversaire, après avoir compulsé tous les auteurs, est-il parvenu à en réunir d'exemples? Huit! Encore ne parlé je ici que du chiffre tel qu'il l'avait présenté dans son premier travail : car depuis, ces huit observations ont été reprises en sous-œuvre et critiquées par M. Malgaigne, et, ce triage une fois opéré, vous savez, de ces cas donnés comme avérés et authentiques, combien il en est resté debout!

Vous continuez: « Une hernie qui s'étrangle en même temps qu'elle augmente considérablement de volume, est, comme la précédente, incapable de subir la constriction par le collet du sac, puisque ce collet est formé par une partie du péritoine, ayant antérieurement l'organisation naturelle de cette membrane, et n'offrant pas de collet fibreux. » Cela me paraît, je l'avoue, assez vraisemblable; et cependant est-il absolument nécessaire pour qu'une hernie augmente de volume qu'une nouvelle portion du péritoine franchisse l'orifice aponévrotique? Et les viscères qui viennent s'ajouter à ceux que renfermait le sac ne peuvent-ils pas s'y loger en le distendant, et sans que son collet descende au-dessous du lieu qu'il occupait auparavant? Attendons que les faits aient prononcé.

Enfin, vous rangez au nombre de celles qui s'étranglent par le collet, toute hernie réductible, congénitale ou très ancienne, d'un volume considérable, et toute hernie qui était auparavant irréductible. D'autres auteurs avaient déjà cherché à préciser les circonstances qui prédisposent à l'étranglement par le collet, mais leurs efforts sont jusqu'ici restés à peu près stériles ou plutôt incapables de conduire à d'autres résultats qu'à des données approximatives. « Les statisticiens, ajoutez-vous, diront si leurs chiffres sont d'accord avec ces principes. » La réponse ne se fera pas attendre, car elle avait précédé la question; et vous trouverez précisément dans le mémoire de M. Diday (1) une statistique d'où il résulte que les circonstances précitées sont tellement loin de pouvoir donner au collet cette organisation qui le rend apte à produire l'étrangle-

(1) Scarpa, TRAITÉ PRATIQUE DES HERNIES, p. 122.

(1) Voy. GAZ. MÉD., 1840, p. 793.

decine européenne, il fallait nécessairement des hommes réunissant le titre de médecin à celui de missionnaire, et capables d'exercer une puissante influence par leur exemple, leurs paroles et leurs actions.

La société ainsi organisée, on ouvrit au mois de juillet 1838 un hôpital général à Macao. Depuis cette époque jusqu'au 17 juin 1840, plus de 8,000 malades y ont été reçus et traités de diverses affections. Cette innovation avait d'abord répandu dans le pays une sorte d'étonnement, et le premier jour que l'hôpital fut ouvert, personne n'osa s'aventurer à y entrer. Le second jour, une femme affectée de glaucôme se fit recevoir. Le troisième, il vint une demi-douzaine de malades, et bientôt l'affluence fut considérable. Il faut, continue-t-il, avoir été témoin oculaire pour se faire une idée du spectacle que présente tous les matins cette foule innombrable de gens de tout âge, de tout sexe, de tout pays, de toute condition qui assiège les portes de l'hôpital pour obtenir un billet d'admission. Les personnages les plus marquans y sont confondus avec ceux de la dernière classe; et parmi ceux qui y ont recouvré la santé, on cite des officiers de l'armée et de la marine, des magistrats de districts, des employés de la douane, des juges et des magistrats de province, un général tartare, le commissaire Lin, et même un membre de la famille impériale.

L'impossibilité de pratiquer les opérations et de faire les prescriptions le même jour força de choisir toutes les semaines un jour et même quelquefois deux uniquement destinés aux opérations. Celles qu'on fait le plus ordinairement sont l'amputation des membres, l'extirpation de seins cancéreux ou l'ablation de tumeurs. Les cataractes sont aussi très communes et on en opère parfois de 6 à 15 en une seule séance.

Le mémoire de M. Peter Parker contient la relation de plusieurs cas intéressans observés dans cet hôpital. Plusieurs d'entre eux paraîtront sans doute extraordinaires. Sans nous permettre d'élever aucun doute sur leur authenticité nous ferons seulement remarquer, que si l'exagération est jamais permise à un historien, c'est à coup sûr dans cette occasion où il s'agissait de fixer l'attention et de réveiller la bienfaisance publique par le tableau des résultats obtenus dans l'établissement pour lequel on sollicitait des secours.

Le premier cas est celui d'un homme qui fut percé d'un coup de lance, et dont la rate sortit à travers la blessure. Il resta ainsi exposé au soleil dans une barque pendant vingt-quatre heures avant d'arriver à l'hôpital. Le viscère lésé était enflammé, couvert de sang et d'ordures. Plutôt que de le réduire dans un pareil état, on prit le parti de l'exciser, et le malade se rétablit.

Une femme descendant précipitamment une échelle se laissa tomber perpendiculairement sur un bambou d'un pouce de diamètre. Ce corps, solidement fixé, pénétra par l'aisselle droite, s'enfonça profondément et sortit en brisant la clavicule du même côté; puis il rentra de nouveau par le côté du cou, mettant à découvert la veine jugulaire externe, perfora la trachée artère et l'œsophage, et ne fut définitivement arrêté dans son trajet que par la voûte du palais du côté opposé. Les liquides qu'avalait la malade sortaient à travers la plaie du cou, ainsi que l'air expiré. Au bout de six semaines environ, toutes les blessures étaient parfaitement guéries, et depuis lors la femme qui fait le sujet de cette observation est devenue d'une constitution athlétique.

Un nommé Woo Kinshing, âgé de 40 ans, se présenta à l'hôpital avec une tumeur énorme qui s'étendait sur l'épaule jusqu'à l'épine de l'omoplate, et de l'a-

ment, que, sur un nombre de 14 cas où elles avaient existé, on a rencontré 7 fois (juste la moitié !) l'étranglement siégeant à l'anneau, et non au collet, comme cela aurait dû être d'après votre théorie. Comment donc croire à leur influence sur l'espèce d'étranglement produit?

Vous le voyez, Monsieur, sans accorder à mes objections plus de valeur qu'elles n'en méritent, on peut cependant conclure tout au moins que la question reste indécise, et que la distinction du siége précis de l'étranglement ne peut jamais être faite avant l'opération d'une manière assurée. C'est du reste l'opinion de tous les chirurgiens modernes; et si les hésitations avouées de la théorie ne semblent pas rendre leur pratique en apparence plus incertaine, c'est qu'ils peuvent toujours, comme l'a remarqué Scarpa (1), se tirer d'embarras en coupant à la fois et le sac et l'anneau, sans examiner laquelle de ces deux parties est la cause de l'étranglement herniaire. Enfin, c'est aussi votre opinion, Monsieur; vous même, vous doutez de la sûreté de ce diagnostic, du moins je suis autorisé à le croire par la prudente réserve qui règne dans le texte des règles que vous donnez sur la manière de l'établir, et par la concession que vous faites un peu plus tard à la doctrine que je défends, concession dont je vais maintenant examiner les conséquences.

« A supposer qu'on se soit trompé, dites-vous, et qu'on ait eu recours au débridement sous-cutané dans des cas d'étranglement par le collet, qu'en peut-il résulter de fâcheux pour le malade? Rien, si ce n'est d'avoir subi une opération inutile, mais inoffensive et qui n'empêcherait pas d'avoir recours à l'opération ordinaire. » C'est aussi le raisonnement qu'ont fait valoir les partisans de la herniotomie sans incision du sac pour justifier leur opération; mais vous ne pouvez exciper du même moyen qu'eux, car votre position est bien loin d'être semblable. Par leur procédé, tout est mis à nu, on voit ce que l'on fait, on suit pas à pas l'action du bistouri, et c'est seulement de cette manière qu'on peut dire que la section de l'anneau, si elle est insuffisante, n'entraîne du moins aucun danger. Dans la méthode sous-cutanée, au contraire, cette garantie n'existe plus. L'opérateur agissant hors de la portée des yeux et sans avoir aucune donnée positive sur le siége et la profondeur de l'obstacle à diviser, la réduction des parties est le seul signe auquel il pourra reconnaître qu'il l'a atteint. Est-ce sur ce signe qu'il devra compter pour l'éclairer sur l'effet de l'incision de l'anneau, et pour lui montrer qu'elle est insuffisante? Non sans doute, et vous devez voir maintenant qu'il n'y a aucun moyen de juger du moment où l'anneau ayant été coupé sans résultat, il est temps de substituer à la méthode sous-cutanée l'opération ordinaire. On m'opposera sans doute l'habitude, l'expérience, la grande habileté que donne la pratique de ce genre d'opérations. Ce sont là assurément des garanties fort rassurantes en général, mais suffisent-elles dans l'espèce pour annihiler les dangers que fait pressentir la théorie? A cet égard, ma conviction est pleine et entière, je nie formellement qu'il en puisse être ainsi et je le prouve.

Dans une opération où il y a tant d'organes à éviter, où les parties qu'il faut ménager sont si rapprochées de celles dont la division est le but qu'on se propose, où la moindre déviation du bistouri peut causer des accidens mortels, où les méprises sont si communes, même par les procédés ordinaires, il semble que la première condition serait d'avoir une notion claire et précise de la région sur laquelle on agit. « Le chirurgien doit connaître si exactement l'anatomie topographique, a dit Béclard, que quand il enfonce son instrument à travers les parties, pour en atteindre une en évitant les autres, il le dirige avec autant de sûreté que si les parties étaient transparentes, et qu'il en suivît de l'œil le trajet. » Ce conseil qui, pour les procédés opératoires ordinaires, n'est qu'une expression figurée, que le beau idéal de la précision de l'art, devient au contraire un précepte de rigueur dans la chirurgie sous-cutanée, et c'est véritablement là que le médecin a besoin de cette seconde vue que peut seule donner la pratique cent et cent fois répétée de la même opération faite dans les mêmes circonstances. Je ne dis pas, veuillez y faire attention, que cette connaissance suffit, mais je prétends qu'elle est indispensable. Or, si vous êtes de mon avis sur ce point, et je ne crois pas m'exposer à un démenti en le supposant, la cause de la herniotomie sous-cutanée est perdue, car ni vous, Monsieur, ni moi, ni personne au monde ne peut se flatter de connaître l'anatomie de la région où se pratique l'opération de la hernie étranglée. Il est généralement reconnu que le volume de la hernie, son ancienneté, la manière dont elle a été contenue, les traitemens qu'elle a subis, la durée de l'étranglement, etc., altèrent les rapports et la structure des parties, au point qu'on n'est jamais sûr de ce qu'on rencontrera en opérant. Il n'y a qu'une voix à cet égard parmi les chirurgiens, et s'il est une vérité devenue proverbiale en pratique, c'est que les descriptions les plus exactes d'anatomie normale ne peuvent donner une idée de l'état des parties au moment de l'opération; qu'il n'y a pas deux hernies étranglées qui se ressemblent sous ce rapport; que, pour vaincre la difficulté qui naît de l'infinie variété de dimension, de nombre et d'épaisseur des enveloppes du sac, il n'est qu'un moyen, *beaucoup d'attention, un bon jugement et une longue expérience*; qu'enfin si la herniotomie passe à juste titre pour la pierre de touche du tact chirurgical, c'est qu'à raison de ces divers motifs elle est la seule opération peut-être qu'on ne puisse soumettre à des règles fixées d'avance. Je n'exagère pas, Monsieur, je n'invente rien, voilà ce qui a force de loi dans la science, voilà ce que j'ai mille fois entendu dire et répéter à tous mes maîtres, à Dupuytren, Sanson, MM. Blandin et A. Bérard.

Mais supposons, j'y consens, que cette difficulté n'existe pas, ou qu'elle puisse être surmontée à force d'expérience, et qu'on soit à même de déterminer d'avance, l'état dans lequel se trouvent les parties, l'opération que vous proposez ne sera-t-elle suivie d'aucun danger? Je ne parle ici, bien entendu, que des hernies intestinales, celles, j'en conviens, qui opposeraient le plus d'obstacles à l'application de votre méthode, mais celles aussi qui, à raison de leur fréquence et de leur gravité, en indiqueront le plus souvent l'emploi. Je précise donc la question et je me demande si, comme vous l'affirmez, « le danger de blesser l'intestin dans une entérocèle étranglée n'est pas plus grand par la méthode sous-cutanée que par les méthodes ordinaires? »

A coup sûr, Monsieur, ce qui étonnera surtout les lecteurs dans une pareille proposition, ce sera, je pense, de la voir énoncée sous une forme dubitative. Je pourrais garder le silence et me contenter, pour toute réponse, de vous rappeler les appréhensions extrêmes que cet accident a toujours causées, même à ceux qui opèrent à découvert, et les divers procédés et les innombrables instrumens qu'ils ont imaginés pour le prévenir. Vous savez mieux que moi combien, dans quelques circonstances, l'anneau est serré, le sac mince, son liquide peu abondant, et l'intestin

(1) TRAITÉ PRATIQUE DES HERNIES, p. 113.

pophyse acromion jusqu'à la trachée; elle passait sous l'aisselle et atteignait le sternum en repoussant en bas le sein. Elle avait à sa base trois pieds (anglais) trois pouces de circonférence; sa hauteur verticale était de deux pieds, et son diamètre transversal de un pied huit pouces. Elle était très vasculaire, principalement à sa partie supérieure où la surface était enflammée et ulcérée, et les veines situées près de la clavicule qui rapportaient le sang de la tumeur avaient près d'un demi-pouce de diamètre. Cette masse était devenue très incommode par sa pesanteur; plusieurs fois par jour le malade y ressentait de vives douleurs, et pour les calmer, il était obligé de se coucher en faisant porter sur la tumeur le poids de son corps. C'est dans cette position qu'il était contraint de passer la plus grande partie du jour et de la nuit. Son habitude extérieure et son front sillonné de rides témoignaient assez des souffrances qu'il endurait. La tumeur ne put être enlevée qu'avec la plus grande difficulté, mais le succès fut complet, et au bout de huit semaines, le patient était rendu à la santé. La tumeur pesait quinze livres.

Les récits de l'auteur ne portent guère que sur des observations particulières d'opérations pratiquées avec succès, et ne peuvent par conséquent beaucoup servir à l'histoire des maladies les plus communes en Chine. Il dit seulement, mais d'une manière très sommaire, que les affections des yeux y sont fréquentes et se présentent sous toutes les formes. Cela ressort, du reste, de ce que nous avons dit plus haut sur l'établissement de deux hôpitaux destinés à ce genre de maladies.

Il ne faudrait cependant pas croire que, malgré leur dénomination spéciale d'hôpital ophthalmologique, ces deux établissemens soient toujours restés exclusivement consacrés aux maladies des yeux. L'affluence croissante des malades a bientôt forcé d'admettre à l'hôpital de Canton toute espèce de cas; et, depuis le mois de novembre 1835, époque de sa fondation, jusqu'à 1839, on y a compté 7,000 malades.

Parmi les observations les plus intéressantes tirées du résumé statistique de l'hôpital de Canton, nous avons remarqué la suivante: un homme âgé de 30 ans, Ho Che, se fit recevoir pour une carie de la mâchoire inférieure; mais ce n'est pas la maladie actuelle qui fixa le plus vivement l'attention des médecins. A l'âge de 7 ans, cet homme avait fait une chute du haut d'un toit, et il s'était cassé les deux jambes et les deux cuisses. Faute de soins convenables, les os ne se réunirent pas, et il resta estropié pour la vie. Au niveau de la fracture, les jambes présentaient un angle d'environ 45 degrés, et les cuisses un angle obtus, de sorte que, lorsque le genou était fléchi, les membres inférieurs offraient presque l'apparence d'un cercle. Dans cet état, le malade n'était pas entièrement privé du pouvoir de changer de place. Le corps placé sur un tabouret, il parvenait, grâce à une sorte de mouvement vermiculaire, à se transporter d'un lieu dans un autre. Mais le point de vue sous lequel cette observation nous semble particulièrement remarquable, c'est qu'elle met hors de doute la possibilité de la guérison à la suite d'une lésion aussi grave que la fracture simultanée de six des os du squelette.

La nouveauté des moyens de traitement et les succès prodigieux en quelque sorte pour eux dont ils étaient témoins ont excité parmi les Chinois beaucoup d'enthousiasme, et ont valu aux médecins de l'hôpital des témoignages non équivoques, et souvent remarquables par leur singularité, de reconnaissance et

par conséquent rapproché du contour inférieur de l'orifice aponévrotique. A qui persuadera-t-on donc qu'en pareil cas un instrument dont la vue ne peut guider la marche enfilera toujours l'étroit espace qui sépare le sac de l'anneau, sans jamais incliner d'un côté ni de l'autre? A qui surtout persuadera-t-on d'essayer cette opération, quand une déviation de moins d'une ligne peut causer des accidens mortels? Car c'est là, permettez-moi de le dire, un véritable cathétérisme forcé, avec cette seule différence qu'ici la voie est souvent moins large que dans les rétrécissemens de l'urètre, l'opérateur nécessairement moins exercé, la fausse route plus facile, et ses conséquences incomparablement plus graves.

Mais, sans avoir besoin d'en appeler à l'expérience d'autrui, il me sera, je crois, aisé de prouver par le raisonnement, et par un raisonnement en quelque sorte mathématique, que les chances de léser l'intestin sont ici pour le moins aussi nombreuses que celles de l'épargner. Décomposons pour cela votre opération, et suivons-la dans ses temps successifs. Pour pénétrer dans le canal herniaire, vous employez deux instrumens, un bistouri pointu et une sonde cannelée. Le bistouri vous sert d'abord à faire une ponction; mais il y a ici un point important et que vous n'avez pas suffisamment éclairci : jusqu'à quelle profondeur pénètre cette ponction? De deux choses l'une, ou l'instrument pointu est plongé de prime-abord jusque sur la surface du sac, ou il ne va que dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans le premier cas, il est par trop évident que l'intestin, si souvent accolé à la face interne du sac, courrait des risques qu'aucune prudence humaine ne pourrait conjurer. Ce serait reproduire, et avec plus de chances fâcheuses encore, le procédé d'incision du sac en deux temps, conseillé par Louis, et contre lequel tous les auteurs anciens et modernes ont épuisé toutes les formes du blâme. Ce n'est donc vraisemblablement pas cette première méthode que vous employez, et vous ne portez sans doute la pointe du bistouri que dans l'épaisseur des couches sous-cutanées, et à une certaine distance du sac. Le danger est alors reculé, mais, pour être tardif, il n'en est pas moins menaçant; et si l'intestin n'a plus rien à craindre de l'instrument tranchant, il ne pourra guère éviter l'instrument contondant. En effet, la sonde cannelée qui doit pénétrer jusque sur le sac aura à déchirer bien des lames fibreuses, bien des feuillets aponévrotiques avant d'y arriver; et, dans ces mouvemens, nécessairement exercés en tous sens et avec une certaine force, qui osera répondre de l'intégrité du sac et de l'intestin contre lesquels porte son extrémité? Ainsi, pas de milieu, tôt ou tard, dans le premier ou dans le second temps, par le bistouri ou par la sonde cannelée, incision ou déchirure, l'intestin n'échappera qu'par miracle à l'action d'un instrument dont la moindre déviation peut lui devenir funeste.

Mais, m'objecterez-vous sans doute, qui empêche l'opérateur d'arriver à son but en se contentant de n'imprimer à la sonde que des mouvemens assez bien ménagés pour qu'ils soient incapables de léser le sac ou l'intestin? Non, Monsieur, vous ne pouvez en répondre, je vous le dis hardiment, car cela n'est pas admissible en théorie, et l'expérience même prouve le contraire. *Théoriquement*, en effet, un instrument qui doit être poussé de manière à diviser des couches fibreuses pourra bien, à plus forte raison, percer l'intestin et le sac; et, *par le fait*, nous voyons dans votre observation, par exemple, que, avant d'enfiler le canal inguinal, la sonde cannelée a été en premier lieu enfoncée avec assez de force pour se frayer un passage à travers la paroi antérieure du canal inguinal, en déchirant l'aponévrose du grand oblique, dont on connaît cependant la force de résistance.

Vous reposeriez-vous, pour prévenir ces accidens, sur la prudence et la lenteur avec lesquelles le chirurgien doit procéder en pareil cas? Mais l'exemple que je viens de citer montre assez, je crois, que même avec une expérience consommée, même avec une habitude de cette sorte d'opérations telles que personne ne peut se flatter d'en posséder une semblable, on est encore exposé à s'égarer et à porter d'abord l'instrument dans une mauvaise direction.

Je prévois encore une objection. On pourra toujours, me dira-t-on, pousser doucement la sonde cannelée, et lorsqu'elle sera parvenue sur la face externe du sac, la facilité qu'on éprouvera à faire glisser son extrémité en tous sens avertira le chirurgien qu'elle a pénétré assez profondément, et l'empêchera de chercher à l'enfoncer jusqu'au point où elle pourrait causer des accidens. — Mais ce serait s'exposer à bien des mécomptes, ce serait se faire une bien fausse idée de l'état des parties que de raisonner ainsi, Presque constamment le sac est adhérent aux couches ambiantes, et ne permet pas à un instrument de glisser à sa surface extérieure. Du moins, c'est là l'opinion généralement admise. « Le sac, dit Lawrence (1), est rugueux et celluleux à sa surface, et il est toujours uni aux parties environnantes. » Scarpa (2) s'exprime ainsi : Si l'on ne pouvait qu'avec beaucoup d'efforts introduire la sonde entre le col du sac herniaire et les bords de l'anneau inguinal, il serait prudent d'y renoncer. » « Le sac n'est point ouvert, dit M. Velpeau (3), tant que le collet de la tumeur n'est pas libre, ne permet pas d'en parcourir la circonférence, soit avec l'ongle, soit avec le bec d'une sonde jusque dans l'anneau. » Bref, tous les auteurs classiques s'accordent sur ce point, et loin de penser qu'on puisse aisément glisser une sonde entre le sac et l'anneau, ils font au contraire, de l'impossibilité de réussir dans cette manœuvre, un signe certain qu'on est encore à l'extérieur du sac.

En vain se flatterait-on d'éviter cet obstacle et de trouver les voies plus faciles en enfonçant la sonde cannelée, non plus sur le corps du sac, mais au niveau du pédicule de la hernie et immédiatement au-dessous de l'anneau; car l'anneau lui-même adhère souvent avec le collet du sac; et ce fait nous semble constituer une objection bien puissante contre l'emploi de la méthode sous-cutanée, puisque, en supposant même le concours fortuit des circonstances les plus heureuses, en supposant que la sonde se fût par hasard engagée précisément entre le sac et l'anneau, une semblable adhérence l'arrêterait invinciblement, et formerait un obstacle d'autant plus sérieuse que, dans les mouvemens qu'on imprimerait à l'instrument pour le lui faire franchir, sa pointe ne serait que trop exposée à faire des échappées dangereuses pour l'intestin. Or, ces adhérences, sans être excessivement communes, se rencontrent néanmoins assez souvent. C'est une disposition généralement admise, et quoiqu'on la trouve formellement niée dans le livre de MM. Buet et Brierre de Boismont, intitulé : LEÇONS ORALES DE CLINIQUE CHIRURGICALE PAR DUPUYTREN, il est difficile d'admettre que ce soit véritablement là l'opinion du professeur de l'Hôtel-Dieu, qui avait eu occasion de disséquer tant de her-

(1) TRAITÉ DES HERNIES, p. 221.
(2) TRAITÉ PRATIQUE DES HERNIES, p. 363.
(3) MÉD. OPÉRAT., t. II, p. 346.

---

d'admiration. Un homme, dont l'enfant unique, jeune fille d'une rare beauté, avait été heureusement débarrassée d'une tumeur du poids de 7 livres, qu'elle portait sur le dos, revint avec un rouleau de papier sur lequel on lisait cette inscription, d'un style vraiment poétique, adressée aux médecins de l'hôpital : « Une affreuse maladie dévorait ma jeune enfant; aucun médecin n'avait pu la soulager, et toutes mes peines étaient restées inutiles. Tout à coup, j'appris que des médecins étrangers habitaient cette ville; je pris ma fille par la main, et volai dans ces lieux avec la rapidité du coursier. Ils ont reçu et traité la pauvre malade; ils ont enlevé au diamant la tache qui en ternissait la pureté, et maintenant la perle brille de tout son éclat. » Tous les ans cet homme vient renouveler l'expression de sa reconnaissance. Dans un autre cas, deux jeunes gens, le frère et la sœur, âgés, l'un de 19 ans, l'autre de 21 ans, étaient affectés de cataracte, de sorte que, depuis plusieurs années, ils vivaient ensemble sans se voir. Opérés en présence de leurs parens, ils recouvrèrent immédiatement la faculté de voir, et lorsqu'ils purent s'apercevoir l'un l'autre, leur joie et l'émotion des témoins de cette scène fut au-delà de ce que peuvent rendre des paroles. Un général tartare, opéré avec succès de la cataracte, disait, en quittant l'hôpital, que, bien qu'il eût visité toutes les provinces de l'empire, il n'avait jamais ni vu, ni entendu parler de semblables prodiges, et, dans son admiration, il s'écriait à chaque instant : « Puissance incroyable! ô hommes au-dessus de tous les hommes! »

Lorsque, le 17 juin 1840, on annonça que l'hôpital allait être fermé pour quelque temps, plus de deux cents Chinois, qui y étaient venus pour s'y faire recevoir, tombèrent à genoux et frappant la terre de leur front, demandaient tout en larmes à être traités par le médecin, et lorsqu'ils virent sortir de l'hôpital les instrumens de chirurgie, il fallut absolument, pour céder à leurs instances, faire devant eux et sur le lieu même l'amputation des doigts et du pouce à une jeune femme de 17 ans, qui les avait gangrenés.

M. Peter Parker termine sa brochure en rendant compte de l'accueil favorable qu'il a reçu des sociétés de médecine de New-York, de Boston et de Philadelphie. Tous, après l'avoir entendu, ont donné à son zèle et à ses travaux les éloges les plus flatteurs, et se sont associés avec empressement à l'œuvre d'une si haute portée, au succès de laquelle il a déjà puissamment contribué. Nous ne pouvons qu'unir notre encouragement et nos vœux à ceux qui lui ont été donnés. Nulle entreprise ne mérite à un plus haut degré d'exciter l'intérêt et l'admiration. Comme il le dit lui-même, c'est dans ce principe de diffusion des sciences et des arts qu'est la première condition de progrès et de perfectibilité. On ne doit pas enfermer les découvertes dans un cercle restreint. Qui pourrait songer à monopoliser un Bâcon, un Newton, un Franklin? De tels hommes ne sont pas la propriété de la nation qui les a vus naître, ils appartiennent à l'humanité tout entière. La providence les a sûrement créés, non pour le bonheur d'une nation, mais pour tous les peuples et pour tous les âges. Et ceux qui ont été assez fortunés pour jouir les premiers du bienfait de leurs travaux, doivent acquitter la dette que leur impose cette faveur, en contribuant à la propagation des principes qui ont déjà révolutionné toute l'Europe, et qui exerceront sans doute une égale influence sur la Chine, lorsqu'ils pourront s'y introduire et y être enseignés librement.

nies. Ceux qui ont étudié la question sur les cadavres tiennent en effet un tout autre langage. Dans sa thèse sur les hernies, travail vraiment au-dessus de tout éloge par le nombre et la précision des recherches qu'il contient, M. J. Cloquet (1) s'exprime en ces termes : « Le collet du sac et l'anneau sont si étroitement unis dans beaucoup de cas, qu'on ne peut les séparer qu'avec la plus grande difficulté, et que le péritoine se déchire lors de cette séparation; j'ai rencontré ces adhérences du sac et de l'anneau aponévrotique dans presque tous les genres de hernies; cependant elles sont beaucoup plus prononcées et plus communes dans certaines espèces que dans d'autres, ce qui paraît tenir à plusieurs causes indépendantes de l'ancienneté de la maladie. » Il explique, par les variétés de ces adhérences, les collets multiples et les collets obliques, par rapport à l'axe du sac, les difficultés de la réduction, etc. Enfin, s'il était nécessaire de citer des faits, je renverrais aux observations 9, 12, 29, 45, 50, 51, 83, 111 et 124 du même ouvrage, où l'on trouverait les détails les plus précis sur la situation, l'étendue et l'intimité de ces adhérences, que l'auteur a constatées dans toutes les espèces de hernies inguinales externes, inguinales internes et crurales. Dans beaucoup de ces cas, l'union entre le col et l'anneau était si forte, qu'on ne pouvait réussir à la rompre par traction, et, ce qui est surtout important pour la discussion actuelle, cette adhérence avec l'anneau s'est quelquefois rencontrée sur des sacs dont l'orifice était mince et dépourvu de collet fibreux; ce fait est surtout évident dans les observations 9 et 124.

Tout cela peut être vrai, me dira quelqu'un, et cependant l'événement a donné gain de cause à M. J. Guérin. Malgré tant de motifs d'hésitation, il a osé espérer et son succès a démenti les sinistres prévisions de la théorie. L'expérience a donc parlé, et en attendant qu'on parvienne à faire concorder son langage avec celui de la raison, vous ne trouverez pas mauvais que nous nous en rapportions de préférence à la première. Cette objection, Monsieur, je ne l'attends pas de vous: vous connaissez trop bien la valeur de votre observation pour vous méprendre à ce point sur l'étendue des conséquences qu'il est légitimement permis d'en déduire. Mais comme elle pourrait m'être adressée par quelqu'un de ces partisans aveugles du culte des faits dont la secte fait tant de progrès de nos jours, j'ai dû la poser et y répondre en peu de mots. Les dangers que j'ai signalés dans le débridement sous-cutané de l'entérocèle ne sont plus à craindre lorsqu'il s'agit d'une masse épiploïque puisque, même en supposant que l'instrument la déchirât par mégarde, il n'en résulterait aucun inconvénient, comme l'ont prouvé les expériences de Caqué, de Reims. On ne peut donc point conclure de votre fait que l'opération est indiquée dans la hernie intestinale, mais seulement qu'elle le serait à la rigueur dans une épiplocèle. Je dis, *à la rigueur*; car il faudrait avant de la déclarer praticable, reconnaître d'abord si l'épiploon est seul dans le sac; et la rareté de l'étranglement dans cette espèce de hernie, aussi bien que la difficulté de la diagnostiquer d'une manière assurée, empêcheront toujours que l'opération sous-cutanée ne soit souvent appliquée dans les cas de ce genre. D'un autre côté, je n'ai pas prétendu que, même dans une entérocèle, le débridement sous la peau fût constamment funeste; car les méthodes les plus dangereuses, les plus intempestivement appliquées réussissent parfois; mais quelques exceptions ne suffisent pas pour détruire un principe. Ainsi, qu'il se produise demain un exemple de succès dû à votre méthode dans une entérocèle, je serai le premier à l'admettre, et il ne me fandra pas pour cela faire violence à mes convictions, mais je serai aussi le premier à répéter ce que je dis aujourd'hui: prenez garde, ne vous laissez pas avengler par un succès, car la méthode est essentiellement dangereuse, et tôt ou tard l'expérience viendra infirmer les conclusions qu'on voudrait tirer prématurément de ces premiers essais.

Cette lettre est bien longue, Monsieur, et cependant je n'ai traité qu'une seule des questions que soulevait votre intéressant mémoire. C'est que là est la principale objection qu'on puisse faire à la méthode que vous défendez. Otez le danger de léser l'intestin, et je l'adopte avec empressement, avec reconnaissance. Car je l'ai dit et j'aime à vous le répéter encore, mon opposition ne procède point d'une divergence fondamentale dans nos idées: loin de là, mes principes sont parfaitement d'accord avec les vôtres. La possibilité de débrider très souvent hors du sac, je l'admets comme vous. L'immense bienfait de la méthode sous-cutanée, je le reconnais, et je ne pourrai jamais le proclamer assez haut. Mais si notre but est le même, je ne saurais consentir à y marcher par les mêmes voies que vous, tant que vous ne les aurez pas rendues plus faciles et surtout plus sûres. Nous voulons l'un et l'autre corriger une opération qui est actuellement mortelle dans plus de la moitié des cas. Craignons par trop de précipitation d'y substituer un procédé plus meurtrier encore. En résumé, Monsieur, et je crois l'avoir fait assez comprendre, montrez-moi que mes objections sont vaines, que mes scrupules n'ont pas de fondement et je me réjouirai d'être vaincu, car la réforme dont ma défaite serait le gage, me consolerait et au-delà de l'avoir essuyée. Mais jusque là, vous me permettrez de persister dans mon opinion et d'attendre pour en changer que l'expérience ait prononcé sur ce point.

Agréez, etc.

UN CHIRURGIEN D'HÔPITAL.

(1) RECHERCHES PATHOLOGIQUES SUR LES CAUSES ET L'ANATOMIE DES HERNIES ABDOMINALES, p. 36.

NOTE DU RÉD. — L'étendue de la réponse que nous avons faite à cette lettre nous oblige d'en renvoyer l'insertion au prochain numéro.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

COLLECTION DE FAITS CLINIQUES SUR DIVERSES MALADIES DE LA TÊTE. (CANCERS ORBITAIRES, CATARACTES, FISTULE LACRYMALE, ULCÈRES RONGEANS, POLYPES DES FOSSES NASALES, MUTILATIONS DE LA LA FACE ET RESTAURATION DES LÈVRES, KYSTE DE LA JOUE, ANKYLOSE TEMPORO-MAXILLAIRE, CANCER DES LÈVRES, GUÉRISONS DE SURDITÉ, COMMOTION CÉRÉBRALE); par le docteur PAYAN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, etc.

(Suite. — Voir les numéros 30 et 35.)

§ IX. — OBSERVATIONS DE MUTILATIONS GRAVES DE LA FACE; OPÉRATION DE RESTAURATION DES LÈVRES; RÉFLEXIONS SUR CE GENRE D'OPÉRATIONS.

Parmi les mutilations diverses de la figure que nous avons eu occasion de remarquer dans l'exercice de nos fonctions, ou dans notre pratique, deux principalement nous ont paru dignes de fixer l'attention, en ce qu'elles ont été accompagnées de la destruction, dans un cas, d'une lèvre, des deux lèvres dans l'autre cas, ce qui nous a mis dans la nécessité de pratiquer ces deux fois la restauration des lèvres, c'est-à-dire de réparer, par les moyens que nous fournit la cheiloplastie, le plus grave inconvénient de l'une et de l'autre blessure. Nous allons relater avec détail ces deux observations qui ne paraîtront peut-être pas dénuées d'importance.

BLESSURE GRAVE DE LA FACE AVEC PERTE DE SUBSTANCE; DESTRUCTION PAR ELLE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE; CHEILOPLASTIE; GUÉRISON.

OBS. I. — Un paysan des environs d'Aix, le nommé Matheron, s'amusait avec d'autres villageois, dans une fête patronale, à tirer des boîtes (petits mortiers fort usités en Provence). Une de ces boîtes ne partant pas assez tôt à son gré, Matheron veut s'en approcher, lorsque tout à coup l'explosion s'opère sur la figure de notre imprudent et la blesse gravement. Après qu'on lui eut donné les premiers soins que pouvait comporter son état, on se décida à transporter le blessé à l'hôpital d'Aix; et ce fut 30 heures après l'accident que nous l'y vîmes arriver, dans la journée du 30 octobre 1836, et voici dans quel état: La figure du malade est noircie par la poudre et couverte de sang coagulé; les yeux sont brillans et rouges, mais sans altération notable de la vue. La mâchoire inférieure, ayant subi le premier et le principal choc, est horriblement mutilée dans ses deux tiers antérieurs. Ainsi, les parties molles du menton sont toutes meurtries, et la lèvre inférieure manque en totalité, l'explosion l'ayant emportée. Plusieurs fractures se reconnaissent au maxillaire inférieur; c'est ainsi que la portion osseuse qui supporte les dents incisives et canines inférieures a été détachée, et une solution de continuité verticale existe encore à l'os sur sa symphyse; nous croyons aussi reconnaître une fracture du col du condyle maxillaire droit. Ajoutons encore qu'une partie de la face externe du corps de l'os maxillaire inférieur est à nu, dépouillée même de son périoste. Les dents antérieures de la mâchoire supérieure ont été cassées vers leur collet, et la lèvre supérieure a été aussi un peu échancrée près de la commissure droite. Quoique le malade ait perdu assez de sang, à ce qu'on nous dit, nous le trouvons encore assez fort pour espérer, malgré la gravité de sa blessure, que les bords de cette vaste solution de continuité se cicatriseront, et que les fractures se consolideront. Aussi avons-nous soin de rassurer son moral fortement affecté, en lui promettant sa guérison prochaine. Nous faisons faire des fomentations émollientes sur la figure.

Quelques jours après, la détente inflammatoire s'opérait et les solutions de continuité donnant de la suppuration, au lieu des fomentations, nous les reconvrons d'une compresse fenêtrée et de gâteaux de charpie maintenus par des compresses et une fronde du menton.

Le malade fut pansé à peu près ainsi jusqu'à parfaite cicatrisation des plaies et consolidation des points fracturés, c'est-à-dire presque vers la fin de décembre. Pendant tout ce temps, il avait été nourri avec des alimens liquides qu'on ingérait profondément dans la bouche à l'aide d'un biberon à long bec.

Malgré ce premier résultat obtenu, il n'en restait pas moins à la figure de cet homme une désagréable et pernicieuse difformité, à cause de la perte de la lèvre inférieure et de la portion osseuse qui supportait les dents incisives et canines inférieures. De là, en effet, résultait une déperdition continuelle de salive et un reflux, hors de la bouche, d'une partie des alimens liquides qui constituaient son unique nourriture. D'un autre côté, le point qui correspondait aux commissures ou, si vous voulez, les extrémités du bord inférieur de la lèvre supérieure s'étant abaissés par suite du travail de cicatrisation et mis au niveau du sillon mento-labial, il résultait de cette disposition une concavité prononcée dans la direction du bord libre de la lèvre, laquelle était ainsi tiraillée et presque immobile, ce qui donnait à l'ouverture buccale un aspect tout bizarre. On conçoit aussi combien l'articulation des sons devait être incomplète, défectueuse et combien les cicatrices formées devaient gêner la mastication en empêchant les mâchoires de jouer librement. Aussi, le malade en était-il toujours réduit à l'usage de son biberon et des alimens liquides; et de nombreux potages féculens ne parvenaient pas toujours à satisfaire son appétit.

C'est alors que, après avoir fait comprendre au malade combien il lui importait de ne pas rester dans cet état, je lui proposai l'opération de la restauration de sa lèvre, par laquelle disparaîtraient les inconvéniens fâcheux qui étaient la conséquence de sa grave blessure. Décidé d'abord à s'y soumettre, il se laissa intimider ensuite par des conseils étrangers, et voulut auparavant recourir à d'autres avis. Il nous quitta donc le 19 janvier 1837.

Mais il ne tarda pas à être ennuyé de sa pénible position et à recourir encore à mes conseils. Cette fois, l'opération fut tout à fait décidée.

C'est le 22 février que je me transportai auprès du malade pour l'opération qui se fit en présence de mes élèves et de M. le docteur Clerc, auquel il devait être confié en mon absence. Voici au reste la manière dont je procédai : Je fis coucher le malade sur un lit étroit : la tête et les épaules étaient moyennement relevés, et un drap plié en quatre suivant sa largeur fut placé devant la poitrine pour retenir les mains et les bras. Mes aides étant alors convenablement placés, soit pour comprimer les artères faciales au devant de la base des muscles masseters, soit pour me faire tenir les instrumens nécessaires, etc., je commençai par faire avec le bistouri droit sur chaque joue deux incisions parallèles, à direction horizontale, lesquelles, contenant entre elles un espace de la largeur de la lèvre inférieure et intéressant toute l'épaisseur des joues, s'étendaient, l'inférieure, depuis le bas de la solution de continuité, et la supérieure, depuis la partie inférieure de la lèvre supérieure jusque vers le bord antérieur des muscles masseters. L'inférieure était donc dans la direction du sillon mento-labial. Deux lambeaux furent par là formés. Une nouvelle incision sur chacun d'eux forma, sur leur partie interne et antérieure, un troisième bord régulier. Ces incisions ayant ouvert de chaque côté l'artère faciale et quelques-unes de ses branches, la ligature en fut immédiatement pratiquée. Enfin, en dernier lieu, j'eus à aviver le bord sus-mentionné avec lequel une partie des bords inférieurs des lambeaux devait être maintenue en rapport et se réunir. Cela étant exécuté, je voulus rapprocher les deux lambeaux l'un de l'autre au-dessus du milieu du menton. Mais comme ce résultat ne pouvait encore être obtenu, et que ce qui s'y opposait le plus était la muqueuse de leur face interne, moins extensible que les autres parties, je fis à cette muqueuse deux incisions verticales qui ne dépassaient point son épaisseur. Cet expédient augmentant l'extensibilité de mes deux lambeaux, je pus dès lors opérer leur contact, et je maintins leurs bords antérieurs affrontés à l'aide de la suture entortillée et de deux aiguilles. Les autres points des lambeaux furent fixés aux parties adjacentes par d'autres aiguilles. Toutefois, comme les dents incisives et canines inférieures manquaient, ainsi que la portion du maxillaire qui les supportait, pouvant craindre que le défaut de ce point d'appui n'occasionnât le renversement en arrière de la lèvre nouvelle, j'en fis déjeter un peu en dehors le bord supérieur, par la direction que je donnai aux épingles et au bord antérieur des lambeaux que j'avais taillés légèrement obliques en dedans et en haut. Parmi les aiguilles placées pour fixer les lambeaux, deux furent implantées vers les extrémités de la nouvelle ouverture buccale, afin d'en établir les commissures et donner de la régularité à ses parties.

Comme le bord libre de cette nouvelle lèvre était saignant, j'attirai, avec des pinces à dissection, la muqueuse qui tapissait sa face interne, et il me fut facile d'en recouvrir ce bord et de l'y fixer par des points de suture à anse. Cette précaution me fut très utile par la réunion qui s'opéra bientôt entre ces parties.

L'opération étant terminée et le malade placé dans son lit, je me contentai de faire mettre un linge fin sur la nouvelle lèvre. (Boissons émollientes, à l'aide d'un biberon à bec aplati.)

Je retournai chez mon malade quarante-huit heures après l'opération. Le côté gauche du visage était presque cicatrisé partout et peu tuméfié. Le côté droit, au contraire, présentait un engorgement assez prononcé, provoqué par l'imprudence qu'avait commise le malade de se coucher sur la joue droite; celle-ci était en même temps rouge et douloureuse au toucher. Les esquilles enfoncées dans l'engorgement augmentaient, par la striction qu'elles exerçaient, l'inflammation existante. De la suppuration s'était déjà formée dans leur trajet.

Quoique à peine quarante-huit heures se fussent écoulées depuis le moment de l'opération, je crus prudent d'enlever toutes les aiguilles, moins deux du côté gauche, pour que l'inflammation s'amendât et diminuât d'intensité. (Fomentations émollientes ; boissons délayantes ; lavement émollient.)

Le 26 février, cinquième jour de l'opération, les symptômes inflammatoires ont notablement diminué; rien ne s'est disjoint, malgré la sortie hâtive des aiguilles; la réunion par première intention est déjà presque partout obtenue; l'état général est satisfaisant. J'enlève les autres épingles, ainsi que les fils qui avaient maintenu la membrane muqueuse collée sur le bord libre.

Dès ce moment, la guérison fut assurée; la cicatrisation fit des progrès rapides, et, dès le 10 mars, dix-huitième jour de l'opération, il ne restait plus de points en suppuration ; la guérison était complète.

La nouvelle lèvre était régulière; son bord supérieur était facilement recouvert par l'inférieur de la lèvre sous-nasale, et se trouvait en outre tapissé d'une membrane muqueuse, ce qui lui donnait un caractère de ressemblance de plus avec la lèvre perdue. Une trace linéaire, imperceptible en plusieurs endroits, indiquait les points de rapprochement des parties.

Ainsi se termina cette opération de cheiloplastie, à laquelle un malheureux dut, non seulement la réparation d'une dégoûtante difformité, mais encore le rétablissement de la mastication, de la parole, de la conservation de la salive.

Depuis cette époque, ce malade a repris ses anciens et pénibles travaux, et jouit d'une santé prospère.

LÉSION TRAUMATIQUE GRAVE DE LA FACE; DESTRUCTION DE L'UNE ET DE L'AUTRE LÈVRES; RESTAURATION DES DEUX LÈVRES.

OBS. II. — Le 25 mai 1838, on nous apporta, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, un malade dont la figure ensanglantée et mutilée offrait le plus hideux spectacle. C'était le nommé Payan, forgeron, du Puy-Ste-Réparade, qui, la veille, se disposant de bon matin à tirer des boîtes, eut l'imprudence de laisser tomber de sa pipe une étincelle sur l'amorce, qui prit feu soudainement, et occasiona une explosion dont la décharge s'effectua sur la figure du malheureux forgeron. Ce ne fut que quarante-huit heures après l'accident qu'il nous fut apporté, et voici les détails de l'état dans lequel il se trouvait, quand il fut soumis à notre observation : la figure est complètement méconnaissable ; les paupières, tuméfiées et excoriées à leur face externe, couvrent les globes oculaires, et nous craignons que ceux-ci n'aient été endommagés. Mais, en soulevant légèrement la paupière supérieure, nous reconnaissons que la vision est intacte, et qu'il existe seulement un peu de conjonctivite. La joue gauche est sillonnée dans toute son étendue par une vaste crevasse dont le fond communique avec la cavité de la bouche, et dont la partie supérieure laisse apercevoir à nu l'os de la pommette, que l'on reconnaît fracturé. Les parties molles du menton sont toutes meurtries, et, quand on veut examiner en quel état se trouve le maxillaire inférieur, on reconnaît aisément, par le déplacement de certaines de ses parties et par les crépitations qui se font sentir quand on les touche, qu'il est fracturé en plusieurs points de son étendue. Ainsi, une première fracture existe évidemment à la symphyse du menton ; une deuxième fracture, perpendiculaire à celle-là et parallèle à la direction de l'os, isole de celui-ci la portion osseuse qui supporte les quatre incisives inférieures et une des canines, et cette portion se trouve encore elle-même partagée en deux à sa partie moyenne; une troisième fracture paraît aussi exister dans la continuité du corps de l'os, à droite. Des esquilles, qui se sont détachées plus tard, nous ont démontré qu'il y avait eu encore quelques désordres que nous n'avions pas pu apprécier alors. Ajoutez à cela que les dents supérieures avaient été pour la plupart emportées, rupturées, et que l'aile gauche du nez avait été aussi fortement endommagée.

Mais, ce qui était le plus remarquable parmi ces lésions diverses, c'était la destruction presque totale de l'une et de l'autre lèvres, dont il ne restait plus que quelques débris morcelés sur les côtés, ce qui mettait à découvert tout l'intérieur de la bouche.

Le malade, qui n'était âgé que de 32 ans, d'une forte constitution, avait le moral assez rassuré. Le pouls, quoique un peu agité, un peu nerveux, n'indiquait presque pas de fièvre; la chaleur de la peau était presque naturelle; il n'y avait aucun symptôme de commotion du cerveau. Toutes ces considérations me firent porter un pronostic favorable relativement à la cicatrisation de ces diverses meurtrissures, sauf plus tard à réparer, par les moyens que nous offrirait l'autoplastie, les parties qui resteraient détruites, et dont l'importance ne permettrait pas que nous l'en laissassions privé.

Je ne décrirai pas jour par jour les divers phénomènes que nous présenta cette plaie compliquée. Je me contenterai de mentionner les principales indications que nous eûmes à remplir pendant la durée du traitement. Dans les premiers jours, des fomentations émollientes tièdes étaient faites sur la figure; des boissons mucilagineuses, seules d'abord, puis du bouillon, lui étaient données à l'aide d'un biberon.

Quelques jours après, quand les surfaces meurtries donnaient de la suppuration, nous les recouvrions de compresses fenêtrées sur lesquelles étaient placées des gâteaux de charpie maintenus par des compresses et une fronde du menton.

Si quelquefois l'inflammation de ces parties prenait un peu trop d'intensité, nous remplacions alors les gâteaux de charpie par des cataplasmes émolliens, afin d'atténuer la phlogose.

C'est par des soins ainsi ménagés que s'obtint peu à peu la cicatrisation des bords de cette vaste solution de continuité, et que les fractures se consolidèrent. Tout marcha même d'une manière assez régulière. Quelques esquilles, dont une assez étendue, se détachèrent de la partie latérale gauche de la mâchoire inférieure. Des deux portions osseuses supportant les dents incisives inférieures et une des canines qui avaient été séparées du corps de l'os, une seule se souda avec la pièce primitive, tandis que l'autre, quoique vivant par le moyen des parties molles auxquelles elle était adhérente, dut être enlevée à cause de sa mobilité persistante et de la mauvaise direction qu'elle avait prise. Un abcès qui s'était développé dans la joue gauche se termina aussi convenablement. Enfin, dès le commencement du mois d'août, tous ces bords déchirés et irréguliers s'étaient desséchés et cicatrisés.

Mais quoique la nature convenablement aidée par l'art eût suffi à la cicatrisation de toutes ces surfaces meurtries, elle n'avait point pu opérer la réparation de ce qui avait été emporté par l'explosion. Ainsi la destruction presque complète

des deux lèvres persistait, car il restait à peine un cinquième de la supérieure vers son extrémité gauche; tout le reste, à partir du sillon mento-labial, manquait complètement.

Cet exposé permet de se représenter assez nettement ce qu'était cet homme après les seuls efforts de la nature, quel triste aspect devait offrir cette ouverture toujours béante, et quels inconvéniens graves devaient en résulter pour le malheureux blessé. C'est ainsi que les os maxillaires, maintenus rapprochés par les tissus inodulaires des cicatrices multipliées, ne pouvaient s'écarter que fort peu l'un de l'autre. La parole, par le manque des dents et des lèvres, était très altérée; quelques sons pouvaient seulement être articulés. La salive découlait sans cesse sur le menton quand un appareil n'était point placé au-devant de l'orifice buccal, et la nourriture était nécessairement incomplète, puisque le malheureux en était réduit à ne prendre que des alimens liquides qui, quoique portés profondément dans la bouche à l'aide d'un biberon, refluaient encore en partie au dehors, parceque les obstacles pour les retenir n'existaient plus depuis le fâcheux événement des boîtes.

Le malade ne devait donc pas être laissé dans cet état, et nous tenions trop à cœur nous-même de ne point le laisser sortir de l'hôpital sans lui avoir redonné des lèvres. Aussi, fort de la résolution du malade à se soumettre à l'opération dont nous l'avions déjà entretenu, et certain de la possibilité de son exécution, nous y procédâmes dans la matinée du 9 août. M. le docteur Arnaud nous assistait dans cette opération toute nouvelle pour notre hôpital.

Nous fîmes placer le malade sur une table longue recouverte d'un matelas garni d'alèzes; la tête et les épaules étaient relevées par des oreillers. Quoiqu'on conseille généralement, pour ce genre d'opérations, de faire asseoir les malades sur des chaises, il me paraît préférable peut-être de les opérer quand ils sont couchés. Le décubitus dorsal est moins fatigant pour eux. S'il survient quelque syncope, ce qui est assez ordinaire, on est moins embarrassé, et l'opérateur est, de toute manière, mieux à son aise. Quant à l'inconvénient du sang dans la bouche, outre qu'en opérant le malade assis, on n'en est pas complètement à l'abri, il suffit de le faire asseoir de temps en temps, et de le faire pencher en avant, pour en obtenir l'expulsion.

Mes aides étant ensuite convenablement disposés, et un drap plié en quatre, suivant sa largeur, ayant été placé sur le devant de la poitrine pour maîtriser plus aisémens les mouvemens qu'aurait pu faire le malade, je me mis à droite du patient et me disposai à commencer les incisions nécessaires.

Je ferai observer ici que, convaincu qu'on ne saurait apporter trop de précision dans la formation des lambeaux, j'avais eu la précaution auparavant de marquer, avec un crayon de nitrate d'argent fondu, la direction que je devais donner aux incisions, la trace laissée par le nitrate devant guider d'une manière sûre l'instrument tranchant.

Je procédai d'abord par la confection de la lèvre supérieure : ici la joue droite devait en fournir la plus grande partie, la joue gauche, toute criblée de cicatrices, ne présentant point assez d'extensibilité pour permettre de s'en servir. En conséquence, une première incision commençant vers la commissure droite fut dirigée transversalement vers l'apophyse coronoïde du même côté; elle comprenait toute l'épaisseur de la joue. Une deuxième incision partant de dessous l'aile droite du nez, aux limites de la cicatrice, fut pratiquée parallèlement à la première, jusqu'à la même distance, et par là se trouva formé un lambeau qui, ayant toute l'épaisseur de la joue, possédait la largeur de la lèvre que j'avais à faire. Ce lambeau, par son côté antérieur, fut avivé avec des ciseaux à bec-de-lièvre. Un autre lambeau fort court fut formé sur le côté correspondant de la joue gauche; il comprenait la petite partie restante encore de la lèvre; le bord antérieur de celui-ci fut encore régularisé et avivé.

Avant de les rapprocher et de les réunir, il fallut songer à aviver aussi les tissus cicatrisés de la partie postérieure et inférieure de la base du nez, et c'est en y procédant que le bistouri, taillant nécessairement un peu du fibro-cartilage de la cloison des narines et des ailes du nez, il devint évident que nous allions mettre ces tissus fibro-cartilagineux en contact avec le tissu musculaire des joues, pour qu'ils adhérassent ensemble. Les choses étant ainsi disposées, je cherchai à rapprocher les deux lambeaux l'un de l'autre, pour faire affronter leur bord antérieur; mais je ne pus pas d'abord y parvenir. Je songeai alors à augmenter l'extensibilité du lambeau principal, le lambeau droit, en incisant la membrane muqueuse qui le tapissait près de l'apophyse coronoïde, et en le disséquant un peu en dehors du muscle masseter, que je laissai intact. Dès ce moment, nos deux lambeaux purent être rapprochés et mis en contact. Ils furent maintenus, affrontés par deux points de suture entortillée. Leur bord supérieur fut tenu en rapport avec les joues et le bas du nez par trois aiguilles fixées aux points les plus convenables.

Il restait à confectionner l'autre lèvre, qui devait offrir plus de difficulté que la première, par la raison que le bord sus-mentonnier restant, inégalement découpé, présentait à gauche une échancrure que je voulais combler avec les lambeaux, pour éviter une fistule qui semblait immanquable sans cette précaution. C'est effectivement à cela que je prêtai mon attention par la forme que je donnai au lambeau principal pris encore sur la joue droite, les cicatrices de la gauche ne permettant pas d'utiliser cette dernière. Son bord supérieur était déjà formé par l'incision que nous avions faite pour la première lèvre, dans le sens de la commissure. Pour préparer le second, je fis descendre verticalement de la commissure, ou, pour parler plus exactement, du point qui avait correspondu, avant la blessure, à la commissure droite des lèvres, une incision verticale qui s'étendit vers la base de la mâchoire, et du bas de ce bord vertical partit une autre incision dirigée en dehors et un peu en haut, de manière à se rapprocher quelque peu du supérieur en arrière. Ce lambeau qui, en partie, était libre par sa face interne, fut séparé de l'os dans sa portion adhérente, à l'aide du bistouri.

Restait à aviver le bord sus-mentonnier et le bord antérieur d'un très petit lambeau pris à gauche. Comme le lambeau principal, le droit, ne pouvait aisément atteindre le gauche, je fis encore à la membrane muqueuse de sa face interne une double incision, qui ne dépassait pas l'épaisseur de cette dernière, et, dès ce moment, le rapprochement immédiat devint facile; il fut rendu permanent par deux aiguilles et la suture entortillée. Comme, avec les précautions que j'avais prises en faisant l'incision, le lambeau droit était plus large en avant qu'en arrière, il put combler l'échancrure dont j'ai parlé. Il ne resta plus qu'à le fixer en bas avec le bord sus-mentonnier par quelques points de suture entortillée, et de même en haut avec la joue, dont il avait été tiré, en laissant toutefois entre cette lèvre et la supérieure l'écartement convenable pour constituer l'ouverture buccale. Comme le pourtour de celle-ci était formé de bords saignans, j'attirai, avec des pinces à dissection, la muqueuse de leur face interne, et les en recouvris à l'aide de plusieurs points de suture à anse, précaution qui m'avait bien réussi dans la première opération.

Pendant l'opération, j'eus à lier quatre branches artérielles, au nombre desquelles l'artère faciale droite, qu'un élève avait été chargé de comprimer à son passage sur la base du maxillaire inférieur.

Tel est le descriptif du manuel opératoire que je crus devoir suivre pour cette laborieuse opération.

Le malade, nettoyé du sang qui recouvrait sa figure, son cou, etc., se rendit lui-même à son lit. Une seule compresse, imbibée d'eau fraîche, fut placée sur sa figure. On avait soin de la renouveler de temps en temps.

Silence, diète, boissons mucilagineuses introduites avec précaution entre les deux lèvres de nouvelle formation.

La première journée se passa bien : il y eut un suintement capillaire sanguin dans la bouche, mais qui n'offrait rien d'inquiétant.

Deuxième jour. Rien de nouveau, fièvre modérée : le malade est tranquille; il demande un peu de bouillon, qu'on lui donne; tisane de riz acidulée.

Quatrième jour de l'opération, visite du matin. Nous enlevons trois épingles de la lèvre supérieure : tuméfaction modérée des tissus. (Tisane, bouillon.)

Cinquième jour. Toutes les autres épingles sont enlevées. L'odeur que, dans cette saison chaude (mois d'août), le mélange du sang et du pus avait produite, et quelques larves de mouches qui s'y étaient développées me forcèrent à enlever tous les fils et à nettoyer les lèvres avec soin. Je pus alors reconnaître que la réunion par première intention était presque complète. (Tisane, bouillon et semoule plusieurs fois par jour.)

Septième jour. Malaise général, frisson intense, apparition, quelques heures après ce frisson, d'un érysipèle qui envahit successivement la face, le front, les oreilles, mais qui ne dépasse point le cuir chevelu. Cet épiphénomène, qui s'était déclaré à la suite d'une secousse morale, nous avait inspiré pour les suites de l'opération quelques craintes, qui heureusement ne se réalisèrent point. Il suivit sa marche ordinaire et disparut sans provoquer des accidens.

Quatorzième jour. Les deux lèvres sont complètement cicatrisées. A peine la commissure droite suppure encore un peu.

Seizième jour, 25 août. Tout est desséché et cicatrisé. La guérison est telle que nous devions l'espérer.

Cette opération pourra paraître remarquable par les difficultés qu'il a fallu vaincre. C'est sur la joue droite, en effet, qu'il a fallu prendre la presque totalité des lambeaux, formateurs de l'une et de l'autre lèvres, la gauche, à cause de ses nombreuses cicatrices, n'ayant pu y concourir que par une petite partie. Des essais sur le cadavre m'avaient démontré la possibilité du résultat que nous avons obtenu. On aura aussi remarqué la rapidité de la guérison, malgré même l'apparition de l'érysipèle.

Le malade resta quelque temps encore à l'hôpital pour réparer ses forces, qu'une nourriture depuis longtemps incomplète avait fait diminuer. Pendant cet intervalle, nous fîmes intervenir l'art du chirurgien dentiste pour faire disparaître quelques dents qui, par suite des fractures, ne se correspondaient point et gênaient ainsi la mastication.

Notre opéré sortit de l'hôpital vers le milieu d'octobre pour aller reprendre son métier de forgeron. A cette époque, l'ouverture buccale était régulière, en ce sens que les commissures se trouvaient sur le même parallélisme et à égale distance de la ligne médiane. La lèvre supérieure était bien conformée et presque immobile. Quant à l'inférieure, elle présentait, vis-à-vis le point de rapprochement des deux lambeaux, une légère échancrure, produite par le retrait du tissu inodulaire qui s'y était développé. Vers ce point même, elle ne pouvait s'appliquer exactement sur la lèvre supérieure. De là résultait en partie la perte d'une certaine quantité de salive et de la gêne pour boire dans un verre. Mais le temps a amélioré cet état : ce tissu inodulaire a été modifié par l'absorption. Cette partie de la lèvre, naguère toute indurée, est devenue semblable au restant; dès lors, celle-ci a pu s'appliquer en totalité par son bord libre sur celui de la supérieure : dès-lors aussi a cessé l'inconvénient de la déperdition de la salive.

Ayant eu l'occasion de voir assez souvent cet opéré, j'ai pu remarquer chez lui les modifications physiologiques qui se sont effectuées sur ses deux nouvelles lèvres. Pendant assez longtemps, elles ont été loin d'avoir la sensibilité spéciale de celles qu'elles remplaçaient; leur sensibilité même était très obtuse, presque nulle; elles étaient aussi dépourvues, l'une et l'autre, de mouvement volontaire propre. C'est à ces deux causes plus encore qu'à la légère échancrure qui existait vers le tiers gauche de l'inférieure, qu'il fallait attribuer le reflux involontaire d'une partie des boissons qui étaient portées dans la bouche. Mais plus tard l'influx nerveux les a pénétrées, et elles ont acquis une sensibilité analogue, quoique plus faible encore, à celle qui était inhérente aux lèvres naturelles; elles ont même recouvré, au moins l'inférieure, une certaine mobilité, qui ne manque pas d'être précieuse. C'est même à ces qualités que cet homme doit de pouvoir conserver en entier les boissons et la salive dans la bouche, et même de boire avec un verre sans laisser tomber aucune partie du liquide qu'il veut ingérer.

Ainsi le malade a gagné par cette opération, avec la formation des deux nouvelles lèvres, la facilité de pouvoir articuler les mots à peu près aussi distincte-

ment qu'avant son accident, de pouvoir procéder encore à la mastication des aliments, de pouvoir retenir ceux-ci dans la bouche, ainsi que les boissons et la salive, et d'avoir pu enfin reprendre son ancienne profession.

Comme on a pu le voir par l'exposé des deux observations précédentes, les joues seules ont contribué à former les lèvres nouvelles. Réparer les lèvres naturelles, qui étaient perdues, avec des lambeaux taillés sur les joues a été le but de l'une et de l'autre opération. J'ai agi ainsi parce que le raisonnement et l'expérience des autres, au défaut de la mienne, m'indiquaient que c'était la meilleure manière de procéder pour obtenir les meilleurs résultats. C'est, au reste, ce que peut démontrer un coup-d'œil comparatif sur les diverses méthodes successivement préconisées pour réparer les lèvres perdues.

Je ne mentionnerai que pour mémoire la méthode indienne, quoiqu'elle ait été employée de diverses manières par des célébrités chirurgicales de l'époque, telles que Dupuytren et Delpech, MM. Lallemand et Dieffenbach. On sait qu'elle consistait à figurer sur les tégnmens des parties voisines un lambeau de peau, qui, renversé ou tordu sur lui-même, était appliqué de manière à se recoller avec les bords rafraîchis de la solution de continuité. La rareté des guérisons obtenues par elle, et la défectuosité inévitable des meilleurs, ou plutôt des moins mauvais résultats qu'elle a pu laisser obtenir, malgré l'habileté de ces chirurgiens célèbres, l'ont depuis longtemps plongée dans un oubli, dont on ne la relevera probablement plus dorénavant. Comment par elle aurais-je pu parvenir jamais à restaurer deux lèvres perdues chez un même sujet?

Ce que l'on est convenu d'appeler méthode ancienne devenait aussi, dans les deux cas, complètement inapplicable. Elle n'est, en effet, que l'application de l'incision en V dans l'excision d'une tumeur cancéreuse, ou le rafraîchissement des bords d'une solution de continuité, et leur rapprochement rendu possible par la dissection continuée assez loin pour qu'ils puissent se rejoindre. Or, comme on doit le reconnaître aisément, elle ne peut se rapporter qu'à des solutions de continuité peu étendues, mais nullement à la perte totale d'une lèvre, et à plus forte raison de toutes les deux.

Quant à la méthode qui a été le plus généralement suivie dans ces derniers temps, et qu'on trouve décrite sous le nom de *française*, méthode à laquelle se rapportent principalement les noms de Chopart, de MM. Roux, de St-Maximin et Lisfranc, et qui consistait à séparer ces solutions de continuité, étendues à l'aide des parties molles du menton et de la peau du cou, je n'ai pas songé à l'employer, parce, pour ma première opération, je n'aurais pu avoir qu'une lèvre difforme, au lieu de la lèvre musculeuse et mobile que j'ai obtenue, et que, pour la seconde, elle ne m'eût jamais fourni les moyens de faire la lèvre supérieure, ne pouvant se rapporter qu'à la confection imparfaite de l'inférieure.

Bien plus avantageuse est la méthode à laquelle j'ai donné la préférence, et que je n'appellerai pas nouvelle, à l'imitation des chirurgiens modernes, qui, dans ces derniers temps, l'ont employée, puisqu'on la trouve décrite par Celse avec assez de détails pour qu'on puisse à bon droit lui donner son nom. Si on avait mieux médité le chapitre IX du 7me livre de l'ouvrage que ce grand homme de l'antiquité avait édifié à l'art de guérir, on n'aurait pas attendu ces dernières années pour emprunter aux joues des lambeaux convenables pour refaire les lèvres perdues par quelque accident ou désorganisées par des affections cancéreuses; car, après avoir indiqué la manière de traiter les pertes de substance peu étendues des lèvres, il décrit, de la manière suivante, le procédé pour réparer celles qui sont plus considérables. Je copie ses propres paroles : « *Ratio curationis ejusmodi est : id quod curtum est, in quadratum redigere; ab anterioribus ejus lineas transversas incidere, quæ citeriorem partem ab ulteriore ex toto diducant: deinde ea quæ sic resolvimus, in unum adducere, etc.*» Or, il me semble qu'on ne peut donner à ce passage que la signification suivante :

« Telle est la raison du traitement à suivre : il faut régulariser ce qui est inégal; après quoi, des angles antérieurs (de la mutilation), on fait partir des incisions transversales qui séparent totalement la partie qui doit être en arrière de celle qui est en avant; on rassemble, on réunit ensuite les parties qu'on a ainsi détachées, etc. »

Mais ces quelques lignes, je le demande, ne contiennent-elles pas la description succincte, il est vrai, mais réelle de la méthode qu'on a ressuscitée dans ces derniers temps, et à laquelle j'ai dû les deux succès que j'ai ci-devant mentionnés? Honneur donc au génie de Celse d'avoir connu, d'avoir préconisé ce procédé que l'on n'avait pas su découvrir dans son livre, et honneur à la chirurgie de nos jours de l'avoir fait revivre, et de lui demander de belles guérisons quand les occasions s'en présentent! Ce ne sont pas, en effet, des simulacres de lèvres que l'on forme en le suivant, mais bien des lèvres réelles, ayant, comme les naturelles, une membrane muqueuse qui les tapisse en dedans, une couche musculeuse qui leur donne la mobilité, et jusqu'à une membrane muqueuse sur le bord libre, qui peut ainsi acquérir la sensibilité spéciale qui leur convient.

Ajoutons encore qu'indépendamment des résultats plus avantageux qu'on obtient ainsi, la nouvelle méthode offre des difficultés bien moins grandes que les autres. Les chirurgiens qui pratiquent pour la première fois des opérations de cette nature craignent généralement que les lambeaux ne soient pas assez extensibles pour permettre la formation d'une ou deux lèvres. Eh bien ! ces craintes sont chimériques : on ne doit pas éprouver de difficulté sérieuse quand on peut prendre sur chaque joue un lambeau convenable, c'est-à-dire quand les joues sont saines. Et ma seconde opération démontrerait au besoin que, même avec une seule joue, on peut parvenir à trouver les lambeaux formateurs des deux lèvres. C'est au reste ce que m'avaient démontré des tentatives sur le cadavre avant de l'expérimenter sur le vivant.

Voici, enfin, en terminant, quelques conseils pratiques que m'a suggérés mon expérience dans ce genre d'opérations :

1° Comme ici tout doit être fait avec régularité, pour éviter des difformités, nous conseillons, quelque habitude que l'on ait des opérations, de tracer à l'avance, avec un crayon de nitrate d'argent, des lignes qui indiquent la limite des lambeaux et qui dirigent pour les incisions à faire. Nous, qui avons pour principe qu'il faut agir avec le plus de prudence possible, devrait-on même paraître minutieux, nous suivrions ce précepte, sans le regarder pour cela comme indispensable.

2° Il faut avoir soin à l'avance de faire extraire tous les débris de dents qui offriraient des inégalités, et même des dents entières qui auraient des déviations vicienses. On pourrait, sans cette précaution, voir la lèvre reportée être ou perforée ou enflammée, ce qui contrarierait ou compromettrait même la guérison.

3° Une précaution utile sera de recouvrir, comme l'a conseillé le premier M. le professeur Serres, de Montpellier, le bord libre de la nouvelle lèvre avec la muqueuse de la face interne des lambeaux, qu'il suffira presque toujours de tirer avec les pinces pour pouvoir l'en recouvrir et l'y fixer par la suture à anse. La guérison sera plus facilement obtenue et la lèvre nouvelle aura une similitude de plus avec l'ancienne.

4° Si les lambeaux sont trop peu extensibles pour couvrir la solution de continuité, qu'on divise, par une incision verticale, la muqueuse de leur face interne, qui, moins extensible que les autres parties des joues, constitue souvent le principal obstacle, sans toutefois dépasser son épaisseur. Si cette précaution devait être insuffisante, ou disséquerait le lambeau en dedans, dans une certaine étendue, sur la face externe du muscle masseter dont les fibres seraient respectées. On obtiendrait toujours ainsi une longueur suffisante.

5° Une autre précaution qui me paraît importante, c'est, à la suite des mutilations de la figure, d'éloigner des lambeaux les tissus durcis des cicatrices; leur présence dans les lèvres nouvelles, en gênant leurs mouvemens, risque de rendre incomplet et imparfait le résultat que l'on désire obtenir.

6° On se rappellera également que l'ouverture nouvelle de la bouche, ayant toujours quelque tendance à se rétrécir pendant la cicatrisation de ses bords, devra être laissée d'abord un peu plus grande qu'elle ne doit l'être un peu plus tard, après la guérison.

§ X. — OBSERVATIONS DE GUÉRISON DE SURDITÉ.

La surdité est sans contredit une des affections les plus difficiles à traiter dans le plus grand nombre des cas, et le plus souvent tous les moyens de l'art échouent contre elle. Il importe néanmoins beaucoup, pour cette maladie comme pour les autres, de bien s'informer, quand on est consulté pour des cas de surdité, de la cause qui a pu la provoquer et qui l'entretient encore, parce que, de la connaissance de cette cause à celle du vrai traitement, il n'y a souvent qu'un pas facile à franchir. C'est ce que nous avons bien reconnu pour les deux cas que nous allons mentionner, où l'on verra que nous avons obtenu deux guérisons en suivant des indications très faciles à apprécier, et qui avaient cependant échappé à d'autres. En relatant ces deux faits, nous n'avons pas l'intention de les annoncer comme extraordinaires, comme remarquables; mais il nous a semblé que leur publication pouvait être de quelque utilité, en engageant à ne pas considérer comme incurables, sans examen suffisant, certaines personnes, parce qu'elles sont sourdes, attendu que quelquefois il est très facile de leur rendre l'ouïe.

DURETÉ CONSIDÉRABLE DE L'OUÏE CONSÉCUTIVE A UNE INFLAMMATION CHRONIQUE DE L'ARRIÈRE-GORGE; USAGE LOCAL DE L'ALUN; GUÉRISON.

Obs. I. — Je fus consulté, dans le mois d'octobre dernier, pour un jeune homme âgé de 18 ans, qui, depuis plus de cinq mois, avait une dureté très considérable de l'ouïe qui donnait la plus grande inquiétude à sa famille. Un vésicatoire à la nuque et quelques vésicatoires aux bras étaient les seuls moyens qu'on avait employés pour combattre cet état.

Désirant parvenir à reconnaître la véritable cause de cette incommodité, peu ordinaire à cet âge, j'examinai attentivement le conduit auditif externe, qui n'offrit rien d'anormal. Ayant ensuite fait ouvrir la bouche, j'examinai, après avoir abaissé la langue, le fond du pharynx, dont la membrane paraissait plus rouge, plus tuméfiée qu'à l'état normal, recouverte même en quelques points d'une exsudation pseudo-membraneuse. Les piliers du voile du palais participaient à cet état de phlogose chronique, ainsi que les amygdales, qui étaient même plus tuméfiées qu'à leur état ordinaire. Nous apprîmes en même temps que ce jeune homme avait été sujet à plusieurs angines, qu'il éprouvait encore habituellement une douleur sourde, un sentiment de sécheresse vers la cavité pharyngée, etc. Tout, en un mot, nous dénotait une phlegmasie chronique de la membrane muqueuse gutturale, ainsi que des parties voisines.

Nous pensâmes alors que la membrane muqueuse qui tapisse la trompe d'Eustachi pourrait bien, par continuité de tissu, participer à cette phlegmasie chronique, être plus tuméfiée par suite, et obturer ainsi le conduit auditif pharyngé, ce qui serait une cause suffisamment explicative de l'infirmité existante. Et, voulant agir d'après cette présomption, qui nous paraissait entourée de bonnes probabilités, nous crûmes indiqué d'attaquer d'abord cette pharyngite chronique.

Comme depuis longtemps l'expérience nous avait démontré qu'une des substances les plus efficaces contre les inflammations chroniques des membranes muqueuses était le sulfate d'alumine et ses diverses préparations, je me décidai, sans attendre davantage, à conseiller l'usage d'un gargarisme formulé de la manière suivante :

Prenez :		
	Sulfate d'alumine.	4 grammes.
	Miel rosat	25 grammes.
	Eau.	225 grammes.

Il était indiqué de se gargariser quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Au bout d'une quinzaine, nous fîmes mettre 2 grammes d'alun de plus pour la même quantité de véhicule. Quelques insufflations d'alun porphyrisé furent également faites.

L'expérience ne tarda pas à démontrer que le véritable moyen curatif était trouvé. La phlegmasie gutturale se dissipa peu à peu, et d'une manière progressive, et, en même temps qu'elle se dissipait, on pouvait constater aussi la diminution de la dureté de l'ouïe. A un mois et demi de ce traitement, suivi avec assez de persévérance, la phlegmasie gutturale avait complètement cessé, l'arrière-gorge avait repris sa couleur normale, et il ne restait plus de traces de ce commencement de surdité symptomatique de la tuméfaction inflammatoire de la muqueuse de la trompe d'Eustachi.

SURDITÉ INTENSE OCCASIONÉE PAR DES CORPS ÉTRANGERS DANS LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE; GUÉRISON.

On a de la peine à comprendre qu'il y ait des gens assez peu attentifs sur les premiers soins qu'ils se doivent, pour laisser séjourner, sans s'en douter, pendant des années entières, des corps étrangers dans leurs conduits auriculaires, ce qui, cependant, leur fait perdre le sens de l'ouïe. J'ai vu néanmoins plusieurs faits de ce genre dans les hôpitaux, et celui que je vais relater, et qui s'est présenté il y a deux ans à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu, en est un exemple assez remarquable.

Obs. II. — Un agriculteur, âgé d'une cinquantaine d'années, m'avait amené une de ses parentes qui désirait prendre conseil auprès de moi au sujet d'une maladie de poitrine dont elle était atteinte. Quand j'eus conféré avec cette malade, cet homme me dit qu'il aurait bien besoin que je pusse lui indiquer quelque remède capable de le débarrasser d'une bien incommode surdité dont il était atteint ; mais, ajouta-t-il, on ne pourra malheureusement rien contre elle. Il me déclara en effet que, conformément à certains conseils qui lui avaient été donnés, il s'était appliqué des vésicatoires aux bras et à la nuque, mais sans résultat avantageux. C'était depuis une huitaine de mois que sa surdité s'était déclarée, sans qu'il pût s'en expliquer la cause.

Sans avoir précisément l'intention d'entreprendre le traitement de cette infirmité, je jetai pourtant un coup-d'œil vers les conduits auditifs, et je ne fus pas peu étonné de les trouver remplis par une espèce de bouchon fort dur, et dont le consultant ne se doutait point. Les tractions pour le retirer devenant trop douloureuses, je compris qu'il était plus convenable de le ramollir préalablement. En conséquence, je fis injecter de l'eau tiède dans l'une et l'autre oreille, et le liquide y était en partie retenu par des tampons extérieurs. Au bout de trois quarts d'heure, je pus enlever de dedans chaque oreille un bouchon volumineux, composé de coton cardé qui, tout imprégné de cérumen desséché, formait un corps durci occupant les deux tiers de la longueur du conduit auditif. Eh bien ! c'était ce même corps étranger, que l'incurie inconcevable de cet homme y avait laissé séjourner si longtemps, qui avait occasioné peu à peu la surdité, et celle-ci avait été en raison de l'accumulation des matières étrangères et de leur densité, et, partant, de la difficulté qu'avaient éprouvée les ondes sonores pour exciter la vibratilité de la membrane du tympan. Quelques injections émollientes furent prescrites.

Cet homme eut été à peine débarrassé de ces obstacles mécaniques qui obstruaient ses oreilles, qu'il put percevoir aisément les sons et que nous pûmes constater sa guérison.

§ XI. — TUBERCULE DU CERVELET TRÈS VOLUMINEUX; HYDROPISIE DU TROISIÈME VENTRICULE, S'ACCOMPAGNANT DE CÉPHALÉE, D'AMAUROSE, ETC.

Obs. — Maximin R..., âgé de 17 ans, entra à l'Hôtel-Dieu d'Aix le 5 janvier 1838. Ce jeune homme, jusque là bien portant, avait commencé à s'apercevoir, trois mois auparavant et plus, d'une diminution de la vision qui avait été en progressant, au point qu'à l'époque de son entrée à l'Hôtel-Dieu, ses yeux qui présentaient une dilatation très considérable de la pupille, pouvaient à peine distinguer la lumière des ténèbres. Il avait à un haut degré le facies amaurotique. Il se plaignait en même temps d'une douleur sourde permanente vers la région occipitale, et souvent encore d'une douleur vague et indéterminée dans l'intérieur du crâne.

Il y avait, au reste, absence de fièvre le plus souvent, et intelligence intègre presque jusqu'aux derniers jours.

Quelques saignées générales, plusieurs applications de sangsues aux tempes, l'emploi modéré des calmans, un séton à la nuque qui coula pendant assez longtemps, des révulsifs sur le tube gastro-intestinal, etc., ne purent prévenir la mort qui survint dans le commencement du mois d'avril suivant.

Vers la fin de la maladie, la cécité était devenue complète, le jeune homme avait de fréquentes syncopes, mais l'intelligence n'éprouvait pas d'altération.

Autopsie. — Maigreur générale. Rétines et nerfs optiques paraissant exempts de lésions qui expliquent la cécité. En renversant le cerveau, nous aperçevons, sur sa face inférieure et entre la scissure inter-lobaire antérieure et les pédoncules du cerveau, une saillie évidemment formée par du liquide. C'était le troisième ventricule qui était rempli d'une grande quantité de sérosité et dont la substance médullaire, qui en forme le plancher, ayant éprouvé une distension forcée avait presque disparu ou ne constituait plus qu'une couche lamellaire excessivement mince, de telle sorte que l'arachnoïde presque seule contenait cette sérosité exubérante et l'empêchait de s'écouler.

De la sérosité, mais en petite quantité, se trouvait aussi dans les ventricules latéraux. Aucune autre particularité digne de remarque ne se voyait au cerveau.

L'amaurose, dans ce cas, nous fut pleinement expliquée par la compression que cette quantité anormale de sérosité devait exercer sur le prolongement des nerfs optiques.

Mais le cervelet nous présenta encore une autre lésion fort remarquable, et qui nous expliqua complètement la douleur occipitale depuis longtemps existante. C'était un tubercule très volumineux qui s'était développé dans l'épaisseur et aux dépens du lobe gauche du cervelet, et qui en occupait presque toute l'étendue. Il n'y avait effectivement en dehors de lui qu'une couche médullaire d'un centimètre d'épaisseur environ, toute ramollie dans la partie la plus voisine du tubercule. Celui-ci n'était point enkysté, comme le sont les corps de cette nature, au dire de MM. Gendrin et Léveillé qui pensent que la matière tuberculeuse qui se forme au sein des masses nerveuses est constamment déposée dans une capsule. Il était encore à son état de crudité dans la plus grande partie de son étendue; il n'y avait effectivement qu'un peu de ramollissement que vers son centre.

La mention de ce tubercule, à raison de son grand volume et de sa disposition non enkystée, m'a paru devoir être mentionnée dans ce travail.

§ XII. — COMMOTION CÉRÉBRALE; ACCIDENS CONSÉCUTIFS INOPINÉMENT SURVENUS; GUÉRISON.

Une particularité remarquable des commotions cérébrales, c'est d'être exposées quelquefois à la réapparition de cet état de stupeur, de débilité fonctionnelle du cerveau qui caractérisent son début, et cela presque au moment où rien ne faisait présager le retour de symptômes pareils. Disons toutefois que quoiqu'il soit presque impossible de les pronostiquer d'une manière certaine, il y a néanmoins quelques signes qui doivent les faire appréhender, savoir: lorsque l'amélioration qu'on obtient ne suit pas une marche bien franchement progressive; lorsque le pouls se conserve longtemps faible, lent, profond; lorsque la face ne peut pas se débarrasser des traits appartenant à la stupeur. C'est alors le cas de se tenir sur ses gardes. Ces signes, malgré une amélioration notable, indiquent que le cerveau ne s'est pas entièrement relevé de son collapsus primitif, qu'il n'irradie point l'innervation avec assez de vigueur. Un moment alors peut venir où cet affaiblissement augmentant tout à coup risque d'anéantir en peu d'instans les derniers ressorts de la vie. Comme il est des auteurs qui mettent sérieusement en doute si on doit réellement rappporter ces symptômes si graves à une lésion vitale du cerveau, et qui pensent plutôt qu'on doit les considérer comme l'effet de lésions organiques, telles que contusions, solutions de continuité, ramollissemens, etc., consécutifs de la commotion, il ne sera pas oiseux de rela-

ter ici l'observation d'un malheureux soldat que nous vîmes toucher aux portes du tombeau par le retour presque subit de ces symptômes primitifs, et d'où cependant nous pûmes le retirer par la médication énergique que nous commandaient les circonstances.

Nul doute pour nous que, dans ce cas, la lésion cérébrale n'ait été plutôt vitale qu'organique dans le sens qu'on attache à ces mots.

Obs. — Lagrée, voltigeur robuste, à tempérament bilioso-sanguin, fut transféré à l'Hôtel-Dieu d'Aix, le 1er novembre 1835, vers les 9 heures du matin, dans un état de stupeur complète. Les renseignemens qui nous sont donnés nous apprennent que ce militaire s'est laissé tomber la nuit d'auparavant, de la hauteur d'un premier étage, et que depuis cet accident il est resté sans connaissance. Les symptômes qu'il présente sont les suivans : assoupissement léthargique qui date du moment de la chute, insensibilité complète quoiqu'on le pince fortement, refroidissement des extrémités, respiration suspirieuse, narines, conduits auriculaires rougis par le sang ; pouls petit, lent, profond, à peine sensible ; absence de toute trace de contusion sur le corps. (Prescription : larges synapismes aux pieds, linges très chauds promenés sur les extrémités et autour du tronc, infusion de citronelle.)

Le soir, à 4 heures, commencement de réaction ; pouls un peu relevé, mais persistance du coma.

2 novembre. Le malade est moins profondément assoupi ; il commence à répondre aux questions qu'on lui adresse ; mais il n'a aucun souvenir de l'accident qui lui est survenu ; chaleur de la peau augmentée ; pouls relevé ; grande tendance à dormir. (Saignée, lavement purgatif, tisane de riz.)

Le 3 novembre. Diminution de la propension à la somnolence ; idées plus libres, mais tête encore bien pesante, embarrassée. (15 sangsues derrière les oreilles, tartre stibié en lavage.)

Les jours suivans, malgré le mieux notable, nous remarquons que certains symptômes étaient persistans, stationnaires. Ainsi la tendance à la somnolence ne pouvait se dissiper complètement. Le malade se plaignait chaque matin d'avoir la tête lourde. Il conservait sur sa physionomie les traits de la stupeur. Son œil ne distinguait pas facilement les objets ; la pupille en était plus dilatée que celle du gauche. Une douleur sourde était perçue au fond de l'orbite du même côté. Le muscle palpébral droit paralysé ne pouvait relever la paupière de devant le globe de l'œil. Le pouls restait toujours faible, lent, embarrassé et inégal aux deux avant-bras. On s'en tenait au tartre stibié en lavage, aux lavemens purgatifs, aux boissons adoucissantes, laxatives parfois ; des sangsues étaient de temps en temps appliquées derrière les oreilles ; plus tard ce fut un vésicatoire à la nuque. Ces moyens n'étaient suivis que d'effets momentanés. Cependant Lagrée restait levé une partie de la journée. Il cherchait, mais en vain, à secouer un reste d'engourdissement, qui l'ennuyait. Il mangeait pourtant le quart ou la demi-portion.

28 novembre, vingt-huitième jour de l'accident. A la visite du matin, le malade se plaint d'avoir la tête plus lourde qu'à l'ordinaire ; il lui semble voir tourner les objets qui l'environnent ; état d'anxiété et d'abattement ; pouls petit, lent. On fait raviver le vésicatoire de la nuque. Lavement purgatif, bouillon.

Le soir, à 3 heures, face abattue, pâle ; prostration extrême. Le malade n'a plus la force d'ouvrir les yeux. L'ayant fait relever sur son séant par un infirmier pour reconnaître si le vésicatoire de la nuque agissait, je m'aperçois que la tête tombe sur la poitrine par le manque d'action musculaire. Pouls plus profond, plus petit que jamais, insensible à un des avant-bras, ne se manifestant à l'autre que par un léger frémissement. La chaleur abandonne les extrémités.

Justement étonné de la rapidité avec laquelle les symptômes ont revêtu un caractère aussi fâcheux, et frappé de l'imminence du danger qui menace de si près l'existence de ce sujet qui, la veille était à la demi-portion, je sens toute la nécessité de m'opposer à cette soudaine résolution des forces que je crois devoir attribuer à un retour de la suspension des fonctions cérébrales et de l'état de collapsus duquel le cerveau ne s'était pas encore complètement relevé ; et plein de cette idée dans laquelle me confirmait encore le souvenir de quelques nécropsies sur des sujets décédés dans des circonstances analogues, et chez lesquels on n'avait point trouvé les lésions matérielles qu'on avait soupçonnées, je me hâtai de tenter de rappeler, vers la périphérie, l'action nerveuse prête à cesser complètement, et à réveiller le cerveau qui, cessant d'irradier l'innervation, laissait toutes les fonctions s'éteindre. Dans cette vue, je fais appliquer aussitôt deux larges synapismes aux jambes, pendant que des linges bien chauds sont portés autour du corps. J'excite la muqueuse des fosses nasales avec de l'éther et même avec de l'ammoniaque ; deux vésicatoires sont également appliqués sur la face interne des cuisses pour continuer l'effet qu'auront commencé les synapismes ; enfin une potion avec l'eau de menthe et l'esprit de Mindérérus est prescrite pour être donnée par cuillerée.

Cette médication active ne tarde pas à produire son effet. Trois heures s'étaient à peine écoulées que la chaleur était revenue à la peau, que le pouls devenait plus sensible, que le malade commençait à ouvrir les yeux. Dès le lendemain, il était dans un état assez satisfaisant et tout à fait hors de danger. Pendant plusieurs jours encore, nous voulûmes néanmoins insister sur ces moyens excitans. Un séton fut gardé quelque temps à la nuque.

Le 12 décembre, le malade était à la demi-portion.

De cette manière, nous vîmes se dissiper et disparaître sans retour des symptômes qui avaient si rapidement compromis l'existence de Lagrée, et qu'on ne pouvait en réalité attribuer qu'au retour du collapsus cérébral. Ce n'est en effet que par une interprétation pareille qu'on peut expliquer le danger qui était venu fondre avec tant d'imminence sur la vie de ce jeune homme, ainsi que le succès rapide des moyens thérapeutiques auxquels je crus devoir recourir.

Nous pourrions rappeler encore deux autres observations à peu près pareilles, dans lesquelles aussi il a été nécessaire de recourir à une médication excitante et très active pour combattre le collapsus cérébral consécutif de la commotion. Certainement alors si, nous guidant d'après certains écrits qui tendraient à faire considérer ces accidens comme l'effet d'une phlogose cérébrale, nous avions eu recours à la méthode antiphlogistique, nous aurions fait du mal et peut-être un mal irréparablement funeste. Heureusement que pour le médecin praticien les théories ne sont prises en considération qu'autant que la saine observation démontre leur affinité avec la pratique, et que l'état général du malade, l'état de sa circulation artérielle, de ses forces, etc., lui viennent en aide, et lui indiquent la véritable conduite qu'il doit tenir !

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 AOUT.

RAPPORT ENTRE LES SÉCRÉTIONS BILIAIRE ET URINAIRE.

M. de Martino envoie sur cette question un travail duquel ressortent les faits suivans : Chez les reptiles, la sécrétion de la bile et celle de l'urine sont des fonctions d'hématose. Deux ordres de veines émanent des reins ; les unes, veines rénales externes sont chargées, de concert avec les artères, de fournir les matériaux de la sécrétion, tandis que les autres, veines rénales internes, sont les seuls vaisseaux efférens et rapportent le sang qui a servi à la sécrétion.

Tout annonce qu'il existe chez les animaux de cet ordre un rapport, une sorte de balancement entre les deux sécrétions de la bile et de l'urine ; car d'abord le sang qui revient de la queue et des membres postérieurs se distribue également au foie et aux reins. En second lieu, M. de Martino a lié alternativement les veines rénales externes et la veine porte, et il a vu qu'en empêchant le sang de se porter vers le rein, par exemple, la sécrétion biliaire était augmentée, et réciproquement.

MM. Duméril, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire et Breschet sont chargés d'examiner ce travail et d'en faire un rapport à l'Académie.

TRANSFORMATION DE L'ACIDE URIQUE EN ACIDE HYPURIQUE.

M. Leroy d'Etiolles écrit à l'Académie pour réclamer en faveur de M. le docteur Ure, la priorité du fait de la transformation de l'acide urique en acide hypurique, annoncé par M. Bouys dans la séance du 16 août.

M. le secrétaire perpétuel fait observer que M. Bouys, dans sa lettre, avait formellement reconnu et énoncé les droits de M. Ure à la priorité de cette découverte.

EXISTENCE D'ANIMALCULES DANS L'EAU.

MM. Morin signalent l'existence dans l'eau d'animalcules qui peuvent en déterminer la rubéfaction. Ils influent aussi sur la quantité d'oxigène que renferme l'air qui y est contenu ; car cette quantité varie aux différentes heures de la journée. Si, par exemple, elle est à midi de 24 pour 100, elle s'élève à 48 pour 100 à 5 heures de relevée.

MYOPIE ET DISPOSITION A LA FATIGUE DES YEUX.

M. Bonnet, de Lyon, adresse à l'Académie un mémoire sur ces deux sujets avec la lettre suivante :

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie un mémoire sur la myopie et sur la disposition à la fatigue des yeux. Ce mémoire se compose de deux parties, l'une physiologique, l'autre pathologique.

Dans la partie physiologique, je discute la question tant controversée de l'accommodation de l'œil à la vision des objets placés à des distances diverses et je m'applique surtout à démontrer que l'accommodation à courte distance est le résultat des changemens de forme que l'œil éprouve sous l'influence de la compression exercée sur lui par les muscles qui l'entourent. J'apporte à l'appui de cette opinion, depuis longtemps émise, une suite d'expériences qui démontrent que, sur le cadavre, il est impossible de tirer vers leur insertion orbitaire l'un des muscles droits ou l'un des muscles obliques, à plus forte raison tous ces muscles réunis, sans que l'œil ne soit comprimé et que sous l'influence de cette compression il ne s'allonge d'avant en arrière et que sa cornée ne devienne plus convexe. Sous le rapport des changemens qu'ils impriment à la forme de l'œil, tous les muscles de cet organe ont une action identique ; l'élasticité des parois et des humeurs oculaires est leur seul antagoniste.

La deuxième partie de mon travail est consacrée à l'étude de la myopie et de cette disposition fâcheuse que présente un assez grand nombre de personnes qui, sans avoir aucune altération appréciable des yeux, ne peuvent lire pendant plus de quelques instans, sans que leur vue ne se trouble et que leurs yeux ne soient fatigués.

Je cherche à démontrer que la myopie, surtout quand elle est acquise, est

le résultat d'une compression permanente exercée sur l'œil par tous les muscles droits et obliques rétractés. Ce qui la constitue, c'est l'accommodation permanente à la vision des objets rapprochés ; cette accommodation, dans l'état normal, est due à l'allongement du diamètre antéro postérieur de l'œil avec augmentation de convexité de la cornée; je démontre que dans la myopie, elle est due aux mêmes dispositions, avec cette différence que les contractions musculaires qui maintiennent l'œil allongé agissent d'une manière continue dans l'ordre pathologique, intermittente et suivant le besoin de la vision distincte, dans l'ordre physiologique.

La fatigue des yeux ne se manifeste que lorsqu'on s'applique à regarder les objets petits et rapprochés, c'est-à-dire, lorsque les muscles, pour accommoder l'œil à la vision de ces objets, exercent sur lui une compression. Elle me paraît le résultat de cette compression portée au point de devenir douloureuse.

Partant de ces théories, j'établis que pour guérir la myopie et la disposition à la fatigue des yeux, il faut diminuer la compression exercée par les muscles et pour arriver à ce but, recourir à à la section d'un ou de plusieurs d'entre eux. Quel que soit celui que l'on coupe, la compression éprouvée par le globe oculaire diminue, car si le muscle qu'on divise est rétracté, on enlève une cause efficace de compression; s'il n'est pas rétracté, on détruit toujours un soutien des parois latérales de l'œil.

A toutes les sections qu'on peut employer, je préfère celle du muscle petit oblique à son insertion à l'orbite, comme celle qui peut être exécutée avec le plus de facilité, de promptitude et le moins d'accidens.

Voici le résumé succinct des résultats qu'elle m'a donnés sur dix malades à qui je l'ai pratiquée dans le but de guérir la myopie ou la disposition à la fatigue des yeux. Aux uns, j'ai fait la section simultanée des deux muscles petits obliques; aux autres, la section d'un seul de ces muscles. Ceux que j'ai opérés des deux côtés sont :

M. Deyrialz, âgé de 42 ans, opéré le 2 mars 1841.
M. Rieux, âgé de 22 ans, opéré le 22 mars.
M. André Serve, âgé de 41 ans, opéré le 22 mai.
M. Paradis, âgé de 22 ans, opéré le 21 juin.
Louise Richerand, âgée de 13 ans, opérée le 10 juillet.
M. Accary, âgé de 35 ans, opéré le 15 juillet.
M. Léon Dulac, âgé de 16 ans, opéré le 29 juillet.
Eugénie Borel, âgée de 18 ans, opérée le 29 juillet.

Les malades à qui j'ai coupé le muscle petit oblique d'un seul côté sont :
Benoit Thévenin, âgé de 18 ans, opéré le 23 février.
Jean-Pierre Orsat, âgé de 51 ans, opéré le 23 avril.

Tous ces malades, à l'exception d'un seul, ont été opérés à l'Hôtel-Dieu en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves. Aucun d'eux n'a éprouvé le moindre accident. Après que l'on a coupé le muscle petit oblique à son insertion orbitaire avec un ténotome qui ne fait qu'une simple piqûre à la peau, les paupières se gonflent par suite de l'infiltration sanguine qui se fait dans leur tissu cellulaire. Ce gonflement se dissipe deux ou trois jours après l'operation et une teinte bleuâtre des paupières est la seule trace que laisse alors, pendant deux ou trois semaines, la section du muscle petit oblique. L'œil conserve sa direction normale et se meut dans tous les sens avec facilité; dès le troisième ou le quatrième jour, les malades peuvent lire sans fatigue pendant plusieurs heures, il n'y a que l'opération de la saignée qui, sous le rapport de l'innocuité, puisse être comparée à la section du muscle petit oblique.

Des deux malades auxquels j'ai pratiqué l'operation d'un seul côté, l'un, Jean-Pierre Orsat, n'en a tiré aucune amélioration; l'autre, Benoit Thévenin, qu'une amélioration d'assez peu d'importance. Il n'en a pas été de même des huit malades auxquels j'ai pratiqué l'opération des deux côtés.

Je vais résumer leurs observations.

1° Sous le rapport de la plus grande distance à laquelle ils peuvent lire.

2° Sous le rapport de la plus grande distance à laquelle ils peuvent reconnaître les personnes.

3° Sous le rapport des lunettes qui leur sont nécessaires.

4° Sous le rapport de leur disposition à la fatigue des yeux.

Dans les tableaux que je vais presenter, je mettrai en regard l'état des malades avant l'opération et leur état du 10 au 15 août, époque à laquelle je les ai tous revus ou interrogés. En ne tenant compte ainsi que des premières et des dernières observations que j'ai faites et entre lesquelles il y a des intervalles dont quelques-uns sont de plusieurs mois, mes résumés feront juger, autant qu'on le peut aujourd'hui, les résultats définitifs de la section du muscle petit oblique; je puis dire, au reste, que l'état dans lequel j'ai trouvé les malades plusieurs semaines ou plusieurs mois après cette section, a toujours été identique à celui où je les ai observés, le second ou le troisième jour. En général, dès le lendemain et même au moment de l'operation, lorsque le gonflement de la paupière inférieure par l'infiltration sanguine ne masque pas les yeux, on peut juger de tout l'allongement que la vue doit acquérir. L'effet est instantané et une fois produit, il ne se perfectionne et ne se détériore pas.

1° La portée extrême de la vue sous le rapport de la lecture s'est agrandie :

Chez M. Rieux, de 16 à 33 centimètres.
Chez Michel Serve, de 15 à 39. Id.
Chez M. Paradis, de 38 à 61. Id.
Chez Louise Richerand, de 28 à 60. Id.
Chez M. Accary, de 13 à 25. Id.
Chez M. Dulac, de 17 à 31. Id.
Chez M. Deyrialz elle est restée à 17. Id.
Eugénie Borel n'était pas myope.

Ce qui démontre que chez tous ces malades, à l'exception d'un seul, la portée de la vue pour la lecture a été à peu près doublée.

2° La plus grande distance à laquelle les opérés peuvent reconnaître les personnes s'est étendue :

Chez M. Rieux, de 4 à 30 pas.
Chez Michel Serve, de 5 à 35 pas.
Chez M. Paradis, de 25 à 60 pas.
Chez Louise Richerand, de 15 à 65 pas.
Chez M. Accary, de 4 à 25 pas.
Chez M. Dulac, de 6 à 50 pas.
Chez M. Deyrialz, de 2 à 4 ou 5 pas.

Les distances que je viens d'indiquer n'ont pas une grande précision, soit parce que je m'en suis rapporté au témoignage des malades, toujours moins précis que la mensuration directe, soit parce que la distance à laquelle on reconnaît une personne que l'on voit tous les jours est moindre que la distance à laquelle on reconnaît ceux que l'on voit rarement, ce qui m'obligerait, pour être très précis, à des distinctions que je n'ai pu faire dans ce résumé. Mais quelles que soient les causes d'erreur qui peuvent résulter de cette estimation un peu arbitraire, il n'en reste pas moins démontré que l'augmentation dans la portée de la vue pour reconnaître les personnes est beaucoup plus marquée que pour la lecture; car, tandis que la vue s'est allongée simplement du double sous ce dernier rapport, elle est devenue, en général, trois, quatre et même cinq fois plus longue sous le rapport des distances auxquelles les personnes peuvent être reconnues.

J'ajouterai que l'allongement de la vue est d'autant plus marqué que les malades regardent des objets plus éloignés : c'est surtout dans la facilité qu'ils ont acquise de distinguer les nuages, les arbres, les maisons, et en général les masses placées à de grandes distances qu'ils trouvent l'amélioration la plus sensible.

3° Je n'ai pu faire que peu d'observations sur les changemens que les myopes opérés ont obtenus sous le rapport des lunettes qui leur sont nécessaires, car plusieurs d'entre eux n'en portaient pas avant l'operation. Ceux qui en faisaient usage, et qui étaient seulement au nombre de trois, les ont quittées ou se servent de numéros plus faibles. Dans le premier cas se trouvent MM. Rieux et Dulac, qui portèrent, le premier, des verres n° 10, le second, des verres n° 9. Dans le second cas, M. Deyrialz qui, bien qu'il ait obtenu moins d'amélioration qu'aucun autre, a échangé les verres n° 5 1/2 contre des verres n° 9.

C'est sous le rapport de la disposition à la fatigue des yeux que les changemens ont été les plus marqués et les plus importans.

M. Paradis, qui ne pouvait lire plus d'un quart-d'heure sans que sa vue ne se troublât, a lu quatre jours après son opération et lit aujourd'hui pendant deux heures et demie au moins sans se fatiguer; il était obligé d'interrompre ses études au séminaire; il les poursuit actuellement sans obstacle.

M. Accary ne pouvait lire plus d'une demi-heure; il lit sans fatigue pendant plus de trois heures.

Louise Richerand, qui ne pouvait lire plus de deux pages de suite, en a lu quarante le quatrième jour après l'opération, et tandis que la rapidité avec laquelle sa vue se fatiguait ne lui permettait plus de continuer sa profession d'ouvrière en soie, elle peut aujourd'hui se livrer sans fatigue, et pendant toute la journée, aux travaux de sa profession. Cette malade a été vue, entre autres personnes, par M. Philipps.

M. Dulac, qui, après avoir vainement essayé tous les moyens ordinaires, avait été obligé de suspendre ses études du collége, peut lire et écrire pendant plusieurs heures, la nuit comme le jour, sans être fatigué.

M. Deyriatz ne pouvait pas lire, avant d'être opéré, deux ou trois lignes seulement sans que sa vue ne fût complètement troublée; il ne pouvait plus écrire, et après avoir vainement essayé des moyens internes et un repos de plusieurs mois, il se disposait à quitter le commerce. Depuis que je lui ai pratiqué son opération, il peut lire pendant une demi-heure, écrire pendant plus de deux heures sans se fatiguer, et il peut se livrer à ses affaires commerciales, en ayant soin seulement de ne pas faire des lectures prolongées.

Enfin, Eugénie Borel, dont je n'ai pas fait mention jusqu'ici, parce que sa vue avait la portée ordinaire, ne voyait que des brouillards lorsqu'elle avait tricoté ou fait de la couture pendant plus de dix minutes. A partir du quatrième jour après son opération, et pendant une semaine qu'elle est restée à l'hôpital, elle a pu se livrer pendant toute la journée à des travaux d'aiguille, sans que sa vue se fatiguât un seul instant.

Il est à remarquer que les malades que je viens de citer étaient les seuls entre mes opérés qui eussent de la disposition à la fatigue des yeux. L'opération leur a donc constamment réussi ; et à part M. Deyriatz, chez qui l'amélioration a été incomplète, tous ont éprouvé une guérison qui ne laisse rien à désirer.

Je ne saurais trop insister pour que les commissaires qui seront chargés d'examiner mon mémoire veuillent bien répéter la section du muscle petit oblique. Les cas d'application pourraient être difficiles à trouver si l'on cherchait des myopies simples, que des lunettes peuvent pallier. Mais comme ma méthode s'applique surtout et avec avantage à cette disposition de la vue, qui ne permet de suivre aucun travail de cabinet, qui oblige les personnes qui en sont affectées à abandonner toutes les professions qui exigent des lectures assidues, il ne sera pas difficile de trouver des malades disposés à se soumettre à des tentatives que justifient déjà les opérations nombreuses dont je fais connaître les résultats.

C'est par ces avantages dans les myopies avec disposition à la fatigue des yeux et au trouble de la vue que la section du muscle petit oblique s'introduira dans la pratique. Quand on aura bien constaté dans ces cas compliqués les guérisons remarquables qui en sont la conséquence, sous le rapport de l'allongement de la vue aussi bien que sous le rapport de l'aptitude qu'acquièrent les yeux de prolonger leurs fonctions, les personnes affectées de myopie simple n'hésiteront pas à s'y soumettre, et les cas où l'on pourra vérifier la justesse de mes assertions se trouveront sans aucune difficulté.

Commissaires : MM. Double, Roux et Breschet.

TERRE EMPLOYÉE EN CHINE COMME ALIMENT.

Dans l'analyse qu'il a faite de cette terre, M. Payen a trouvé 50 pour 100 de

silice, et une certaine quantité de magnésie et d'alumine. Elle contient aussi un peu de matière organique qui a une odeur aromatique remarquable et une saveur un peu poivrée: cette matière organique a fourni par l'analyse 2 millièmes d'azote. M. Payen pense que cette terre pourrait être utile comme engrais, et que, sous ce rapport, il y aurait de l'intérêt à étudier sa composition.

TRANSFORMATION DES PRÉPARATIONS MERCURIELLES AU MOMENT DE LEUR ABSORPTION.

M. Mialhe a cherché à résoudre cette question: A quel état les médicamens composés de substances métalliques pénètrent-ils dans l'économie? Dirigeant spécialement ses recherches sur les préparations de mercure, il a trouvé que, quel que soit le sel mercuriel qu'on administre, c'est toujours à l'état de sublimé corrosif qu'il se trouve en définitive absorbé. Le mercure métallique lui-même est alors transformé en bi-chlorure, toutes les fois qu'il est en contact avec de l'air et de l'eau salée.

Commissaires: MM. Magendie, Dumas et Pelouze.

COMPOSITION DU BAUME DE TOLU.

M. Deville, en expérimentant sur le baume de Tolu du commerce, a reconnu qu'il contient non seulement de l'acide benzoïque, mais aussi de l'éther benzoïque, produit dû à la combinaison de l'acide benzoïque et de l'alcool. Il a également trouvé dans ce baume un hydrogène carboné nouveau qui a pour formule, 20 de carbone et 16 d'hydrogène.

Commissaires: MM. Thénard, Chevreul et Dumas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 31 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle comprend une lettre ministérielle avec envoi d'un mémoire de M. le docteur Valot de Vesoul sur une épidémie de fièvre typhoïde.

M. Souberbielle écrit à l'Académie qu'il a récemment pratiqué la taille par le haut appareil sur une femme âgée de 75 ans; l'extrême maigreur du sujet a rendu l'opération très difficile. Aujourd'hui, huitième jour, aucun accident n'est encore survenu.

REMÈDES SECRETS.

M. Hamel lit un rapport sur plusieurs remèdes secrets proposés pour le traitement des affections pulmonaires, pour la guérison des brûlures et sur la composition d'un café *stomachique de longue vie*. Les conclusions sont défavorables.

FRACTURE ET LUXATION DE L'AVANT-BRAS.

M. Larrey fait, au nom de M. Roux et au sien, un rapport sur une observation envoyée par M. Mazin. Il s'agit d'une plaie de l'avant-bras, compliquée de fracture du radius et du cubitus et de luxation du coude. Malgré la gravité des accidens on parvint à conserver le membre. M. Larrey conclut à ce que l'auteur soit prié de mettre sous les yeux de l'Académie le sujet de cette observation, afin qu'on puisse bien juger du résultat obtenu. — Adopté.

DÉSARTICULATION DE LA CUISSE FAITE AVEC SUCCÈS.

M. Larrey lit un rapport sur une observation communiquée par M. Textor. Le malade qui en fait le sujet était affecté d'un sphacèle de la jambe pour lequel on fit d'abord la désarticulation de ce membre dans le genou. Mais bientôt la gangrène s'étant emparée du moignon, M. Textor fut obligé d'amputer la cuisse elle-même dans l'articulation coxo-fémorale. L'artère crurale était obstruée par un caillot fibrineux; néanmoins on jugea prudent de la lier. Il ne survint aucun accident grave, et l'appétit fut promptement recouvré. Aujourd'hui, quatre mois après l'opération, la santé du malade est si bien rétablie qu'il se promène dans les cours de l'hôpital.

Les conclusions du rapport sont de renvoyer l'observation de M. Textor au comité de publication pour être insérée dans les Mémoires de l'Académie, et d'inscrire le nom de l'auteur sur la liste des membres correspondans. — Adopté.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉPOQUE DU DÉVELOPPEMENT DU CHORION DANS L'OEUF HUMAIN.

M. Virey: J'ai demandé la parole pour soutenir l'opinion émise par M. Blandin dans la dernière séance. La plupart des auteurs en Angleterre et en Allemagne admettent que l'œuf, au moment où il se détache de l'ovaire, ne possède pas de chorion; il n'est alors recouvert que par l'amnios et ne s'enveloppe du chorion que lorsqu'il arrive dans la trompe. Cette doctrine est appuyée par un grand nombre d'expériences faites sur les animaux, et qui se trouvent relatées dans le travail de M. Parry qui a paru en 1840 dans les Transactions philosophiques. Ceci est hors de doute et je m'étonne de voir nier en France un fait aussi généralement reçu à l'étranger. Il est donc bien évident que, si l'œuf tombe dans la cavité péritonéale en sortant de l'ovaire, il n'aura point de chorion.

M. Rochoux: Les anatomistes modernes ont avancé que, avant d'arriver à son organisation définitive, l'homme passe successivement par tous les types que présentent les animaux des classes inférieures. Mais la plus simple réflexion suffit pour détruire de telles hypothèses. On voit des pattes repousser aux écrevisses qui ont été mutilées: en conclurez-vous que la même chose arriverait chez l'homme? On ne peut non plus croire qu'une fois la conception opérée, de nouvelles parties viennent se surajouter à l'œuf humain. A partir du moment où il quitte l'ovaire, il existe tel qu'il sera plus tard, et, à part la membrane caduque, il contient, dès qu'il est formé, ses diverses enveloppes et tous ses moyens de nutrition.

M. Breschet: Je répondrai d'abord à M. Rochoux que rien ne peut éclairer l'embryogénie humaine plus que l'anatomie comparée. Si nous savons quelque chose sur cette matière, c'est aux dissections et aux expériences faites sur les animaux que nous le devons. Jamais les Allemands n'ont dit, comme on le leur attribue, que l'homme passe successivement par tous les degrés de l'animalité: il y a trop de sens, trop de raison, trop de science en Allemagne pour qu'on y ait avancé une chose qui véritablement est absurde. Ce qu'on a dit c'est qu'il y a dans le développement du fœtus des dispositions qui rappellent des organisations inférieures dans l'échelle zoologique. Ainsi on a trouvé des ouvertures sur les parties latérales du cou de l'embryon, et on les a assimilées aux orifices des branchies; mais on n'a jamais voulu dire par là que l'homme fût un poisson.

Je ferai maintenant observer à M. Virey que la détermination des enveloppes qui recouvrent l'œuf quand il sort de l'ovaire est une question encore en litige. Ce qui est bien positif c'est que, au bout de quelque temps, on reconnaît dans l'œuf des enveloppes dont on n'avait pu dès l'abord parvenir à préciser aussi bien le nombre et la nature. Ce point demande donc encore de nouvelles dissections.

M. Virey: Il y a des faits qui démontrent que le chorion ne se développe que quand l'œuf est dans la trompe, et alors il apparaît sous forme de granulations et de villosités.

M. Villeneuve dit quelques mots sur l'influence que les causes de l'ordre moral peuvent exercer sur la production des grossesses extrà-utérines.

M. Rochoux: De quelque part que vienne l'erreur, elle n'en a pas moins été commise. Que ce soient les Français ou les Allemands qui aient les premiers comparé le fœtus humain à un poisson, toujours est-il que c'est là une absurde rêverie. Maintenant on reconnaît qu'on a été trop loin et on vient venir à résipiscence; je ne m'y oppose pas. Quant aux services qu'a rendus l'anatomie comparée, je ne regarde cette science que comme un aide, précieux, à la vérité, mais dont l'importance est tout à fait secondaire.

M. Blandin: C'est moi qui ai amené cette discussion, en avançant dans la dernière séance que l'œuf est dépourvu de chorion dans les grossesses abdominales; je dois donc chercher aujourd'hui à motiver mon opinion. Et d'abord ce n'est pas à proprement parler une discussion; il s'agit seulement de recherches d'embryogénie, et tout le monde conviendra qu'il est bien difficile, au sein d'une académie, de les pousser aussi loin qu'il le faudrait pour arriver à la vérité. Tout se réduit à savoir quelle est la composition de l'œuf au moment où il se détache de l'ovaire, mais la ténuité des objets rend cette question extrêmement difficile. Je peux toutefois assurer que jamais on n'a assimilé sérieusement le fœtus humain à un poisson. Cette comparaison n'a été faite que d'une manière figurée. On m'a aussi opposé ce principe, savoir: que l'œuf a, dès sa sortie de l'ovaire, la même composition, les mêmes enveloppes qu'il présentera plus tard; mais évidemment c'est une erreur, car à cette époque il n'y a ni placenta, ni membrane caduque: ces parties sont donc de formation secondaire; et pourquoi n'en serait-il pas de même du chorion? On me dit encore: il existe dans le principe un placenta et un cordon, donc il y a aussi un chorion à cette même époque. Mais c'est justement là la question en litige; puis le placenta ne se développe pas primitivement; si donc vous assignez au chorion la même époque de formation qu'au placenta, cet argument ne prouverait en aucune manière que le chorion existe dès le début. Enfin, toutes les fois que j'ai observé la vésicule ombilicale, je l'ai trouvée placée entre le chorion et l'amnios. Cette situation est très difficile à comprendre, si l'on admet le chorion existant en premier lieu. Pour moi, voici comment je l'explique: la vésicule ombilicale entraînant avec elle le germe qui s'est greffé à sa surface passe dans la trompe. Le point important serait de déterminer la composition de ce germe. Eh bien! je prétends qu'il est uniquement constitué par l'ovule et l'amnios. Un peu plus tard, le germe étant parvenu dans la trompe, on voit apparaître le placenta, et l'œuf s'enveloppe alors d'une seconde membrane (le chorion) qui se trouve par conséquent naturellement placée en dehors de la vésicule ombilicale.

En définitive, l'analogie de ce qui se passe chez les oiseaux, et certains faits d'embryogénie, sont très favorables à mon système. Je ne le propose pas néanmoins comme tout à fait certain, car je n'ai pas la prétention de savoir déterminer beaucoup mieux que mes antagonistes la composition de l'œuf dès le moment de son origine, mais je dis qu'elle est entourée de considérations nombreuses et assez puissantes pour avoir un haut degré de vraisemblance.

M. Breschet: Un membre de l'Académie m'a présenté dernièrement un œuf de poule très volumineux. En l'ouvrant, nous vîmes qu'il contenait un second œuf. Voici comment on peut concevoir la production des anomalies de ce genre: on sait que le vitellus, en descendant dans l'oviducte, s'enveloppe peu à peu des membranes de l'albumen, et l'on comprend très bien que si, par suite d'une cause perturbatrice quelconque, cet œuf vient à remonter dans l'ovidecte, il pourra se recouvrir d'un nouvel albumen, et ne passer qu'ensuite dans le cloaque où il s'encroûte de sels calcaires. C'est de la même manière que s'expliquent les monstruosités qui résultent de la pénétration réciproque de deux œufs. Pendant que je faisais des expériences avec Dupuytren, je me rappelle très bien qu'un équarrisseur, nommé Dussaussoy, nous dit, en nous montrant une certaine poule, que tous ses œufs avaient deux jaunes, et nous trouvâmes en les ouvrant

qu'il avait dit vrai; cela tenait probablement à ce que l'animal était bien nourri, et que ses fonctions se faisant avec rapidité, plusieurs vitellus descendaient simultanément dans l'ovidnete.

M. Moreau : Je dois commencer par dire qu'il s'agit d'un point d'embryogénie fort difficile, et que probablement la discussion actuelle sera sans résultat. Quoi qu'il en soit, je serai obligé, pour me faire bien saisir, de reprendre les choses *ab ovo*. (On rit.) Eh bien! je dirai franchement que je n'ai pu comprendre les idées de M. Blandin. Ainsi, tout le monde admet que le produit fourni par la femelle dans l'acte de la conception se compose uniquement de la vésicule de Graaf, formée elle-même de deux membranes séparées par un liquide séreux. On sait bien que, dans l'espèce humaine, il s'ajoute consécutivement à ces deux membranes une troisième enveloppe, la caduque; mais ce n'est là, pour ainsi dire, qu'une barrière destinée à empêcher l'œuf de tomber hors de la cavité utérine, une sorte de bandelette agglutinative qui le maintient accolé contre la surface interne de l'utérus. Mais l'agent exclusif du greffement de l'œuf sur l'utérus, c'est le chorion, et je demande à M. Blandin comment il pourrait se rendre raison de ce phénomène sans la présence du chorion? J'ai disséqué des ovules de quinze et dix-huit jours de conception, et j'ai toujours trouvé l'amnios et le chorion séparés par un intervalle; or, comment expliquerait-on cette séparation dans l'hypothèse de M. Blandin?

M. Velpeau : Il me semble que la question, telle qu'elle nous occupe maintenant, se compose de deux élémens bien distincts, de deux questions indépendantes l'une de l'autre. On prétend en effet d'abord que, dans les grossesses extra-utérines abdominales, il n'y a point de chorion; puis, que le chorion ne se forme que dans le passage de l'œuf à travers la trompe. Eh bien! le raisonnement n'est pas favorable à la doctrine qu'on veut aujourd'hui faire prévaloir, car toutes les notions admises et les expériences si nombreuses qui ont été faites sur ce sujet empêchent qu'on y ajoute foi. Et, quant à l'observation, elle a aussi parlé elle, mais dans un sens tout à fait différent de celui que suppose M. Blandin. On a trouvé le chorion dans beaucoup de grossesses extra-utérines, et les cas de ce genre se présentent assez fréquemment pour que le résultat de l'expérience sur ce sujet doive ici faire loi. Qu'oppose à tout cela M. Blandin? Deux observations où il dit n'avoir pas rencontré de chorion; mais, en les supposant même parfaitement authentiques, ce sont là des faits négatifs, et, comme tels, ils n'ont pas le pouvoir d'infirmer les faits positifs qu'on leur oppose, et dont j'ai vu deux exemples, sans compter ceux que M. Dezeimeris a relatés dans son mémoire.

M. Virey : Il a été bien établi que, lorsque l'œuf sort de l'ovaire, le chorion n'existe pas, et qu'il ne se développe que plus tard, lors de son passage à travers la trompe, ou de son arrivée dans l'utérus. Par conséquent, si l'œuf tombe dans le péritoine, comme cela arrive dans les grossesses abdominales, il ne peut se développer, privé qu'il est de ses moyens de nutrition.

M. Blandin : Vraisemblablement M. Moreau n'a pas bien saisi l'explication que je donne des phénomènes. En effet, il dit que dès que l'embryon arrive dans la matrice, on le trouve enveloppé de l'amnios et du chorion. Mais je n'ai jamais parlé de ce qui a lieu ni de ce qu'on observe quand l'œuf est dans la matrice; je n'ai pas même prononcé le mot de matrice. M. Moreau m'oppose encore que ma théorie ne pourrait expliquer l'espace qui existe entre le chorion et l'amnios; ce n'est pas là, il l'avouera lui-même, une objection bien formidable. Comment, dit-il encore, comprenez-vous que l'œuf puisse se greffer s'il n'y a pas de chorion? Mais c'est au moyen de la caduque que s'opère ce greffement, et le chorion n'y prend pas une part active. Passons maintenant aux difficultés que soulève M. Velpeau. Il dit avoir toujours trouvé un chorion dans les grossesses extra-utérines, mais ce n'etait pas là sans doute le chorion avec tous ses caractères; c'était, en quelque sorte, un faux chorion; et il ne serait pas plus permis de le prendre pour la membrane à l'état normal, que d'appeler caduque véritable la membrane qui se développe sur le péritoine et qui sert au greffement de l'œuf dans les grossesses extra-utérines abdominales. M. Velpeau m'allègue enfin les cas où on a trouvé le chorion parmi les enveloppes, dans la grossesse extra-utérine, et notamment les faits de M. Dezeimeris. M. Dezeimeris, dans ses observations, dit seulement d'une manière générale que le fœtus a été trouvé entouré de ses membranes. Cela ne prouve rien dans la question; mais pouvait-on raisonnablement exiger plus de détails d'un auteur dont l'attention n'avait pas été spécialement dirigée sur ce point?

J'ai annoncé avoir deux fois cherché inutilement le chorion dans des cas de grossesse extra-utérine; voici quelques détails sur ces observations. Dans la première, il s'agit d'une grossesse très ancienne; j'ai vu distinctement l'amnios, mais je n'ai pu reconnaître le chorion. Dans la seconde, la grossesse ne datait que de quinze mois: autour du fœtus mort depuis longtems et entouré d'une couche de méconium existait l'amnios; puis en dehors il y avait un kyste qui, pour quelques personnes peut-être, sera le chorion; mais je déclare qu'à mes yeux il ne mérite pas ce nom, puisqu'il n'avait aucun des caractères normaux de cette membrane, tandis que ceux de l'amnios étaient restés suffisamment distincts pour permettre de le reconnaître avec certitude. Je termine en faisant observer que personne n'a répondu à l'objection que je tire contre l'ancienne théorie, de la situation qu'occupe la vésicule ombilicale, et de l'impossibilité de comprendre ce fait autrement qu'en admettant mes idées.

M. Gerdy : M. Blandin dit que M. Dezeimeris n'a parlé que d'une manière vague de l'état des enveloppes dans les grossesses extra-utérines; j'ai vu, au contraire, dans son mémoire, que tous les observateurs, et des observateurs quelquefois aussi savans qu'attentifs, affirment avoir trouvé dans ces cas le chorion aussi souvent qu'ils l'ont cherché. Il ne peut, bien entendu, être question des cas dans lesquels la composition de l'œuf avait été altérée par une sorte de putréfaction ou par l'inflammation éliminatoire. Des deux observations que vient de nous rappeler M. Blandin, l'une a rapport à une grossesse trop ancienne pour qu'on en puisse rien conclure. Dans la seconde, M. Blandin dit qu'il a trouvé un kyste; mais pourquoi ce prétendu kyste ne serait-il pas le chorion lui-même, ou un véritable kyste, à la surface interne duquel cette membrane se serait accolée? J'aurais désiré que M. Blandin nous eût appris s'il y avait, dans ce cas, un placenta, quelle était sa disposition, et surtout comment il se terminait à sa circonférence.

M. Velpeau : D'après le peu de mots qu'a dits M. Blandin sur les faits de ses observations, il est évident qu'il s'agissait là d'œufs dénaturés, et que, par conséquent, il n'y a aucune conclusion à tirer du résultat de dissections nécessairement aussi imparfaites que celles-ci. M. Blandin prétend que personne n'a répondu à l'objection qu'il fonde sur l'impossibilité d'expliquer autrement que d'après ses idées la situation de la vésicule ombilicale entre le chorion et l'amnios. Je ne puis, pour ma part, accepter ce reproche: rien n'est plus aisé que de concevoir la position qu'occupe cette vésicule, en supposant que les deux membranes existent dès le principe; c'est là d'ailleurs une doctrine très ancienne et que tous les auteurs ont adoptée; et aucun des argumens de M. Blandin ne me semble de nature à l'infirmer, car le chorion est la membrane vasculaire, et sans lui on ne pourrait concevoir ni la nutrition, ni le développement du fœtus.

M. Blandin : Je commence par nier le fait que M. Velpeau nous donne pour une vérité démontrée. Non, il n'est pas prouvé que le chorion soit la membrane vasculaire du fœtus, et l'on peut très bien comprendre que le fœtus vive et se développe sans chorion. M. Velpeau nous dit encore: le chorion existe dès l'origine; c'est un fait incontesté. Mais rien ne me semble au contraire plus douteux, et M. Velpeau n'admet-il pas lui-même que le placenta est de formation secondaire? Pourquoi donc n'en serait-il pas de même du chorion? M. Gerdy a fait quelques objections plus sérieuses: il prétend d'abord que, dans ma seconde observation, le kyste que j'ai trouvé n'était autre chose que le chorion. Je suis vraiment embarrassé pour répondre à cet argument, car je ne puis en appeler, pour résoudre la question, qu'à mon habitude et à mon jugement personnels. J'ai regardé cette membrane comme un kyste, et je persiste dans mon opinion. Vous soutenez maintenant que c'est le chorion; eh bien oui! c'est le chorion si je me suis trompé; mais c'est un kyste, si je suis dans le vrai. Voilà tout ce que je puis répondre; car vous sentez combien ce genre de recherches est difficile: aussi vous pensez bien que ce n'est pas seulement sur deux faits que j'ai établi ma théorie. On me demande enfin des détails sur la situation et la composition du placenta dans mes deux observations. Je l'ai toujours trouvé, mais il n'avait pas ses caractères ordinaires. C'était une masse cellulo-vasculaire, de forme irrégulière, et qui, dans le second cas, était engagée dans l'épaisseur du kyste.

TUMEUR FIBREUSE RÉPONDANT AUX DEUX FACES DE L'OMOPLATE, EXTIRPÉE AVEC SUCCÈS.

M. Lisfranc présente un malade, âgé d'environ 30 ans, sur lequel il a récemment pratiqué une opération grave et difficile. Cet homme portait sur le scapulum du côté droit une tumeur à surface fort étendue, et formant un relief de 2 à 3 pouces d'élévation. M. Lisfranc, voulant l'extirper, fit d'abord une incision cruciale. Mais après avoir isolé en grande partie cette masse morbide, il s'aperçut qu'elle envoyait un prolongement considérable sous le scapulum; il fallut donc renverser l'os en le saisissant par son angle inférieur, et le faire basculer presque complètement sur lui-même de bas en haut. Une nouvelle difficulté se présenta alors, car la tumeur s'enfonçait jusque dans la région claviculaire où elle adhérait d'une manière très intime, et M. Lisfranc ne put achever l'extirpation qu'en tordant son pédicule et le pressant avec les doigts, en même temps qu'il tirait sur le corps de la tumeur. Elle était de nature fibreuse, et avait déterminé par sa présence une voussure considérable du scapulum. Le malade est aujourd'hui bien guéri et jouit de l'entière liberté des mouvemens de l'épaule.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE CHIRURGICALE SUR LA CURE RADICALE DU SPINA-BIFIDA, PAR L'ABLATION DE LA TUMEUR, TOUT EN ÉVITANT L'ACCÈS DE L'AIR DANS LE CANAL RACHIDIEN; par M. Tavignot.

Monsieur,

Par cela même qu'une affection s'est montrée jusqu'ici plus rebelle aux efforts des praticiens, ceux-ci n'en seraient pas moins coupables, si, convaincus *à priori* de l'impuissance de leur art, ils négligeaient l'étude des élémens propres à élucider la question thérapeutique encore en litige.

M. le docteur Dubourg, dont vous avez publié l'excellent travail dans un de vos derniers numéros (n° 31), me paraît donc avoir été heureusement inspiré en s'occupant d'un état pathologique, aujourd'hui encore si peu connu au point de vue du traitement qui lui convient. Vous en conviendrez, lorsqu'il s'agit d'une maladie regardée comme à peu près incurable; une méthode opératoire qui justifie sa nouveauté par des succès réels mérite au moins toute notre attention.

Il y a deux périodes tout à fait distinctes dans les tentatives faites par le docteur Dubourg, et je dois déclarer ici que s'il en était resté à la première, cet examen critique eût été superflu, car j'avais déjà, dans un autre travail (1), démontré les graves inconvéniens de la méthode qu'il mit d'abord en usage. Si l'on veut, en effet, analyser la première observation que renferme son mémoire, on ne tardera pas à voir que sur le jeune enfant, sujet de cette observation, et qui avait une énorme tumeur étendue de l'extrémité inférieure du tronc jusqu'aux talons, le docteur Dubourg mit en usage le procédé suivant : par une première ponction il vida partiellement la tumeur en retirant un litre de liquide environ, puis il étreignit, à l'aide de la suture entortillée, la base de la tumeur qui n'avait pas moins de 4 pouces d'étendue.

Or, cette méthode, comme en convient d'ailleurs l'auteur du mémoire, agit directement comme la ligature; peut-être par la présence même des aiguilles, est-elle encore plus nuisible. Quoiqu'il en soit, nous attachons une certaine valeur aux griefs que nous avons déjà formulés contre la ligature elle-même, pour ne pas leur donner ici une nouvelle publicité.

Dans le spina-bifida, en effet, les élémens constituans ne sont pas aussi simples qu'on pourrait le croire *à priori*; j'ai en effet constaté directement, mais après beaucoup d'anatomo-pathologistes, l'existence de cordons nerveux, de nombre et de volume variables, traversant la base ou le pédicule même de la tumeur, pour venir adhérer, d'une manière assez intime, à la face interne des parois de celle-ci; en venant se perdre ou se confondre dans les élémens anatomiques divers qui les constituent.

La ligature devrait donc nécessairement porter sur un certain nombre de nerfs et en opérer la désorganisation; mais on ne comprend pas dès lors toute la série d'accidens nerveux qui peuvent en être le résultat, eu égard surtout au voisinage de la moelle épinière.

Voilà pour les accidens réels auxquels la ligature met en butte; voyons maintenant si cette circonstance défavorable se trouve atténuée par la possibilité, dans quelques cas, d'une guérison prompte et réelle. Quel but veut-on atteindre en pratiquant la ligature de la tumeur? Un seul, l'adhésion par une lymphe plastique des parois correspondans de la face interne du collet; adhérence dont les séreuses sont susceptibles sous l'influence d'irritations en général assez légères; voyons si, dans l'hydro-rachis, cette adhérence première peut avoir lieu par le simple contact; évidemment non, puisque, dans ce cas particulier, tout contact des parois de la séreuse arachnoïdienne est rendu impossible par la présence seule des cordons nerveux.

Cependant, m'objectera-t-on, cet obstacle n'est pas invincible, car on peut espérer l'adhérence à l'aide de fausses membranes revêtant peu à peu les caractères de l'organisation; et d'ailleurs les troncs nerveux ne persistent pas toujours, la ligature finit par en opérer la section; ce fait est vrai, mais l'inflammation nécessaire pour cette cicatrisation par seconde intention sera de toute nécessité trop intense pour être locale et circonscrite; elle s'étendra aux méninges rachidiennes, et le malade guéri ou en voie de guérison de son spina-bifida ne tardera pas à succomber sous l'influence d'une cérachnitis.

La ligature, que l'on ne serrerait que médiocrement, de manière à ne pas produire ce résultat, serait impuissante dès-lors pour obtenir la séparation des cordons nerveux et de la tumeur elle-même; il faudrait encore avoir recours à une seconde opération.

Voilà quelle était ma profession de foi sur la valeur thérapeutique de la ligature dans le spina-bifida; depuis, mon opinion n'a pas en lieu d'être modifiée, et la première observation de M. Dubourg n'est pas non plus de nature à la faire changer.

L'auteur du mémoire rapporte ensuite deux autres faits qui établissent une méthode de traitement tout à fait différente de la première. M. Dubourg et moi, nous sommes parfaitement d'accord sur cette différence des deux méthodes; mais, pour arriver à ce résultat commun, nous nous sommes placés cependant à deux points de vue différens. Pour lui, en effet, l'ablation préalable de la tumeur, l'entrée de l'air et la sortie du fluide céphalo-rachidien sont le point fondamental qui les différencie; pour moi, au contraire, le caractère distinctif se tirera surtout de cette circonstance : que le mécanisme de la cicatrisation ne saurait être le même dans les deux cas; ce sont les tégumens que l'on met presque exclusivement en rapport à l'aide de la suture, dans le deuxième procédé, puisque les extrémités coupées des cordons nerveux rentrent dans le canal rachidien, ou du moins ne sont plus un obstacle à la réunion immédiate. Il y a plus, c'est que la partie la plus caractéristique de ce deuxième procédé, l'entrée de l'air et l'issue du liquide céphalo-rachidien, me paraissent une circonstance trop fâcheuse, une complication trop à redouter, pour que l'on ne doive pas chercher sérieusement à l'éviter. La guérison obtenue dans les deux cas rapportés dans le travail que nous examinons ne saurait être une raison péremptoire de ce que Quesney et beaucoup d'auteurs après lui ont démontré que les plaies du cerveau n'étaient pas constamment mortelles; de ce qu'il est établi aujourd'hui que les plaies pénétrantes de la poitrine, de l'abdomen, des articulations, etc., sont parfois suivies d'une prompte guérison, on n'en conclura jamais que ces mêmes lésions soient dépourvues de toute espèce de gravité.

Si donc on parvenait, par une modification bien simple de la méthode de M. Dubourg, à éviter l'entrée de l'air dans le canal, on rendrait plus générale encore son application; car elle devrait nécessairement fournir un nombre plus considérable d'heureux résultats. Par rapport au degré de gravité, il y aurait, entre sa méthode et le procédé que je propose, toute la différence qui existe entre les plaies simples non pénétrantes et les plaies pénétrantes des cavités séreuses.

Ce n'est pas vous du moins, Monsieur le rédacteur, qui nierez les avantages immenses des opérations pratiquées à l'abri du contact de l'air, puisque, pour établir mon procédé, je me fonde précisément sur des principes que, le premier, vous avez établis et systématisés; les ingénieux procédés que vous avez déjà imaginés pour le débridement sous-cutané des hernies, l'opération de l'empyème, l'ouverture des abcès chroniques, etc., etc., étaient trop beaux pour ne pas fixer aussitôt l'attention de tous les chirurgiens.

En proposant une modification, que je crois fondée et importante dans ses résultats, à la nouvelle méthode pour la cure radicale de l'hydro-rachis par l'ablation de la tumeur et la suture, je n'en conserve pas moins à cette méthode tous ses avantages réels. Voici en quoi consiste cette modification : de deux choses l'une, ou la tumeur est d'un volume peu considérable, son pédicule lui-même est nettement circonscrit, et il est très facile de mettre en rapport les deux faces internes de ses parois, à l'aide d'une pression modérée exercée sur lui en deux sens différens; ou bien le volume trop considérable qu'elle présente rend ce contact à peu près impossible; dans ce dernier cas, il sera convenable de la vider préalablement avec un trocart *particulier* propre à éviter l'entrée de l'air. Elle devient dès-lors analogue à celle de notre première catégorie, et peut être soumise au même mode de traitement. Ce traitement consiste : 1° à faire fixer la tumeur par un aide, qui, en même temps, exercera sur elle une traction modérée d'arrière en avant; 2° à étreindre d'une manière convenable le point du pédicule le plus rapproché possible de l'hiatus osseux, à l'aide d'un instrument assez analogue à une pince à anneaux, mais en différant cependant notablement par la longueur plus grande de ses branches, et leur épaisseur bien moins considérable; de telle sorte que cet instrument ait la plus grande analogie avec des ciseaux ordinaires qui, au lien d'être tranchans, seraient tout à fait mousses; cet instrument n'est pas d'ailleurs tellement indispensable que le génie du chirurgien ne puisse s'en passer à la rigueur, et remplir la même indication en mettant en usage des moyens différens, mais analogues par leur action; 3° à l'aide de ciseaux droits ou d'un simple bistouri, on procédera à l'ablation de la tumeur, en pratiquant une incision *paralèle* au côté externe de l'instrument compressif, et située à 1 centimètre seulement en dehors de lui. Il reste, on le voit, une petite bordure de tégumens, qui va nous servir à pratiquer la suture entortillée.

On traverse la portion de peau la plus rapprochée du point comprimé, en ayant soin, autant que possible, de ne comprendre qu'elle; la section préalable, à l'aide de ciseaux courbes, aura bientôt fait justice de tout ce qui pourrait mettre obstacle à la juxta position et à la réunion immédiate de la solution de continuité; et une fois l'instrument compressif enlevé, les choses sont exactement dans le même état où elles se trouvent après l'application pure et simple de la méthode du docteur Dubourg; mais on a cet avantage immense, je crois, pour la généralisation de la méthode, c'est qu'on aura pu éviter l'entrée de l'air dans le canal rachidien. Aussi une seule chose me surprend et m'étonne, c'est qu'au lieu de chercher l'occasion d'enfreindre le *veto* des auteurs classiques, M. Dubourg ne se soit pas appliqué plutôt à mettre son procédé en rapport avec leurs idées, trop bien établies aujourd'hui pour être complètement fausses. Cependant, si sa méthode, ainsi modifiée, doit fournir plus tard de nombreux succès, il faudra bien lui tenir compte de ses premières tentatives, car la perfection est quelque chose qu'il est difficile d'atteindre de prime abord, et celui qui crée mérite toujours mieux de la science que celui qui ne fait que la perfectionner.

Agréez, etc.

---

(1) De la ligature comme méthode curative de l'hydro-rachis. Dans l'*Esculape*, n° 6, 14 mars 1841.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DIE HEIQUELLEN DES KOENIGREICHS WÜRTEMBERG, DER HOHENZOLLERNSCHEN FÜRSTENTHÜMER, DES GROSHERZOGTHUMS BADEN, DES ELSASS UND DES WASGAU. (SUR LES EAUX MINÉRALES DU WÜRTEMBERG, DES PRINCIPAUTÉS DE HOHENZOLLERN, DU GRAND DUCHÉ DE BADE, DE L'ALSACE ET DES VOSGES); par le docteur HEYFELDER. Stuttgard, 1840 et 1841.

Après un travail remarquable sur les eaux minérales d'Ems, de Wiesbaden, etc. (GAZ. MÉD., pag. 415, 1835), M. Heyfelder vient de publier successivement deux monographies aussi concises et en même temps aussi complètes qu'on peut le désirer sur les nombreux bains qui se trouvent dans le royaume de Wurtemberg, dans le grand duché de Bade, l'Alsace et les Vosges. Ces deux ouvrages, faits par un homme de talent, qui s'est occupé d'une manière spéciale des eaux minérales depuis plusieurs années, sont surtout très importans pour les praticiens de l'Est et du Nord de la France, qui sont tous les jours consultés par leurs malades sur les avantages de tel ou tel autre bain, qui souvent ne leur est connu que de nom. En parcourant ces deux monographies, dont nous voudrions bientôt voir une traduction française, on est étonné de voir le grand nombre de sources qui jaillissent dans les différens vallons des Vosges et de la forêt Noire.

L'ordre que l'auteur a adopté est avant tout éminemment pratique; il divise les sources en thermales, acides, ferrugineuses, sulfureuses et salines; il n'oublie pas quelques autres eaux froides en réputation dont la composition chimique n'est pas suffisamment connue. Avant d'entrer dans des détails sur chaque bain en particulier, l'auteur donne, avec sa verve ordinaire, la description du pays, fait connaître sa géologie en s'arrêtant plus particulièrement sur l'analogie des terrains d'où sortent les sources ayant les mêmes propriétés. Une notice bibliographique fait voir d'un seul coup-d'œil les principaux ouvrages à consulter; les auteurs moins importans sont cités à la suite de chaque bain en particulier. Un chapitre spécial est consacré à des réflexions sur la manière de faire usage des eaux en général, sur les avantages qu'il est possible d'en retirer lorsqu'elles sont prises à propos et sur l'abus qu'on peut en faire. A cette occasion, M. Heyfelder lance quelques pointes aux auteurs qui prônent outre mesure leurs nayades, et donne quelques détails sur les exigences pécuniaires de toute nature que demandent la fréquentation des établissemens de bains; il rappelle aussi que la durée du séjour dans ces bains ne peut pas être arbitrairement limitée et qu'il existe des cas où les malades doivent être traités par les eaux minérales, même en hiver, lorsque les établissemens sont convenablement exposés et garantis des vents trop rudes et du froid trop intense. Il reproduit très souvent cette idée dans le cours de ses deux ouvrages et insiste aussi sur les établissemens où l'on prépare le petit lait, qui commencent à être très répandus en Allemagne.

Le royaume de Wurtemberg et les principautés de Hohenzollern comptent plus de soixante établissemens de bains, la plupart très fréquentés par les habitans du pays et ceux des contrées limitrophes; mais ils sont peu connus à l'étranger et surtout en France. Un grand nombre d'entre eux méritent cependant une attention toute particulière. Deux de ces bains ont des sources thermales; dans 17 les eaux sont acidules ferrugineuses, 26 sulfureuses froides, 3 ferrugineuses pures, 10 salines. Les autres sont sans propriétés chimiques très prononcées, mais également efficaces dans plusieurs maladies et jouissant d'une certaine vogue dans le pays.

Les eaux de Wildbad sont chaudes (27 à 30° Réaumur), celles de Lahenzell sont tièdes (17 1/2 à 19 1/2° Réaumur); les unes et les autres contiennent des sels neutres, principalement du nitrate de chaux.

Parmi les sources acidules ferrugineuses, il faut surtout distinguer celles d'Imnau, Niedernau, Canstatt et Teinach; des eaux sulfureuses froides, quatre surtout, méritent une attention toute particulière : Boll, Reutlingen, Sebastiansweiler et Hechingen.

D'après les analyses de M. le professeur Sigwart, de Tubingue, les sources qui se trouvent à Imnau sont très riches en acide carbonique; elles varient quant à leur quantité de fer. Ces eaux, qui sont prises en boissons et en bains, sont aussi efficaces que celles de Pyrmont, de Spa et de Schwalbach, qui renferment même moins d'acide carbonique. M. Heyfelder, qui est inspecteur des eaux d'Imnau, s'y arrête plus longtemps.

Dans le courant de l'année dernière, la plupart de ces eaux minérales ont été analysées par des chimistes distingués, parmi lesquels nous citerons principalement MM. Degen, Ch. Gmelin et Sigwart.

Dans les Vosges, l'Alsace et le grand duché de Bade, il y a quatorze bains d'eaux thermales, dont 5 chaudes et 9 tièdes. Parmi les chaudes, toutes en réputation, 4 sont dans les Vosges (Bourbonne-les-Bains, Luxeuil, Plombières et Bains), et une dans le grand duché de Bade (Baden-Baden). L'Alsace ne compte qu'une source d'eau tiède, encore est-elle à peine fréquentée (Chatenois); dans le Brisgaut est surtout connu Badenweiler, où se trouvent des bains romains.

Passant ensuite aux eaux acidules gazeuses, M. Heyfelder place en première ligne Rippoldsau et les jolis petits bains de la vallée de la Reuch (Griesbach, Petersthal, Freiersbach et Antogast); tous, mais surtout Rippoldsau, qui est aujourd'hui fréquentée par la plus belle société, sont situés dans des vallons très pittoresques. Leurs eaux sont très riches en acide carbonique; celles de Bussang ne sont connues que par l'expédition qu'on en fait au dehors, elles ont le grand avantage de ne pas contenir de sulfate de chaux, et renferment beaucoup de fer. Soultzmatt et Sultzbach, en Alsace, semblent se relever de l'abandon où ils étaient tombés. Des 15 bains dits ferrugineux sans acide carbonique, il n'y a guère que la source d'acier à Baden Baden qui soit bien fréquentée. Parmi les 4 eaux sulfureuses, Laugenbrücken (grand duché de Bade) seul jouit d'une certaine vogue. On compte 18 bains salins, dont Niederbronn, dans la Basse-Alsace, a une grande réputation pour ses vertus purgatives; et Contrexeville (Vosges) est renommé contre les affections calculeuses.

SOURCES MINÉRALES DE KISSINGEN, DANS LE ROYAUME DE BAVIÈRE; décrites par le docteur WENDT, professeur à la Faculté de médecine de Breslau. — Kissingen, 1839, 200 pages in-8.

KISSINGEN, SES EAUX MINÉRALES ET SES BAINS; par le docteur BALLING, médecin aux eaux de Kissingen: — Francfort-sur-le-Mein, 1839, 180 pages in-12.

Ces deux ouvrages, publiés en même temps, sur le même sujet et presque d'un commun accord entre les deux auteurs, ne sont point destinés à une rivalité mutuelle et nuisible. Le premier est écrit par un professeur de l'Université de Breslau, qui, par ce travail, cherche à acquitter une dette contractée envers les eaux de Kissingen, auxquelles il dut le rétablissement de sa santé en 1836. Le second est spécialement destiné aux personnes qui affluent à Kissingen, et dont le nombre va croissant d'une manière considérable chaque année. Nous allons puiser dans ces deux ouvrages, qui tous deux sont écrits en français, les matériaux d'une courte notice sur ces eaux et leurs propriétés.

Les eaux de Kissingen, à peine fréquentées au commencement de ce siècle, ont vu augmenter rapidement chaque année le nombre de leurs visiteurs, et dans la proportion suivante :

En	1814.	173 baigneurs.
	1824.	544
	1834.	1895
	1838.	2850

Les eaux de Kissengen, qui sont fournies par plusieurs sources, sont salines et acidulées; l'une d'elles mêmes fournit une si grande quantité de gaz acide carbonique qu'il en résulte huit ou dix fois par jour un abaissement ou plutôt un flux et un reflux de 12 à 16 pieds d'élévation et accompagné de bruits analogues à des coups de canon. La quantité de muriate de soude contenu dans une de ces sources est si considérable qu'elle est exploitée avec avantage pour la production du sel de cuisine, ainsi que plusieurs autres sources salées qui se trouvent dans la vallée de la Saale franconnaise. Outre les sels de soude, de potasse, de magnésie que contiennent en si grande quantité les eaux de Kissengen, on y trouve encore du fer, de l'iode et du brome qui paraissent jouer un rôle important dans les propriétés thérapeutiques de ces eaux, lesquelles, à l'exception de la température, peuvent être comparées à celles de Carlsbad. Les principales affections contre lesquelles les eaux de Kissengen ont eu le

plus de succès sont les affections cutanées, arthrétiques, catarrhales, toutes celles qui se lient à cet état de pléthore particulière que les médecins allemands désignent sous le nom de vénosité, différentes formes de l'hystérie, plusieurs affections chroniques des organes internes, du foie, de la rate, du pancréas, quelques affections gastriques, les convalescences difficiles, et enfin toutes les maladies qui se lient à un état de faiblesse de l'organisme, les scrofules, la chlorose.

Les différentes sources de Kissingen sont loin de convenir également dans toutes ces affections, et les auteurs entrent sur ce point dans des détails qui ne laissent aucun doute sur l'efficacité réelle de ces eaux, dont quelques-unes mêmes, telles que le Rogoczy et le Pandur, exigent de grandes précautions. Ils donnent encore, sur les moyens d'arriver à Kissingen, sur la manière de s'y loger, d'y vivre, sur les dépenses qui y sont nécessaires et sur celles qui ne sont qu'accessoires, tous les renseignements qu'on peut désirer sur ces points, qui ont bien aussi leur importance, et qui complètent ce que doit savoir, et le médecin qui conseille l'usage des eaux minérales, et le malade qui est appelé à les prendre.

GUIDE PRATIQUE POUR L'ÉTUDE ET LE TRAITEMENT DES MALADIES SYPHILITIQUES; par M. DUCROS, D. M. P. — Un vol. in-18. Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires.

Ce qu'on va chercher en général dans un ouvrage de ce genre ce n'est ni de l'érudition, ni de la discussion théorique. On ne demande point à l'auteur de juger entre les doctrines opposées, mais de donner des règles de pratique qui soient immédiatement applicables. Ce caractère inhérent à tout manuel, M. Ducros a su l'imprimer à son livre qui est effectivement plutôt un *vade mecum* du médecin praticien, qu'un document pour le savant curieux d'hypothèses. Le plan est fort simple et tel qu'il convenait à un semblable ouvrage. Les divers accidens de la maladie vénérienne sont tour à tour passés en revue, et un tableau succinct, mais fidèle, apprend à les reconnaître dans leur symptomatologie, à les apprécier dans leurs causes prochaines ou éloignées, à les détruire dans leur existence actuelle ainsi que dans leurs suites éloignées.

Malgré la facilité de cette marche toute naturelle, l'ouvrage aurait sans doute acquis un degré de clarté de plus, si l'auteur avait exposé d'abord la différence fondamentale qui sépare les affections *vénériennes* (non virulentes) de celles qui sont *syphilitiques*, (causées par un virus). Cette distinction, bien spécifiée par M. Ricord, domine toute la question, et, nous n'hésitons pas à le dire, un traité des maladies de ce genre ne peut être bon, ne peut être intelligible même, qu'à la condition qu'elle s'y trouve énoncée en tête. Ce n'est pas que l'intelligence du lecteur ne pût, à la rigueur, tracer une ligne de démarcation entre ces deux genres d'affection, mais il vaut mieux l'exprimer en toutes lettres, et c'est ce que nous serions en droit de reprocher à M. Ducros de n'avoir pas fait assez catégoriquement. Du reste, malgré l'extrême concision que lui imposait son cadre, il n'a rien omis d'essentiel dans ses descriptions, et la brièveté même n'est point un mal quand le but qu'on se propose n'est pas d'entrer dans les discussions de doctrine, mais d'arriver promptement au fait, à l'application thérapeutique.

Nous ne nous arrêterons point à signaler d'une manière particulière les chapitres qui ont été traités avec plus de détails, quoique nous en ayons remarqué quelques-uns où les questions sont posées d'une façon, sinon nouvelle, du moins intéressante par le nombre des réflexions toutes pratiques que l'auteur a su rattacher à un même sujet. On pourrait signaler parmi les plus dignes d'attention ceux où se trouve l'histoire des engorgements syphilitiques du testicule et celle des maladies consécutives du système osseux. Nous avons aussi noté comme fort complète la partie de l'ouvrage consacrée à l'exposition du traitement général de la syphilis. Trop souvent les auteurs gardent le silence à cet égard et se contentent de poser les indications ou les contre indications de ce traitement spécifique, sans prendre la peine de désigner les substances auxquelles on doit accorder la préférence, sous quelles formes il convient de les administrer, quelles sont les applications distinctes de chaque formule, ses avantages et ses inconvéniens particuliers et comment on peut reconnaître et traiter les accidens qui sont du fait, non de la maladie, mais du médicament lui-même. Ces conseils valent bien les discussions scientifiques sans doute, et beaucoup de lecteurs, après les avoir cherchés en vain dans les livres les plus complets d'ailleurs sous d'autres rapports, seront bien aises de les trouver dans le manuel de M. Ducros qui a consacré bon nombre de pages à cette partie positive et importante des études syphilographiques.

Nous avons jusqu'ici présenté cet ouvrage comme uniquement composé de préceptes pratiques; tel n'est pas cependant, absolument du moins, son mode de rédaction, et les principes théoriques tiennent dans certaines questions une trop large place pour que l'auteur ait pu se dispenser de toucher, chemin faisant, à ces points délicats. Eh bien! disons-le franchement, son choix entre les diverses opinions qui se partagent aujourd'hui le monde savant n'a pas toujours été heureux. C'est ainsi qu'il admet que le fluide d'une blennhorragie simple suffit pour produire un chancre par le contact, et comme corollaire, que la blennorragie peut être suivie d'accidens de syphilis constitutionnelle. Ce n'est point ici le lieu de soumettre à une discussion approfondie cette doctrine que M. Ricord a depuis longtemps renversée, et dont nous avons nous-mêmes fait ressortir, en différentes circonstances, le peu de solidité. Bornons-nous, en ce moment, à la juger par ses résultats, c'est-à-dire par les préceptes thérapeutiques qu'elle suggère, et pour cela, laissons parler M. Ducros. Après avoir avoué que le diagnostic entre un écoulement vénérien et un écoulement non vénérien est fort difficile, il se demande ce qu'on doit faire dans le doute. « Administrera-t-on, dit-il, un traitement anti-vénérien à tous ceux qui ont des écoulemens, ou bien faut-il ne l'employer que dans quelques cas? Sans doute il est bien désagréable de prendre de semblables médicamens quand on n'en a pas besoin; mais d'un autre côté, il l'est bien plus encore d'être affecté de symptômes consécutifs d'une maladie qu'on aurait pu guérir radicalement dès le principe.

» Dans tous les cas, pour se faire une règle de conduite, il faut avoir égard aux dispositions *morales* de l'individu et à la conduite qu'il observe. Si c'est un libertin adonné à toutes sortes de plaisirs, et qui n'attend que le moment de sa guérison pour se livrer à de nouvelles débauches, on doit s'en tenir alors aux simples boissons délayantes et au régime antiphlogistique; mais si l'individu est sage et honnête, d'une conduite régulière, si même il était dans l'intention de se marier bientôt, la prudence exige alors, pour prévenir une foule de maux, que l'on administre un traitement anti-vénérien général. » Voilà où peut conduire une théorie erronée! Oh! que nous aimons bien mieux ces simples paroles du vénérable Antoine Dubois lorsque, tourmenté dans ses consultations par les instances de malades inquiets sur leur avenir, quoiqu'ils n'eussent qu'une blennhorragie, il leur répondait seulement, jetant d'un mot les bases de la nouvelle doctrine: « Si tu as un chancre dans le canal, tu as la vérole; mais si tu n'as pas de chancre dans le canal, tu n'as pas la vérole. Va-t'en! »

VARIÉTÉS.

— M. Monneret, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a commencé le 1er août 1841, à l'hôpital de la Charité, des leçons cliniques qui auront lieu les lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures du matin. La visite des malades commencera à 6 heures du matin dans les salles de M. le professeur Andral.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 37. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 10 SEPTEMBRE 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

COURS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES FAIT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, PAR M. ANDRAL; compte-rendu par M. Monneret, agrégé près cette Faculté, médecin du bureau central.

(Sixième et dernier article. — Voir les numéros 51, 1840, 5, 9, 19 et 28, 1841.

Du sang dans les congestions et les hémorragies. — On a établi un grand nombre de divisions d'après la cause des hémorragies et la nature des symptômes dont elles s'accompagnent. C'est ainsi que les dénominations d'actives et de passives, appliquées aux hémorragies, ont été créées, en vue de désigner quelques groupes de symptômes, qui se manifestent dans certains cas. Je dirai plus loin de quelle manière il faut interpréter ces expressions, qui sont d'une entière exactitude quand on leur attribue leur véritable sens. Si l'on se place exclusivement au point de vue de la composition du sang, on peut établir les divisions suivantes : 1° il y a un certain nombre d'hémorragies et de congestions dans lesquelles le sang ne présente aucune espèce d'altération ; 2° dans d'autres cas, les globules seuls sont augmentés; la fibrine reste à l'état normal. L'altération, dans ce cas, résulte de la rupture de l'équilibre entre la fibrine et les globules. 3° Il peut arriver un autre cas, c'est celui où il y a diminution des globules : cette lésion n'a lieu que dans les cas où il existe un état prononcé d'anémie succédant à la pléthore. L'hémorragie, qui était alors un effet de l'augmentation des globules, devient cause de la diminution des globules. 4° La fibrine peut diminuer et les globules rester à l'état normal ou augmenter en même temps. Les effets de la diminution de la fibrine seront d'autant plus prononcés dans ce dernier cas que les globules augmentent davantage. Dans un cas de scarlatine, qui fut accompagnée d'apoplexie pulmonaire, la fibrine baissa à 2 pour 1000 parties

---

Feuilleton.

MAGNÉTISME ANIMAL.

Notre position à l'égard du magnétisme animal est connue. Depuis plusieurs années notre profession de foi scientifique n'a pas varié. Nous avons toujours soutenu et nous soutenons encore aujourd'hui ces trois choses : 1° qu'il n'existe aucune raison légitime, soit physiologique, soit métaphysique, soit logique, de nier *à priori* la *possibilité* des phénomènes dits somnambuliques, racontés par les magnétiseurs ; 2° que non seulement ces phénomènes ne peuvent pas être démontrés *impossibles à priori*; mais que leur possibilité et même (pour quelques-uns) leur probabilité peut être affirmée en vertu de leur analogie plus ou moins éloignée avec d'autres phénomènes physiologiques et pathologiques déjà constatés et universellement acceptés par la science ; 3° que toute la question sur ces phénomènes se réduit à une pure question de *fait*, question qui, comme toutes celles de la même nature et dans toutes les branches de la connaissance humaine, ne peut être résolue que par l'observation directe et l'expérience; mais en déclarant en même temps que jusqu'ici aucune de nos expériences personnelles ne nous autorisait à affirmer la réalité de tel ou tel de ces phénomènes.

Nous avons eu dernièrement, à propos du livre de MM. Dubois (d'Amiens) et Burdin, une nouvelle occasion de développer ces propositions, déjà plus d'une fois traitées à d'autres époques, et que nous tenons pour inébranlables; mais nous avons cru utile de les rappeler en tête des considérations particulières auxquelles certains faits récens nous ont conduit, et que nous allons exposer.

Nous ne savons pas encore au juste si ce *credo* magnétique nous place dans la catégorie des partisans du magnétisme ou dans celle de ses adversaires, et c'est ce qu'il importe peu de rechercher. Toutefois il nous semble que, toutes choses égales d'ailleurs, nous avons en général été mieux accueilli dans le camp des magnétiseurs que dans le camp opposé. Ce que nous avons à leur dire aujourd'hui n'est pas de nature, peut-être, à nous maintenir dans cette espèce de faveur.

Nous avons annoncé dans notre avant dernier numéro (feuilleton. — Lettre médicale), que nous avions été témoins, chez notre honorable confrère le docteur Frappart, de quelques expériences dites magnétiques et nous avons déclaré que ces expériences étaient *très intéressantes et très curieuses*. Cette assertion n'a contenté personne. On l'a trouvée ambiguë, et on a eu raison. Mais la nature des choses soumises à notre observation et l'ensemble des circonstances intrinsèques et extrinsèques des faits ne nous permettaient pas d'aller au-delà de ce jugement général. Nous allons aujourd'hui rendre notre assertion plus claire et plus explicite, en faisant connaître en quoi et en quel sens ces expériences peuvent exciter l'intérêt et la curiosité.

Les expériences dont il est question n'avaient pour objet que la constatation d'un seul et unique fait, savoir : la perception des objets extérieurs à travers des corps opaques, ou malgré l'occlusion complète des yeux. C'est ce seul phénomène qui a été examiné par nous ; c'est sur lui seul qu'a porté et que porte notre recherche. Le sujet auquel on attribue cette faculté est une jeune fille de

de sang, ce qui est peu de chose, mais les globules étaient montés en même temps à 133,5. Un cas assez rare est celui où la fibrine augmente; c'est ce qui a lieu dans l'hypérémie, qui mène à l'inflammation. Cette hypérémie porte en elle des conditions autres que celles d'un simple trouble de circulation. En elle sont déjà les élémens des futures terminaisons de l'inflammation, telles que la suppuration, l'ulcération, le ramollissement.

Les hémorragies et les congestions peuvent dépendre d'un simple état local ou d'un état général. Il faut chercher la cause des hémorragies locales dans le solide vivant; tantôt c'est un obstacle qui s'oppose à la libre circulation, en empêchant le retour du sang des branches vers les troncs, comme dans les maladies du cœur : tantôt elles sont produites par un stimulant local, comme dans le cas où un corps étranger pénètre dans la conjonctive; il y détermine une effusion de sang, à laquelle l'altération de composition de ce fluide reste entièrement étrangère. Je pense aussi que le stimulant de l'inflammation peut également produire l'hémorragie d'une manière entièrement mécanique, en portant obstacle au cours des liquides, ou en augmentant la rapidité de leur cours, ou d'une autre manière. Du reste, je dois prévenir qu'il n'est pas toujours facile de découvrir si une hémorragie est de cause locale ou de cause générale; souvent elle apparaît comme le simple résultat d'un état local, et une observation plus attentive finit par faire reconnaître qu'elle est liée à une altération du sang. Certaines hémorragies incoercibles ne peuvent s'arrêter sous la seule influence d'un traitement local; elles se reproduisent opiniâtrément, jusqu'à ce qu'on ait dirigé une active médication contre l'état général. Les hémorragies constitutionnelles donnent parfois le change et sont prises pour des accidens purement locaux jusqu'à ce que leur reproduction, en plusieurs points, ait prouvé que leur origine est bien différente : on peut en dire autant des congestions. On commettrait de graves erreurs si l'on cherchait à les combattre toutes par des moyens locaux : les unes, n'étant que l'effet d'une altération du sang, ne peuvent cesser que sous l'influence d'une médication générale; les autres doivent être attaquées par un traitement local, dirigé contre l'altération du solide qui leur a donné naissance. Ce n'est donc qu'à l'aide d'une connaissance approfondie des vraies causes des congestions que l'on peut arriver à établir une thérapeutique efficace, et si l'on trouve dans les ouvrages anciens et modernes tant d'hésitation, d'obscurités et d'erreurs, il faut les attribuer à ce qu'on a longtemps ignoré les altérations du sang, qui donnent lieu aux congestions et aux hémorragies et à ce que l'on était contraint de s'en tenir à l'observation des phénomènes extérieurs, qui ne peuvent donner qu'une idée inexacte, ou tout au moins incomplète, de la véritable nature de ces altérations.

La pléthore est une cause très commune d'hémorragie et de congestion; celles-ci se montrent aussi, mais plus rarement, dans l'anémie. Il y a augmentation de globules dans le premier cas et diminution dans le second. J'ai dit que les congestions et les hémorragies étaient rares dans la chlorose; cependant elles se montrent parfois dans cette maladie et dans tous les états morbides où il existe une atonie générale qui apporte une grande gêne dans la circulation et empêche le sang de traverser aisément les capillaires. On voit des femmes, dont les règles coulent trop abondamment chaque mois, pâles, faibles et anémiques, par suite d'un flux menstruel immodéré. L'observation apprend que, si l'on prodigue le fer, on rend des forces, on diminue ou l'on fait cesser les hémorragies. Ces cas offrent réunies deux sortes d'hémorragies, l'une active et l'autre passive. Au commencement, c'était la pléthore, ou, en d'autres termes, l'augmentation des globules qui causait l'hémorragie, ou du moins la rendait aussi abondante; bientôt celle-ci est devenue passive, et avec signe de faiblesse, lorsque la pléthore et l'augmentation de globules ont été remplacés par l'anémie et la diminution des globules. Voilà donc deux états tout à fait inverses, qui se succèdent et se produisent l'un l'autre. Avant que l'on connût bien le genre d'altération qu'éprouve le sang dans l'un et l'autre cas, il eût été difficile de déterminer le mode de production et la vraie cause de ces hémorragies. Je ne veux pas dire qu'elles ont échappé aux anciens; la division des hémorragies en active et en passive est là pour témoigner de leur immense talent d'observation, que quelques esprits étroits ne veulent accorder qu'aux auteurs modernes.

Les congestions et les hémorragies qui résultent de la diminution de la fibrine surviennent chez les individus dont le sang a une grande peine à se coaguler, et qui forme un caillot mou et non recouvert de couenne. Les propriétés physiques du sang sont, dans ce cas, en rapport avec celles que l'analyse chimique fait reconnaître. Les hémorragies qui procèdent d'une telle origine se montrent dans les pyrexies où la diminution de fibrine existe, dans la maladie de Vherloff, dans l'affection scorbutique, dans la fièvre typhoïde, et surtout dans les grands typhus épidémiques, dans la peste et la fièvre jaune...

Nous pouvons maintenant, avec les données qui précèdent, rechercher si les dénominations d'hémorragies actives et passives, employées dès les temps anciens, ont une véritable importance quand on se place au point de vue des altérations du sang. Les congestions et hémorragies actives peuvent être produites par un stimulus, sorte d'épine fixée dans les tissus; mais elles reconnaissent aussi pour cause une altération du sang, et celle-ci consiste en une augmentation des globules. La suractivité des fonctions, la vitalité de tous les tissus tiennent à l'accroissement des globules; aussi les sujets pléthoriques sont-ils exposés à des hémorragies que l'on a appelées actives. Les hémorragies et les congestions passives ont, comme les précédentes, leur point de départ dans les solides et dans le sang. Les congestions pulmonaires, qui se forment si fréquemment dans les derniers instans de la vie, à la suite des maladies qui amènent un affaiblissement graduel dans toute l'économie, ne se lient souvent qu'à la diminution des propriétés vitales des tissus. Il n'est donc pas étonnant que les liquides, et le sang en particulier, ne parcourent pas leurs canaux avec leur régularité ordinaire, et qu'ils finissent par s'épancher hors de leurs voies naturelles, ou par stagner dans les organes. Il faut distinguer avec soin ces congestions de celles qui, quoique également passives, sont déterminées par l'altération qu'a subie le sang : telles sont les congestions des fièvres graves. Les anciens, qui avaient fixé toute leur attention sur l'état du sang dans ces fièvres, ont désigné cette altération sous le nom d'état de dissolution du sang. Huxham est un des auteurs qui ont étudié ce sujet avec le plus de soin. Il ne sera pas sans intérêt de mettre sous les yeux du lecteur les recherches qu'a faites le médecin anglais et de leur comparer les études plus récentes dont les altérations du sang sont devenues l'objet. On y trouvera des vérités importantes mêlées à quelques erreurs.

Huxham commence l'étude des fièvres par l'histoire de la fièvre simple, qui est produite par la seule augmentation de l'action des solides sur les liquides, et de la réaction de ceux-ci sur les premiers. Il suppose trois

---

17 ans, dont le nom est assez célèbre dans les fastes du magnétisme, mademoiselle Prudence. Son magnétiseur est M. Laurent. M. le docteur Frappart n'a eu et, comme nous le croyons, n'a voulu avoir jusqu'à présent d'autre rôle que celui d'observateur et d'expérimentateur, rôle loyal et désintéressé dont il s'est chargé par simple zèle scientifique et par amour pour la vérité, et qu'il remplit en toute occurrence avec une bonne foi, un courage et un talent incontestables. Déjà, dans le courant des mois de mars et avril derniers, quelques séances avaient eu lieu dans le même but. Une foule de médecins, parmi lesquels on cite MM. Londe, Burdin, Tanchou, Requin, Gerdy, Douillet, Malgaigne, etc., etc., y assistèrent. Aucun de ces messieurs ne s'est expliqué, que nous sachions, publiquement sur ce qu'ils ont vu. Seulement, il paraîtrait que si les faits dont on les rendit témoins ne purent dissiper leurs doutes, ils suffirent pour leur interdire les objections. M. Frappart a raconté tout ce qui s'est fait alors dans une série de *lettres* écrites avec sa verve et son esprit ordinaires.

La somnambule ayant dû s'éloigner de Paris pendant quelque temps, les séances furent suspendues. Elles ont été reprises de nouveau au mois d'août, toujours chez M. Frappart, et c'est à ces dernières seulement que nous avons assisté. Elles n'ont duré que huit à dix jours, la somnambule et son magnétiseur étant repartis pour la province; mais on nous assure qu'elles doivent être recommencées en novembre prochain, époque où la question sera, dit-on, de nouveau présentée solennellement à la décision des corps savans.

L'unique fait à constater étant, disions-nous, la vision ou perception des objets malgré l'occlusion des yeux, ou, si l'on aime mieux, malgré l'interposition de corps opaques entre l'œil et les objets, le point essentiel de l'expérience consiste à empêcher, par un moyen quelconque, la lumière d'arriver à l'œil. Il semblerait au premier abord que rien ne soit plus aisé que d'obtenir ce résultat; mais l'histoire du magnétisme a montré qu'il n'y avait rien de si difficile au monde que de boucher hermétiquement deux yeux. Cette difficulté tient à ce que le mode d'occlusion a toujours dû jusqu'à présent, dans la plupart des expériences proposées, être assujéti à certaines conditions exigées par les magnétiseurs comme des conditions *sine qua non* de la production du phénomène, et dont l'observation stricte ne permet guère de varier les procédés et rend souvent très problématique l'effet du moyen adopté. Ainsi, pour ne parler que de mademoiselle Prudence, il faut, pour que le phénomène ait lieu, deux choses : 1° que le corps opaque interposé entre les objets et les yeux soit immédiatement appliqué sur les organes de la vue, l'épaisseur étant d'ailleurs, assure-t-on, indifférente. Tandis qu'une simple feuille de papier placée devant l'objet, à quelque distance de l'œil, supprime immédiatement la vision. Il faut 2° que le corps appliqué sur les deux yeux ne dépasse pas, en haut, les arcades sourcilières et la racine du nez de plus d'une ou deux lignes; parce que c'est par ces parties du front que la vision somnambulique est censée s'opérer. Quoi qu'il en soit de ces conditions, ou autres analogues, exigées de la plupart des somnambules clairvoyantes, et notamment de mademoiselle Pigeaire, et sans en vouloir tirer les conséquences que la moindre sagacité peut suggérer, nous dirons seulement qu'elles ont le grave inconvénient de rendre douteuse *à priori* l'efficacité des moyens qu'on emploie pour empêcher l'accès de la lumière, et, par suite, de jeter beaucoup de louche sur toute l'expérience. C'est là une des principales causes qui ont compromis et annulé toutes les enquêtes académi-

cas dans lesquels la cause agit de la manière indiquée. Le premier est celui où un sujet bien constitué se livre à un exercice violent ; il s'établit alors une réaction énergique du solide sur les liquides et réciproquement. Dans un second cas, la quantité des humeurs augmente comme chez un sujet dont le corps en sueur est exposé à un refroidissement subit. La nature, dans ce cas, travaille à expulser le trop plein des humeurs. Un troisième est celui d'un sujet qui boit une trop grande quantité de vin ou de boissons spiritueuses ; il se produit alors une fièvre simple, qui cède bientôt à l'abstinence et au repos. Mais quelquefois le sang est trop fortement agité, et des globules rouges pénètrent dans des vaisseaux, qui ne les reçoivent pas habituellement. De là les obstructions si fréquentes dans les fièvres. Le traitement qui paraît à Huxham mériter la préférence sur tout autre est la saignée, « qui, en diminuant la quantité des globules rouges, affaiblit la force motrice. » Cette idée, que la saignée diminue les globules, est parfaitement exacte, et il est curieux de voir que les analyses récentes du sang sont en parfait accord avec les prévisions de Huxham ; je dis prévisions, car le médecin anglais, ne pouvant faire reposer son opinion sur des analyses, avait été conduit à émettre son opinion d'après des vues purement théoriques. J'ai déjà dit plusieurs fois que dans la pléthore il y avait augmentation des globules, et que la saignée est le meilleur remède contre cet état du sang, puisqu'elle agit sur les globules, qu'elle diminue, et ce n'est que très tard qu'elle peut atteindre la fibrine. A l'époque où Huxham écrivait, les analyses du sang étaient très imparfaites et la véritable composition de ce liquide encore peu connue ; mais, par contre, on s'occupait beaucoup de l'examen microscopique des fluides, et tous les esprits étaient frappés de la découverte des globules que venait de faire le célèbre Leuwenhoeck ; aussi toutes les théories sur l'obstruction, sur l'erreur de lieu, sur les différens ordres de vaisseaux et de globules prirent-elles naissance à cette époque. Huxham sacrifia, comme tous les autres, aux idées dominantes de son époque.

Il admet trois grandes altérations du sang : les deux premières sont ce qu'il appelle les *états constitutionnels du sang ;* la troisième est l'état de dissolution et de putréfaction du sang. 1° La première modification anormale du sang est celle dans laquelle les globules du sang sont augmentés, serrés les uns contre les autres et trop compactes ou trop denses ; de là résulte, suivant notre auteur, une plus grande densité, plus de viscosité du sang et une plus forte disposition de la masse de ce liquide à se solidifier une fois qu'il est sorti de la veine. Il dit que l'on observe plus particulièrement cet état chez les personnes d'une constitution robuste, qui ont des fibres fortes, qui font beaucoup d'exercice et se nourrissent bien. Il suppose que les vaisseaux sont très forts et très élastiques ; qu'ils envoient le sang avec plus d'énergie ; que le frottement du sang est plus considérable que dans l'état normal, et qu'enfin plus de chaleur est produite. Les parties les plus fluides du sang passent à l'état de vapeur, et ce liquide alors contracte une viscosité très grande, qui finit par amener une imperméabilité des vaisseaux, et par conséquent des obstacles et des obstructions. Il attribue la croûte épaisse et gélatineuse, que l'on appelle la couenne pleurétique, à la chaleur de la fièvre, qui tend à coaguler toute la partie séreuse du sang et à la convertir en une gelée. Tout l'échafaudage, construit avec tant de peine par le médecin anglais, s'écroule devant les analyses récentes du sang. On ignore aujourd'hui, malgré les recherches microscopiques les plus actives et les plus multipliées, les altérations des globules. Quant à l'influence qu'exerceraient le frottement de ces corpuscules et la rapidité de leur marche sur la production de la fièvre, c'est là une idée toute mécanique, enfantée par l'imagination seule, et je ne dois pas m'y arrêter. Les hémorragies sont expliquées dans la théorie de Huxham par la rupture que déterminent les globules dans les petits vaisseaux.

2° La seconde constitution morbide du sang est caractérisée par la diminution des globules rouges dont la texture est lâche, et par la prédominance de l'eau. Les phénomènes qui dépendent de cet état des globules sont : la pâleur, la faiblesse, l'imperfection des sécrétions et les hydropisies. Il survient ensuite des obstructions, non plus de nature inflammatoire, comme dans la première altération du sang que j'ai étudiée, mais des obstructions froides qui tiennent à ce que les vaisseaux ne sont plus assez excités et que le sang stagne dans leur intérieur. Les congestions passives se forment de cette manière. La diminution des globules que Huxham avait admises par hypothèse, est aujourd'hui démontrée par les analyses dont nous avons déjà entretenu le lecteur. Elle s'observe dans l'anémie, la chlorose et dans les cachexies consécutives à des maladies chroniques.

3° L'état de dissolution du sang se montre dans le scorbut qui peut être considéré comme un type de cette altération. L'hémorragie et l'adynamie en sont les phénomènes principaux. Le caillot est coagulé en une masse molle, diffluente et sans couenne. Le sérum ne se sépare que très incomplètement du caillot ; le sang qu'on tire des personnes qui sont affectées de pétéchies et d'ecchymoses se présente en une masse uniforme, à demi-figée, d'une couleur livide ou plus foncée qu'à l'ordinaire ; il entre très promptement en putréfaction. Huxham croit que les hémorragies naissent le plus souvent de l'âcreté des humeurs qui détruit la contexture du sang et ronge les extrémités des artères capillaires. Il n'hésite même pas à les attribuer à la contexture trop lâche des globules rouges qui n'ont pas été assez condensés par l'action du cœur et des artères, et qui finissent par se briser. Huxham dit qu'en examinant le sang dans les vaisseaux, on voit les globules s'allonger pour pouvoir traverser les petits vaisseaux. Il admet, par hypothèse, que les globules peuvent se briser dans leur passage et alors leurs débris entrent facilement dans les tuyaux excréteurs et transsudent par diapédèse, comme cela s'observe dans les hémorragies intestinales et des voies urinaires. Les pétéchies, les ecchymoses, proviennent aussi de ce que les globules rouges sont dissous et brisés et qu'ils entrent dans les artères séreuses et dans les vaisseaux exhalans où ils s'arrêtent et produisent des taches. Les pétéchies des fièvres malignes, les sueurs fuligineuses et les urines noires avec sédiment livide, la matière semblable à du café que l'on rencontre dans certaines urines, sont formées par le sang et tiennent à la dissolution de ce liquide. La dissolution du sang peut se montrer dans trois cas à un faible degré, comme chez les femmes dont les règles sont immodérées ; cet état du sang est encore compatible avec la santé, mais s'il est porté à un plus haut degré, il se déclare une maladie dont les principaux symptômes sont l'hémorragie et la faiblesse. La dissolution du sang peut ne se manifester qu'à l'occasion d'une autre maladie. On voit, par exemple, chez des sujets atteints de pneumonie, le sang n'offrir aucune couenne. Huxham parle d'une épidémie dans laquelle la pneumonie s'accompagnait de pétéchies et d'hémorragies, outre les autres symptômes propres à cette affection. Il la désigne sous le nom de fièvre péripneumonique épidémique ; elle sévit sur des prisonniers et des marins réunis en grand

---

ques instituées à l'occasion du prix Burdin. Il est évident, en effet, que si ces conditions restrictives n'existaient pas, et qu'il ne s'agît que de placer les yeux d'un somnambule dans les ténèbres, on trouverait pour cela cent procédés pour un. Mais, comme malheureusement ces conditions ont été toujours rigoureusement exigées, on n'a jamais eu à sa disposition qu'un très petit nombre de moyens d'occlusion, tous plus ou moins suspects, et jusqu'à un certain point inacceptables. De ce nombre était certainement le fameux bandeau Pigeaire, qui devait laisser à découvert les pommettes et autres points de la face très voisins des yeux, bandeau qui fut d'autant plus justement repoussé par l'Académie de médecine, qu'on mettait plus d'obstination à l'employer exclusivement et sans modification aucune. De ce nombre sont encore certainement tous les emplâtres agglutinatifs, tels que le taffetas gommé, le diachylon, etc., dont aucun n'offre les garanties requises, soit qu'on les emploie seuls, soit comme auxiliaires.

Nous répétons donc que la première difficulté qui se présentait dans le cas de mademoiselle Prudence, la seule dont nous ayons à nous occuper, c'était le choix d'un mode d'occlusion qui, sans déroger aux conditions réclamées par le magnétiseur pour la réalisation du phénomène, pût néanmoins remplir aussi les conditions non moins indispensables et non moins légitimes de la sincérité de l'expérience. C'est cette première et essentielle difficulté qui a induit M. Frappart à chercher lui-même un moyen nouveau capable de le satisfaire personnellement, et d'être agréé par la juste sévérité des observateurs éclairés. Celui dont il a fait choix est ingénieux, quoique fort simple ; on en a fait exclusivement usage dans toutes les expériences dont nous avons été témoin. Voici en quoi il consiste et comment on l'applique :

Le sujet, étant introduit et ayant été soumis à l'action de quelques passes, ne tarde pas à manifester les prodrômes du sommeil magnétique. Au bout de quelques minutes, ses yeux se ferment, le corps s'affaisse, et le magnétiseur déclare que la somnambule est endormie. Nous n'examinons point en ce moment la réalité de ce sommeil ; c'est une question inutile à notre recherche actuelle. Le sommeil, réel ou simulé, déclaré, on procède à l'occlusion des yeux, en appliquant d'abord de chaque côté sur le globe de l'œil plusieurs morceaux de taffetas gommé noir, destinés à recouvrir entièrement tout le pourtour osseux de l'orbite, en haut, sur les côtés et en bas, et à s'opposer en outre, par leur adhérence, à l'ouverture des paupières. Ce premier appareil posé, on prend de la terre glaise ou terre à modeler des sculpteurs, une quantité suffisante pour combler les creux des orbites ; puis on étend dans tous les sens cette pâte, c'est-à-dire : en haut, jusques au niveau de la ligne qui sépare les bosses coronales de l'arcade sourcilière, de manière à recouvrir toute la portion inférieure du frontal et la racine du nez ; sur les côtés et en dehors on prolonge cette couche jusqu'aux environs des tempes, de l'arcade zygomatique et du creux de la joue ; en bas et en dedans ses dernières limites sont les ailes du nez. Cette couche de terre n'est pas partout d'égale épaisseur ; dans la cavité orbitaire, elle peut être d'un demi-pouce et même d'un pouce ; mais, de ce point central, elle va toujours en s'amincissant ; à ses bords inférieurs, supérieurs et latéraux, elle se termine en une lame pelliculaire. Il n'y a, du reste, rien de régulier dans l'emploi de cette terre quant à la quantité ; on en met autant qu'il paraît nécessaire pour bien boucher les yeux. Quand cette opération est terminée, un ruban noir de 16 à 18 lignes de largeur est placé horizontalement sur la région oculaire, son bord supérieur bordant la

nombre; le sang que l'on tirait par la saignée était mou et sans consistance, tandis que celui des sujets atteints de pneumonie franche était dense, consistant et couvert d'une couenne épaisse.

Les causes de la dissolution du sang sont, les unes toutes spontanées, les autres, en effet de la pénétration dans l'économie de certains agens toxiques. Huxham range parmi ces derniers les sels alcalins, l'hydrochlorate d'ammoniaque qui détruit ou dissout les globules en quelques minutes, l'eau de laurier cerise, la morsure du serpent hémorrhoïdal, le mercure, les provisions salées et à demi-pourries. Il est porté à croire que cette dernière cause détermine les fièvres pétéchiales, les dysenteries, les hémorragies et le scorbut que l'on observe fréquemment à bord des navires, chez les matelots qui ont vécu longtemps de viandes salées et quelquefois à demi-corrompues. L'étude des altérations du sang permet de croire que dans tous les cas précités, il y a diminution de la fibrine par rapport aux globules. La privation absolue et prolongée de substance alimentaire peut conduire à la même lésion. Cependant il est plus vrai de dire que c'est l'anémie qui en est le résultat le plus ordinaire. Une température élevée a été considérée comme une cause capable de produire la dissolution du sang, Boerhaave parle dans sa chimie, d'une expérience qui fut faite sur un chien. On le renferma dans une étuve de raffinerie de sucre; à mesure que les sueurs devenaient plus abondantes on vit paraître les hémorragies par différentes voies, ce qui paraît à l'auteur un signe de la dissolution du sang. Il pense que la température élevée qui règne dans certains pays agit de la même manière, quoique avec moins d'énergie, et est capable d'imprimer aux maladies un caractère particulier. Huxham prenant en considération l'expérience de Boerhaave y voit une preuve irréfragable de l'influence délétère exercée par une chaleur élevée. Il faudrait des expériences plus précises pour mettre ce fait hors de doute; ce que l'on peut affirmer avec tous les observateurs anciens et modernes, c'est que les fièvres avec symptômes annonçant la dissolution du sang, sont très communes dans les pays chauds, que l'altération du sang mérite toute l'attention du praticien, et réclame une médication toute spéciale qui avait été admirablement tracée par les anciens.

Au nombre des causes qui produisent l'abaissement de la fibrine on doit placer les miasmes infectieux et contagieux. Huxham, qui les a signalés, ne leur reconnaît pas une influence nécessaire sur la dissolution du sang. Il faut d'abord que le sang soit modifié d'une certaine manière avant de recevoir cette influence; c'est là ce qui explique la différence des symptômes qui sont tantôt inflammatoires, et tantôt typhoïdes et ataxiques.

Il y a une autre série de causes qui a son point de départ dans l'organisme; le pus est un agent de cette nature, il en est de même du sang et de la chair putréfiés. On sait que Gaspard institua un certain nombre d'expériences dans le but de démontrer l'influence délétère exercée par les liquides septiques sur toute l'économie; ces expériences ont été répétées un grand nombre de fois et confirmées par des faits empruntés à la pathologie. La plupart des agens toxiques que nous venons de passer en revue sont considérés, encore aujourd'hui, comme capables d'entraîner une modification profonde dans la composition du sang; ils agissent surtout en changeant les rapports des globules à la fibrine, soit que celle-ci diminue, soit que les globules augmentent d'une manière absolue. Si l'on retranche du travail de Huxham ce qui n'est qu'hypothèse, on est surpris de retrouver une foule de faits curieux qui, loin d'avoir été ruinés par les connaissances chimiques actuelles, ont été confirmés par elles. Je dois faire remarquer toutefois que Huxham n'a été conduit à quelques vérités mises hors de doute aujourd'hui, qu'à l'aide du raisonnement et de l'hypothèse.

Du sang dans les flux. — On peut admettre que quand une grande quantité de matériaux organiques s'échappent de l'économie, le sang est appauvri. Les pertes peuvent s'effectuer par des sueurs copieuses ou par les urines, comme dans le diabètes. Un flux peut être envisagé comme une hydropisie dont le liquide au lieu d'être retenu dans une cavité, s'épanche au dehors. Ce que j'ai à dire des hydropisies peut donc s'appliquer aux flux.

Il y a un certain nombre d'hydropisies qui sont tout à fait indépendantes de l'état du sang; telles sont les hydropisies produites par un obstacle à la circulation, ou par l'inflammation. Il en est d'autres qui ont été considérées généralement comme un effet de l'appauvrissement du sang; ce liquide est supposé contenir une plus forte proportion d'eau que dans l'état normal. On a admis, d'après l'observation des symptômes, une hydropisie par pléthore, une autre par anémie. La première est celle dans laquelle tous les élémens du sang sont augmentés et particulièrement les globules. On a exagéré les cas où la pléthore produit l'hydropisie; ceux que l'on a cités étaient probablement des cas complexes, dont le diagnostic n'avait pas été bien porté. Sans rejeter entièrement l'existence des hydropisies qui reconnaissent une telle origine, on doit se montrer très réservé sur ce sujet et attendre que des faits récens aient été recueillis par des hommes qui ont l'habitude d'interroger soigneusement tous les organes et spécialement ceux chargés de la sécrétion urinaire.

Trouve-t-on des hydropisies déterminées par l'anémie? Il faut distinguer plusieurs espèces d'anémies; 1° l'anémie ordinaire, où il y a simple diminution des globules; 2° l'anémie avancée, dans laquelle les globules sont diminuées et la fibrine également. Dans la chlorose, qui est une anémie de première espèce, l'hydropisie est un accident très rare, quel que soit le degré de la maladie; c'est ainsi qu'on la voit manquer dans des chloroses où l'appauvrissement des globules est considérable, dans ceux, par exemple, où ils sont descendus à 27. Chez quelques malades le bas des jambes et le pourtour des malléoles offre de l'empâtement ou un très léger degré d'œdème; il en est qui présentent de la bouffissure au visage, du gonflement aux paupières, mais jamais on ne rencontre d'hydropisies, ce qui prouve que la diminution seule des globules ne suffit pas pour expliquer la production des hydropisies. Dans les anémies qui se manifestent chez l'homme cet accident est tout aussi rare que chez la femme. La phthisie pulmonaire simple, et les maladies organiques de l'estomac amènent une diminution des globules, mais jamais d'hydropisie et toutes les fois que celle-ci se montre on doit chercher sa cause ailleurs que dans l'affection organique. Il est rare qu'on ne découvre pas quelques-unes de ces lésions dont l'épanchement de sérosité est un effet ordinaire. J'ai eu tout récemment occasion de reconnaître cette vérité sur un malade couché dans une des salles de la Charité; il était atteint de tubercules pulmonaires et présentait en outre une infiltration considérable des membres inférieurs et de la peau du ventre; je n'hésitai pas à déclarer que l'altération profonde dont le poumon était le siége, n'était pas la cause de l'œdème et l'examen des urines prouva que les reins étaient malades.

---

ligne des sourcils qu'il dépasse quelquefois un peu, et son bord inférieur paraissant correspondre au niveau de l'extrémité des cils abaissés. Ce bandeau, serré convenablement, est destiné à appliquer aussi immédiatement que possible la terre glaise sur les paupières, à compléter l'opacité de ces tampons argileux, et enfin à maintenir en place cette espèce de masque qui n'adhère que faiblement à la peau. C'est pour remplir cette dernière indication qu'on recouvre ce bandeau de nouvelles couches de terre, de manière à le bien fixer lui-même, et à fixer en même temps la masse totale de la terre glaise. Pendant toute la durée de la pose de cet appareil la tête de la somnambule est légèrement renversée en arrière.

Cet appareil constitue, comme on le voit, un masque continu, d'épaisseur inégale, couvrant les deux tiers supérieurs de la face; examiné du dehors avec le plus grand soin et la plus scrupuleuse sévérité, il ne paraît susceptible d'aucune objection sérieuse. La matière employée est par elle-même essentiellement opaque; sa ductilité permet de l'appliquer immédiatement à tous les plans osseux et musculaires de la face; les yeux ont été d'ailleurs préalablement maintenus fermés par des bandelettes agglutinatives; le bandeau enfin complète la sécurité. On ne peut, quelque peine qu'on se donne, concevoir la possibilité de la vision à travers tant de milieux opaques, les paupières, le taffetas, le gateau de terre glaise, le tissu noir du bandeau et la dernière couche de terre appliquée sur le tout. On n'est pas délivré, il est vrai, de cette défiance vague et générale, de ce doute secret et presque invincible qui s'attachent naturellement à un phénomène d'une nature si extraordinaire; mais on est incapable de se justifier à soi-même et encore moins de justifier aux autres ce doute et cette défiance par des raisons tirées du fait même, et si l'expérience ne force pas l'assentiment, elle commande du moins le silence.

Cette impression que nous avons partagée avec tout le monde subsiste tant qu'on se borne à l'inspection de l'appareil, tel qu'il s'offre à l'examen au moment où il vient d'être placé, le sujet étant immobile, et avant que la véritable expérience, c'est-à-dire le fait de vision dont il n'est que la condition préliminaire ait commencé; mais cette impression ne tarde pas à s'affaiblir à mesure que l'expérience se poursuit, les détails et les circonstances particulières des faits subséquens étant de nature, comme on va le voir, à en faire naître une non seulement différente, mais même opposée.

L'appareil disposé, disons-nous, la somnambule assise dans un fauteuil est placée vis à vis d'une table à jouer, sur laquelle sont quatre flambeaux. Interrogée au bout de quelques minutes si elle se sent en état de voir, et sur sa réponse affirmative, on place devant elle sur la table des cartes, des lettres ou des chiffres tracés sur du papier et on l'invite à les reconnaître. Alors quittant la position renversée qu'elle avait gardée pendant l'application de l'appareil, elle se relève, se penche en avant vers la table, cherche à tâtons avec les mains les objets épars devant elle. Un de ces objets étant saisi, une carte par exemple, la somnambule l'approche et l'éloigne alternativement de son visage, la porte successivement ou alternativement en haut, en bas, sur les côtés, de manière à lui faire parcourir dans tous les sens la surface de son masque et des parties laissées nues; cette promenade de la carte est tantôt lente, tantôt rapide; elle a par moment des stations assez longues sur tel ou tel point, particulièrement à la hauteur de l'arcade sourcilière; d'autres fois elle passe et repasse partout sans s'arrêter. Pen-

L'hydropisie se montre dans des cas où il est difficile d'arriver à la détermination précise de sa cause. On l'observe chez des sujets atteints de cancers utérins accompagnés de métrorrhagie ; chez les enfans soumis à des émissions sanguines ; sans doute ces pertes de sang ont pour effet de diminuer les globules et les autres matériaux du sang ; mais, je le répète, cette modification du sang ne suffit pas pour expliquer l'hydropisie puisque celle-ci est rare dans la chlorose où il y a cependant une diminution si marquée des globules. On peut sortir d'embarras en disant que l'abaissement considérable des globules s'est effectué rapidement et que l'hydropisie tient à cette cause. On peut alléguer encore la diminution rapide de l'albumine. En effet, cette modification subite des qualités du sang ne se rencontre pas dans la chlorose. Du reste, je crois qu'il faut déclarer que ce sujet est encore environné de trop de ténèbres pour que l'on puisse émettre une opinion arrêtée sur la cause de ces hydropisies.

Dans certains cas où la nourriture est insuffisante et de mauvaise qualité en temps de disette, par exemple, il n'est point rare de rencontrer ces hydropisies. M. Gaspard les a observées sur des habitans de la campagne qui avaient été privés d'alimens pendant la durée d'une disette affreuse, et qui avaient été contraints de vivre comme les bestiaux, de plantes herbacées et des racines qu'ils pouvaient se procurer. On peut assurer que l'altération du sang consistait dans une autre modification que dans la diminution des globules, sans quoi ils auraient été chlorotiques.

Lorsqu'une grande quantité d'albumine s'échappe par les reins, il se forme des hydropisies ; il y a tout à la fois diminution des globules et sortie d'une forte proportion d'albumine. On serait tenté d'attribuer l'épanchement séreux à la dernière modification du sang ; puis, j'ai dit que la diminution des globules était insuffisante pour la produire ; mais, je le répète rien n'est fixe à cet égard. Dans une maladie aussi complexe que l'albuminurie qui n'est point une simple néphrite comme l'ont imaginé quelques auteurs, il y a certainement autre chose que l'altération du rein ; le sang est altéré, mais on ne sait pas encore bien de quelle manière il l'est et quelle part il a dans la production de la maladie.

Il y a des hydropisies dont il faut chercher le siége dans les solides ; il est assez commun d'observer l'hydropisie dans les pays équatoriaux, chez des sujets qui ont été exposés au froid de la nuit. On ne peut pas affirmer qu'elle est liée à une maladie de Bright, parce qu'il faudrait que l'examen des urines eût été fait par les médecins qui ont été témoins de faits semblables ; seulement on doit avouer que le refroidissement est souvent le point de départ de cette maladie.

En résumé, la diminution seule des globules, quelque considérable qu'elle soit, si elle s'est effectuée lentement, n'a pas le pouvoir d'engendrer l'hydropisie. Si elle est rapide, on peut seulement dire qu'il y a coïncidence, sans qu'il soit permis d'aller plus loin. Si l'on admettait que la diminution des matériaux solides du sérum et de l'albumine, spécialement, est cause de certaines hydropisies, on pourrait peut-être rapprocher les faits suivans : 1° le sérum que l'on obtient par l'application d'un vésicatoire contient moins d'albumine que le sérum du sang ; 2° M. Dutrochet a constaté que, dans le phénomène de l'endosmose, c'est le liquide le moins dense qui traverse le liquide le plus dense renfermé dans la poche membraneuse ; on peut donc se demander si la diminution de l'albumine du sang chez les sujets affectés d'albuminurie ne permettrait pas au sérum de transsuder plus facilement dans le tissu cellulaire ; il en serait de même des autres cas où l'on trouve l'appauvrissement. Disons, en terminant, que le terme appauvrissement du sang est vague lorsqu'on prétend l'appliquer à toutes les hydropisies, puisque celles-ci n'existent pas dans la chlorose, où il y a cependant une diminution si considérable des globules et appauvrissement du sang.

Produits accidentels contenus dans le sang. — Les tubercules, la matière squirrheuse et encéphaloïde ne sont pas le simple produit de la maladie des solides ; ils sont très probablement liés à un état plus général auquel participent les différens liquides de l'économie ; on désigne cet état général par le mot diathèse, qui sert à faire comprendre que le mal consiste en une modification que nous ne connaissons pas. Une autre modification, consécutive à la première, est la cachexie ; c'est une modification morbide plus tranchée et qui dépend de la précédente. On a été porté de tout temps à rechercher la cause de la diathèse dans une altération du sang. Les anciens n'avaient pas reculé devant les explications ; mais aujourd'hui l'on aime mieux avouer l'ignorance où l'on est sur la nature des altérations humorales. Ce qu'il faudrait rechercher avant tout, c'est s'il existe des modifications dans tel ou tel élément du sang, et quel est le rapport entre cette modification et le produit morbide. Les matériaux du sang sont-ils augmentés, ou diminués, ou altérés dans leurs qualités ? Dans la diathèse calcaire, par exemple, il faudrait examiner s'il n'y a pas quelque modification des matériaux inorganiques du sérum ; si dans le rachitisme il y a diminution du phospate calcaire, etc. Toutes ces questions, qui se rattachent aux plus hautes questions de pathogénie, ne peuvent être convenablement traitées tant que l'on ne possédera pas des analyses précises du sang.

Le dernier ordre de maladies dans lesquelles nous avons à rechercher l'état du sang renferme les névroses. On peut dire d'abord, d'une manière générale, que ce liquide n'offre rien d'appréciable. Il existe de grandes différences dans la constitution des sujets atteints de névrose ; il est rare qu'on l'observe chez des sujets d'une constitution forte et pléthorique ; on est donc porté à croire que l'augmentation des globules est opposée à la production des névroses ; leur diminution, au contraire, semble la favoriser. Le faible développement du système musculaire, la pâleur, la constitution anémiée, coïncident souvent avec les névroses, et quand les premières circonstances se rencontrent chez un sujet, les névroses s'exaspèrent. Faut-il en conclure que la diminution des globules, qui constitue l'altération du sang propre à ces différens états physiologiques et pathologiques, se rapporte aux névroses existantes ? Cette conclusion serait téméraire, car il y a des affections où la diminution des globules est marquée, et cependant il ne se manifeste aucune névrose. Souvent les sujets nerveux ont toutes les apparences de la pléthore, mais l'analyse de leur sang y fait découvrir moins de globules ; c'est là une fausse pléthore, dont il faut savoir se défier, car elle conduit à pratiquer des émissions sanguines qui sont très mal supportées. Du reste, dans les cas dont nous parlons, jamais l'abaissement des globules n'est porté aussi loin que dans l'anémie.

J'ai terminé la relation exacte des importantes recherches entreprises par MM. Andral et Gavarret ; j'ai signalé les nombreuses déductions que M. Andral en a fait jaillir, et les applications utiles qu'il en a faites à la pathologie. La question si longtemps agitée des fièvres en a reçu, non pas une solution complète, mais une vive lumière qui peut servir à éclai-

---

dant que la main de la somnambule fait ainsi voyager la carte, sa tête ne demeure pas immobile ; elle suit les mouvemens de la main, en s'inclinant de gauche à droite, de droite à gauche, se relevant, s'abaissant, tantôt avec lenteur, tantôt brusquement. Souvent, penchant son corps en avant sur la table, elle incline sa tête au point de rendre le plan du visage tout à fait parallèle à celui du tapis, et de toucher presque ce tapis du nez et du front. Cette position est une de celles que la somnambule affecte le plus souvent, et où elle reste le plus longtemps ; elle s'y place en général par un mouvement assez brusque de haut en bas et d'arrière en avant, et c'est aussi par un mouvement assez prompt qu'elle se relève et rejette sa tête en arrière. Souvent aussi, dans cette position, elle promène lentement son visage sur la table, d'arrière en avant, d'avant en arrière, et de droite à gauche, en imprimant à sa tête des mouvemens obliques. Ces mouvemens et ces attitudes, et autres encore qui échappent à toute description, se sont invariablement reproduits dans toutes les expériences dont nous avons été témoins. Il n'y a eu de variation que dans leur ordre, leur durée et leur nombre. L'ensemble de la scène a toujours offert la même physionomie.

C'est d'ordinaire après quatre à cinq minutes de ces manœuvres que la faculté de voir se manifeste. Dès cet instant, la somnambule nomme les cartes qu'elle tient à la main, et souvent celles qui sont jetées sur la table même ; elle lit ou épèle des mots, des chiffres, surtout ceux qui sont écrits en gros caractères. Ces preuves successives de vision sont toujours précédées ou accompagnées des mouvemens décrits plus haut. Cette vision ne paraît pas se faire dans tous les cas et dans tous les instans avec une égale facilité. On peut conjecturer que ces différences tiennent à la nature de l'objet perçu, à sa position, à son degré d'éloignement, à la position du point, quel qu'il soit, par où la vision s'opère ; mais le simple observateur n'a aucun moyen de juger en quoi et jusqu'à quel point les mouvemens de la somnambule influent sur la production du phénomène. Il n'y a pas, en effet, de rapport constant appréciable entre ces mouvemens et les actes de lucidité qui les accompagnent, par cette raison essentielle que l'instant où le phénomène de vision est énoncé par la somnambule peut très bien n'être pas celui où il a réellement eu lieu. Une carte, deux, trois, quatre cartes, peuvent avoir été reconnues à un certain moment et dans une certaine direction, et n'être nommées que dans un autre moment et alors qu'elles sont placées dans une direction différente. Il en est de même des mots et des chiffres lus. Tout ce qu'on peut donc constater par la simple observation extérieure, c'est que la vision a lieu, et qu'elle est constamment accompagnée de certains mouvemens et attitudes ; sans pouvoir d'ailleurs assigner entre les deux faits un rapport de succession ou de causalité quelconque, bien que leur perpétuelle association et coïncidence ne permette pas de douter de l'existence de ce rapport.

Il importe, avant d'aller plus loin, de signaler une circonstance importante, c'est que cet appareil d'occlusion est, par suite de la matière qui le compose, par son mode d'application et surtout par les mouvemens partiels ou généraux du sujet, susceptible de dérangement ou dégradations plus ou moins visibles et vérifiables du dehors. Ainsi la terre glaise, parfaitement ductile, bien liée, et légèrement collante tant qu'elle est suffisamment imprégnée d'eau, ne tarde pas à perdre une partie de ces propriétés à mesure qu'elle sèche, et elle sèche assez rapidement. Sous l'influence de cette première cause, aidée des mouvemens de la tête et de la face du sujet, on ne tarde pas à voir se produire, dans plusieurs points

rer plusieurs points de leur histoire. Il n'est plus permis désormais d'assimiler la fièvre typhoïde à une phlegmasie; les modifications si différentes qu'offre le sang dans l'une et l'autre établissent entre elles une séparation bien tranchée. Les auteurs systématiques, qui veulent que la fièvre typhoïde suit une inflammation de la membrane muqueuse intestinale, de ses follicules, ou une inflammation ulcéreuse de l'intestin, n'ont pas été satisfaits des analyses du sang, parce qu'elles n'étaient pas en harmonie avec leur doctrine. C'est là un très petit malheur pour la science, qui n'a pas à s'occuper des opinions propres à tel ou tel médecin, et qui doit simplement énoncer les faits qu'elle croit véritables, en appelant sur eux la critique et l'examen. La seule manière de détruire les faits qui ressortent des nouvelles analyses du sang, c'est de recommencer celles-ci et de montrer qu'elles sont imparfaites et fautives. Jusque-là, elles seront admises comme vraies et fécondées par ceux qui marchent dans une voie indépendante et qui ont secoué le joug des doctrines exclusives. Si l'on demande en quoi l'analyse du sang a été utile dans l'étude des fièvres, je répondrai qu'elle a servi à montrer le rôle important que joue l'altération du sang dans la production de la maladie; ce rôle avait déjà été assigné aux humeurs par les anciens, qui avaient admis l'altération du sang d'après l'observation des symptômes et l'étude attentive des diverses circonstances de ces maladies; ils n'avaient fait que supposer l'existence d'une altération qui est réelle, mais dont ils ne pouvaient apprécier la nature. Le raisonnement, l'hypothèse, les expériences plus ou moins parfaites furent employés tour à tour par les auteurs de l'humorisme, en faveur de leur doctrine; il faut reconnaître, qu'à défaut d'expériences précises, que les connaissances chimiques ne leur permettaient pas de faire, ils se sont servis admirablement des faits importans que leur fournissaient l'étude des symptômes et la comparaison qu'ils avaient établie entre divers ordres de maladies de nature évidemment humorale.

Aujourd'hui, que les altérations du sang dans les fièvres sont mieux connues, avons-nous découvert leur véritable nature? Savons-nous si les humeurs, et le sang en particulier, en sont le véritable point de départ? Possédons-nous enfin le principal et le premier élément de la maladie? Je vais essayer de répondre à ces diverses questions. Les analyses montrent que l'altération du sang s'effectue de très bonne heure dans les fièvres éruptives et typhoïde; dès les premiers instans de la maladie, elle est appréciable et se prononce à mesure que les symptômes prennent plus de développement; l'altération du sang est donc un élément essentiel de la maladie; mais il ne peut en être considéré comme la seule cause, ou du moins il faut de nouveaux faits, de nouveaux rapprochemens, pour conduire à cette conclusion. Ce que l'on peut affirmer, c'est que la lésion du sang est un élément morbide beaucoup plus primitif, pour ainsi dire, que ne l'est la maladie des plaques de Peyer. Quand on découvrit cette dernière altération, on crut avoir saisi le point de départ des phénomènes morbides. Broussais, et les auteurs qui ont embrassé sa doctrine à quelques nuances près, ne voient dans la fièvre typhoïde qu'une ulcération inflammatoire des glandes intestinales; pour eux, la maladie a son origine dans cette lésion; d'autres y ajoutent quelque autre condition morbide. L'étude des altérations du sang démontre, de la manière la plus évidente, qu'il y a quelque chose d'antérieur à tout cela, et que le sang est modifié dans sa composition. Maintenant, peut-on dire que l'altération du sang est, en définitive, la cause du typhus? Je ne le crois pas, et je suis convaincu que nous ne sommes pas encore arrivés à connaître le dernier mot de cette maladie, dont les mystères sont si impénétrables. Peut-être n'y parviendrons-nous jamais!

Ces remarques, et beaucoup d'autres que je pourrais rapporter ici, démontrent, il me semble, que la pathologie est appelée à recevoir une vive lumière de l'étude analytique des humeurs, et en particulier du sang. Mais il faut bien se garder de croire qu'elle puisse être séparée de l'étude des solides. Il faut répéter, avec Bichat, que toute théorie exclusive de solidisme et d'humorisme est un véritable contresens pathologique; mais il faut aussi reconnaître qu'il est utile, pour le progrès de la physiologie et de la pathologie spécialement, de savoir quelle part chacun de ces deux grands élémens de toute organisation prend dans la production des maladies. L'anatomie pathologique est arrivée à nous faire connaître un grand nombre d'altérations des solides; mais comme cette science n'a aucune prise sur les liquides, il était nécessaire que l'analyse chimique lui vînt en aide et recherchât les altérations des humeurs; cette étude est beaucoup moins avancée que la première, parce qu'elle est toute récente, et parce qu'ayant pour objet de faire connaître des changemens moléculaires difficiles à constater, elle exige une habileté très grande et des opérations délicates, qu'il n'est pas donné à tout le monde de savoir exécuter.

L'examen microscopique des liquides et des solides est le complément indispensable des deux ordres d'études que nous avons d'abord signalées. Ce mode d'exploration a rendu déjà des services signalés, et l'on peut prévoir qu'il en rendra bien d'autres à la science. On est en droit d'attendre d'immenses résultats du concours de ces trois grands modes d'investigation; et quand ils seront devenus plus familiers aux médecins, quand ceux-ci pourront tour à tour ou concurremment se servir de chacun d'eux, alors se dévoileront, sans aucun doute, des vérités nouvelles, des faits d'un nouvel ordre; alors aussi paraîtront, dans tout leur jour, les rôles assignés par la nature aux solides et aux liquides, soit dans l'état physiologique, soit dans l'état pathologique. Il est à désirer que les médecins s'exercent à l'étude physique, chimique et microscopique des tissus et des humeurs, car ils ne parviendront à des découvertes importantes qu'en faisant marcher de front ces trois études, qui malheureusement ne leur sont pas connues au même degré. Tout le monde sait faire de l'anatomie pathologique; mais on ne sait pas manier avec un égal talent les réactifs et le microscope; il en résulte que l'observateur s'en tient à l'unique genre d'exploration qui lui est familier, et qu'il a une grande répugnance à en employer d'autres; ou bien, s'il y a recours, il est contraint de faire intervenir une personne étrangère, qui ne saisit pas toujours bien sa pensée, et qui ne peut varier les expériences et les essais comme il le ferait lui-même s'il possédait les connaissances indispensables pour cette étude. Ainsi donc, le chimiste, le micrographe, sont appelés tous les jours à faire des recherches spéciales sur quelques points de pathologie. Ce concours peut conduire et a déjà conduit à de fort belles découvertes; mais on peut affirmer que les résultats seraient bien plus remarquables si le médecin pouvait se livrer lui-même aux différentes études chimiques et microscopiques dont il a besoin pour éclairer certaines questions. Je crois que personne ne contestera la vérité de nos assertions, et s'il était besoin d'apporter des exemples à l'appui, nous citerions bon nombre d'observateurs qui, ne possédant qu'un seul de ces talens, n'ont jamais pu arriver à une seule découverte capitale, parce qu'ils n'ont jamais employé qu'un seul genre d'expérimentation. Il s'agit main-

---

du pourtour du masque, des décollemens, des bâillemens. Il est juste de dire qu'on a soin, pendant toute la durée de l'expérience, de veiller à la parfaite intégrité de l'appareil, en l'imbibant d'eau de temps en temps, et en réparant successivement toutes les solutions de continuité qu'on peut apercevoir. Mais il ne faut pas oublier que ces réparations peuvent bien ne pas toujours avoir été faites à temps, et surtout que les dégradations, visibles au dehors, sont loin d'équivaloir à toutes les dégradations existantes. Cela étant, on ne peut s'empêcher d'avouer que, dans une opération si délicate, et qui a besoin de tant d'authenticité, c'est une grande imperfection dans un appareil d'avoir besoin d'être souvent réparé pendant le cours même de l'expérience, dont il est la seule garantie.

Lorsqu'à la suite de ces expériences, faites dans les conditions que nous venons d'exposer, nous avons cherché à nous rendre compte de la véritable signification de ce phénomène de vision, nous nous sommes trouvé en présence de ces deux solutions; 1° admettre chez cette jeune fille l'étonnante faculté somnambulique qu'on lui attribue; 2° supposer une imperfection de l'appareil, jusque-là non déterminable par nous, mais qui permettrait le passage de la lumière. Personne ne niera qu'entre ces deux suppositions la dernière ne fût la plus naturelle; mais, quoique plus naturelle, elle n'était nullement légitime, car elle ne pouvait toute seule détruire le fait positif contraire montré par l'expérience. Il fallait donc, pour lui donner le caractère de la démonstration, chercher et découvrir cette imperfection, et pour cela il n'y avait d'autre moyen que l'expérience, et c'est ce que nous avons fait, comme on le verra plus loin. Mais, indépendamment de ce motif général, nous avons eu aussi quelques raisons plus particulières et plus immédiates de préférer cette dernière hypothèse à celle de l'admission de la faculté somnambulique. Il était, en effet, bien peu probable qu'une faculté si extraordinaire, si exceptionnelle, et qui suppose un si profond changement dans la constitution physiologique du sujet, pût ainsi être éveillé à jour et à heure fixe, pendant des semaines entières, avec les mêmes caractères, la même énergie, la même indéfectibilité. Les manœuvres de la somnambule ne concordaient pas bien d'ailleurs avec l'assertion de son magnétiseur, que cette faculté réside, par voie de transposition de sens ou autrement, dans la partie inférieure du front. Enfin, il nous semblait singulier qu'une faculté si excentrique eût besoin pour s'exercer précisément de toutes les conditions physiques nécessaires dans la vision naturelle.

Mais si d'une part les circonstances et conditions de l'expérience ne s'accordaient pas à l'hypothèse de la vision somnambulique, elles nous paraissaient en revanche parfaitement s'accorder avec l'hypothèse de la vision ordinaire. En effet, dans cette deuxième supposition on pouvait facilement comprendre:

1° Pourquoi les objets doivent être suffisamment éclairés par la lumière naturelle ou artificielle.

2° Pourquoi les objets doivent être rapprochés de l'œil et placés du moins dans les limites de la vision distincte normale.

3° Pourquoi ils ne peuvent être vus qu'après avoir été présentés à la face dans diverses directions et après de nombreux tâtonnemens.

4° Pourquoi les objets (nous présents du moins), n'ont jamais été nommés qu'après avoir passé dans des directions où tout individu aurait pu les voir, les yeux ouverts et non bandés (1).

(1) M. Frappart, dont la loyauté est au-dessus de tout soupçon, a écrit dans

tenant de décider s'il est possible à un médecin de posséder toutes les connaissances indispensables pour faire avec succès les recherches dont nous avons parlé. Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative : tout observateur intelligent qui, faisant des études spéciales sur un point de pathologie, voudra l'explorer sous les trois grands rapports que j'ai indiqués, pourra y parvenir après quelques études préliminaires. L'analyse chimique seule offre des difficultés ; si l'on avait besoin de descendre jusque dans les manipulations les plus délicates de l'analyse élémentaire, il faudrait avoir des connaissances approfondies qui ne sont pas données le plus ordinairement au médecin ; mais il est un grand nombre d'opérations analytiques et d'expériences qu'il peut faire avec un plein succès, et pour en citer un exemple des plus tranchés, nous rappellerons que les altérations du sang qui ont été constatées par MM. Andral et Gavarret, l'ont été par des procédés très simples ; des pesées exactes avec la balance et quelques calculs suffisent pour la détermination de la quantité des principaux élémens du sang.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION SUR UNE FISTULE AÉRIENNE, AVEC OCCLUSION COMPLÈTE DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU LARYNX, POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA PHONATION; par M. REYNAUD, premier chirurgien en chef de la marine du port de Toulon, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc. (1).

De temps en temps, la pathologie nous présente quelque fait qui tend à éclairer la théorie d'une fonction et à modifier les doctrioes reçues. Jusqu'à ce jour on a pensé que la parole, qui n'est que la voix articulée, ne peut pas avoir lieu si le larynx ne livre pas le passage à l'air qui sort des poumons. En effet, d'après les expérieoces de plusieurs physiologistes, pour que la phonation s'exécute d'une manière convenable, il faut qu'il y ait une communication directe et non interrompue entre les poumons, la trachée artère, le larynx et la bouche. Si l'on pratique une ouverture au-dessous du larynx, la voix cesse. Si cette ouverture est faite au-dessus du cartilage thyroïde, la parole est perdue. De ces faits il résulte que si, par un accident quelconque, l'air cesse de passer par le larynx, l'individu doit perdre l'usage de la parole. L'observation que je publie présente une exception à cette règle générale, et me semble prouver que la parole peut encore exister quoique la voix soit perdue.

(1) J'adressai cette observation, avec la pièce pathologique, à l'Académie des sciences, dans le courant du mois d'août 1828. Elle fut lue par mon collègue Laurent, dans la séance du 6 octobre de la même année. Une commission fut nommée pour examiner le larynx et faire un rapport à l'Académie. Cette commission n'ayant pas rendu compte de son travail, quoiqu'il se soit écoulé plus de douze ans, je crois devoir publier cette observation, qui pourra être utile à ceux qui s'occupent de cette partie de la physiologie.

(NOTE DE L'AUTEUR, en mai 1841.)

OBS. — Leblanc (Jean-Marie), forçat, sous le numéro 17,820, né à Epernay, (Marne), est soupçonné d'avoir, avec sa famille, coopéré à la fabrication de fausses monnaies. Il quitte brusquement son domicile et va se fixer dans la commune de Lesges, département de l'Aisne. Pendant son absence, il est condamné à mort par contumace. Trois ans après (mars 1821, alors âgé de 28 ans), et pendant qu'il était dans un champ, il aperçoit deux gendarmes se diriger vers lui, croit qu'ils viennent le saisir, et conçoit aussitôt le projet de se détruire. De la main droite il prend un bistouri à lame étroite, qu'il portait toujours sur lui (il avait quelques notions de médecine vétérinaire et s'occupait de la guérison des bestiaux), avec la main gauche, il se saisit la gorge, la tire en avant, tournant alors le tranchant du bistouri en devant, il en enfonce la pointe du côté droit, à cette partie du cou qui répond à deux lignes au-dessus de l'union du cartilage cricoïde avec la trachée-artère, et à un pouce de distance du larynx ; il pénètre dans le pharynx, traverse de part en part cet organe, et fait sortir l'instrument du côté gauche, à peu près à un pouce de distance du larynx. Il coupe la face antérieure du pharynx, la face postérieure du cricoïde, ses faces latérales, immédiatement au-dessous des cornes inférieures du thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne et toutes les parties molles qui, latéralement et en-devant, recouvrent le larynx.

Une hémorragie abondante a lieu ; il fait des efforts inutiles pour répondre aux questions des gendarmes. Ces derniers, qui allaient lui demander quelques renseignemens, ne soupçonnant point les motifs de ce suicide, le font conduire dans son village. Quatre heures après, il reçoit les secours convenables. On veut le ranimer en lui donnant du vin chaud, mais ce liquide sort par la plaie, et la toux qu'il détermine procure la sortie d'une assez grande quantité de caillots de sang noir.

L'ouverture du pharynx n'étant point douteuse, on a recours aux moyens d'usage pour faire pénétrer les liquides dans l'estomac et favoriser la cicatrisation de la plaie.

Vingt jours après sa blessure, Leblanc commence à parler, mais sa voix est rauque. La respiration devient tous les jours plus difficile, et cette difficulté augmente à mesure que la cicatrisarion de la plaie fait des progrès. Six semaines après, il ne reste qu'une petite ouverture fistuleuse au côté gauche, qui ne paraît point pénétrer dans le larynx, puisqu'elle ne donne point passage à l'air.

Averti que les soupçons de la justice continuaient à planer sur son compte, il prend la fuite et va se réfugier chez son frère, à Villers-en-Bois, à quinze lieues de distance de Lesges.

Les difficultés inouïes que le malade éprouve pour respirer lui suggèrent de r'ouvrir sa plaie, dans l'intention, ou de se détruire, ou de donner à l'air un libre passage, et, dans l'un et l'autre cas, terminer ses souffrances. En effet, il profite de l'absence de son frère pour introduire un petit couteau de droite à gauche, en suivant la direction de la cicatrice, afin de diviser les mêmes parties qui ont été coupées la première fois. Aussitôt après la section, Leblanc respire avec aisance. Le pharynx est ouvert de nouveau, mais dans une moins grande étendue.

Son frère arrive une demi-heure après, et craignant de se compromettre, va faire part de cet événement à M. le maire, qui se rend auprès du patient avec le médecin du lieu. La gendarmerie s'empare de Leblanc et le conduit à l'Hôtel-Dieu de Reims. On essaie de réunir les lèvres de cette division; mais la suffocation qui survient oblige d'y renoncer et de laisser le malade respirer par la plaie. On se borne aux soins de propreté et on abandonne la guérison à la nature. Après la blessure, le malade essaie de prendre quelque liquide. Une grande partie passe dans l'estomac et une petite quantité par la plaie. La plaie du pharynx marche rapidement vers la guérison, et, quinze jours après la blessure, elle est entièrement guérie.

A mesure que la cicatrice du larynx fait des progrès, la respiration devient plus pénible. Pour prévenir la suffocation, Leblanc se fabrique un tuyau en plomb de 2 pouces de longueur et d'un pouce et demi de circonférence, coudé

Ces considérations purement logiques, qui suffisaient sans doute déjà pour nous engager à rejeter provisoirement l'hypothèse de la faculté exceptionnelle, et à adopter celle de la faculté normale, étaient en outre corroborées par les défauts de l'appareil d'occlusion; défauts qui, quoique peu importans en apparence, mais bien constatés par les expérimentateurs mêmes, permettaient d'en préjuger d'autres.

Dès lors, nos doutes ayant pris de la consistance et un haut degré de probabilité, nous les communiquâmes à M. le docteur Dechambre qui, de son côté, en avait déjà conçu de pareils et de plus forts encore ; et, nous trouvant d'accord sur la position générale de la question, nous résolûmes de faire en commun quelques expériences pour nous éclairer. Ces expériences ont été faites. Ce qui suit en offre le court résumé et les principaux résultats.

L. P.

EXPÉRIENCES FAITES PAR MM. PEISSE ET DECHAMBRE POUR VÉRIFIER UN FAIT DE VISION DITE MAGNÉTIQUE.

Nous nous sommes servis d'un appareil entièrement semblable à celui de la somnambule, composé des mêmes substances, disposé de la même manière, présentant les mêmes conditions apparentes de garantie. Nous l'avons appliqué avec toute la rigueur possible alternativement à chacun de nous et à une troisième personne, dans sept expérieoces consécutives, et voici ce que nous avons constaté.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — Au bout de dix minutes, une carte promenée en divers sens au devant de la face est nommée. Les personnes présentes reconnaissent que les bords de l'appareil se sont détachés de la peau en quelques points ; on les réapplique avec le plus grand soin, et *immédiatement après* une autre carte est reconnue. Le sujet déclare alors avoir vu par en bas.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — Au bout de huit minutes, une carte est reconnue. On répare l'appareil sur tous les points où l'on peut suspecter la moindre solution de continuité. Le sujet reconnaît *une dame de pique*, et lit le mot *Pallas* imprimé sur le côté de la carte. Les personnes présentes déclarent ne plus apercevoir trace de dégradation. La vision s'était faite de côté, à droite.

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — Une carte est reconnue au bout de douze minutes. Réparation minutieuse de l'appareil. La vision continue d'avoir lieu. Le sujet déclare qu'il voit par en haut.

QUATRIÈME ET CINQUIÈME EXPÉRIENCES. — Mêmes résultats et avec les mêmes précautions. Dans ces deux expériences, la carte a été vue de côté, une fois à droite et une fois à gauche.

SIXIÈME EXPÉRIENCE. — Cette fois, au bout de huit minutes, le sujet nomme une carte et déclare ensuite l'avoir vue en face. Après cette déclaration, on examine scrupuleusement l'appareil, et il est impossible de signaler le point qui a donné passage aux rayons lumineux. On réapplique, par surcroît de précaution, de la terre sur plusieurs points du masque et particulièrement vers la racine du nez, et la vision continue d'avoir lieu.

SEPTIÈME EXPÉRIENCE. — Cette septième et dernière expérience est la plus

---

ses lettres et nous a assuré que des cartes, amenées directement d'avant en arrière au milieu du front, ont été vues par la somnambule. Cette expérience ayant été répétée devant nous plusieurs fois et à notre demande, n'a jamais réussi.

supérieurement et un peu évasé dans cette partie, pour empêcher sa chûte dans la trachée-artère. Il l'introduit avec quelque difficulté, et ce n'est qu'après quatre heures de travail qu'il parvient à le faire pénétrer par la fistule; dès lors la respiration devient beaucoup plus facile. Leblanc est obligé de retirer de temps en temps le tuyau pour le nettoyer et pour donner issue aux mucosités bronchiques. Sa convalescence fait des progrès, et deux mois après sa blessure il est entièrement guéri.

On le transfère devant la cour d'assises qui le condamne à mort. Il se pourvoit en grâce, et cette peine est commuée en celle des travaux forcés à perpétuité. Il est dirigé sur le bagne de Toulon, où il arrive le 11 novembre 1822.

La respiration de Leblanc devient plus difficile. Il croit que des végétations se forment vers l'extrémité inférieure du tuyau et la bouchent en partie. Il imagine d'ajouter un tuyau plus petit à celui qu'il porte, qui lui procure un alongement d'un pouce, afin de dépasser les végétations qu'il croit exister. Aussitôt il respire avec plus d'aisance, et peut plus facilement supporter les travaux auxquels il est soumis.

Dans le courant du mois d'août 1825, pendant qu'il se livre à un travail pénible, le petit tuyau de plomb tombe dans la trachée-artère, se place à l'entrée de la bronche droite et détermine la toux la plus violente. Leblanc retire de suite le grand tuyau et fait beaucoup d'efforts pour faire remonter le petit qu'il essaie en vain de retirer avec un crochet. On le transporte à l'hôpital; j'étais absent, et M. Sper, alors premier chirurgien en chef, en fit l'extraction. On lui fait construire un tuyau plus long et son introduction rend la respiration plus facile.

Je profite de son séjour à l'hôpital pour m'assurer s'il n'existe aucune communication entre le larynx et la trachée-artère. Je suis surpris d'entendre parler cet homme assez distinctement, et j'ai peine à croire à l'occlusion complète du larynx. Je bouche l'ouverture fistuleuse; mais aussitôt la face s'injecte, et Leblanc est menacé de suffocation. Cette première tentative me donne de fortes présomptions en faveur de l'occlusion du larynx.

Le lendemain j'introduis une sonde en gomme élastique par la glotte et j'injecte de l'eau dans le larynx. La présence de ce liquide irrite le conduit et provoque la toux. Je retire la sonde; Leblanc penche sa tête en avant, et, par un fort mouvement d'expiration, il fait sortir l'eau restée dans le larynx. Aucune goutte de ce liquide ne pénètre dans la trachée-artère.

Je fais part de mes essais à M. Sper qui vient voir Leblanc; nous répétons ensemble les mêmes expériences, et nous y ajoutons l'introduction du mercure dans le larynx. Aucun atôme de ce métal ne s'introduit dans la trachée-artère, ce qui nous prouve d'une manière évidente l'occlusion complète du larynx. Je renouvelle encore l'introduction de l'eau et du mercure par la glotte, en présence de MM. Fleury, premier médecin en chef, Dubreuil, professeur d'anatomie, actuellement professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, Aubert, professeur de matière médicale et Laurent, professeur d'anatomie. Toutes ces expériences ont le même résultat et nous confirment dans l'opinion qu'il n'existe plus aucune communication entre le larynx et la trachée artère. Nous sommes dès lors convaincus que la parole a lieu chez Leblanc sans l'intervention de l'air sorti des poumons, puisque ces organes n'ont plus aucune communication avec le larynx et la bouche. Cependant cet homme peut parler assez distinctement et de manière à être entendu à quelque distance. Il m'a fourni lui-même le détail de tous les événemens qui ont eu lieu depuis sa fuite jusqu'à son arrivée à Toulon, assis à côté de mon bureau, sa bouche placée à environ 4 pieds de mon oreille droite. Souvent j'ai été obligé de lui faire répéter des mots pour les bien comprendre. Quelquefois il a éprouvé beaucoup de difficultés pour prononcer certaines syllabes, et alors il m'a transcrit le mot qu'il n'a pu me faire entendre.

Leblanc peut prononcer assez distinctement les lettres b, c, d, f, g, h, i, j, k, p, q, r, s, t, u, v, x, y, z.

Il éprouve beaucoup de difficulté pour prononcer les lettres a, e, l, et surtout la lettre o. On voit alors qu'il est obligé de faire des efforts considérables.

Il lui est impossible de prononcer les lettres m, n.

Lorsqu'il veut parler, il ouvre la bouche, il abaisse le pharynx et, après avoir rempli d'air le tuyau vocal, il élève brusquement le larynx et parle par secousses comme s'il crachottait, et en mettant toujours un peu d'intervalle entre la prononciation de chaque mot. La prononciation n'est point nette; cependant on l'entend assez distinctement. Les efforts qu'il est obligé de faire pour parler le fatiguent; il ne peut soutenir une longue conversation sans se reposer. Lorsqu'il parle longtemps sa face se colore, ce qui annonce que, pendant cet acte, la respiration est gênée.

Leblanc peut siffler, mais il est obligé de faire de plus grands efforts que pour parler. Il ne peut point siffler longtemps, et il est obligé d'élever fortement le larynx.

Il peut se moucher, puis opérer l'expulsion du mucus nasal; il remplit le tuyau vocal d'air, ferme la bouche; il élève le larynx et fait sortir l'air et les mucosités par les ouvertures antérieures des fosses nasales.

Pour cracher, il ferme la bouche, élève brusquement le larynx au même instant, ouvre légèrement la bouche pour donner issue à la salive.

Lorsqu'il sent le besoin d'éternuer, il ferme la bouche, élève le larynx, et l'air contenu dans le tuyau vocal sort par les fosses nasales.

Lorsqu'il veut se débarrasser des mucosités bronchiques, il retire le tuyau de plomb, et ce n'est qu'après plusieurs mouvemens d'expiration qu'il vient à bout de les expulser.

Leblanc peut parler, quoique avec plus de difficulté, quand les ouvertures antérieures des fosses nasales sont fermées.

D'une petite stature, il jouissait, avant ses blessures, d'une constitution forte; il pouvait, d'après ce qu'il m'a dit, porter sur ses épaules un poids de plus de 100 kilogrammes. Ses forces physiques ont diminué progressivement; dans la dernière année de sa vie, un poids de 20 kilogrammes le fatiguait. On l'entendait parler d'une manière bien plus distincte lors de son arrivée à Toulon, et sa prononciation a éprouvé un décroissement qui a toujours été en rapport avec celui de ses forces.

Leblanc a été atteint de plusieurs bronchites; ces phlegmasies successives ont amené la phlegmasie chronique des organes pulmonaires; sa constitution s'est affaiblie; sa respiration est devenue plus difficile; il a senti plus souvent le besoin de retirer son tuyau de plomb pour expulser les mucosités bronchiques. Dans ses derniers momens, il a éprouvé des anxiétés considérables, des suffocations; enfin, il a expiré le 20 juillet 1828.

L'autopsie, qui a été faite en présence du conseil de santé, des professeurs et des officiers de santé attachés au service de nos hôpitaux, nous a présenté les phénomènes suivans:

Système veineux cérébral très injecté.

Poumons gorgés de sang et dans l'état voisin de l'induration rouge. Celui du côté droit, très adhérent à la plèvre costale et plein de granulations miliaires.

Cœur et péricarde dans l'état sain.

Foie très volumineux et décoloré, présentant deux tumeurs enkystées du volume du poing, situées, l'une à la face inférieure du lobe gauche, et l'autre à la face inférieure du lobe droit, toutes deux très adhérentes aux parties environnantes et contenant un liquide séreux, enveloppé d'une couche albumineuse.

Quelques traces de phlogose dans l'intestin grêle; rougeur très intense de toute la muqueuse du gros intestin, avec quelques ulcérations.

Le larynx était l'organe qui, dans cette autopsie, présentait le plus d'intérêt. Nous avons fait une coupe pour conserver la bouche, le pharynx et le larynx. Nous avons trouvé les os maxillaires garnis de presque toutes les dents, il ne manque qu'une molaire à chaque mâchoire. La langue et l'intérieur de la bouche n'ont rien offert de remarquable. Nous avons fait une incision longitudinale à la face postérieure du pharynx, afin de mettre la glotte à découvert. Nous avons vu l'épiglotte dans son état normal, la glotte un peu rétrécie, sans doute à cause des efforts que Leblanc était obligé de faire, soit pour parler, soit pour cracher, soit pour expulser les mucosités bronchiques. En écartant les cartilages arythénoïdes, qui jouissaient de toute leur mobilité, nous avons vu distinctement les ligamens supérieurs et inférieurs de la glotte, ainsi que les ventricules, dans leur état naturel. Nous avons rempli de mercure la cavité du larynx, et nous n'avons vu aucune partie de ce métal passer dans la trachée-artère.

Nous avons ensuite examiné la cloison qui obture complétement le larynx au-

---

importante de toutes. L'un de nous, ayant l'appareil hermétiquement appliqué, a vu au bout de quelques minutes; il nommait pour ainsi dire les cartes à mesure qu'on les lui présentait, et lisait presque à livre ouvert, quel que fût le caractère de l'impression. Il a lu ainsi, presque couramment, tout le titre du PETIT CARÊME DE MASSILLON et la table des TRAGÉDIES DE SÉNÈQUE. Pendant dix minutes, deux personnes présentes ont cherché en vain sur le masque le point qui laissait passer la lumière, et se sont appliquées à remédier successivement en haut, en bas, sur les côtés, partout, aux moindres apparences de derangement ou de dégradation, sans jamais parvenir à empêcher l'exercice de la vision. Le sujet a déclaré alors avoir vu par un point situé vers le milieu du masque et à gauche.

Nous désirons, quant à présent, nous borner à faire connaître le caractère général, et, pour ainsi dire, le résultat historique de nos expériences. Mais, avant de passer aux conclusions qu'on peut et qu'on doit en tirer, nous croyons devoir faire quelques remarques préliminaires.

La première, c'est que nous nous sommes toujours placés, soit pour la composition de l'appareil, soit pour son mode d'application, soit pour la rigueur de cette application, avant et pendant l'expérience, soit pour la nature et l'intensité de la lumière, soit pour la position des objets, soit pour les attitudes du sujet, dans des conditions identiques à celles dont nous avions été témoins dans les expériences dites somnambuliques; que, par conséquent, toute objection fondée, 1° sur une différence quelconque dans les conditions de l'expérimentation; 2° sur d'autres expériences faites ou à faire avec d'autres moyens d'occlusion dont il a été parlé (masques de plomb, plâtre, etc.), serait nulle et sans valeur.

La seconde remarque, c'est que nos expériences, indépendamment du résultat général auquel elles nous ont conduits, nous ont encore offert, dans le détail, un certain nombre de résultats particuliers sur les diverses circonstances qui rendent la vision possible à travers l'appareil, et relatives, soit à l'appareil lui-même, soit au sujet, soit aux objets; résultats que nous nous réservons de faire connaître en temps et lieu, par écrit ou autrement, quand nous le jugerons convenable et utile, et que chacun est d'ailleurs maître de chercher par sa propre expérience.

Enfin nous ferons remarquer que nous n'avons d'autre but, en publiant nos expériences, que de les faire servir à l'appréciation du fait particulier qui avait été soumis à notre examen; que nos conclusions ne portent que sur ce fait exclusivement, et que nous n'en sommes pas moins disposés à vérifier tous ceux dont on voudrait bien nous rendre témoins.

Maintenant, et dans les limites que nous venons de tracer, voici les conclusions que nous croyons pouvoir tirer de nos expériences:

1° La vision peut s'exercer, chez des sujets non magnétisés et éveillés, à travers un emplâtre de taffetas, un masque d'argile et un bandeau superposés, quelqu'exacte que paraisse au-dehors l'application de l'appareil.

2° La vision peut avoir lieu dans toutes les directions, en haut, en bas, de côté et en face, sans que, dans aucun de ces cas, les observateurs puissent le plus souvent reconnaître le point par lequel elle s'est opérée.

3° Pour expliquer, chez mademoiselle Prudence, l'exercice de la vision à travers le masque, il n'est pas nécessaire d'admettre l'intervention d'un état anormal, somnambulique ou autre, les lois ordinaires de la physique et de la physiologie suffisant à cette explication.

dessous du cartilage thyroïde : elle est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Elle nous a paru formée, dans ses deux tiers antérieurs, par les tégumens, et dans son tiers postérieur par la face antérieure du pharynx, qui est venu, pour ainsi dire, à la rencontre de ces derniers. L'ouverture fistuleuse a environ de 8 à 9 lignes de diamètre.

La pièce pathologique a été disséquée par MM. les membres de la commission, conjointement avec mon collègue Laurent, second chirurgien en chef de la marine à Cherbourg, et ces messieurs ont reconnu l'occlusion complète du larynx.

Maintenant, le point principal est de savoir comment Leblanc jouissait de la faculté de parler, malgré l'occlusion complète de l'ouverture inférieure du larynx. Est-ce par le courant d'air établi entre les fosses nasales, le pharynx et la bouche? Le larynx, dont les cordes vocales et les ventricules sont intactes, coopérait-il à l'articulation des sons? Si j'avais à émettre une opinion, j'adopterais de préférence la première; mais je me borne seulement à exposer ce que j'ai observé. Je pense que les physiologistes qui s'occupent spécialement de la phonation y trouveront des matériaux qui pourront leur faire apporter des modifications importantes à la théorie de cette fonction.

NOUVELLE THÉORIE DE LA FORMATION DES HERNIES; communiquée par M. le docteur ROSER.

La théorie des hernies généralement reçue de nos jours suppose à ces affections une origine purement mécanique. Cependant, les meilleurs chirurgiens ont toujours conservé des doutes à ce sujet, et il ne serait pas difficile de trouver des exemples de leur incertitude dans les ouvrages de Morgagni, Scarpa, J. Cloquet, Richter, Dupuytren, Malgaigne, etc. Pour ne citer que les trois derniers, on peut dire, qu'en parlant de hernies *spontanées*, ils ont renoncé à toute explication du fait.

Ces doutes sont bien fondés, car nous allons prouver que l'explication purement mécanique de la formation des hernies est contredite par toutes les lois de la physique, et tâcher d'établir que la pression des intestins doit être considérée comme n'étant qu'une cause bien secondaire.

Fondés sur l'anatomie pathologique, nous admettons la préexistence d'un engorgement inflammatoire chronique dans le tissu cellulaire sous-séreux, par suite duquel s'opèrent l'atrophie et l'usure des parois abdominales, tandis que le resserrement des parties atrophiées cause le déplacement du péritoine, et provoque ainsi la sortie des viscères. Et d'abord, il est impossible de parvenir à produire une hernie sur le cadavre, même en employant la force la plus considérable. Peut-être qu'en poussant avec le bout du doigt, vous réussirez ainsi à opérer le déchirement et le déplacement des fibres, et à faire sortir le péritoine. Mais cette action immédiate du doigt est tout à fait différente de la pression hydrostatique exercée par les intestins contre les parois abdominales.

Celle-ci, au lieu d'écarter les fibres et de déplacer le péritoine en dehors, ne produit que la tension de ces parties. S'il y a déjà quelque éraillure aux parois abdominales ou quelque ouverture assez large au devant du péritoine et que vous exerciez une pression très forte, la membrane sera plus ou moins tendue et fera saillie à travers l'ouverture, mais jamais le déplacement de la membrane ne s'opérera, parce que la tension même empêcherait ce déplacement. Comment d'ailleurs le canal inguinal, ce conduit qui ferme l'abdomen à la manière d'une soupape, pourrait il admettre les viscères? Ne devraient-ils pas plutôt tendre à rapprocher ses deux parois l'une contre l'autre?

Si ce n'est pas la pression des intestins qui produit le déplacement des viscères, il n'y a que la traction de dehors en dedans qui puisse l'opérer. Ainsi s'effectuent d'ailleurs les hernies du cœcum, de la vessie, etc., comme l'a fort bien remarqué M. J. Cloquet. (THÈSE de 1839, p. 21.) Le même effet s'observe dans la formation des hernies ordinaires. Ainsi, un engorgement inflammatoire chronique du tissu sous-séreux, suivi de l'usure des couches voisines et des tiraillemens à l'extérieur de la membrane péritonéale, voilà ce qui nous semble constituer la véritable explication du mécanisme des hernies. Et cet engorgement inflammatoire chronique n'est point une hypothèse purement conjecturale, car on l'a souvent trouvé sur le cadavre, mais on l'attribuait à des contusions causées par la pression des intestins. Maintenant, d'après ce que nous avons dit sur l'impossibilité d'un déplacement brusque du péritoine par le choc des viscères, cette explication ne peut plus sembler suffisante. Néanmoins le fait de cette lésion existe, et il existe beaucoup plus souvent qu'on ne le pense. Mais dans les dissections, on n'a presque jamais fait attention à ces traces d'inflammation si fréquentes cependant dans les portions du péritoine qui répondent aux régions inguinales et crurales. Il y a souvent dans ces points des taches blanchâtres très remarquables, la membrane péritonéale s'y trouve épaissie, opaque, résistante et ayant plus ou moins l'apparence fibreuse. Il n'est pas rare, comme on le sait, de trouver de petites hémorragies dans le tissu sous-séreux de cette région. On y voit aussi les mêmes froncemens et les plis qu'on observe à la plèvre pulmonaire, à la suite d'un engorgement inflammatoire ou tuberculeux.

Ces froncemens et ces plis, qui ont tant de ressemblance aux cicatrices, sont souvent enfoncés vers les anneaux inguinaux et cruraux; et il est facile de démontrer que ce sont là les véritables rudimens des sacs herniaires. En effet, ces plis, ces enfoncemens, ces *diverticulum* ne sont que les divers degrés de la même transformation anatomique. La maladie du tissu cellulaire sous-séreux se propageant le long des vaisseaux, il en résulte que les canaux inguinaux, cruraux, etc., sont agrandis par l'usure; le péritoine restant collé aux parois abdominales doit s'accommoder à la concavité qui vient de se former; il est donc, pour ainsi dire, entraîné en dehors. Quand le travail d'engorgement ou d'inflammation chronique continue, l'usure des parois abdominales va toujours en augmentant, tous les tissus adossés à la couche sous-séreuse s'usent, s'atrophient, disparaissent; en même temps de nouvelles couches s'accolent au péritoine qui, en s'accommodant à cette nouvelle disposition, est de plus en plus déplacé. Le tissu cellulaire devenant lui-même le siége d'une condensation secondaire, d'une espèce de cicatrisation, le déplacement est encore augmenté par ce mécanisme. Ainsi, des sacs herniaires peuvent se former sans jamais contenir des intestins et sans que la pression des viscères ait en rien contribué au déplacement de la membrane séreuse. On peut supposer que dans les cas où on a cru voir une hernie naître subitement sous l'influence d'un effort, le sac herniaire existait déjà, mais qu'il était resté inaperçu jusqu'au moment où un intestin s'y est engagé. Cette supposition est bien légitime, puisqu'on trouve si souvent des hernies chez des individus qui ne s'en étaient jamais doutés.

Voilà la nouvelle théorie des hernies, que nous croyons aussi conforme aux lois de la mécanique qu'à celles de la physiologie pathologique. En effet, toutes les lésions que nous avons supposées pour justifier cette explication, vous les rencontrez sur le cadavre. Vous trouvez, en effet, des traces d'inflammation qu'on ne saurait attribuer à un déplacement violent; vous trouvez l'usure et l'atrophie des parois abdominales correspondantes à l'engorgement des tissus et au tiraillement du péritoine. Il resterait encore, je l'avoue, à mieux déterminer la nature de la maladie locale qui cause les hernies, et c'est vers ce but que nous engageons à diriger leurs efforts tous ceux qui ont l'occasion de faire de pareilles recherches.

SUITE DE L'OBSERVATION ET RÉSULTATS DE L'AUTOPSIE DU NOMMÉ GLORIA, MORT D'UNE AFFECTION TUBERCULEUSE CINQ ANS APRÈS LA GUÉRISON D'UN ANÉVRISME DE LA CRURALE, PAR LES APPLICATIONS FROIDES; communiquée par M. le docteur CABISSOL.

Une observation de maladie chirurgicale suivie de guérison à la suite d'un traitement qui s'écarte un peu des règles établies, alors que les symptômes devaient faire croire à une issue funeste, n'a de valeur réelle qu'autant que l'autopsie vient longtemps après la rendre complète, en confirmant la sûreté du diagnostic et l'efficacité du traitement. C'est le moyen le plus sûr de tirer, des cas rares, un parti profitable à la science, et de les faire servir à établir le meilleur mode de traitement à suivre dans des circonstances à peu près semblables. C'est dans cette intention que nous publions aujourd'hui le complément d'une observation remarquable d'anévrisme, publiée dans le tome V de la GAZETTE MÉDICALE, année 1837, 9 septembre, page 565.

OBS. — Le nommé Gloria, quartier-maître de manœuvre, était atteint d'un anévrisme de l'artère crurale et de la fin de l'iliaque externe, qui, méconnu et mal traité pendant plusieurs mois, était sur le point de s'ouvrir lorsque le malade fut reçu dans les salles de chirurgie de l'hôpital de la marine de Toulon. Cette affection, contre laquelle il paraissait n'y avoir d'autre ressource que la ligature désespérée de l'aorte, guérit pourtant par l'application continuelle de la glace sur la tumeur pendant près de deux ans, et cet homme, qui se croyait voué à une mort certaine, put reprendre son service à bord des bâtimens de l'état. Le hasard a voulu que Gloria vînt mourir trois ans après à l'hôpital de Lorient, d'une affection étrangère à la tumeur anévrismale, et nous devons à notre honorable confrère le docteur Tiret, médecin de cet hôpital, les détails intéressans de la maladie et des résultats fournis par l'autopsie.

Gloria sortit de l'hôpital de Toulon au commencement de 1836, après un séjour de deux ans, fut bientôt après embarqué sur une frégate, et fit une longue campagne aux Antilles. Sa santé était parfaite; la tumeur avait complètement disparu, et quoique le membre inférieur droit conservât toujours un volume plus considérable que le gauche, les mouvemens étaient si peu gênés qu'il put faire son service pendant tout le voyage, qui ne se termina qu'en septembre 1838. Vers la fin de cette année, il fut pris de douleurs très vives dans le bassin et dans le membre inférieur droit, douleurs accompagnées de symptômes inflammatoires généraux et locaux, qui, inutilement combattus par des moyens rationnels, se terminèrent par un abcès énorme dont l'ouverture spontanée donna issue par plusieurs pertuis, et pendant deux mois, à une très grande quantité de pus et de sérosité purulente. Cette suppuration abondante affaiblit le malade,

qui succomba en février 1839, à la suite d'une fièvre de résorption, dans le marasme, le membre très œdématié et très douloureux.

L'autopsie, faite treize heures après la mort, montra les désordres suivans : la cuisse droite est plus volumineuse que la gauche de quelques pouces ; son tissu cellulaire, ainsi que celui du bassin est gorgé de sérosité et d'une apparence couenneuse. La partie inférieure de l'abdomen, la fosse iliaque interne, la gaîne des muscles psoas et iliaque, la cuisse, depuis le ligament de Fallope jusqu'à sa partie moyenne, la fosse iliaque externe, sont le siége de plusieurs collections purulentes vastes ou peu étendues, profondes ou superficielles, séparées par les aponévroses, renfermées dans des espèces de kystes tapissés de membranes épaisses et rougeâtres et communiquant entre elles, de manière à pouvoir se vider par les ouvertures cutanées. Les muscles sont pâles, infiltrés et peu distincts du tissu cellulaire. Le fémur et les vertèbres, légèrement dénudés aux points qui sont en contact avec le pus, ne présentent aucun signe d'altération.

L'artère iliaque externe est peu dilatée ; l'épigastrique, la circonflexe iliaque et la sous-cutanée abdominale ont un calibre un peu plus considérable que dans l'état ordinaire, depuis l'origine de cette dernière jusqu'à celle de la fémorale profonde ; la crurale est inférieurement oblitérée et transformée en un cordon fibreux très dense, très résistant, à fibres blanches ayant la direction de l'artère. Au côté externe de celle-ci et un peu au-dessus de la naissance de la profonde se trouve une tumeur d'un tissu dense, fibreux, analogue à celui de l'artère oblitérée, ayant 6 lignes de diamètre, bien distincte du tissu cellulaire jaunâtre qui l'entoure et dans laquelle on ne peut distinguer aucunes fibres à direction concentrique. Cette tumeur est réunie à l'artère par un pédicule rétréci, à la partie supérieure duquel existe une ossification d'une ligne de diamètre.

L'abdomen contient un peu de sérosité ; le foie est considérable ; l'estomac dilaté ; les ganglions mésentériques en partie engorgés et tuberculeux ; le côté droit du thorax contient une grande quantité de sérosité verdâtre. La plèvre est tapissée d'une fausse membrane peu consistante. Le poumon est comprimé, presque atrophié quoique encore perméable et crépitant. La plèvre et le poumon gauche sont sains.

L'autopsie a confirmé, dans ce cas désespéré, toute la puissance du traitement par la glace. Ces anévrismes volumineux, cette altération profonde des tissus artériels qui s'étendait le long de l'iliaque externe jusqu'à sa naissance et qu'on sentait parfaitement alors à travers les parois abdominales ; cette tumeur à parois si minces qu'elles menaçaient de se rompre sous la plus légère pression, ont cédé à l'action astringente, tonique, résolutive du froid et qu'en reste-t-il ? Un cordon fibreux de quelques centimètres d'étendue et une tumeur qui devait être bien peu sensible pendant la vie, puisqu'elle ne gênait pas les mouvemens du malade et que ce dernier a pu faire pendant deux ans, à la mer, un service actif et pénible.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE.

LITHOTRITIE.

M. Larrey lit, au nom de MM. Roux et Breschet et au sien, un rapport sur divers instrumens de lithotritie, présentés par M. Leroy d'Etiolles, au mois d'avril 1840. Ces instrumens sont destinés à aller chercher dans la vessie les fragmens d'instrumens métalliques qui y auraient été perdus.

La commission estime que ces instrumens ne présentent aucun des avantages que leur assigne leur auteur ; que, au contraire, vu leur volume considérable, ils ne pourraient pas être introduits sans donner lieu à des hémorragies et à des déchirures. Il vaudrait mieux faire une incision au périnée pour aller à la recherche des corps étrangers à extraire.

Les conclusions du rapport sont de renvoyer ces instrumens à leur auteur. — Adopté.

M. Larrey fait aussi un rapport sur un instrument lithotriteur présenté par M. Cazepave, de Bordeaux. La commission a pensé qu'il est inutile de porter un jugement sur toutes les modifications particulières qu'on peut faire subir à un instrument déjà connu ; que, d'un autre côté, les modifications proposées par l'auteur, loin de simplifier le mécanisme de l'instrument, le compliquent au contraire et en rendent l'emploi plus difficile.

Les conclusions du rapport sont de renvoyer l'instrument à son auteur, tout en le remerciant de sa communication, et en l'engageant, dans ses recherches ultérieures, à viser à la simplification de l'appareil instrumental. — Adopté.

COMPOSITION DU SANG DANS LES MALADIES.

M. Félix Hatin lit un mémoire ayant pour titre : RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA PARTIE BLANCHE DU SANG, VULGAIREMENT APPELÉE FIBRINE. Les recherches de MM. Andral et Gavarret, dit l'auteur, en signalant la surabondance de la fibrine dans les inflammations, me mettent dans la nécessité d'ajouter de nouvelles preuves à celles que j'avais déjà données pour montrer que la couenne du sang n'est pas un indice certain de l'état inflammatoire ; car cette fibrine n'est autre chose que ce qu'on appelle la couenne, ou, si l'on adopte l'expression que j'ai proposée, de l'hémaleucine. Or, j'ai démontré qu'on peut en provoquer ou en empêcher la formation, quel que soit l'état du sang, en le laissant reposer, ou en le battant au sortir de la veine. J'ai établi que la proportion de fibrine dans le sang humain est de six millièmes ; mais qu'après le repas, cette quantité peut s'élever au double et quelquefois au triple. J'ai encore fait voir que, pendant la grossesse, du moins pendant sa seconde moitié, la quantité de fibrine augmente également. Si donc l'augmentation de ce produit a lieu dans des circonstances purement physiologiques, ses variations ne peuvent plus être un signe certain de maladie. D'ailleurs, on a cherché en vain l'hémaleucine pendant l'existence d'inflammations tranchées, tandis qu'au contraire on la trouvait dans des affections qui n'ont rien de phlegmasique dans leur essence, telles que les scrofules, la goutte, etc. C'est donc aller contre les plus justes déductions de l'expérience, contre le témoignage même de ses yeux, que d'en faire un signe constant des maladies inflammatoires.

Un autre point, et le plus important peut-être qui ressort de mes recherches, c'est que, même dans les inflammations qui donnent lieu à l'hémaleucine, sa quantité n'augmente pas au fur et à mesure de leur intensité. MM. Andral et Gavarret eux-mêmes ont mis ce fait hors de doute par les résultats de leur pratique ; car, dans les pneumonies, par exemple, dont ils ont donné l'histoire, presque toujours la dernière saignée était celle qui présentait la proportion la plus considérable de fibrine, et cependant ils n'ont osé répéter la saignée, ce qu'ils auraient dû rationnellement faire s'ils s'étaient laissés conduire par leur théorie.

(Commissaires : MM. Magendie, Serres, Dumas, Breschet et Milne Edwards.)

DES PHÉNOMÈNES ÉLECTRIQUES CHEZ LES ANIMAUX VIVANS.

M. Matteucci présente un travail sous ce titre. Le résultat auquel il est arrivé, et qui lui semble de nature à expliquer tous les phénomènes de ce genre, est le suivant : lorsque la partie interne d'un muscle vivant, ou presque vivant, est mise, au moyen d'un fil métallique, ou d'un nerf en contact, avec une autre partie du même animal, que ce soit de la substance nerveuse ou un autre tissu, il se produit un courant, qui se dirige de la partie musculaire à celle qui ne l'est pas.

PROPRIÉTÉS NUTRITIVES DE LA GÉLATINE.

M. Gannal écrit à l'Académie une lettre où il rappelle que, lorsqu'il lui soumit ses travaux sur la gelée, la géline et la gélatine, il avait acquis la persuasion que ces substances étaient impropres à la nutrition ; et cependant on continue à s'en servir dans les hôpitaux. Il ne m'appartient pas, continue-t-il, de chercher pourquoi la commission nommée pour juger cette question s'est bornée à des recherches physiologiques, au lieu de faire des expériences propres à donner une solution précise. Je me borne à demander que l'usage de la gélatine soit suspendu dans les hôpitaux jusqu'à ce que la commission ait fait son rapport définitif. Je me suis adressé à ce sujet au ministre, mais il m'a renvoyé à l'Académie, et je ne crois pas trop présumer de son humanité en espérant qu'elle ordonnera la suppression que je réclame.

(Renvoyé à la commission de la gélatine.)

1° APPLICATION DE LA MYOTOMIE OCULAIRE A LA CURE DE CERTAINES AMAUROSES ; par M. PÉTREQUIN, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La théorie des analogues faisait pressentir, et la strabotomie a démontré que le système moteur de l'œil exerce une large influence sur son système sensitif ; d'après ce que j'ai observé chez les louches, j'ai été conduit à penser que certaines amauroses devaient reconnaître pour cause première un état spasmodique d'un ou de plusieurs muscles du globe oculaire. Dans le strabisme, le spasme musculaire est aujourd'hui un fait acquis à la science ; il n'est pas moins vrai que, dans la majorité des cas, il coexiste un affaiblissement plus ou moins prononcé de la vue, spécialement du côté où la déviation morbide est le plus manifeste. Or, j'ai reconnu que soit primitive, soit consécutive (ce n'est pas ici le lieu d'en discuter la nature), cette asthénie visuelle cède en général à l'opération de la strabotomie, surtout quand on a soin de recourir à la gymnastique orthophthalmique. Dès lors la myotomie deviendrait un moyen héroïque pour les amauroses qui proviennent de cette cause. Il importait d'établir ce fait primordial ; il importe de reconnaître les cas de cette catégorie. En voici quelques exemples.

OBS. I. — Un ouvrier journalier, de Briançon, âgé de 18 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une tumeur blanche du deuxième orteil qui en nécessite l'amputation. Il était affecté en même temps d'une amaurose incomplète de l'œil gauche, que je ne pus rapporter à aucune des causes ordinaires. Je remarquai que, dans certains mouvemens des yeux, il y avait tendance à la déviation en dedans ; après avoir répété mes observations pendant un mois, je crus pouvoir conclure que l'état spasmodique de l'appareil musculaire exerçait une profonde influence sur la fonction visuelle, et je me décidai à l'opérer le 8 mai 1841, par la section des deux muscles droits internes. La vue fut immédiatement améliorée à gauche, et en cinq semaines elle devint tout à fait normale et égale à celle du côté droit.

OBS. II. — Un ouvrier fileur de coton, âgé de 17 ans, entra à l'hôpital pour un écrasement du médius qu'il fallut amputer. Il portait une amaurose ancienne presque complète de l'œil gauche, survenue sans cause connue. Il ne pouvait compter mes doigts, ni reconnaître des ciseaux, une bande, etc. Je remarquai que certains mouvemens des yeux révélaient une tendance à la déviation en dedans ; j'en conclus, comme dans le cas précédent, que l'état spasmodique du système moteur de l'œil troublait son système sensitif. Je continuai mes expériences pendant quinze jours, et je pratiquai, le 20 juillet, la section des deux mus-

cles droits internes, avec une amélioration instantanée. A sa sortie, trois semaines plus tard, la vue avait gagné en netteté et en étendue, au point qu'il pouvait déchiffrer de gros caractères, et distinguer les personnes à plus de cent pas. Les progrès étaient continus et croissans.

Depuis lors, les exemples de semblables résultats se sont multipliés pour moi (1); je me bornerai à ceux-ci qui me semblent suffire.

2° MYOTOMIE SOUS-CUTANÉE DANS L'ENTROPION MUSCULAIRE; par le même.

Tous les entropions ne reconnaissent pas pour cause soit des brides intérieures, soit un excès de peau, soit la déformation des cartilages tarses, etc. J'ai reconnu qu'il en est un certain nombre dont l'origine réside exclusivement dans la contracture permanente du muscle orbiculaire. Le blépharospasme qui accompagne souvent l'ophthalmie scrofuleuse m'a servi d'indication et de preuve. Le siége en est d'ordinaire à la paupière inférieure; la disposition anatomique des parties en favorise le développement, tandis qu'à la supérieure, la même cause occasionne ce que j'appelle *l'imbrication palpébrale.* L'observation et la distinction de ces phénomènes m'ont conduit à établir une variété particulière d'entropion que je propose de nommer *entropion musculaire.* L'indication étant spécifiée, il restait à trouver un moyen de la remplir. Comment détruire l'état spasmodique du muscle orbiculaire? J'ai pensé que la myotomie sous-cutanée trouverait ici une application rationnelle, comme l'a fait M. Cunier et, après lui, M. Philipps. Voici le procédé que j'ai mis en pratique :

OBS. — Une ouvrière, âgée de 45 ans, m'est présentée avec un entropion complet à droite; je remarque que la paupière inférieure se plisse et se roule en dedans, en se recoquillant sur elle-même d'une manière concentrique, précisément dans le sens des fibres circulaires du muscle palpébral; le doigt, appliqué sur les parties, sent la contraction qui augmente si l'on fait arriver sur l'œil une plus grande quantité de lumière. Le spasme est permanent: l'examen anatomique m'a conduit au procédé suivant : le 22 août, je fais tendre la paupière inférieure avec une pince placée à l'angle externe; j'implante un ténotome effilé à la partie moyenne de l'orbite, au niveau du rebord osseux de la courbe orbitaire inférieure; puis, par un mouvement de bascule, j'en fais filer la pointe jusqu'au bord libre de la paupière (sans cela, le résultat serait incomplet), en passant derrière l'orbiculaire; alors j'opère la section du muscle par un mouvement de dégagement de la lame, en favorisant l'opération à l'aide du doigt appliqué sur la peau, de manière à suivre tous les mouvemens de la manœuvre. L'instrument est retiré; il se produit une ecchymose qui se résorbe rapidement; le résultat est maintenu par une compression méthodique.

Ainsi, je coupe le muscle dans sa plus grande largeur et dans toute son épaisseur; je n'ai qu'une seule ouverture qui est cicatrisée en 24 heures, presque sans douleur et sans accidens; circonstances qui assurent dans *l'entropion musculaire* une prééminence marquée à mon procédé sur tous ceux connus dans nos livres classiques.

3° STRABISME ARTIFICIEL SUBSTITUTIF DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE; par le même.

En compulsant les annales de l'art, on trouve un certain nombre de strabismes qui se sont développés consécutivement à diverses altérations organiques dans le champ de la vision; en d'autres termes, la déviation oculaire était physiologiquement liée à la déviation de l'axe pupillaire. La nature ouvrait ainsi une voie féconde. Or, aujourd'hui que les effets de la strabotomie sont parfaitement appréciés, l'homme de l'art est logiquement amené par le raisonnement et par l'expérience, à créer cette même liaison physiologique dans les circonstances analogues où la nature reste impuissante. C'est ce que j'ai fait, comme on va le voir, à l'exemple de M. Cunier; j'ai remarqué qu'on a ainsi l'immense avantage de substituer la manœuvre facile et généralement innocente de la myotomie à l'opération de la pupille artificielle si délicate dans l'exécution, si souvent compliquée d'accidens, et si rarement heureuse dans ses résultats, le but étant connu, voici le moyen.

OBS. — Un ouvrier mineur, de Rive de Gier, à la suite d'un éclat de mine, contracte, avec une double ophthalmie, une cataracte et un ptérygion à l'œil droit, et une opacité des deux tiers inférieurs de la cornée à gauche, sans parler de diverses lésions secondaires. Six mois après l'accident, on l'amène à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où j'opère le ptérygion le 20 juillet, avec un succès complet. Il prend ensuite la varioloïde; le 27 août je fais la section du muscle droit supérieur, pour produire un *strabisme artificiel* en bas, de manière à mettre le tiers transparent de la cornée dans la direction de la pupille. Immédiatement le résultat est obtenu, de façon que la vue peut s'exercer plus librement à travers la portion translucide de la cornée qui correspond alors à la projection horizontale et directe des rayons lumineux.

Ces diverses opérations prêteraient à des développemens scientifiques que ne comporte pas la nature de cette note; il me suffira d'avoir spécifié le principe et le résultat. Remarquons que tous ces faits sont confirmatifs de ce qui est acquis à la science.

(1) J'ai reçu de M. Sperino, de Turin, l'histoire d'une opération semblable dont les résultats confirment entièrement ces principes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

La correspondance ne renferme rien d'intéressant.

RAPPORT DE L'ABONDANCE DES SUBSISTANCES AVEC LA MORTALITÉ.

M. MÉLIER lit un mémoire intitulé : ÉTUDES SUR LES SUBSTANCES ENVISAGÉES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES MALADIES ET AVEC LA MORTALITÉ. Dans ce travail, que l'Académie a écouté avec une faveur soutenue, M. Mélier établit, par des documens nombreux, tirés de l'histoire des différens peuples, que le nombre des décès correspond toujours au prix des subsistances. Là où croît un pain, il naît un homme, a dit un économiste. Rien n'est plus vrai que cette expression métaphorique. Si l'on figure les variations de la mortalité ainsi que celles du prix du pain à des époques diverses, par deux lignes courbes, représentant toutes les fluctuations de ces chiffres, on les verra toujours se correspondre exactement entre elles par leurs sinuosités, avec la régularité la plus parfaite. L'accroissement constant de la population en France depuis un certain nombre d'années s'explique aisément par les progrès de l'agriculture, par les modifications qu'a subies la législation sur les céréales, et surtout par l'introduction de la pomme de terre. Du reste, lorsqu'on se livre à des études de ce genre, il faut bien faire attention que l'influence de la cherté des vivres porte plutôt sur l'année suivante que sur celle où elle a régné.

Commissaires : MM. Double, Villermé et Pariset.

EMPLOI DU SULFATE DE ZINC CONTRE LE CHOLÉRA.

M. LONDE fait un rapport sur un mémoire de M. Froissard intitulé : DE L'EMPLOI DU SULFATE DE ZINC DANS LE CHOLÉRA. M. Froissard croit à la contagion de cette maladie, et cite quelques observations qui lui semblent probantes en faveur de cette doctrine. Le traitement qu'il propose est le sulfate de zinc donné à la dose de 12 à 16 grains par heure, et sans y ajouter l'eau de seltz, comme le faisait le docteur Parkins. Lorsque la réaction est déterminée, il cherche à la soutenir à l'aide du cachou, des vésicatoires aux cuisses, des lavemens stimulans, etc. Dans 9 cas traités par cette méthode, il a obtenu 7 guérisons.

M. le rapporteur combat le dogme de la contagion. Les cas de choléra dus à cette cause qu'a relatés M. Froissard ne lui paraissent point décisifs, et, en analysant leurs détails, on trouve toujours qu'ils peuvent être rapportés à d'autres influences. Quant au traitement conseillé par l'auteur, les commissaires ont pensé que les faits ne sont pas assez nombreux pour conduire à admettre la spécificité du sulfate de zinc dans cette maladie. Ils proposent en conséquence d'adresser des remercîmens à M. Froissard, et de l'engager à continuer ses recherches.

M. CHERVIN : On a dit, à l'appui de la contagion du choléra, qu'il y avait presque toujours en dans la même maison plusieurs malades simultanément ou successivement attaqués; mais c'est là une erreur, et si Broussais, qui professait cette opinion, citait des observations en sa faveur, il y en a aussi une foule de contraires. Voici des faits : dans un hôpital militaire où régnait le choléra, le 4e régiment de ligne fournit 150 soldats pour le service d'infirmiers, 9 seulement devinrent cholériques et 2 succombèrent. Le 62e fournit 340 hommes, dont 8 seulement furent attaqués, et aucun d'eux ne mourut. Voilà donc 490 hommes qui, placés continuellement en contact avec les malades, et se fatiguant de toutes manières, n'ont eu que 2 morts. Ceci me paraît ne pouvoir plus concluant contre les contagionistes.

M. ROCHOUX : Dans ces questions de contagion, la pierre de touche est l'influence qu'exerce le rapprochement des malades entre eux et leur séquestration. Si ces deux mesures n'exercent pas de modification en sens contraire sur le chiffre de la mortalité, soyez assuré que la maladie n'est point contagieuse. Or, l'épreuve et la contre-épreuve ont été faites d'une manière également probante. A Bicêtre, par exemple, j'ai observé que les infirmiers, qui étaient toujours en communication avec les cholériques, ont été moins maltraités que les autres habitans de l'hospice.

M. NACQUART : Je désirerais qu'on employât un ton un peu plus circonspect dans les conclusions, et qu'on ne se prononçât pas d'une manière aussi absolue contre la contagion du choléra. Il est des faits qui commandent encore le doute sur cette question. Ainsi j'ai vu, dans une seule famille, 18 personnes atteintes du choléra.

M. CHERVIN explique ce fait par l'influence morale, si puissante dans le cas d'une épidémie.

M. NACQUART répond qu'il n'admettrait l'influence des causes déprimantes, telles que la crainte, que s'il s'agissait d'une maladie de la nature du typhus.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE; EXTRACTION DU FOETUS PAR LE RECTUM.

M. AMUSSAT lit une observation de grossesse extra-utérine qu'il a observée à Palaiseau. Nous avons déjà donné l'analyse de ce cas. (Voy. n. 35, p. 559.) M. Amussat annonce que la malade est présente et pourra être examinée par quelques-uns des membres de l'Académie.

M. CAPURON : Dans le cas que vient de nous faire connaître M. Amussat, l'extraction des diverses pièces du fœtus a été faite par le chirurgien. Pourquoi ne pas laisser à la nature le soin de se débarrasser toute seule? Dans un certain

nombre de cas dont j'ai été témoin, le travail d'élimination spontanée a suffi, et je crois qu'en général, dans de pareilles circonstances, on se presse trop d'agir.

M. Amussat : Je suis au contraire d'avis que, dans le cas présent, on a peut-être attendu trop longtemps avant de se décider à aider la nature. Remarquez que les os du fœtus ne faisaient pas saillie dans le rectum; que l'ouverture établie aux dépens de la paroi de cet intestin était insuffisante pour leur livrer passage; enfin, que les choses étaient dans cet état depuis dix-huit mois, sans aucun progrès. Dans de telles conditions, il y avait réellement lieu à faire intervenir l'art.

M. Capuron : Pour produire l'élimination du fœtus, la nature détermine dans les parois du kyste une inflammation qui amène en même temps et leur perforation et leur adhérence avec les parties voisines. Son procédé est donc plus sûr que celui de l'art, qui ne peut pas créer des garanties aussi efficaces contre un épanchement dans le péritoine.

M. Amussat : Je persiste à dire que, dans des circonstances pareilles à celles que j'ai rencontrées, il faut aider à la sortie du fœtus; il est alors indiqué d'opérer, et c'est là de la bonne chirurgie.

M. Velpeau : Je crois qu'il y a moyen d'accorder nos deux collègues, bien que leurs opinions paraissent totalement opposées. Lorsque, dans une grossesse extra-utérine, l'enfant vient de succomber, il se déclare parfois des accidens tellement pressans, qu'il est impérieusement indiqué d'agir. Passé ces premiers momens, il peut se présenter deux conditions bien différentes : ou les symptômes s'apaisent, le ventre est indolent, la maladie devient en quelque sorte chronique, et alors il n'y a qu'à temporiser; ou bien l'état inflammatoire se réveille, et il devient urgent d'opérer. Lorsqu'une ouverture se forme spontanément aux parois du kyste, il y a encore une distinction à faire : l'élimination s'opère-t-elle d'une manière convenable? tout annonce-t-il qu'elle pourra se terminer par cette voie? attendez. Si, au contraire, les choses traînent en longueur, s'il y a fièvre hectique, inappetence, epuisement, etc., si d'ailleurs l'ouverture ne semble pas assez large, si surtout l'opération paraît devoir être sûre et facile, n'hésitez pas à faire intervenir l'art. Votre conduite sera rationnelle, et il ne manque pas dans la science d'exemples de succès pour la justifier.

Je profiterai de cette occasion pour annoncer à l'Academie que j'ai reçu de M. Bressol, médecin à la Charité-sur-Loire, une lettre très détaillée contenant quelques nouveaux documens sur l'observation de grossesse extra-utérine, qui a occupé l'Académie pendant les deux dernières séances. Ce médecin prétend d'abord qu'il a eu la part principale dans l'opération de gastrotomie qui a eté pratiquee; puis, relativement au point sur lequel a surtout porté la discussion, il me dit que les membranes n'ont point été observées, et que par conséquent on ne sait en aucune manière si le chorion existait ou n'existait pas.

OPÉRATION D'ANUS ARTIFICIEL ÉTABLI POUR UNE OBLITÉRATION DE LA CAVITÉ INTESTINALE.

M. Amussat lit un mémoire sur ce sujet. Depuis sa dernière communication à l'Académie, il a pratiqué trois fois cette opération.

Dans le premier cas, le malade avait un cancer de l'épiploon, et la masse dégénérée comprimait l'intestin à l'endroit où le colon descendant prend le nom d'S iliaque; il y avait rétention des matières stercorales. M. Amussat crut devoir ouvrir un anus artificiel dans le colon ascendant, et il suivit pour cela le procédé de Callisen. Ayant mis l'intestin à découvert par sa face postérieure, il y passa un fil pour le fixer plus sûrement au-dehors; puis il enfonça un trocart, et finalement y pratiqua une incision longitudinale. Les matières sortirent en abondance. Quelque temps aprés, des selles eurent lieu par la voie naturelle.

La seconde malade, âgée de 60 ans, avait, par l'effet de la même cause, une obstruction du tube digestif qui datait de quarante-cinq ou de cinquante jours. L'affection cancéreuse siegeait ici à la partie supérieure du rectum. Depuis longtemps il ne sortait plus par l'anus que des matières liquides mêlées de mucosités et de sang. L'opération était indiquée. Elle fut faite sur le colon descendant. Il y eut une évacuation considerable de matières stercorales. Le ventre resta indolent les jours suivans; il n'y eut aucun symptôme de réaction inflammatoire, et ce ne fut que le dixième jour après l'opération qu'elle succomba aux progrès de l'affection cancéreuse.

Chez le troisième malade, il s'agissait d'une interruption du cours des matières, survenue tout à coup chez un homme âgé de 47 ans, qui avait jusque-là joui de la meilleure santé. Aucun signe n'indiquait que l'obstacle résidât dans le gros intestin plutôt que dans l'intestin grêle. M. Amussat dut alors, quoique à son grand regret, donner la préférence au procédé de Littre; car, en ouvrant le cœcum par sa face antérieure, on pouvait plus sûrement espérer d'arriver sur le rétrécissement, soit qu'il siégeât sur cet intestin, soit qu'il fût placé plus haut. L'opération ayant été faite, il trouva le cœcum distendu, et l'ouvrit, apres l'avoir préalablement fixé à l'aide d'un fil passé à travers ses parois. Le malade, qui était dans un état d'affaissement extrême avant l'opération, mourut vingt-quatre heures après. L'autopsie fit voir que l'obstacle existait au niveau de l'union du colon transverse et du colon descendant. Il y avait là un rétrécissement de la cavité intestinale, qui était probablement dû à la présence d'un petit os de poulet ou de perdrix qu'on trouva dans ce point.

M. Amussat termine en faisant observer que ces trois observations résument à peu prés toutes les difficultés que l'on peut rencontrer dans des cas de ce genre. Il annonce aussi à l'Académie que le second malade chez lequel il a pratiqué, il y a deux ans, un anus artificiel d'après le procédé de Callisen, M. T..., est encore maintenant dans un très bon état de santé.

M. Gimelle : M. Amussat a rendu un grand service à la science en réhabilitant l'ingénieuse méthode qui consiste à ouvrir l'intestin en dehors du péritoine et, sous ce rapport, je lui rends pleine justice; mais je ne m'explique pas bien les motifs qui l'ont porté à agir d'après le procédé de Littre, dans un cas où il était nécessaire d'aller chercher l'intestin à inciser dans la profondeur de la cavité abdominale. Lorsque Littre appliqua son procédé, il était dans des conditions bien plus favorables, car l'intestin qu'il se proposait d'ouvrir faisait saillie à l'extérieur, et se présentait pour ainsi dire de lui-même sous le bistouri.

M. Amussat : Le malade qu'on me reproche d'avoir soumis à cette opération pouvait recevoir et garder trois lavemens. Il était donc bien présumable que l'obstacle siégeait à une grande hauteur; et, dans l'impossibilité où je me trouvais de déterminer le point précis où il fallait aller le chercher, j'étais naturellement conduit à adopter le plan qui me permettait de porter mes recherches le plus haut possible. Le point délicat est de savoir quand il faut agir; en n'opérant pas, on peut laisser mourir le malade; en opérant, on s'expose à des reproches, je le sais, et cependant vous le voyez, un de mes malades dont la mort paraissait imminente a été sauvé par l'opération, et vit encore depuis deux ans.

M. Velpeau : Je commence par faire observer qu'il y a de grandes différences individuelles sous le rapport du temps pendant lequel on peut impunément rester sans aller à la garderobe. Cette différence, qui est si prononcée déjà pendant la santé, se trouve aussi dans le cas de maladie. Une chose m'a surtout frappé dans les observations de M. Amussat; les malades, a-t-il dit, ont eu des selles naturelles, ont rendu des matières par le fondement quelques jours après l'opération. Comment cela a-t-il pu se faire, s'il y avait véritablement obstruction de la cavité digestive? Et si cette obstruction n'existait pas, pourquoi opérer? M. Amussat parle d'un de ses malades qui se porte bien depuis deux ans; et cependant il avait un squirrhe de l'intestin. De quelle manière peut-on comprendre que l'opération ait prolongé ses jours à ce point? Et l'établissement d'un anus artificiel serait-il donc un remède contre le cancer? M. Amussat attribue à la présence d'un osselet la lésion de l'intestin qu'il a trouvée chez son troisième malade; ne serait-ce pas plutôt le rétrécissement de l'intestin qui préexistait et qui a causé l'arrêt de ce corps étranger?

En résumé, la difficulté dans les cas de ce genre, est extrême, et malgré l'intérêt des observations que nous a lues M. Amussat, elle reste ce qu'elle était avant ses travaux. Quand faut-il opérer? Voilà la question vraiment embarrassante. Elle est même en quelque sorte insoluble, au moins d'une manière absolue, car si l'opération donne des chances de prolonger la vie des malades, on ne peut nier non plus qu'elle n'en donne de tout aussi positives de l'abréger. Je n'entends parler ici que des affections cancéreuses. Quant aux coarctations de l'intestin tenant à d'autres causes, telles que celles dont la dernière observation de M. Amussat offre un exemple, certainement l'opération serait indiquée en principe; mais il faudrait pouvoir préciser le lieu où siége le rétrécissement. Et, à part les cas où on le pourrait, je ne crois pas que la méthode qu'on cherche à tirer de l'oubli doive jamais trouver de nombreux cas d'application. Je dirai même que si elle était peu employée autrefois, c'est moins à cause de ses dangers que parce qu'il est extrêmement difficile de trouver des circonstances où on puisse la regarder comme parfaitement indiquée.

M. Amussat : M. Velpeau ne comprend pas qu'après la création d'un anus artificiel, les malades aient rendu des matières par le fondement. Cette circonstance se retrouve aussi dans les observations de Littre; et je conçois parfaitement qu'il en soit ainsi dans quelques cas, car la masse cancéreuse finit par se ramollir, se détacher, et la voie qu'elle fermait se rouvre ainsi par les progrès mêmes du mal. M. Velpeau se demande ensuite si mon second malade, celui qui depuis deux ans a survécu à l'opération, était bien réellement affecté de cancer. Cela ne peut être mis en doute, quand j'ai pour garans de mon diagnostic des hommes tels que MM. Breschet, Récamier, Foville, etc. On peut s'expliquer la lenteur des progrès de l'affection en considérant que c'est peut-être un cancer incarcéré dans les parois du rectum. Quant à l'osselet que j'ai trouvé au niveau du point rétréci, dans ma cinquième observation, qu'il soit cause ou effet de l'obstruction intestinale, peu importe. M. Velpeau pose maintenant une dernière question : faut-il opérer plutôt que d'abandonner les malades à eux-mêmes, et il la laisse irrésolue. Je lui répondrai seulement que si l'opération que je propose n'est pas innocente, elle est du moins beaucoup plus sûre que celle qui se pratiquait auparavant; autant vaut laisser mourir le malade, dit-on. Eh bien! je crois qu'avec la ressource d'une opération telle que celle-ci, ce n'est plus à ce précepte qu'on doit s'en tenir désormais.

M. Guersant cite deux faits d'oblitération de l'intestin : le premier est celui du danseur Goyon qui avait depuis longtemps une tumeur dans le rectum; il entra dans un état de dépérissement extrême à la Maison de santé, où l'on ne put vaincre l'obstacle; et après sa mort, on constata la présence d'un anneau squirrheux qui opposait au cours des matières un obstacle insurmontable. Le second exemple est un cas où les symptômes de l'étranglement apparurent tout à coup et sans tumeur extérieure; on n'osa rien faire, et à l'ouverture du cadavre on trouva une vertèbre cervicale d'oiseau qui s'était placée en travers de l'intestin de manière à y intercepter la circulation des matières.

M. Lagneau : On a dit que le rétablissement des selles par la voie naturelle aprés la création d'un anus artificiel ne pouvait pas se comprendre; mais je m'en rends parfaitement compte, en réfléchissant que les matières une fois évacuées, l'irritation que leur présence entretenait sur le point rétréci, se dissipe; les parois de l'intestin éprouvent donc alors un dégorgement plus ou moins considérable, et par suite, le passage, quoique fermé depuis longtemps, peut se rouvrir.

L'Académie exprime des remercîmens à M. Amussat pour son intéressante communication.

La séance est levée à 6 heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE SUR LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES; par le docteur CIVIALE. Deuxième partie : Maladies du col de la vessie et de la prostate. — Un vol. in-8°. Chez Fortin et Masson, place de l'École-de-Médecine, 1.

C'est un problème bien délicat et d'un intérêt tout à fait actuel que de décider si la médecine est plus redevable aux hommes universels qu'à ceux dont le coup-d'œil n'en embrasse qu'une partie; si les encyclopédistes (comme ils s'appellent eux-mêmes), ont une plus large part que les spécialistes à revendiquer dans les progrès qu'enregistrent les annales de la science et de l'art. Question difficile, disons-nous, et qui ne présente qu'incertitude et doute de quelque manière qu'on l'envisage; car en nous abstenant de toute comparaison sous le rapport des résultats pratiques, et à ne les juger les uns et les autres que d'après leurs publications, on ne peut se dissimuler que la balance ne reste à peu près égale entre eux. Il ne suffit pas en effet, comme on l'entend répéter tous les jours, d'avoir vu beaucoup pour faire un bon livre. Quelque multipliée qu'ait été son observation, quelque pénétrant que soit son coup d'œil, quelque heureuse même que puisse être sa pratique, un homme n'a pas pour cela réuni toutes les conditions qui assurent à son œuvre le succès. Sans l'esprit d'ensemble qui systématise et féconde ces premières données, sans l'habitude d'appliquer aux observations un contrôle sévère, un mode d'interprétation positif et rigoureux, le praticien le plus répandu ne méritera pas le nom d'auteur. Il aura jeté des fondemens solides, rassemblé des matériaux précieux, mais à un autre appartiendra l'honneur d'élever l'édifice. En deux mots, les faits bruts et dénués de toute explication servent de base à un traité, mais ne le constituent pas à eux seuls; et c'est ce que ne nous semblent pas toujours comprendre les spécialistes. Sous leur plume, et c'est là une conséquence de leur position, les observations particulières prennent une importance exagérée, le point de vue pratique grossit, s'étend, et usurpe la place que réclame la théorie. Mieux vaut sans doute ce penchant que l'excès opposé, puisque le meilleur livre, après tout, est celui qui apprend à guérir. Mais il y a là néanmoins un défaut qui mérite d'être signalé, car les faits peuvent être détruits par d'autres faits plus nombreux; les succès sont toujours contestés et trop souvent à bon droit contestables: et, en résumé, on ne nuit jamais à la cause du plus fort en montrant qu'elle est la plus juste, non plus qu'aux résultats de l'expérience en faisant voir qu'une théorie rationelle les confirme et les sanctionne.

Ces reproches, que de nombreux exemples nous autorisent à adresser à toute une classe d'écrivains, M. Civiale les mérite moins que tout autre peut-être, tant par l'étendue de la spécialité qu'il a choisie que par la nature même de son talent. La lecture de son ouvrage montrera qu'il ne s'est pas toujours borné à observer, et qu'il a souvent cherché à donner la raison et des phénomènes morbides et de l'action des moyens qu'il conseille. Mais la place qu'il accorde aux explications est-elle suffisamment large? Ces explications surtout portent-elles toujours le cachet de ce positivisme qui est un des besoins de notre époque? On verra tout à l'heure jusqu'à quel point la réponse à cette question doit être affirmative; et peut-être, après avoir lu ces pages conviendra-t-on que, si nos réflexions ne sont pas de tout point et à la rigueur applicables à l'auteur, au moins forment-elles une introduction bien naturelle à l'analyse de son livre.

L'ouvrage se divise en deux parties: maladies du col de la vessie, et maladies de la prostate. Suivons l'auteur dans ses développemens sur ces deux points importans de pathologie, et signalons les résultats nouveaux qui ressortent de ses recherches et de son expérimentation pratique.

La première description de M. Civiale peut servir de confirmation à ce que nous venons d'avancer. La maladie qu'il désigne sous le nom de *névralgie* du col vésical ne paraîtra pas en effet, à tout le monde, mériter, dans le cadre nosologique, la place distincte que lui assigne l'auteur. Pour mettre le lecteur à même de prononcer, essayons de retracer les traits principaux qu'il assigne à cet état morbide : affection commune à l'un et l'autre sexe, attaquant surtout les adultes, naissant sous diverses influences, ou générales, telles qu'une émotion, des excès de coït et de boissons spiritueuses, ou locales, telles que la résistance au besoin d'uriner, les lésions du rectum, de la matrice, un calcul dans la vessie, la constipation, etc.; offrant pour symptômes des envies fréquentes d'uriner, un malaise plutôt qu'une véritable douleur au moment où on vent y satisfaire, malaise qui, suivant les cas, peut s'étendre du pubis à l'épigastre, à l'ombilic, aux cuisses, aux reins, et devenir une sensation de souffrance réelle; une perturbation du moral, signe aussi constant que tenace, pour peu que la maladie soit grave; affection qui existe à divers degrés et peut se montrer à l'état de simplicité, ou être compliquée de rétrécissemens de l'urètre, d'engorgement de la prostate, de calculs, de catarrhe vésical. Enfin le traitement le plus efficace se compose de l'introduction répétée tous les jours, ou tous les deux jours, d'une bougie de cire, qu'on laisse en place de 3 à 10 minutes, pour émousser la sensibilité exagérée du col vésical, d'injections d'eau froide ou chaude dans la vessie, de douches simples ou avec de l'eau de Baréges, de frictions avec la pommade stibiée, de purgatifs, médications auxquelles il convient d'ajouter l'usage d'alimens doux, de boissons délayantes, l'absence de toutes fatigues, de tout excès, dans le but de prévenir la récidive, qui s'opère dans ces cas avec beaucoup de facilité. Tels sont les caractères qui, pour M. Civiale, constituent la névralgie du col de la vessie. A ses yeux, on le voit, c'est une maladie distincte, pouvant exister indépendamment de toute autre lésion organique et à l'état d'altération purement nerveuse. Nous sommes bien loin d'élever un doute sur les faits qu'il a apportés à l'appui de sa doctrine et de nier l'influence des moyens curatifs qu'il propose dans ces cas; mais peut-être, en approfondissant le texte même de ses observations, serait-on conduit à une légère dissidence sur la manière de les interpréter. Remarquons, en effet, que cette névralgie est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, dans l'âge adulte que pendant la jeunesse; que la plupart du temps elle coexiste avec diverses maladies des voies urinaires, avec un catarrhe vésical, par exemple, que M. Civiale, à la vérité, déclare n'être qu'une suite de la névralgie; que, malgré la perfection actuelle des moyens exploraleurs, les maladies organiques de la prostate et du col de la vessie, cause bien suffisante pour expliquer tous ces désordres, passent souvent inaperçues. Si nous ajoutons que l'intermittence des symptômes, donnée par lui comme une des meilleures preuves de la nature nerveuse de l'affection, s'observe souvent dans les catarrhes de vessie; que, d'après sa propre remarque, *les phénomènes que déterminent les brides de l'orifice interne de l'urètre ont toute la physionomie des névralgies graves du col vésical* (p. 247); qu'enfin, dans une foule de cas où la névralgie s'accompagne de rétrécissement de l'urètre, *il suffit de traiter celui-ci pour que les symptômes de la névralgie cessent d'eux-mêmes, sans qu'on soit obligé de s'en occuper d'une manière spéciale* (v. p. 35), on éprouvera, nous n'en doutons pas, une certaine répugnance à admettre comme entité distincte un état morbide qu'on peut tout naturellement rapporter à des lésions organiques qui sont aussi fréquentes que faciles à méconnaître. Il n'entre point dans notre pensée d'affirmer que M. Civiale ait avancé une explication insoutenable, encore moins croyons-nous qu'il se soit constamment mépris sur le diagnostic local des affections qu'il avait à traiter. Son habileté, son caractère de praticien spécial même, le défendent contre un pareil soupçon. Nous reconnaissons donc, en thèse générale, l'existence de la névralgie du col vésical, car il n'y a aucune raison qui s'oppose à ce qu'une modification de l'action nerveuse s'exerce là aussi bien que partout ailleurs; nous dirons même que M. Civiale a rendu un grand service à la pratique, en fixant l'attention sur cet épiphénomène des maladies de la région prostatique, qui devient souvent à lui seul un élément tout particulier de gravité; mais il nous semble difficile d'admettre qu'il puisse exister isolément et sans lésion concomitante aussi souvent que le pense l'auteur, et nous attendrons des observations suivies d'autopsies avant de nous prononcer sur ce point d'une manière définitive.

Quel que soit le jugement qu'on porte sur la précédente question, il est impossible de ne pas trouver un grand intérêt aux développemens pratiques que M. Civiale a su donner à un sujet aussi mal étudié jusqu'ici. C'est également sous ce rapport que se recommandent ses recherches sur *les maladies des vésicules séminales et des conduits éjaculateurs.* Prenant pour point de départ des ouvertures de corps bien authentiques qu'il emprunte à Stoll, à MM. Dalmas, Cruveilhier, Albers, Mercier, Andral, Lallemand, etc., l'auteur commence par établir que l'inflammation ou les lésions qui lui succèdent sont les altérations qu'on a le plus souvent occasion d'observer dans ces appareils. Quant au diagnostic, il est des plus embarrassans; tous les médecins l'avouent, et sa difficulté tient moins peut-être au petit nombre qu'à l'incertitude des signes qui servent à l'établir. C'est donc à éliminer du nombre de ces signes ceux qui appartiennent à d'autres maladies plutôt qu'à en découvrir de nouveaux qu'on doit s'appliquer pour les rendre plus positifs et plus capables de conduire à la vérité, et M. Civiale nous semble agir tout à fait dans ce but lorsqu'il fait observer que l'état d'hébétude morale, d'anéantissement général, de faiblesse musculaire, généralement regardé comme symptôme des maladies de ce genre, se retrouve dans une foule d'affections différentes. Il en est de même de l'écoulement involontaire qui a lieu par le canal de l'urètre et qui, regardé tour à tour comme sécrété par la prostate, fourni par les parties profondes de l'urètre, on constituant une vé-

ritable perte séminale, est beaucoup moins souvent qu'on ne le pense lié aux altérations des voies spermatiques.

Ces altérations se rapportent naturellement à trois degrés, et c'est l'ordre qu'a adopté M. Civiale pour exposer leurs symptômes et les médications qui leur conviennent, et qui varient nécessairement suivant qu'on est appelé à la période d'excitation des organes, à celle d'affaiblissement, ou à celle d'inertie complète. Dans le premier cas, les érections sont imparfaites, l'éjaculation précipitée, la sensation qui l'accompagne moins vive, le sperme sort liquide, moins odorant. Il faut alors user des bougies molles introduites dans l'urètre, des bains de siége, des cataplasmes émolliens au périnée, des lavemens. Mais, ce qu'il importe surtout de recommander, c'est l'abstinence des rapports sexuels. Malheureusement le malade, que tant de raisons empêchent de suivre ce conseil, a souvent même bien de la peine à en comprendre l'utilité. On lui défend le coït, et précisément, et par le fait même de la maladie, il y a un accroissement notable de la puissance virile. Comment persuader à un homme dans la force de l'âge que ses désirs ne proviennent pas d'une exubérance de vitalité, mais qu'ils tiennent au contraire à l'irritation locale des organes génitaux? Le meilleur moyen d'y parvenir est de lui montrer sur lui-même les suites de l'acte vénérien, qui, dans ces cas, est toujours suivi d'un sentiment de tristesse, d'abattement prolongé, d'inaptitude aux mouvemens du corps et aux travaux de l'esprit, de disposition au sommeil, d'un froid général, etc.

Au second degré, l'écoulement continu par l'urètre, lorsqu'il existe, devient plus abondant, le coït est impossible, le sperme sort pendant le relâchement du pénis, aqueux, sans odeur, sans consistance. Les applications froides, les douches sulfureuses, sont alors utiles, mais il faut y associer aussi les exercices du corps, l'usage de lavemens laxatifs, les applications froides au périnée. On trouve aussi une ressource précieuse dans la cautérisation des parties profondes de l'urètre, préconisée par M. Lallemand; et M. Civiale, pour le dire en passant, ne nous semble avoir rendu justice complète, ni au procédé, dont il restreint l'application à un trop petit nombre de cas, ni à l'auteur, dont l'important travail méritait peut-être une mention plus spéciale et plus étendue.

Enfin, au troisième degré, tout désir est aboli, toute érection impossible, et la ruine de la constitution est ordinairement trop avancée pour qu'on puisse espérer qu'un traitement local amènera un changement favorable. C'est à l'effet des agens hygiéniques qu'il faut alors borner son espérance. Un conseil sur lequel l'auteur insiste beaucoup, et avec raison, dans les maladies de ce genre, c'est celui de régulariser le coït. C'est par là qu'il faut toujours commencer, une fois que le traitement a réussi à rétablir les forces et la puissance virile; et pour arriver à faire prendre au malade l'habitude d'un exercice modéré et uniforme qui entretienne l'action des organes sans les épuiser, il n'est pas de meilleur moyen que le mariage. Mais là est une question, aussi importante, aussi délicate à traiter, que difficile à résoudre. Sans parler des dangers de cet état pour certaines constitutions, où une âme de feu n'anime qu'une organisation débile, quels inconvéniens n'y aurait-il pas, au point de vue social, à unir avec une femme dans la plénitude de la santé un homme épuisé et incapable de satisfaire aux désirs de sa compagne; car l'expérience le prouve, les épreuves du lit conjugal ne réalisent que rarement les espérances qu'avaient fait concevoir les faciles triomphes remportés sur un théâtre où la complaisance et l'adresse suppléent à la force véritable. Le sujet, on le voit, touche de très près à l'avenir des familles, au bonheur des ménages et de la société elle-même. L'auteur l'a traité avec un talent et une réserve de style d'autant plus remarquable qu'elle ne nuit en rien à la clarté; et nous ne voulons pas déflorer pour les lecteurs le plaisir qu'ils auront à consulter, dans l'ouvrage même, les règles de conduite qu'il a données pour ces cas embarrassans de diplomatie médicale, règles qui embrassent également ce qui a rapport aux femmes et aux enfans.

Nous avons parlé de ces écoulemens chroniques qui sont fréquemment liés à une altérations des voies spermatiques; ils peuvent aussi tenir à d'autres causes, à la présence d'ascarides dans le rectum, à une éruption dartreuse, à des fatigues excessives. Des considérations importantes se rattachent à cette sécrétion, qui paraît être un symptôme commun à des états morbides bien distincts, et M. Civiale, en les rapportant à leurs diverses causes, a bien montré que, soit par leurs symptômes, soit par la manière dont ils se comportent sous l'influence des agens thérapeutiques, ils diffèrent et des pertes séminales, et des suintemens blennorrhagiques auxquels on a voulu les comparer.

Les brides ou barrières situées au col de la vessie sont devenus l'objet d'études récentes de la part des pathologistes anglais et français; M. Civiale en distingue de plusieurs sortes; les unes sont seulement membraneuses, les autres musculaires, quelques-unes fongueuses, celles-ci formées par l'inflammation de la muqueuses, celles-là par une tuméfaction prostatique. Minces ou arrondies, simples ou multiples, leur hauteur varie beaucoup; mais toujours elles occupent le rebord inférieur de l'orifice vésical de l'urètre. Tantôt la bride fait saillie entre le trigone et la paroi inférieure du canal, surfaces qui sont situées sur le même plan; tantôt, au contraire, lorsque l'angle antérieur du trigone est soulevé par une hypertrophie de la prostate, la face de la valvule qui regarde l'urètre est à pic, tandis que du côté de la vessie l'élévation s'abaisse par une gradation insensible. Ces distinctions ont peu d'importance pour un praticien superficiel; mais celui qui veut diagnostiquer exactement la lésion à laquelle il a affaire pour lui administrer le traitement approprié, a besoin de les connaître, parce qu'elles ont une grande influence sur le résultat que donnent les explorations faites au moyen de la sonde. Nous verrons plus tard comment on peut arriver à diagnostiquer avec précision le nombre, la hauteur et la situation de ces brides, pour leur appliquer le procédé d'urétrotomie que M. Civiale conseille dans ces cas.

La seconde partie du livre de M. Civiale est consacrée aux maladies de la prostate, et ce n'est ni la moins longue ni la moins intéressante. Malgré les travaux, ou peut-être à cause des travaux nombreux dont cette glande a été le sujet depuis qu'on a compris son importance, soit en pathologie, soit en médecine opératoire, une bonne description de sa structure et de ses altérations nécessiterait un espace considérable, et quoique l'auteur ait omis les considérations purement anatomiques, et celles qui ont rapport à l'exécution des procédés de lithotomie, le seul exposé des engorgemens prostatiques ne comprend pas moins de cent soixante pages. C'est là, on doit le pressentir, un traité *ex professo*, auquel les écrivains anciens et modernes ont été largement appelés à concourir. Néanmoins, la pratique de M. Civiale ne lui a point fait défaut non plus, et les préceptes nouveaux qu'il met en lumière, comme ceux qu'il emprunte à ses devanciers, sont toujours éclairés et appuyés par le récit des observations qui lui ont servi à en juger la valeur.

On l'a dit, et avec raison, à la prostate se rapportent presque toutes les affections des voies urinaires chez les vieillards; il n'est donc pas inutile de passer en revue tous les documens qui nous arrivent sur un sujet encore aussi obscur, et l'on sent bien mieux encore la nécessité de ne négliger aucune source de lumières, lorsqu'on voit sur certains points de cette pathologie spéciale les hommes les plus compétens avouer leur complète ignorance. C'est ainsi que, pour M. Civiale, il n'est aucun moyen de juger à coup sûr, d'après les signes rationnels, je ne dis pas s'il existe telle ou telle affection de telle ou telle partie de la prostate, mais même s'il y a oui ou non maladie de la glande; car, comme il le dit, il n'y a rien de constant, rien de spécial, rien par conséquent de caractéristique, soit dans les sensations du malade, soit dans les troubles fonctionnels qu'éprouve alors l'appareil urinaire. L'erreur serait bien plus à craindre encore si l'on cherchait à reconnaître le mal d'après ses causes; car il n'y a que doute et incertitude sur l'action réelle des influences sous lesquelles on a prétendu que se développent les engorgemens de ce corps glanduleux, et la vieillesse, les rétrécissemens de l'urètre, l'abus des plaisirs vénériens, les blennorrhagies anciennes et l'usage des injections que signale l'auteur, sont des circonstances trop fréquentes ou des causes trop problématiques pour qu'on puisse, avec quelque certitude, conclure de leur existence à la présence d'une lésion de la prostate. Restent donc l'exploration par le rectum et l'usage de la sonde. Le premier moyen ne convient pas à tous les sujets, il ne conduit qu'à des résultats approximatifs, et expose en outre à diverses méprises, dont la plus fréquente est celle à laquelle donne lieu l'engorgement du tissu cellulaire placé entre le rectum et la prostate, et qu'à l'aide du doigt on ne peut pas distinguer rigoureusement de l'engorgement de la glande elle-même.

C'est donc le cathétérisme qui fournit sur l'état des parties les renseignemens les plus positifs; mais les résultats de son emploi demandent à être éclairés par la connaissance exacte des déformations qu'amène l'état morbide. On sait que la tuméfaction de deux lobes latéraux aplatit l'urètre transversalement en le réduisant à une espèce de fente dirigée d'avant en arrière. Si donc la sonde parvenue à la région prostatique se trouve serrée, si elle éprouve moins de peine à pénétrer lorsqu'on élève ou qu'on abaisse son pavillon, on pourra diagnostiquer le développement des lobes latéraux. De même, quand l'un des deux est seul engorgé, le canal se dévie en sens inverse, et la sonde donne encore connaissance de ce changement de direction, et apprend même, par le degré d'obliquité qu'elle affecte, l'étendue de la maladie, ainsi que la consistance de la partie engorgée par l'effort de pression que nécessite l'introduction de la sonde. Existe-t-il au contraire une tuméfaction occupant le corps même de la glande, l'instrument est arrêté à l'entrée de la vessie; mais l'arrêt n'est pas brusque dans ce cas, et le bec paraît glisser en cheminant sur un plan incliné, tandis que, s'il s'agit d'une bride, la progression de la sonde est interrompue tout à coup, jusqu'à ce qu'on ait assez relevé son extrémité pour la faire passer par-dessus la barrière. On peut aussi compléter le diagnostic en retirant l'instrument, car si l'obstacle vient d'une

bride, on sentira son bec descendre brusquement au moment où l'urine cessera de couler.

M. Civiale indique encore un autre moyen pour juger de l'étendue de l'hypertrophie prostatique. On connaît, dit-il, la longueur de la portion dite prostatique de l'urètre à l'état normal, et par conséquent le surplus du chemin qu'il faudra faire exécuter à la sonde avant que l'urine paraisse, donnera la mesure du degré de tuméfaction de la glande. Mais, évidemment, ce mode de mensuration se base sur des notions trop difficiles à acquérir avec certitude pour qu'on puisse ajouter beaucoup de confiance aux résultats qu'elle fournit. Peut-être devrions-nous en dire autant de l'usage des bougies à empreinte auxquelles il accorde aussi beaucoup de confiance pour déterminer le degré de saillie et la situation des reliefs formés par les lobes prostatiques hypertrophiés.

Tout ce qui touche au diagnostic d'une maladie aussi souvent méconnue que celle-ci mérite attention et examen. C'est pour cela que nous nous arrêterons encore sur un moyen mentionné par M. Civiale. Il consiste en une sonde à courbure très courte et très prononcée dont on se sert de la manière suivante: On l'enfonce lentement dans le canal jusqu'à ce que son bec arrive au bord libre de l'obstacle, et on la pousse alors d'une ou deux lignes. L'urine jaillit, et si, au même moment, on peut faire pivoter l'instrument sur lui-même, il est à présumer qu'il y a seulement une bride. En effet, si l'obstacle était constitué par le corps de la prostate engorgée, il faudrait enfoncer l'instrument beaucoup plus pour le faire tourner sur lui-même. A l'égard de cet instrument, l'Académie des sciences a été saisie d'une réclamation de priorité faite par M. Mercier. Cet auteur prétend s'être servi le premier d'une sonde à petite courbure; mais d'ailleurs les règles qu'il donne sur la construction de l'instrument et sur la manière de l'employer sont assez différentes des principes établis par M. Civiale pour lui assurer le titre d'inventeur, quel que soit le jugement de l'Institut. En effet, sa sonde est pleine; et, quant au procédé d'exploration, il diffère de celui de M. Civiale, en ce que, tandis que celui-ci prend pour point de repère l'instant où l'urine commence à sortir par la sonde, M. Mercier au contraire juge du moment où l'instrument est au niveau de l'orifice vésico-urétral par la résistance que son bec tourné, en haut, éprouve de la part du bord antérieur du col de la vessie. Il trouve que ce moyen lui permet de déterminer plus exactement la situation du cathéter que la sortie de l'urine, phénomène trop sujet à varier dans l'époque de son apparition et qui peut avoir lieu, par exemple dès que l'extrémité de l'instrument a soulevé la valvule, et bien avant que ses yeux soient engagés dans la vessie. Nous avons cru devoir rapporter avec quelques détails ces procédés, car bien que différens par leur mécanisme, ils ont un même but, et un but qui, de l'aveu même de leurs auteurs, n'est pas toujours facile à atteindre, puisque M. Civiale, après avoir énuméré toutes les ressources que l'art possède pour arriver à la connaissance de ces tumeurs, complète, pour ainsi dire, l'article du diagnostic en avouant que « même en laissant de côté les faits exceptionnels, et se renfermant dans les cas ordinaires, les moyens d'exploration qu'il a décrits laissent encore beaucoup à désirer. »

Sous le rapport du pronostic comme du traitement, une division fondamentale domine l'histoire des engorgemens prostatiques et M. Civiale a obéi à l'impulsion de son esprit observateur en la prenant pour point de départ dans l'énoncé de ses considérations thérapeutiques. C'est l'ancienneté variable du mal qui modifie les symptômes; c'est donc elle aussi qui doit guider le praticien dans le choix des moyens à employer. Ainsi, à la première période, lorsque la tuméfaction partielle ou totale de la glande est peu considérable, et que les fonctions urinaires et génératrices n'ont éprouvé qu'une faible atteinte, il suffit parfois de quelques purgatifs, de boissons abondantes, de bains de siége, de lavemens émolliens, et de l'introduction répétée de bougies molles, pour obtenir la rémission de ces légers accidens. Alors même qu'on a lieu de supposer une lésion plus avancée, il sera prudent de commencer par ces moyens qui préparent toujours le succès des médications plus énergiques en écartant les complications et en neutralisant l'excitation morbide dont la maladie principale est toujours accompagnée. Mais lorsque ce traitement simple est sans résultat, il faut absolument en venir à l'usage de la sonde. C'est le remède souverain, on pourrait même dire spécifique, car il se rapproche des agens de cette classe autant par la difficulté d'expliquer ses effets que par son efficacité incontestable. C'est dire que toutes les règles qui président à son emploi sont empiriques et dictées par l'observation plutôt que par le raisonnement. M. Civiale entre dans les plus minutieux détails sur la construction des sondes dont il précise le degré de courbure, sur les difficultés de leur introduction, sur la question de savoir s'il convient mieux d'en répéter l'application que de les laisser à demeure, etc.

Ces règles, nous l'avons dit, sont le fruit de l'expérience; on sait que l'engorgement de la prostate cause tantôt la dysurie et la rétention, tantôt l'incontinence d'urine; on sait que ces accidens se manifestent à différens degrés; on sait que l'usage continué de la sonde amène toujours une amélioration, souvent une guérison solide et durable. Mais là se bornent nos connaissances, et sur ce point, comme sur tant d'autres, l'esprit est réduit à constater un fait, à enregistrer les résultats obtenus, sans pouvoir en pénétrer la cause. Pourquoi, par exemple, la rétention survient-elle plutôt que l'incontinence? A quelle espèce de lésion correspondent les diverses formes de symptômes? Quel est le véritable mode d'agir de la sonde? Ce sont là autant de questions actuellement insolubles; car on ne prendra pas sans doute pour une interprétation rigoureuse les théories variées et contradictoires qu'ont avancées les auteurs les plus au niveau de la science; on ne regardera pas la rétention d'urine comme bien expliquée par *l'irritabilité excessive du col vésical* (p. 367), ou par *un état d'atonie de la vessie* (p. 379), lorsqu'un peu plus loin dans le même ouvrage, on trouve l'incontinence, phénomène tout opposé, attribué à une irritation intense du col de la vessie (p. 403), ou à la perte d'énergie de son corps (p. 408); et quant aux effets de la sonde, il sera bien permis d'user de réserve à l'égard des explications que M. Civiale en donne, lorsqu'on les lui voit alternativement rapporter *à ce qu'elle fait cesser l'irritation qui réside au col vésical* (p. 342) et *à ce qu'elle stimule la contractilité musculaire du corps du viscère* (p. 404). Il serait injuste, après tout, de demander à notre auteur sur ces points délicats une réponse plus catégorique que l'état de la science ne permet aujourd'hui de la donner; et nous n'avons point prétendu, par les citations qui précèdent, condamner l'esprit qui a présidé à la rédaction de son livre. En incriminant les doctrines, nous avons toujours fait une réserve pour les résultats, et s'il n'y a rien de nouveau dans celles-là, ceux-ci, au contraire, présentent à chaque pas des aperçus utiles et saillans. Posons cependant ici une exception.

Lorsqu'une théorie ne devance pas les faits, qu'elle se borne à les expliquer, et n'entend exercer sur eux ni critique, ni contrôle, on peut se montrer indulgent pour elle et lui pardonner en faveur de son innocuité le peu de solidité et l'insuffisance de ses preuves. Mais lorsqu'elle veut s'établir seul arbitre entre deux procédés opposés et soutenus chacun de grands noms, alors la sévérité devient un devoir, et un devoir d'autant plus impérieux que la question est plus pratique et toute d'application. Ainsi, M. Civiale blâme sans réserve l'emploi des sondes dites à redresser et autres moyens compressifs, et les exclut du traitement des engorgemens prostatiques, malgré l'opinion contraire d'auteurs recommandables, par cela seul que, suivant lui, ces engorgemens n'agissent pas en rétrécissant le calibre des voies urinaires, mais que leur influence est d'une nature toute vitale. Disons-le franchement, un semblable jugement appuyé sur une hypothèse, ne serait sans appel que si l'hypothèse elle-même était parfaitement justifiée; or, ce que nous avons dit tout à l'heure montre assez que l'explication de M. Civiale est sinon fausse, du moins fort problématique. N'hésitons donc pas à consulter l'expérience, juge en dernier ressort, et à provoquer la manifestation de nouveaux faits pour savoir à quoi nous en tenir sur un problème que la théorie s'est montrée jusqu'ici impuissante à résoudre.

M. Civiale après avoir passé en revue les divers moyens imaginés contre l'hypertrophie prostatique, consacre un chapitre au traitement des complications, et montre comment l'hygiène doit seconder les effets des médications locales. Malgré la multitude des ressources que l'art possède en fait d'agens préventifs et curatifs, il ne se dissimule cependant pas la pénurie réelle que voile cette apparente richesse, et il est douloureux, quoique fort honorable pour le caractère de l'auteur, de penser que la plus complète et la meilleure monographie que nous possédions sur cette maladie se termine par cet aveu: « Nous ne connaissons, jusqu'à présent, rien qui puisse guérir une tuméfaction de la prostate, surtout passée à l'état d'induration: notre rôle se borne à faire qu'elle abrége le moins possible les jours du malade, et qu'elle ne rende pas son existence un enchaînement continuel de souffrances et de tourmens. (p. 422.) »

Nous ne suivrons pas l'auteur dans le reste de son livre qui est consacré à la description des abcès, des ulcérations, de l'atrophie, du cancer et des calculs de la prostate. Ce que nous avons dit des premières parties peut s'appliquer au corps entier de l'ouvrage; et, pour résumer en deux mots notre opinion à son égard, nous dirons que, fidèle à son titre, ce traité *pratique* des maladies des organes génito-urinaires, s'il ne réalise pas de progrès dans l'histoire dogmatique de ces affections, est du moins tellement riche en observations particulières, en règles de diagnostic et en préceptes thérapeutiques qu'il a sa place naturellement marquée dans la bibliothèque de tous les praticiens.

VARIÉTÉS.

ESSAIS HYDROTHÉRAPIQUES FAITS A L'HOPITAL SAINT-LOUIS, DANS LE SERVICE DE M. GIBERT.

MALADIES DE L'UTÉRUS ET MALADIES DE LA PEAU.

M. GIBERT, en terminant son cours d'été, a eu l'occasion, dans l'histoire des *syphilides*, de donner des détails assez étendus sur le nouveau genre de traitement qu'il a appliqué avec succès, depuis plusieurs années, à ces maladies de femmes, traitées naguères si malheureusement par une série de pratiques, les unes dangereuses, les autres inutiles, destinées à combattre de prétendues *métrites*, ou des *ulcères* supposés graves du col de l'utérus. M. Gibert a exposé en même temps le résultat des expériences cliniques qu'il a faites sur le traitement *hydro-sudopathique*, appliqué aux maladies de la peau.

Nous dirons ici quelques mots sur ce double sujet, si digne de fixer l'attention des praticiens.

Personne n'ignore que lors du règne de la médecine dite *physiologique*, une tendance générale (qui est loin d'être encore dissipée) se remarquait chez les médecins, à rapporter à l'inflammation toutes les lésions organiques, et à opposer des remèdes locaux aux altérations locales supposées la cause des accidens morbides. En même temps, l'usage du *speculum-uteri* avait appelé l'attention d'une manière particulière sur les altérations de coloration et de texture du *col de la matrice*. Dès lors, on conçoit facilement comment se sont introduits et propagés tes abus et les erreurs dans le traitement des maladies des femmes. Il y a encore très peu d'années que l'on pouvait voir dans les classes un peu relevées de la société, la plupart des femmes à la mode couchées à demeure sur un lit ou sur un canapé, et soumises à des pratiques locales destinées à combattre une maladie prétendue grave de la matrice. Bien plus, en remontant un peu plus haut, on trouverait facilement des exemples d'*opérations sérieuses* pratiquées sur des femmes qui étaient atteintes tout au plus de simples *leucorrhées!* heureusement ce dernier excès d'une chirurgie déréglée ne se commet plus guère aujourd'hui. Toutefois ce qui est resté des médications actives appliquées aux affections utérines par certains chirurgiens est plus que suffisant pour justifier les efforts qu'a faits M. Gibert dans plusieurs occasions, pour appeler l'attention des praticiens sur les dangers et les abus de ces sortes de traitemens.

Examiné au *speculum*, le col de l'utérus offre, chez la même femme, à diverses époques, et à plus forte raison chez les divers sujets, des variations de forme, de situation, de coloration et même de texture qui n'ont pas, à beaucoup près l'importance qu'on s'est plu à leur attribuer. Si bien qu'il s'est rencontré plusieurs fois dans la pratique, des femmes offrant quelques-unes de ces altérations découvertes par le *speculum-uteri*, dont la santé avait été grandement dérangée et par l'anxiété morale causée par la supposition d'une maladie de matrice, et par le traitement énergique et débilitant qu'on y avait opposé.... et qui n'ont pas tardé à reprendre toute la plénitude de leur santé, dès qu'on a fait cesser les pratiques nuisibles auxquelles elles étaient soumises, et surtout dès qu'on a réussi à dissiper les craintes et les préoccupations de leur esprit.

Le plus ordinairement, surtout chez les femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants, le col utérin reste volumineux, s'engorge et se congestionne facilement, fournit une sécrétion visqueuse dont la qualité et la quantité sont susceptibles de grandes variations, suivant diverses circonstances; peut aussi rougir, s'excorier, s'éroder à l'occasion de ces variations mêmes du catarrhe utérin. Pour peu qu'à cet état local, qui n'est jamais grave et qui se dissipe assez souvent de lui-même (du moins quant à ce qui se rapporte aux exacerbations provoquées par des circonstances déterminées, telles que, excès, fatigues, émotions morales, dérangemens des règles, etc., etc.); pour peu, dis-je, qu'à cet état local se joignent quelques symptômes de congestion sanguine et nerveuse dans les organes du bassin, tels que pesanteur lombaire et hypogastrique, douleurs vagues dans les aînes, etc., et surtout quelques accidens nerveux hystériques, soit accidentels, soit constitutionnels, on se croit en droit de recourir au traitement banal des affections utérines, traitement qui ne peut qu'augmenter le mal en favorisant la congestion et le flux utérin, en même temps qu'il débilite l'ensemble de la constitution, qu'il entretient l'éréthisme nerveux et surtout qu'il porte le trouble dans toutes les fonctions par l'état d'anxiété morale qu'il détermine.

Ce traitement, en effet, dans toute sa rigueur (dont, à la vérité, on commence enfin à se relâcher un peu), se compose: 1° du repos horizontal sur un lit ou sur un canapé; 2° des bains tièdes prolongés et répétés; 3° des injections relâchantes et des bains de siége tièdes; 4° des saignées générales répétées; 5° des cautérisations plus ou moins rapprochées, appliquées au museau de tanche. Quelle femme pourra croire qu'on n'oppose un pareil ensemble de moyens actifs à des affections de la matrice à peu près insignifiantes?

Au contraire, M. Gibert emploie en pareil cas un traitement fortifiant, sédatif et astringent, qui ne peut avoir que de bons résultats pour la santé générale, en même temps qu'il améliore rapidement l'état local, et qu'il fait cesser à l'instant même toute préoccupation morale.

Or, pour savoir jusqu'à quel point cette préoccupation morale seule peut causer d'accidens, il suffira de rappeler quelqu'un des exemples déjà cités par M. Gibert, dans son MÉMOIRE SUR LES ULCÉRATIONS DE LA MATRICE, et dans sa leçon publique sur les *névroses* du dernier concours de pathologie interne de la Faculté de Paris. (Voir les numéros de décembre 1837 et mars 1840, de la REVUE MÉDICALE.)

Le traitement proposé par M. Gibert, et qui déjà lui a valu de nombreux succès, tant dans les hôpitaux qu'en ville, consiste: 1° dans l'usage quotidien des bains de siége froids, de quelques minutes de durée; 2° les douches froides ascendantes et les injections astringentes, appliquées à l'aide d'appareils simples et variés; 3° un régime froid, mais suffisamment substantiel. Ce traitement d'ailleurs, dont nous nous bornons à indiquer les principaux agens, offre naturellement des variations et des modifications individuelles subordonnées à des circonstances faciles à saisir pour le praticien expérimenté. C'est par un traitement de ce genre que M. Gibert a pu guérir en quelques semaines des femmes qui, *depuis plusieurs années*, étaient en proie à de vives souffrances et avaient plusieurs fois subi les médications spéciales que nous avons indiquées plus haut.

L'eau froide et le régime froid qui font la base de la méthode thérapeutique appliquée par M. Gibert aux cas particuliers que nous venons de signaler, sont aussi, comme on sait, la base principale de la thérapie *hydro-sudopathique*.

La GAZETTE MÉDICALE a déjà plusieurs fois entretenu ses lecteurs de l'établissement fondé à Graeffemberg par Priessnitz, et du traitement de toutes les maladies par l'eau froide et la transpiration, appliqué en grand aujourd'hui dans plusieurs villes d'Allemagne.

Un rapport académique est venu à Paris repousser cette méthode, dès la première tentative d'importation qui en a été faite par les docteurs Engel et Wertheim; mais ce dernier en a appelé au jugement du public médical, et c'est lui qui, de concert avec M. Gibert, et sous ses auspices, a reussi à fonder, à l'hôpital St-Louis, un traitement *hydro-sudopathique*.

M. Gibert a choisi dans les salles plusieurs sujets qui lui ont paru devoir être soumis de préférence aux expériences hydro-thérapiques, et ce sont ces malades que M. Wertheim a soignés avec un zèle et une patience dignes des plus grands éloges, en modifiant, suivant les individus et suivant les indications, les pratiques du traitement Priessnitz.

Ces pratiques se rattachent à deux grandes divisions, savoir: 1° l'emploi de l'eau froide en boisson, bain, bains partiels, lavemens, injections, applications locales, douches générales et partielles; 2° la transpiration provoquée par la chaleur naturelle du corps, retenue au moyen de l'emmaillotement dans une couverture de laine, avec ou sans interposition d'un drap mouillé d'eau froide. La transpiration s'obtient plus ou moins rapide et plus ou moins abondante, suivant les sujets et suivant la nature de l'affection cutanée dont ils sont atteints; chez plusieurs, elle ne survient qu'au bout de deux, trois ou quatre heures, et elle est ensuite entretenue pendant un temps qui varie d'un quart d'heure à une heure; en sorte que la plupart des malades restent emmaillotés pendant quatre à cinq heures. On les porte ensuite au bain, et là, l'immersion dans l'eau froide, la douche qui forme sur le corps une espèce de bain de pluie, les lotions froides et les frictions, assouplissent la peau et arrêtent la transpiration sans supprimer entièrement la réaction opérée par la chaleur. Ces diverses pratiques ne sont pas prolongées, en général, au-delà de deux à cinq ou six minutes en tout. Les malades se r'habillent et prennent un peu d'exercice pour entretenir et soutenir la réaction. On a eu soin, pendant tout le temps de l'emmaillotement, de leur donner à boire fréquemment de l'eau froide pour appaiser la chaleur qu'ils éprouvent et favoriser la transpiration.

Les malades soumis à ce genre de traitement par MM. Gibert et Wertheim sont au nombre de huit, savoir: deux *ictyoses* congénitales et héréditaires, quatre *lepra inveterata*, un *prurigo* constitutionnel et un *lichen agrius* général et datant de la plus tendre enfance.

Chez ce dernier sujet, assez mal disposé, il a fallu renoncer promptement au traitement, à cause de quelques accidens du côté de la poitrine. Tous les autres malades, au contraire, ont éprouvé l'amélioration la plus remarquable, et le *prurigo* et les deux *ictyoses* paraissent aujourd'hui entièrement guéris.

Ce résultat est d'autant plus frappant que M. Gibert avait choisi de préférence les cas où les méthodes thérapeutiques ordinaires ont le moins de succès. Les affections squammeuses, en effet, sont, de toutes, les plus difficiles à guérir. Les prétendues cures obtenues au moyen des préparations arsénicales, vantées outre mesure par M. Biett, n'ont jamais été ni complètes ni définitives, et l'*icthyose* congéniale, en particulier, est jusqu'ici regardée avec raison comme une maladie à peu près incurable.

La méthode *hydro-sudopathique* présente sur toutes les autres un avantage immense dans le traitement des *maladies de la peau*, c'est qu'elle seule réussit à rendre aux tegumens cette souplesse, ce poli, cette perméabilité qui peuvent faire regarder la guérison comme entièrement assurée.

Malheureusement cette méthode ne sera jamais applicable à tous les sujets; la perturbation qu'elle produit demande la plus grande et la plus exacte surveillance; cette perturbation est surtout dangereuse chez les sujets débiles, cacochtiques, sujets à l'ophthalmie, à la bronchite, à la diarrhée; et combien de ces sujets se rencontrent parmi les malades de nos hôpitaux! Bien plus, nous avons déjà pu voir des exemples des dangers de cette méthode appliquée en ville sans discernement. Aussi, notre but est-il bien moins ici de la préconiser comme méthode générale, que d'empêcher que ceux de nos confrères qui auraient occasion d'y recourir se laissent trop facilement détourner de son emploi par l'anathème académique.

Du reste, les expériences commencées à l'hôpital St-Louis, depuis deux mois tout au plus, seront continuées avec persévérance, et M. Gibert a pris l'engagement de rendre compte des résultats à l'ouverture de son cours de l'année prochaine.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 38. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 18 SEPTEMBRE 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

NOTE RELATIVE A UN CAS DE PARALYSIE DES DEUX SEPTIÈMES PAIRES; par le docteur CONSTANTIN JAMES.

L'observation qui fait le sujet de ce travail est, je crois, à peu près unique dans les annales de la science. A ce titre, elle mérite d'être rapportée avec quelques détails. Elle me paraît surtout intéressante en ce qu'elle met parfaitement en relief l'action respective des nerfs de la septième paire l'un sur l'autre, et le concours nécessaire de ces deux nerfs pour le jeu et l'harmonie des muscles du visage.

Voici cette observation. Je la raconterai simplement, sans commentaire aucun, me réservant de revenir ensuite sur l'examen et la solution des questions physiologiques qu'elle soulève.

Obs. — Mademoiselle X., âgée de 22 ans, d'un tempérament d'apparence lymphatique, se présente le 2 avril 1840 à la consultation de M. Magendie. Sa taille est moyenne, ses cheveux blonds, ses traits peu colorés. Elle dit avoir toujours joui d'une santé parfaite, lorsque, il y a quinze jours, elle éprouva, sans cause connue ni même appréciable, les premiers symptômes de la maladie dont elle est maintenant affectée. Ces symptômes, je vais les énumérer en suivant l'ordre de leur apparition, de leur succession et de leurs progrès.

Mais, avant de commencer, je sens la nécessité d'établir quelques divisions qui nous serviront de point de rappel dans l'exposé de cette observation. Nous verrons en effet que chaque fois que les phénomènes morbides changeront d'aspect, chaque fois aussi la maladie aura changé de caractères.

Je divise donc mon observation en quatre périodes. A chacune de ces périodes correspondra un groupe particulier de symptômes, ainsi qu'une phase spéciale de la paralysie.

Feuilleton.

DE L'ÉTAT ACTUEL DE LA MÉDECINE MILITAIRE.

Voici l'époque annuelle où les élèves qui ont terminé le cours de leurs études classiques sont mis en demeure par leurs parens de choisir entre les différentes carrières ouvertes à leur ambition : époque de sollicitude et d'hésitations; car, pour quelques vocations nettement accusées, combien d'esprits ignorans de leurs propres forces, tiraillés en des directions contraires, ballotés entre le conseil des maîtres et les vanités de la famille! — Epoque solennelle et périlleuse qui sépare le collége de l'Académie, et qui témoigne, par sa décisive importance, de la part qui revient à notre libre volonté dans nos destinées, quelles qu'elles soient. Combien de jeunes organisations qui s'interrogent à cette heure, dans leurs tendances, dans leurs aptitudes? Combien de pensées paternelles tendues en ce moment vers l'avenir, par dessus les têtes de leurs enfans, sillonnant en éclaireurs les multiples voies qui mènent à la fortune, aux honneurs, et combinant les vues de leur égoïsme ou de leur amour-propre avec les chances d'une des carrières libérales, but et terme de tous les efforts? Il en est une à laquelle un trop petit nombre a songé jusqu'à présent, parce qu'on ignore, en dehors de l'armée, les avantages dont elle a été récemment dotée; la médecine militaire n'attire pas encore à ses concours annuels l'affluence des autres candidats qui se presse au seuil des autres écoles de l'état; c'est un fait que les appels réitérés de l'administration militaire à la jeunesse médicale ont mis hors de doute; il s'explique d'ailleurs par des causes de plus d'un genre dans lesquelles il ne faut pas oublier la diminution progressive du nombre des étudians en médecine, ni les préjugés qui n'épargnent pas plus les institutions que les hommes. Mais, ce qui a contribué le plus à éloigner de la médecine militaire, c'est sans contredit l'opinion erronée qui règne dans le cercle civil de notre profession, touchant la constitution et les avantages du service médical de l'armée. Nous avons à cœur de corriger cette opinion, d'éclairer ceux de nos lecteurs qui en ont subi l'influence; dans leur nombre, il est des pères de famille, de jeunes élèves également préoccupés des intérêts d'avenir; c'est à eux surtout que s'adressent ces lignes; elles auront pour effet, nous l'espérons, de les solliciter vers une carrière méconnue; elles leur signaleront un chemin jusqu'à présent négligé qui les conduira à des résultats tout aussi avantageux que les autres chemins où s'entassent, jusqu'à l'encombrement, les générations de candidats.

Trois hôpitaux d'instruction, établis à Metz, Lille et Strasbourg, reçoivent les élèves qui débutent et qui n'ont pas encore subi d'examen ni pris d'inscriptions aux Facultés; toutes les branches de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie sont professées dans ces établissemens, qui représentent autant d'écoles préparatoires au sortir desquelles l'élève est admis dans l'hôpital de perfectionnement fondé à Paris (Val-de-Grâce); c'est là, dans cette dernière école, où Desgenettes, Broussais, Serullas ont professé, que s'achève la première édu-

PREMIÈRE PÉRIODE.

DÉVIATION DES TRAITS DU CÔTÉ DROIT; PARALYSIE DE LA SEPTIÈME PAIRE GAUCHE.

Le premier symptôme fut un léger embarras dans le jeu des paupières du côté gauche. Bientôt le front et la tempe de ce côté cessèrent de se mouvoir. Puis la moitié gauche des lèvres et du menton perdirent leur contractilité et furent entraînés à droite. Jusque-là, la malade n'avait aucunement souffert. C'est alors qu'elle ressentit de l'engourdisement dans la moitié gauche de la langue, sans aucune gêne dans les mouvemens de cet organe, en même temps qu'une exaltation vive de l'ouïe, à tel point que les moindres bruits provoquaient à l'intérieur de l'oreille gauche un pénible retentissement. Au bout de vingt-quatre heures, l'oreille et la langue avaient repris leur sensibilité normale; mais les signes de la paralysie faciale persistaient. Ils avaient acquis leur maximum de développement à l'époque où la malade vint consulter M. Magendie.

Ainsi, distorsion des traits, surtout de la bouche et du menton, du côté droit. Impossibilité de les redresser, de plisser le front, ni de rapprocher complétement l'une de l'autre les paupières gauches. La lèvre supérieure de ce côté est pendante et paraît plus longue que du côté droit; l'inférieure est également paralysée dans toute sa moitié gauche. L'intervalle de ces deux lèvres donne issue à un écoulement involontaire de salive. La joue gauche, tiraillée à droite, est tendue, lisse, appliquée sur les dents et les gencives. On la voit se gonfler dans l'expiration, s'affaisser dans l'inspiration. Pendant le repas, les alimens se portent et s'accumulent du côté gauche. Quand la malade parle, rit, communique quelque expression à ses traits, la difformité augmente.

Ce sont donc bien là tous les signes d'une paralysie complète de la septième paire gauche.

M. Magendie prescrit le galvanisme et emploie le procédé qui lui a tant de fois réussi dans les affections de cette nature.

Une aiguille est implantée dans la glande parotide gauche. Une seconde aiguille est successivement placée aux trous sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier du même côté. Nous mettons ces aiguilles en rapport avec les conducteurs de la machine de Clarke, dont on tourne la roue lentement d'abord, puis ensuite un peu plus vite. Chaque commotion galvanique s'accompagne, dans tout le côté correspondant de la face, de douloureux élancemens; mais nous remarquons que les muscles se contractent très faiblement.

Ces séances sont continuées chaque jour de la même manière. Quelquefois, M. Magendie n'emploie qu'une aiguille, celle de la parotide, mais alors il remplace la seconde par le bouton d'un des conducteurs qu'il applique sur la membrane muqueuse de la joue et des lèvres.

Peu de changemens dans les premières séances. Les muscles se contractent un peu mieux dans le moment de l'influence du galvanisme, pour retomber ensuite dans leur immobilité. Quant à la sensibilité de tout ce côté de la face, elle est parfaitement intacte.

Vers la sixième séance (9 avril), il est survenu d'importans phénomènes qui sont le prélude de complications nouvelles dans la marche et le siége de la paralysie.

DEUXIÈME PÉRIODE.

REDRESSEMENT PASSIF DES TRAITS; PARALYSIE DE LA SEPTIÈME PAIRE DROITE.

La déviation des traits diminue notablement, la bouche est moins tiraillée à droite, en un mot la paralysie paraît au premier coup-d'œil être en voie de guérison. Mais est-ce là une amélioration bien réelle? Consultons les symptômes en les isolant. Les mouvemens sont à peu près aussi impossibles du côté gauche qu'ils l'étaient auparavant; de plus ils sont devenus difficiles du côté droit où ils étaient restés intacts jusqu'alors. Ainsi, de ce côté l'œil se ferme à peine, le front ne se plisse presque plus, le sourcil devient tombant, tous phénomènes qui ont signalé le début de la paralysie de la septième paire gauche. Il n'y a donc point amélioration; c'est au contraire une paralysie nouvelle qui commence à envahir la septième paire du côté droit.

M. Magendie, dans l'espoir d'en arrêter les progrès, soumet ce côté de la face à l'action galvanique. Mais les muscles se contractent moins bien qu'à l'état normal. Nul doute, par conséquent, que la septième paire du côté droit ne soit bien positivement compromise à son tour.

Mêmes applications galvaniques du côté gauche. Les contractions sont plus prononcées de ce côté, ce qu'il faut en partie attribuer à ce que les muscles antagonistes opposent moins de résistance.

La malade a ressenti dans la journée du 12 avril cet engourdissement du côté droit de la langue et cette surexcitation de l'ouïe que nous avions mentionnés lors de l'invasion de la paralysie gauche. Ce sont donc littéralement les mêmes phénomènes pour la droite.

Malgré plusieurs séances successives, la paralysie de la septième paire droite continue à faire des progrès. Elle est maintenant (15 avril) aussi complète que celle de la septième paire gauche. A ce degré de la maladie, voici quel est l'état de la face:

Il n'y a plus la moindre déviation des traits. Ceux-ci sont réguliers, mais immobiles, impassibles, à tel point que les sensations intérieures ne se traduisent au dehors que par des changemens dans la coloration du visage. Les yeux largement ouverts paraissent plus grands que de coutume. La malade essaie-t-elle de les fermer, elle ne le peut, et il reste entre les paupières un écartement assez considérable qui laisse apercevoir la teinte blanchâtre de la conjonctive. Les larmes coulent involontairement sur les joues. Le front ne peut plus se plisser. Les sourcils, obéissant à leur poids, pendent au-dessus des orbites, ce qui donne à la physionomie une effrayante expression. Affaissement des narines: souvent, dans les fortes inspirations, elles se rapprochent de la cloison nasale au point de former soupape et d'intercepter complétement le passage de l'air. Les lèvres ont perdu toute faculté contractile; aussi le parler est-il devenu très embarrassé, surtout pour la prononciation des mots où se trouvent des lettres labiales. A chaque mouvement respiratoire, les lèvres, comme deux voiles mobiles, sortent et rentrent selon la direction du courant de l'air. La mastication est pareillement très pénible, car les alimens se portent de chaque côté entre les gencives et les joues, et la malade est obligée de se servir du doigt pour les ramener sous les dents. Les joues sont flasques, pendantes: ce qui rend la figure plus longue et la fait paraître vieillie.

D'après ces phénomènes, il est manifeste que de chaque côté les muscles soumis à l'influence de la septième paire ont perdu toute action qui leur soit propre pour ne plus remplir qu'un rôle exclusivement passif. On dirait presque une tête inanimée sur un corps vivant (1)!

Cependant la santé générale de la malade n'a point cessé un instant d'être parfaite. L'appétit est conservé, le sommeil calme, la tête reste libre. La paralysie de la face est donc plutôt ici une incommodité qu'une maladie véritable.

M. Magendie galvanise à peu près tous les jours les deux septièmes paires. Les contractions musculaires deviennent de plus en plus marquées à gauche; elles sont, au contraire, très faibles du côté droit, c'est-à-dire du côté où la paralysie s'est montrée en dernier lieu.

(1) A la fin de certaines maladies qui ont épuisé toutes les forces de l'organisme, les muscles de la face finissent quelquefois par perdre leur contractilité, comme dans le cas où les deux septièmes paires sont paralysées. La physionomie prend alors un étrange aspect. Quand les malades sont couchés sur le dos, les joues entraînées par leur poids, se portent en arrière, les lèvres se tendent, s'entr'ouvrent, la ligne naso-labiale se dessine davantage; les malades paraissent sourire... Ce sont là de simples phénomènes de pesanteur.

---

cation médicale des élèves, commencée et suivie pendant deux ans dans les trois hôpitaux d'instruction. Toutefois, les élèves qui ont subi un examen devant une Faculté, avec la note *satisfait*, passent directement en première division dans les hôpitaux d'instruction où ils ne séjournent qu'une année, au terme de laquelle ils sont appelés au Val-de-Grâce; ceux qui ont satisfait à deux examens devant une Faculté obtiennent leur admission immédiate au Val-de-Grâce; de quelque manière qu'ils y soient arrivés, les élèves de cette dernière école concourent, à la fin de l'année, pour le grade de chirurgien sous-aide.

La plus longue durée du stage pour les élèves est donc de trois années, dont deux passées dans l'un des hôpitaux d'instruction désignés à leur choix, et la troisième passée au Val-de-Grâce; cette durée, comme on l'a vu, peut être réduite à deux ans et même à une seule année, par un certain nombre d'examens subis devant une Faculté.

A partir du 1er janvier prochain, les élèves de la deuxième année (première division) des hôpitaux d'instruction recevront une indemnité annuelle de 400 fr.; cette indemnité est portée à 600 fr. pour les élèves de l'hôpital de perfectionnement (Val-de-Grâce).

Le grade de sous-aide, accessible au bout d'un an aux élèves qui ont subi deux examens devant une Faculté, confère aux titulaires le rang et les prérogatives d'officier de l'armée; ils participent, en cette qualité, à toutes les garanties dont la loi a entouré cette position, et ils jouissent d'un traitement annuel de 1,560 f. hors Paris, de 2,160 fr. à Paris, et de 2,025 fr. sur le pied de guerre.

Les chirurgiens sous-aides concourent, suivant leurs aptitudes spéciales, pour les grades de chirurgien aide-major et de pharmacien aide-major; à cet effet, ils sont appelés successivement, un tiers au choix, deux tiers à l'ancienneté, dans les hôpitaux d'instruction et de perfectionnement; toutefois, les quatre premiers de chaque promotion y sont directement envoyés, et parviennent au grade d'aide-major sans quitter les écoles. Deux années d'ancienneté dans le grade de sous-aide suffisent pour devenir aide-major.

Les chirurgiens sous-aides, mis à l'ordre d'une division de l'armée pour un acte de courage et de dévoûment, peuvent être promus immédiatement au grade d'aide-major, s'ils ont le titre de docteurs; dans le cas contraire, ils sont envoyés directement à l'hôpital de perfectionnement.

Le diplôme de docteur est exigé pour le grade d'aide-major; cette position est en effet le premier degré de la pratique médicale dans l'armée; avant de l'atteindre, le jeune officier de santé a toujours fonctionné sous la responsabilité d'un maître, d'un supérieur; promu à l'aide-majorat, il engage la sienne dans le traitement journalier des maladies qui se développent pour ainsi dire sous ses yeux et dont il est le premier médecin, même alors qu'elles nécessitent l'envoi à l'hôpital. Un pareil ministère subordonne au coup-d'œil de l'aide-major, l'appréciation étiologique de toutes les affections qui peuvent naître dans une agrégation de six cents à mille individus, limite ordinaire de l'effectif d'un bataillon; il lui confère la surveillance hygiénique de cette nombreuse famille; c'est assez dire que ce ministère sollicitait la consécration scientifique du doctorat, et l'expérience a prouvé que ce titre, dont la dispensation est devenue plus sévère, ajoute beaucoup à la confiance qu'inspirent les jeunes aides-majors dans leurs corps respectifs. Une ordonnance rendue en mai dernier, leur en facilite d'ailleurs l'obtention sous le rapport pécuniaire; elle leur assure la concession gratuite de tou-

TROISIÈME PÉRIODE.

DÉVIATION DES TRAITS DU COTÉ GAUCHE; GUÉRISON DE LA PARALYSIE DE LA SEPTIÈME PAIRE DE CE COTÉ.

Vers la douzième séance (18 avril), les traits commencent à se dévier à gauche. Légère d'abord, cette déviation se prononce chaque jour davantage. La malade, qui en avait paru vivement affectée, reconnaît bientôt que ce qu'elle croyait être une nouvelle complication est un symptôme heureux qui coïncide avec le retour des mouvemens dans tout le côté correspondant de la face. Ainsi du côté gauche elle peut déjà plisser les lèvres, rider le front, rapprocher les paupières, tandis que ces mêmes mouvemens sont encore presque nuls du côté droit.

C'est par le degré de déviation des traits que nous sommes avertis de l'amélioration de la paralysie gauche, de sorte que le même signe qui, dans la première période, nous indiquait le progrès de la maladie, nous indique dans celle-ci le progrès de la guérison. Cette contradiction apparente des phénomènes est bien simple à expliquer. Dans le premier cas, les muscles du côté gauche devenaient plus faibles; dans ce second cas ils deviennent plus forts.

A chaque application galvanique nous obtenons une augmentation de la contractilité musculaire. Aussi la face est-elle de plus en plus déviée du côté gauche.

Si les muscles de ce côté recouvrent chaque jour quelque chose de leur action, ceux du côté opposé ne restent pas stationnaires. Maintenant (24 avril), ils peuvent exécuter quelques mouvemens par la seule volonté de la malade, et le galvanisme les fait se contracter bien plus fortement. Mais, qu'on me pardonne cette expression, ils sont en retard par rapport aux muscles du côté gauche. Ceux-ci étaient déjà en voie de guérison que ceux-là n'avaient éprouvé aucune amélioration sensible. De là prédominance des premiers sur les seconds.

Nous voici arrivés à la dix-huitième séance (28 avril). La déviation persiste, bien que de chaque côté les progrès continuent. Ils sont tels du côté gauche que les mouvemens de ce côté paraissent être entièrement rétablis.

QUATRIÈME PÉRIODE.

REDRESSEMENT ACTIF DES TRAITS; GUÉRISON DE LA PARALYSIE DE LA SEPTIÈME PAIRE DROITE.

Les muscles du côté droit se contractent de jour en jour davantage, et par suite la déviation des traits tend à s'effacer. Le redressement de la face n'est plus ici, comme dans la seconde période, l'indice d'une double paralysie, mais au contraire d'une double guérison. Ainsi, au côté droit les mouvemens reviennent de la même manière qu'ils sont déjà revenus du côté gauche. Les larmes et la salive ne s'écoulent plus involontairement, la narine ne s'affaisse plus dans l'inspiration, la malade n'a plus besoin du secours des doigts pour ramener les alimens sous les dents; en un mot ce sont les mêmes symptômes d'amélioration que nous avons observés du côté gauche alors que la paralysie de ce côté était près de disparaître.

A la vingt-cinquième séance (8 mai), les traits paraissent redevenus réguliers quand la face reste immobile; mais pour peu que la malade parle ou rie, on remarque encore une légère déviation du côté gauche.

A la trentième (15 mai), la face a repris son expression normale. Tous ses mouvemens sont libres; et, dans quelque sens que la malade les exécute, on n'aperçoit plus que les traits se dévient d'aucun côté. La paralysie devrait donc être regardée comme entièrement guérie, n'était encore un peu d'embarras dans la prononciation de certains mots qui exigent spécialement l'action des lèvres. Par exemple, la malade ne dira pas couramment *papa*, mais *pa-pa*, en mettant un petit intervalle entre les deux syllabes. Aussi M. Magendie juge-t-il quelques applications galvaniques encore nécessaires.

Dans les séances qui ont suivi, les aiguilles ont été implantées directement dans les muscles, dont les contractions n'étaient point tout à fait assez franches, assez nettes. De cette manière, ces muscles ont été plus vivement stimulés que quand les aiguilles étaient placées aux deux extrémités du nerf.

Il n'a plus fallu qu'un petit nombre de séances pour que la prononciation fût redevenue aussi facile qu'avant l'invasion de la paralysie.

Pendant les premiers jours qui ont suivi la guérison, les yeux sont restés un peu larmoyans, par suite de l'action irritante que l'air avait exercée à leur surface, alors que les paupières ne pouvaient se fermer. Le retour et la persistance des mouvemens de clignement ont promptement fait cesser cette légère incommodité.

Depuis cette époque, mademoiselle X. n'a plus éprouvé la moindre gêne dans les mouvemens de la face. Ses traits ont repris toute leur vivacité, toute leur expression, et il ne reste aujourd'hui aucune trace des deux paralysies.

Cette observation, que j'ai dû rapporter avec quelques détails, pourrait servir de texte à de nombreux développemens. Mais mon but n'est pas d'écrire une monographie complète de ces paralysies. Je veux seulement faire, pour le nerf du mouvement de la face, ce que j'ai déjà fait dans un précédent travail (1) pour le nerf du sentiment de cette partie. J'adopterai donc les mêmes divisions. Deux paragraphes vont être consacrés, le premier, à l'appréciation physiologique des symptômes offerts par la malade; le second, à des considérations générales sur les paralysies de la septième paire.

§ I. — APPRÉCIATION PHYSIOLOGIQUE DES SYMPTÔMES OFFERTS PAR LA MALADE.

Je commence par établir que, dans l'état actuel de la science, il ne peut exister aucune incertitude sur le siége de ces paralysies du mouvement. Nul doute que ce ne soit le nerf de la septième paire. Nos connaissances à cet égard sont telles, que toute discussion relative à ce point de physiologie me paraîtrait pour le moins superflue.

Maintenant, pour bien comprendre les phénomènes de déviation ou de redressement que les traits ont successivement éprouvés aux diverses périodes de la maladie, il suffit de se rappeler quelques principes bien simples de mécanique. Leur application va nous donner la clef de tous ces phénomènes.

On sait que les muscles de chaque côté de la face sont dans un état d'antagonisme permanent, et que le point mobile contre lequel est dirigé leur effort correspond à la ligne médiane. Or, dans l'état normal, les deux forces représentées par ces muscles sont égales, et par conséquent se neutralisent. Il y a donc équilibre. Cet équilibre constitue la régularité de position et d'aspect des deux moitiés du visage.

Que de chaque côté ces forces diminuent ou augmentent d'une même proportion, cela importe peu, mécaniquement parlant. Du moment qu'elles restent égales entre elles, elles se neutralisent, et l'équilibre est conservé.

Il peut arriver que ces forces deviennent nulles. Dans ce cas, les traits n'éprouveront encore de déviation ni à droite ni à gauche, puisqu'ils ne seront plus sollicités d'aucun côté.

Ainsi donc, il n'y a de déviation possible des traits qu'à la condition que les forces, devenues inégales, cesseront de se détruire mutuellement,

(1) Voir le BULLETIN de l'Académie de médecine (Compte-rendu de la séance du 20 octobre 1840), et ma DISSERTATION INAUGURALE, 1840.

tes les inscriptions nécessaires et la remise des frais d'examen, excepté les droits de présence des professeurs, sous la condition de se consacrer pendant quinze ans au service médical de l'armée. Cette mesure est analogue à celle qui dispense du service militaire et des frais du doctorat ès-lettres, les élèves de l'École Normale qui s'engagent à servir dix ans dans l'instruction publique; celui qui écrit ces lignes est heureux de l'avoir suggérée pour la première fois, il y a bientôt quatre ans, au chef actuel de l'administration militaire. L'immunité des frais universitaires permettra à toutes les capacités de surgir au grand jour d'une existence honorable; nulle vocation médicale ne succombera plus sous le poids des difficultés matérielles qui ont fait suer à leurs débuts, tant de nobles intelligences. L'administration qui a levé ces obstacles, supprimé ces barrières où l'avare société prélevait sur l'esprit un mortel octroi, cette administration-là s'est montrée digne en cela de notre époque de haute civilisation et de libéral essor.

Après deux ans dans leur grade, les aides-majors sont admis à concourir pour les emplois de médecin-adjoint dont les fonctions s'exercent exclusivement dans les hôpitaux; ils deviennent ainsi médecins des hôpitaux militaires, s'ils n'aiment mieux compter sur les chances ordinaires de l'avancement qui les appelleront sur cette même scène pratique en qualité de chirurgiens. Par l'une ou l'autre voie, ils s'élèvent de la pratique régimentaire à celle de ces hôpitaux consacrés au traitement des soldats malades et qui sont à la fois des foyers scientifiques et des modèles d'institutions nosocomiales.

Deux classes de chirurgiens, de pharmaciens-majors et de médecins ordinaires, deux classes de médecins, de chirurgiens et de pharmaciens principaux présentent au jeune officier de santé une nouvelle série de positions ascendantes, faites pour entretenir son émulation: au sommet de cette hiérarchie figure le conseil de santé des armées, réunion de capacités spéciales et éprouvées, aréopage glorieux où la science en cheveux blancs délibère sur tout ce qui concerne le bien-être et la conservation de l'armée, cette vivace élite de notre population.

Outre cette hiérarchie directe, la médecine militaire a son corps enseignant, dont les membres sont répartis, comme sur deux degrés distincts, dans les hôpitaux d'instruction de Metz, Lille, Strasbourg et dans l'École de perfectionnement du Val-de-Grâce. Les emplois de professeur dans les trois écoles préparatoires sont donnés au concours; ceux du Val-de-Grâce peuvent être mis également au concours ou conférés directement à des professeurs de province.

Il résulte de cet exposé que les positions d'élève, de sous-aide, d'aide-major, de médecin-adjoint et de professeur, s'obtiennent par voie de concours; l'administration s'est donc entièrement effacée dans la dispensation de ces grades; elle en a remis la fortune au concours; elle a déposé son initiative entre les mains de jurys compétens, et c'est sur la désignation de ses propres maîtres, à la suite de publiques et péremptoires épreuves dont les programmes sont réglés par le conseil de santé, que le jeune officier de santé s'élève sur les premiers échelons de sa carrière.

Il y a dans la carrière de la médecine civile, trois graves éventualités, trois écueils contre lesquels se brise plus d'un jeune talent, plus d'une honorable vie; la médecine militaire en est exempte; disons en quoi ils consistent:

1° Durant la période de sa scholarité, tout manque à l'élève civil, la surveillance morale, la direction intellectuelle. Éloigné de sa famille, il n'entend plus que dans le lointain la voix paternelle et cette voix va s'affaiblissant d'année en

Voici alors d'après quel mécanisme et dans quel sens aura lieu cette déviation.

Deux circonstances principales peuvent se rencontrer. Ou bien les muscles d'un côté deviennent plus forts que leurs antagonistes : dans ce cas, ils les entraînent ; ou bien ils deviennent plus faibles ; dans ce cas, au contraire, ils sont entraînés. Remarquons que, dans le premier cas, il y a augmentation de forces ; dans le second, diminution. Ces deux états, diamétralement opposés, offrent bien, comme symptôme commun, la déviation des traits ; mais celle-ci indique seulement de quel côté sont les muscles les plus forts, de quel côté les muscles les plus faibles, sans apprendre pour cela comment l'équilibre a été rompu. Or, c'est ce dernier point qu'il importe de bien établir pour le diagnostic et le traitement.

Citons un exemple. Deux malades se présentent, tous deux atteints d'une déviation des traits à droite ; chez le premier, il y a paralysie des muscles du côté gauche ; chez le second, contracture des muscles du côté droit (ce dernier cas pourrait aussi s'observer). Bien que les traits soient entraînés du même côté, c'est-à-dire à droite, ne sont-ce pas cependant là deux maladies différentes par leurs causes, différentes par leur siége, différentes par la médication qu'elles réclament ?

Ces principes posés, revenons à notre observation. Je vais d'abord analyser les changemens survenus dans la force respective des muscles à chaque période de la paralysie faciale.

Première période : *Les muscles du côté gauche sont entraînés par les muscles du côté droit.*

Pourquoi le sont-ils ? Parce que la septième paire gauche étant frappée de paralysie, l'équilibre entre les muscles antagonistes se trouve rompu. Ceux du côté gauche sont devenus plus faibles, ceux du côté droit n'ont rien perdu de leur force ; par conséquent la déviation s'est opérée à droite. Il n'y a pas eu ici augmentation de puissance d'un côté, mais seulement diminution de l'autre. La preuve, c'est que tandis que les muscles du côté gauche avaient entièrement perdu leurs mouvemens, ceux du côté droit conservaient leur contractilité aussi intacte qu'auparavant.

Deuxième période : *Les deux côtés de la face deviennent immobiles, et la déviation des traits disparaît.*

Nous venons de voir que les traits ne s'étaient déviés à droite que par le fait de la prédominance des muscles de ce côté. Que s'est-il donc passé ? La paralysie qui occupait la septième paire gauche envahit la septième paire droite ; en d'autres termes, la force qui était nulle à gauche devient pareillement nulle à droite. Du moment que toute prédominance d'action disparaît entre puissances antagonistes, il n'y a plus de déviation mécaniquement possible, car l'élasticité des tissus rétablit l'équilibre : de là redressement des traits. Ceux-ci, n'étant sollicités en aucun sens, doivent rester immobiles en vertu de ce mécanisme tout passif désigné en physique sous le nom de *force d'inertie*.

Troisième période : *Les muscles du côté gauche entraînent les muscles du côté droit.*

Deux forces étaient en présence, toutes deux annihilées. L'une de ces forces redevient active ; à l'instant les traits se dévient de ce côté. Ici donc la perte d'équilibre est due à une augmentation de puissance des muscles du côté gauche, et non à une diminution de puissance des muscles du côté droit, puisque ceux-ci étaient déjà paralysés. Arrive même une époque de cette période où de chaque côté les deux forces augmentent ; mais, comme du côté gauche les progrès sont plus avancés et plus rapides, la déviation des traits n'en persiste pas moins.

Quatrième période : *La face reprend ses mouvemens et les traits leur régularité.*

Aussitôt que les muscles du côté gauche ont eu recouvré leur contractilité normale, la force représentée par ces muscles a cessé de s'accroître. Du côté droit, au contraire, les progrès ont continué, et, en même temps que les mouvemens revenaient de ce côté, la déviation des traits diminuait en égale proportion. Cela devait être puisque les forces antagonistes tendaient de plus en plus à se mettre en équilibre. Cet équilibre rétabli, les traits se sont trouvés parfaitement redressés, la physionomie a repris tout son jeu, et nous avons dû regarder la double paralysie comme entièrement guérie.

Ainsi nous pourrions d'un mot caractériser chaque période. Dans la première, diminution d'une des forces. Dans la seconde, absence des deux forces. Dans la troisième, retour d'une des forces. Dans la quatrième, rétablissement normal des deux forces.

Si chez notre malade les deux septièmes paires avaient été affectées d'emblée, et que de chaque côté la paralysie faciale eût suivi une marche parfaitement identique, nous n'eussions observé que des modifications de l'action musculaire, sans aucune déviation des traits. Je ne connais point dans la science d'observation semblable d'une paralysie double ; mais, à défaut d'exemple direct, on comprend très bien par le simple raisonnement, pourquoi en pareil cas les traits ne sauraient être déviés.

En voilà assez pour ce qui touche à ces phénomènes de mécanique animale. Passons à l'examen d'autres questions.

Et d'abord, peut-on assigner une cause aux deux paralysies dont notre malade a été successivement affectée ? La chose me paraît tout à fait impossible. En effet, les premiers symptômes ont éclaté au milieu de la santé la plus parfaite. Mademoiselle X. ne s'était point exposée à un courant d'air, n'avait pas fait de chûte, n'avait reçu aucune contusion sur la joue. Elle n'a pas eu non plus d'impression morale vive, n'a jamais été sujette à des attaques d'hystérie. La menstruation est restée régulière. En un mot, aucune cause, interne ou externe, ne peut être regardée comme point de départ probable de la première paralysie.

Même difficulté pour l'étiologie de la seconde. La malade était déjà en traitement quand celle-ci éclata. C'est donc au milieu des soins et des précautions hygiéniques de tout genre, que le côté droit de la face a été entrepris à son tour. Il y a là quelque chose de tout-à-fait insolite, de tout-à-fait inexplicable.

Le mode de développement de ces deux paralysies n'est pas moins curieux à étudier. Elles débutent par les mêmes symptômes, suivent une marche identique, parcourent l'une après l'autre les mêmes phases, sans paraître notablement influencées par la médication énergique qui est dirigée contre elles. A une certaine époque, la même pour les deux, la langue s'engourdit et l'ouïe s'exalte. Il est probable qu'alors la corde du tympan s'est trouvée momentanément affectée. Mais pourquoi deux effets opposés si la cause est semblable ? Pourquoi la sensibilité plus exquise dans l'oreille est-elle devenue plus obtuse dans la langue ? Autant de problèmes inso-

---

année. Assis sur les bancs d'une faculté, il écoute avec curiosité d'abord, puis avec l'effort d'une attention décroissante, la leçon officielle à laquelle il participe avec plusieurs centaines d'auditeurs de par le droit des inscriptions dûment acquittées. Les professeurs qui débitent ces leçons, il ne les connaît pas ; il les perd de vue hors de l'amphithéâtre, et dès qu'il en a franchi le seuil pour descendre dans la rue, il se confond dans la multitude banale qui s'agite dans l'immense polypier parisien ; nulle obligation, nulle règle de vie intérieure ; point de relations étroites et personnelles avec l'école qu'il fréquente. Les séductions de la grande cité l'assiègent, les distractions se multiplient : malheur à lui si sa jeune conscience ne l'a cuirassé contre ces tentations ! Malheur encore, si robuste de santé morale, il n'est muni par dot naturelle ou par son éducation de cet esprit de méthode et de logique droitière qui supplée dans les hautes études, au défaut de direction familière et continue !

2° Parvenu au terme des épreuves académiques, que devient le nouveau docteur ? il attend : longue et dispendieuse expectative qu'il n'est pas donné à tous de soutenir ; stage incertain, tout gros de soucis et de mécomptes, et dont chaque jour est marqué par un désenchantement ; on avait rêvé la fortune d'abord ; on s'est mis ensuite à espérer une aisance, et voilà que s'entr'ouvre, dans une perspective étroite, un avenir de travaux et de difficultés. Quelques-uns traversent d'un pas leste et sûr cette période de tribulations et surprennent la fortune sur l'autre rive du large marais ; d'autres s'y débattent plus longtemps ; mais encore le succès leur advient ; pour le plus grand nombre, hélas ! la lutte dure autant que la vie et leur dernier soupir est une dernière sommation au bonheur, une récrimination dernière contre la médecine, flasque et stérile nourrice de leurs illusions.

3° La troisième misère dérive de la précédente ; c'est-à-dire que de nobles âmes, des esprits d'une sérieuse allure et de solide trempe, se sont consumés dans le soin de leurs semblables et n'ont trouvé pour reposer leur vieillesse, que le lit de la détresse et l'oreiller du souci ; nous n'avons point pour objet de dresser ici l'inventaire des souffrances et des plaies secrètes de notre profession ; mais tenez pour certain que si la moitié de nos jeunes confrères se morfond dans l'attente de la clientelle, un grand nombre de nos vétérans serait embarrassé de vous exhiber le produit d'une fiévreuse activité de trente ans.

Ces trois misères, échelonnées sur la route du médecin civil, ces trois risques énormes, qui pèsent sur tout élève de faculté, la médecine militaire en préserve ses adeptes. Elèves, ils trouvent dans les hôpitaux d'instruction et de perfectionnement non seulement des maîtres, mais des amis, des guides, des régulateurs ; les habitudes d'ordre et de subordination hiérarchique y dominent, mais n'excluent ni l'intimité des relations scientifiques, ni les échanges affectueux qui créent l'esprit de corps, généreuse extension de l'esprit de famille. Les parens qui confient leurs enfans à ces écoles savent au moins ce qu'ils deviennent ; leur conduite y est l'objet d'un contrôle persévérant, quoique paternel ; l'assiduité aux cours est obligatoire ; des examens périodiques constatent leurs progrès ; placés par leurs fonctions au lit même des malades, ils puisent directement et tous les jours aux sources vives de l'instruction pratique, en même temps qu'un enseignement bien coordonné les initie graduellement aux théories de la science. De vastes cliniques, des salles de dissection, des bibliothèques, des collections, des laboratoires leur sont ouverts ; ils sont exercés sans frais aux manipulations chimiques, aux opérations et aux pansemens ; dans des conféren-

lobles. Tant il est vrai que nos connaissances sur les fonctions et les maladies de la corde du tympan sont encore très imparfaites.

Autre question. La septième paire est, on le sait, composée de deux ordres de filets, les uns moteurs qui lui appartiennent en propre, les autres sensitifs, qui lui sont fournis par ses anastomoses avec la cinquième paire. Chez notre malade, la paralysie était-elle limitée aux filets moteurs, ou bien au contraire les filets sensitifs étaient-ils pareillement affectés?

J'ai déjà eu soin de faire remarquer, dans le courant de l'observation, qu'à aucune période la sensibilité de la face ne nous avait paru diminuée. Ainsi la piqûre des aiguilles était aussi vivement sentie que dans l'état le plus normal. Mais on pourrait objecter qu'il est difficile, dans cette appréciation de la sensibilité, de faire la part de ce qui appartient à la septième ou à la cinquième paire, puisque ce dernier nerf couvre toute la face de ses nombreuses ramifications, et que, par conséquent, on traverse celles-ci avant d'atteindre la septième paire. L'objection tombe devant le fait suivant que M. Magendie nota plusieurs fois chez la malade et dont nous avons eu dans bien d'autres cas l'occasion d'apprécier l'exactitude.

Quand on introduit l'aiguille dans la parotide, si on arrive directement sur une branche de la septième paire, à l'instant la douleur s'irradie vers la face en suivant toutes les divisions de la branche piquée. Donc, les filets sensitifs du nerf ne sont point paralysés comme les filets moteurs. S'il en était autrement, la douleur serait concentrée autour de l'aiguille, ou du moins elle se propagerait seulement dans le sens des divisions de la cinquième paire, car ce serait le seul nerf resté sensible.

On comprend très bien comment, en pareilles circonstances, la septième paire conserve sa sensibilité. Puisque cette sensibilité est fournie par la cinquième paire, et que ce nerf est intact, pourquoi la septième deviendrait-elle insensible?

C'est ainsi que quand on coupe la septième paire sur un animal, dans la portion comprise entre le trou stylo-mastoïdien et l'anastomose avec la branche auriculo-temporale, l'extrémité du nerf qui correspond à la face n'a rien perdu de sa sensibilité, bien que tout mouvement soit aboli (1). C'est que la sensibilité de la septième paire n'est point puisée par ce nerf dans son point d'insertion à l'encéphale. Elle lui est apportée, par la voie des anastomoses, au-delà de l'endroit où nous avons fait notre section.

Ceci explique pourquoi la paralysie de la cinquième paire entraîne la perte de toute la sensibilité de la septième. Les filets sensitifs de ce dernier nerf ont dû nécessairement être paralysés comme la cinquième paire dont ils émanent.

En résumé, il y a eu, chez notre malade, paralysie des deux septièmes paires, avec intégrité parfaite des deux cinquièmes, ainsi que l'indique la perte absolue du mouvement et la conservation intacte de la sensibilité de la face.

§ II. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES PARALYSIES DE LA SEPTIÈME PAIRE.

Les paralysies de la septième paire sont bien plus fréquentes que celles de la cinquième. Elles ont aussi beaucoup moins de gravité. Les premières, nous venons de le voir, ne compromettent que le mouvement : les secondes, au contraire, s'attaquent tout à la fois à la sensibilité générale et aux sensibilités spéciales. Témoin le malade que j'ai présenté à l'Académie de médecine complètement guéri (20 octobre 1840), et qui, pendant trois ans, avait été traité sans succès d'une anesthésie de la moitié droite de la face, avec une perte de la vue, du goût, de l'ouïe et de l'odorat. Il y avait en plus, chez ce malade, abolition de la contractilité des muscles qui meuvent la mâchoire inférieure, parce que la branche motrice de la cinquième paire était paralysée au même degré que la branche sensitive.

La paralysie de la septième paire ne détermine aucune altération dans la nutrition des parties où le nerf se distribue, tandis que la paralysie de la cinquième en entraîne souvent de très graves, de très profondes, et même qui peuvent aller jusqu'à la destruction par la gangrène de toute la moitié correspondante de la face.

Si la paralysie d'une des deux septièmes paires s'observe très fréquemment, il est au contraire excessivement rare que ces deux nerfs soient affectés ensemble chez la même personne. Je crois sous ce rapport, et j'en ai déjà fait la remarque, que mon observation est unique dans la science. Elle n'a fait, du reste, que confirmer ce que la physiologie expérimentale nous avait appris, car nous savions par celle-ci que la section des deux septièmes paires, sur l'animal vivant, entraîne l'immobilité absolue de la totalité de la face.

La perte du mouvement de tous les muscles sous-cutanés, dans les cas d'hémiplégie faciale, s'explique à merveille par la distribution du nerf atteint de paralysie. C'est là une question exclusivement anatomique que M. le professeur Berard aîné a traitée très en détail dans un mémoire inséré dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. N'ayant aucune particularité nouvelle à signaler, je renvoie le lecteur à cet intéressant travail.

Ainsi, nulle difficulté pour reconnaître et interpréter les symptômes de la paralysie de la septième paire.

Mais il reste encore à établir de quelle nature est cette paralysie. Celle-ci dépend-elle d'une affection propre du nerf, ou bien son siége est-il dans le système nerveux central? Question grave, qu'il faut résoudre avant toutes les autres, car elle les domine toutes. En effet, telle médication qui serait convenable dans le premier cas pourrait devenir inutile ou même nuisible dans le second.

De toutes les maladies du cerveau, l'hémorragie est celle qui s'accompagne le plus constamment de la paralysie de la face. Quand il y a en même temps paralysie des membres du même côté, le diagnostic ne saurait être douteux. Mais cette dernière paralysie peut manquer, bien qu'il y ait eu hémorragie, ainsi que l'a prouvé, par exemple, l'ouverture du cadavre de Dupuytren. D'autres fois elle existe à un degré trop faible pour que le malade en ait la conscience, et alors elle peut aussi échapper au médecin, surtout si c'est le côté gauche qui est paralysé, ce côté étant habituellement moins fort que le côté droit. Ainsi donc, par cela seul que les membres ne paraîtront pas compromis, on n'en conclura pas toujours que l'hémiplégie faciale n'est point liée à une hémorragie du cerveau.

Pour arriver à un diagnostic plus précis, plus certain, il faut se guider spécialement sur les caractères suivans.

(1) Ces expériences sont consignées en détail dans les deux volumes des LEÇONS SUR LE SYSTÈME NERVEUX; de M. Magendie, que j'ai rédigées et publiées.

---

ces qui se répètent plusieurs fois par mois, ils se livrent, sous la présidence d'un professeur, à des controverses dont les sujets sont désignés à l'avance, et qui ont le double avantage de forcer le zèle et de former à l'élocution; des examens trimestriels donnent lieu à des classemens, autre cause d'émulation.

L'élève militaire, après avoir été dirigé de près et pas à pas dans sa scolarité, n'a point, au terme de cette période, à sonder douloureusement ses destinées; son existence est assurée, le sillon est tracé; libre à lui de le parcourir avec une certaine vitesse; le concours, combiné avec de modiques conditions d'ancienneté, lui en offre les moyens. Et quand il a fourni sa carrière avec honneur, quand il a été trente ans pour l'armée, pour ses hôpitaux, un homme utile et dévoué, l'état lui accorde une pension de retraite suffisante pour ses vieux jours et le replace dans la société civile, à laquelle il peut rendre encore des services fructueux.

Voilà ce qui n'est point le lot certain de tout médecin civil, voilà des avantages qui méritent d'être notés; il s'y joint d'autres, et nous sommes honteux que le genre d'esprit qui s'est introduit dans notre profession ne nous ait point permis de les citer en première ligne, au risque de manquer le but de cet article: les distinctions qui témoignent sur la poitrine de tant d'officiers de santé du leur dévouement à l'armée, les récompenses morales de tout genre et ces états de service intimes, inscrits dans la conscience de chacun, noble trésor que tout l'égoïsme de ce siècle ne saurait démonétiser, glorieux parchemin, qui, pour un Larrey, vaut encore mieux que la baronie de l'empire.

Les améliorations nombreuses qu'a reçues la médecine militaire, et qui la placent au nombre des carrières vraiment avantageuses, sont l'œuvre de l'administration actuelle; énoncer ce fait est le seul éloge qu'il nous convienne de lui donner; mais cette administration, dont le chef éclairé a vécu longtemps dans l'atmosphère des officiers de santé, ne bornera point là ses efforts en faveur de ce corps scientifique : d'autres mesures sont indiquées par les besoins de la situation; nous placerons au premier rang de ces mesures le casernement des élèves. Nous en avons exprimé le vœu dans la même occasion où nous avons sollicité pour les officiers de santé les immunités universitaires dont jouissent les élèves de l'École Normale. Quand les élèves auront été casernés, l'accomplissement d'un dernier vœu, que nous avons formulé dans la même circonstance deviendra possible et même facile, savoir : la création de quelques bourses et demi-bourses au profit d'orphelins ou de fils d'officiers de santé militaires, jaloux de marcher sur les traces de leurs pères. De semblables fondations auraient pour résultat de créer dans notre carrière ce qui existe déjà dans les autres, l'hérédité professionnelle, et, comme on dit, l'esprit du métier. L'armée aurait ainsi des chirurgiens de père en fils, comme elle a vu passer par ses cadres des générations d'officiers, issus du même sang.

Le sujet que nous venons de traiter, comme aussi les vues éclairées de l'administration actuelle, nous encouragent à finir par un dernier vœu : le professorat des hôpitaux d'instruction et du Val-de-Grâce ne présente pas une organisation complète et satisfaisante : il y a des professeurs de plusieurs grades; les uns ont le rang de principal, d'autres sont majors; il en est qui sont tout simplement aides majors; ces différences de position hiérarchique paraissent une anomalie quand on considère la nature des fonctions et l'étendue des devoirs, lesquels sont les mêmes pour tous; il en résulte des différences dans la rémunération, avec l'égalité des charges et des besognes; il en résulte encore que, se confondant par

Dans l'hémorragie cérébrale, les traits sont bien moins déviés, les muscles de la face conservent quelques mouvemens. *Les malades peuvent facilement, du côté paralysé, rapprocher les paupières et plisser le front.* Au contraire, s'il y a lésion même du nerf et non épanchement dans le cerveau, la déviation des traits est bien plus considérable, et toute contractilité musculaire a disparu. *L'occlusion des paupières et le plissement du front sont devenus impossibles.*

M. le professeur Andral attache une très grande valeur à ces caractères différentiels. Pour moi, j'ai été plus d'une fois à même, dans des cas douteux, d'en reconnaître la justesse et l'importance.

On comprend combien, en pareilles circonstances, une erreur de diagnostic serait grave; peut-être même deviendrait-elle fatale. Si, en effet, chez une personne atteinte d'une hémorragie cérébrale récente, on allait galvaniser la septième paire, croyant n'avoir affaire qu'à une paralysie idiopathique de ce nerf, ne serait-il pas à craindre que la stimulation électrique ne retentit jusqu'à l'encéphale et ne déterminât un nouvel épanchement?

Si l'hémorragie était ancienne, que le sang fût résorbé et le foyer cicatrisé, on n'aurait pas à redouter d'accidens de cette nature. Bien loin de là, j'ai souvent, dans ces cas, retiré de très bons effets de l'emploi du galvanisme. C'est donc seulement dans les hémorragies récentes que je rejette cette médication comme irrationnelle et dangereuse.

L'hémorragie n'est pas la seule maladie du système nerveux central qui peut amener la paralysie de la face. Celle-ci reconnaîtra également pour point de départ un ramollissement, un cancer, une masse hydatique, un tubercule, en un mot, toute espèce d'altération développée dans l'encéphale. Il en serait de même d'une exostose, d'une tumeur quelconque comprimant cet organe et gênant son jeu. Mais comme ces divers états morbides se reconnaissent à des signes particuliers, et qu'alors la paralysie de la septième paire n'est plus qu'une fraction de la maladie principale, je n'insisterai point sur chaque diagnostic.

Je suppose donc ce premier point décidé : la perte du mouvement de la face ne dépend pas d'une affection cérébrale, mais seulement d'une lésion de la septième paire. Peut-on, dès-lors, appliquer en toute sécurité le galvanisme?

Il faut encore auparavant s'être assuré, par une appréciation sévère de tous les antécédens et de toutes les phases de la paralysie, que l'organisation du nerf n'a subi aucune atteinte. Il n'y a de guérison possible qu'à la condition que la septième paire, lésée seulement dans ses fonctions, est restée intacte dans son tissu. Ainsi, on ne peut porter trop de soin à cet examen. Lorsque le cas me paraît douteux, je n'hésite pas à tenter le galvanisme, mais à très faible dose, et plutôt comme essai que comme traitement. Si, au bout de quelques séances, il y a du mieux, je persévère. Si la paralysie n'est point améliorée, je m'arrête et suspends la médication avant qu'elle ait pu avoir aucun inconvénient.

J'ai eu plus d'une fois sujet de m'applaudir de semblables tentatives. Je n'en citerai qu'un exemple.

Une dame, âgée de 62 ans, femme d'un ancien chirurgien militaire, vient me consulter. Il y a quelques semaines, pour une hémiplégie faciale du côté gauche. La paralysie existait depuis plus d'un an et avait été précédée d'un écoulement très abondant de pus par l'oreille du même côté. Je prescrivis quelques injections astringentes qui arrêtèrent l'écoulement, mais la paralysie persista. Devais-je recourir au galvanisme? Il y avait à craindre ici une carie du rocher s'étant étendue jusqu'au canal spiroïde et ayant attaqué le tronc même de la septième paire. Cependant, je me décidai à agir, d'autant plus que tous les autres modes de traitement avaient été jusqu'alors infructueux, et que les traits étaient tellement déformés que la malade n'osait plus paraître en public. A la vingt-cinquième séance, la face avait repris son aspect naturel, et elle l'a conservé depuis.

Nous voici maintenant arrivés à la manière d'administrer le galvanisme et au choix des appareils.

J'ai déjà exposé dans un précédent mémoire (1) inséré dans la GAZETTE MÉDICALE, les procédés à suivre pour cette petite opération. Je suis encore entré ici dans de nouveaux détails, en rapportant l'observation qui fait l'objet de ce travail. Il me reste donc fort peu de mots à ajouter pour compléter les renseignemens relatifs aux applications galvaniques.

On se sert d'aiguilles en platine ou en or que l'on enfonce, avec les précautions convenables, dans les points de la face que j'ai indiqués. M. Magendie recommande d'agir en même temps sur la cinquième et la septième paire, à cause de l'influence que le premier de ces nerfs exerce sur le second. Ainsi on implantera une aiguille dans l'épaisseur de la parotide; une autre à l'un des trous sus-orbitaire, sous-orbitaire, mentonnier, ou mieux aux trois successivement. Si, dans le courant du traitement, quelque muscle paraît plus réfractaire à l'action galvanique, on y introduira la seconde aiguille, en laissant en place celle de la parotide.

Il ne faut pas craindre de faire pénétrer les aiguilles au-delà de la peau, puisque c'est la contractilité musculaire qu'il importe de stimuler.

L'introduction des aiguilles, quoiqu'à peine douloureuse, inspire quelquefois aux malades une répugnance invincible. Dans ce cas on ne se sert que des conducteurs que l'on dispose de la manière suivante : l'un, terminé par une surface plane, est appliqué au devant de l'oreille, sur la région parotidienne. L'autre, terminé en olive, est promené à la face interne de la joue et des lèvres, du côté paralysé. De cette manière le fluide galvanique agit également sur le nerf; mais son action est bien moins efficace que quand on emploie les aiguilles.

On est quelquefois obligé, surtout chez les jeunes enfans, de recourir à quelque stratagème pour administrer le galvanisme. C'est alors au médecin à modifier le procédé opératoire suivant les circonstances, et on comprend qu'il est impossible d'établir aucune règle à cet égard. Je veux cependant rapporter comment nous nous y sommes pris, M. Leuret et moi, sur le fils du duc de .... dont l'indocilité extrême et l'état mental s'opposaient à ce qu'il se prêtât au traitement.

Nous voulions galvaniser la langue paralysée du mouvement; mais le malade, intrigué de notre présence et de nos préparatifs, refusait d'ouvrir la bouche. Nous étions bien parvenus à placer, à son insu, une aiguille sur le trajet du nerf hypo-glosse, vers l'angle de la mâchoire : toute la difficulté était donc d'atteindre la langue. Une pile galvanique avait été préparée d'avance ainsi que des pastilles en chocolat que nous avions traversées d'un fil d'argent très mince, lequel fil tenait à un des conducteurs

(1) DES NÉVRALGIES ET DE LEUR TRAITEMENT.

---

ses dénominations hiérarchiques avec les grades inférieurs de la carrière, le professorat est exposé à perdre dans l'opinion une partie de sa dignité; l'autorité morale, sur laquelle il repose autant que sur la science, a besoin, dans une carrière comme la nôtre, d'une expression matérielle, d'un symbole extérieur; il importe ou de le constituer comme un grade spécial, ou de le fonder en dehors de la hiérarchie ordinaire sur une base convenable. Les professeurs des hôpitaux d'instruction de la marine sont assimilés aux capitaines de corvette. Quoi qu'on décide à cet égard, l'administration complétera l'œuvre de réforme qu'elle paraît poursuivre lentement, en donnant au corps enseignant de la médecine militaire homogénéité, force morale, dignité extérieure; elle y gagnera autant que les professeurs eux-mêmes, et encore ceux-ci ne seront-ils pas ingrats.

M. L.

— Nous avons reçu, aujourd'hui 17, une lettre du docteur Frappart relative aux expériences magnétiques rapportées dans notre précédent numéro. Nous regrettons qu'elle soit arrivée trop tard pour être insérée. Nous nous empresserons de la publier dans le prochain numéro.

— RECHERCHES CLINIQUES SUR L'AUSCULTATION DES ORGANES RESPIRATOIRES, ET SUR LA PHTHISIE PULMONAIRE, faites dans le service de M. le professeur ANDRAL, par M. JULES FOURNET, docteur en médecine, chef de clinique à l'hospice des cliniques de la Faculté de Paris, etc. Ouvrage couronné au concours des hôpitaux; 1 vol. de plus de 1000 pages, divisé en deux parties, avec une planche en taille-douce. Prix : 10 fr. et 15 fr. par la poste.

A Paris, chez J.-S. Chaudé, éditeur, rue Molière, 2.

Et chez M. Bernard Neuhaus, rue Neuve-Racine, 16.

— HYPOCONDRIE SPLEEN, OU NÉVROSES TRISPLANCHNIQUES, observations relatives à ces maladies et leur traitement radical; par le chevalier de Montallegry. Paris, 1841. 1 vol. in-8°, 5 fr.

Paris, librairie médicale et scientifique de Masson et Comp., successeurs de Crochard, place de l'École-de-Médecine, 1.

— RAPPORT SUR LES MOYENS DE CONSTATER LA PRÉSENCE DE L'ARSENIC DANS LES EMPOISONNEMENS PAR CE TOXIQUE AU NOM DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE; par MM. Husson, Adelon, Pelletier, Chevallier et Caventou, rapporteur, suivi de l'extrait du rapport fait à l'Académie des sciences sur le même sujet, par MM. Thénard, Dumas, Boussingault et Regnault, rapporteur, et d'une réfutation des opinions de MM. Magendie et Gerdy sur cette question, par M. Orfila. in-8°. Prix : 1 fr. 25 c.

Chez M. J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de Médecine, rue de l'École-de-Médecine, n. 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

de la pile. Nous donnâmes au malade une de ces pastilles; pendant qu'il la faisait fondre dans sa bouche, l'un de nous, placé en arrière, touchait l'aiguille avec l'autre conducteur. La langue recevait alors une commotion. Nous remplacions la pastille fondue par d'autres disposées de la même manière, jusqu'à ce que la séance fût terminée.

Quelquefois au lieu de pastilles, nous nous servions de confitures que le malade prenait lui-même avec une cuillère d'argent. Mais à cette cuillère tenait un conducteur. Aussi nous n'avions qu'à toucher l'aiguille avec l'autre conducteur pour que la langue reçut la commotion galvanique.

On peut varier de mille manières ces applications, du moment qu'on en possède bien la théorie physique. L'important c'est d'agir sur les deux extrémités du nerf. Parlons maintenant du choix des appareils.

La parfaite identité des fluides électriques, magnétiques et galvaniques est généralement admise aujourd'hui par les physiciens. Ainsi, peu importe tel appareil ou tel autre, puisque la nature du fluide obtenu est la même. Celui-là devra être préféré qui sera le plus simple, le plus commode et dont l'action pourra être le plus facilement graduée.

La pile à auge de Volta convient dans presque tous les cas où le galvanisme est indiqué. J'ai décrit avec détail ses propriétés et son mode d'emploi, dans mon mémoire sur les névralgies (1), je n'y reviendrai pas ici. J'ajouterai seulement que, pour la paralysie faciale, il faut avoir soin que le pôle négatif soit dirigé vers le tronc du nerf, et le pôle positif vers ses divisions. De cette manière, la contraction des muscles est beaucoup plus prononcée que si les pôles sont disposés dans un autre sens. On peut aussi de temps en temps les faire alterner.

La machine électro-magnétique de Clarke est, sans contredit, l'appareil préférable à tous les autres. C'est le seul dont M. Magendie se serve depuis plusieurs années; c'est aussi celui que j'ai adopté dans ma pratique, mais en y faisant quelques modifications que je vais indiquer ici, car elles me paraissent avantageuses dans un grand nombre de circonstances.

Mon appareil est disposé de manière à ce que le courant passe toujours dans le même sens, au lieu de passer alternativement dans un sens et dans l'autre, comme cela a lieu pour la machine ordinaire de Clarke. Les deux fluides se trouvent ainsi isolés, et l'opérateur peut les diriger à son gré vers tel ou tel point. Aux angles antérieurs de la tablette sont deux trous, sortes de réservoirs où l'on fixe les deux conducteurs chargés de transporter le fluide. La lettre P indique le pôle positif, la lettre N le pôle négatif.

Les effets du courant se font sentir sur l'individu en rapport avec les conducteurs chaque fois que le ressort du milieu abandonne la pièce de cuivre et vient retomber sur le cylindre d'ivoire. C'est dans le point d'éclairement qu'on aperçoit l'étincelle.

Il y a deux manières de graduer la force de l'appareil. D'abord le mouvement de la roue. Suivant que ce mouvement est lent ou rapide, la commotion est faible ou intense. Ensuite la disposition de l'armature en fer doux. L'appareil est à son maximum de force quand l'armature est ôtée; à son minimum, quand elle est couchée à plat sous les aimans; à un degré intermédiaire entre le maximum et le minimum, quand elle est placée de champ.

Cette armature a encore pour destination de conserver la propriété et l'action des aimans. Aussi faut-il ne pas négliger de la remettre en place quand on ne se sert pas de l'appareil.

C'est M. Breton, mécanicien fort habile et fort instruit, qui a confectionné, d'après mes indications, la machine électro-magnétique dont je viens de donner un court aperçu. Il a également modifié avec beaucoup d'avantage le petit appareil dont il est l'inventeur, et que j'ai eu quelquefois aussi l'occasion d'employer. Cet appareil peut, au besoin, remplacer la machine de Clarke; mais, malgré ses perfectionnemens, il est moins simple et moins commode.

La pile à auge de Volta, la machine de Clarke et celle de M. Breton, sont les trois appareils dont j'ai le plus souvent étudié l'usage; et si je n'en décris pas d'autres ici, c'est que ceux-ci me paraissent parfaitement remplir toutes les conditions que réclame l'application du galvanisme aux paralysies de la face.

Quelle est la durée du traitement de ces paralysies? Elle n'a rien de bien fixe. Il faut rarement moins de quinze à vingt séances. Ce dernier chiffre me paraît être le terme moyen. J'ai vu cependant la guérison obtenue en dix séances. Un médecin anglais, auquel M. Magendie vient de donner des soins pour une paralysie de la septième paire droite, était complètement guéri à la quatorzième séance. Mais tous les cas ne sont point aussi heureux.

C'est le matin, au moment du réveil, que l'état des malades soumis au traitement galvanique est le plus satisfaisant. Quelquefois, bien que la paralysie dure encore, les traits paraissent tout-à-fait redressés; mais ils se dévient de nouveau, quand les muscles du côté droit entrent en contraction. Pour que la paralysie doive être regardée comme entièrement guérie, il faut que les deux côtés de la face exécutent leurs mouvemens avec la même liberté et le même ensemble, sans déviation aucune.

Une séance par jour suffit; deux pourraient fatiguer le malade et irriter la face. Il est même bon, de temps en temps, de suspendre le galvanisme pendant un ou deux jours; car souvent, dans cet intervalle, la guérison continue à faire des progrès rapides.

Aucun médicament à prendre à l'intérieur; aucun topique à appliquer sur la face. Je me suis cependant assez bien trouvé de prescrire, entre les séances, des frictions avec l'alcool camphré sur les parties paralysées.

Tel est le traitement, aussi simple qu'efficace, des paralysies de la septième paire par le galvanisme. J'ai déjà recueilli dans ma pratique, et surtout dans celle de M. Magendie, un nombre considérable de faits qui prouvent le parti puissant qu'on peut tirer de cette médication, quand elle est appliquée à propos et d'après les données d'une saine physiologie. Je compte publier ces faits dans un prochain travail. Je reviendrai aussi sur ces graves et intéressantes questions de physique médicale, qui n'ont été que trop longtemps du domaine de l'empirisme, et qui, injustement dépossédés, doivent reprendre dans la science la place qui leur appartient.

(1) Op. cit., page 7 et suivantes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Le cahier de juillet 1841 contient les articles originaux suivans: 1° *De la situation irrégulière de quelques dents comme cause de maladie*; par M. Werner Giorgio. 2° *Nouvelles recherches sur le système veineux*.) Dans ce travail, qui est fort étendu, l'auteur attribue la plupart des maladies des centres nerveux, telles que le tétanos, l'épilepsie, la catalepsie, la céphalée, quelques espèces d'apoplexie, etc., à la dilatation des veines qui traversent ces parties, ou qui marchent à leur surface.) 3° *Histoire d'une aortite mortelle ayant offert tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie*; par M. Carlo de Vecchii. 4° *Quelques observations de lithotripsie, et une d'extirpation du col de l'utérus*; par le docteur Folcieri. (Rien de nouveau.) 5° *Description d'une monstruosité des organes génito-urinaires*; par M. Bozzetti. (Il s'agit d'une exstrophie de la vessie.) *De l'usage de la lobélie enflée dans l'asthme convulsif*; par M. Morelli.

DE LA SITUATION IRRÉGULIÈRE DE QUELQUES DENTS COMME CAUSE DE MALADIE; par M. WERNER GIORGIO.

La partie pathologique de ce mémoire comprend trois observations: l'une, d'hydropisie du sinus maxillaire occasionée par la présence d'une dent, est empruntée à la pratique d'Ant. Dubois; la seconde a rapport à une fistule dentaire entretenue par la même cause; la troisième, enfin, est celle d'une exostose du sinus maxillaire produite par la situation anormale d'une dent. En voici les principaux détails.

Obs. — Un jeune homme de 18 ans, de bonne et robuste constitution, fut affecté, sans cause connue, d'une tumeur développée sur le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure, et s'étendant sur les parties correspondantes à la seconde dent incisive, à la canine et à la première molaire gauches. L'extraction de cette dernière dent qui, ainsi que les deux autres, était devenue vacillante, n'arrêta pas les progrès du mal, et le volume de la masse morbide continuant à augmenter, on se décida à tenter une opération. M. le docteur Gherini commença par extraire la canine et la première molaire, puis il détacha de la tumeur la joue, dont le tissu était resté sain. Pénétrant alors, à l'aide d'un fort couteau à deux tranchans, dans l'intérieur de sa cavité, il agrandit cette première incision avec des cisailles, et reconnut que, sous l'écorce osseuse, il existait une substance comme charnue, molle et sans adhérence avec les parties voisines. Il fallut encore diviser la voûte palatine jusqu'où s'étendait la cavité de la tumeur. Le sinus maxillaire, exploré avec soin, fut trouvé intact. Lorsqu'on eut extrait la substance contenue dans l'intérieur du kyste, et qu'on l'examina avec soin, on y trouva une dent qu'on reconnut être la canine; et l'on put alors constater que ce qu'on avait regardé comme une exostose n'était qu'une poche membraneuse développée dans l'épaisseur de la paroi alvéolaire de la mâchoire supérieure, et qui s'était logée dans l'intervalle des fibres de l'os divariquées. Cet écartement des lames osseuses qui concourent à la formation des alvéoles était précisément la cause de l'ébranlement des dents. La couronne seule de la dent était contenue

dans l'intérieur de ce kyste, et sa racine faisait saillie dans l'autre d'Hygmor. Le kyste avait environ un pouce de diamètre dans tous les sens. La guérison s'obtint sans accidens.

Quoique les détails donnés par l'auteur n'aient peut-être pas toute la précision désirable, il est aisé de reconnaître dans l'observation précédente un nouvel exemple de ces kystes osseux sur lesquels Dupuytren a l'un des premiers appelé l'attention. On sait qu'ils ne se développent dans aucune partie du squelette plus fréquemment que dans les régions contiguës aux alvéoles ; leur cause paraît donc liée aux phénomènes de l'évolution dentaire. Le jeune âge de la plupart des sujets chez lesquels on les a observés est encore une circonstance en faveur de cette hypothèse, et elle se trouve mise à peu près hors de doute par les faits de la nature de celui-ci, où on a trouvé une dent contenue dans la cavité intra-osseuse. Un cas semblable est rapporté par Dupuytren (V. LEÇONS ORALES, t. III, p. 8), et un autre par M. le professeur Blandin. (DES DENTS, thèse de concours, 1836, p. 180.)

HISTOIRE D'UNE AORTITE MORTELLE AYANT OFFERT TOUS LES SYMPTÔMES D'UNE PLEURO-PNEUMONIE ; par M. CARLO DE VECCHII.

Le malade, dont l'histoire est racontée avec beaucoup de détails, était âgé de 73 ans, et d'une excellente constitution. Il fut pris tout à coup d'un frisson, auquel succéda l'accélération du pouls, avec céphalalgie, rougeur des pommettes et une violente douleur du côté droit. A ces premiers phénomènes se joignirent bientôt l'expectoration de crachats visqueux et teints de sang, et l'impossibilité de se coucher sur le côté malade. Aussi, et quoiqu'il eût omis de pratiquer l'auscultation, M. de Vecchii crut pouvoir diagnostiquer une pleuro-pneumonie, et soumit en conséquence le malade à un traitement énergique composé de 9 saignées en six jours, et de boissons abondamment émétisées. Mais tout fut inutile, et l'autopsie montra les poumons et la plèvre dans un état parfaitement normal, à part d'anciennes adhérences. L'aorte était, à sa surface interne, colorée d'une teinte rouge uniforme, avec des rides et des plis qui en altéraient le poli naturel. Cette coloration n'était pas l'effet de l'imbibition cadavérique, car elle résistait à un lavage répété, et, d'autre part, il n'y avait point de sang dans l'artère. Sa membrane interne était assez épaisse pour qu'il fût possible de la séparer en plusieurs feuillets distincts. Entre la tunique moyenne et l'interne existaient plusieurs plaques calcaires, dont quelques-unes avaient même perforé cette dernière et faisaient saillie à l'intérieur du vaisseau. Le cadavre ne présentait que peu de signes de putréfaction.

L'existence de l'aortite paraît, dans ce cas, hors de doute; et si la ressemblance des phénomènes avec ceux de la pleuro-pneumonie n'est pas aussi parfaite que le prétend l'auteur, puisque les signes stéthoscopiques n'ont pas été consultés, il n'est pas moins curieux de voir quelle analogie a existé, sous le rapport des symptômes et de la marche, entre cette maladie et les affections inflammatoires aiguës de poitrine.

DE L'USAGE DE LA LOBÉLIE ENFLÉE DANS L'ASTHME CONVULSIF ; par M. MORELLI.

Lorsqu'une maladie est aussi profondément inconnue dans sa nature que celle-ci, aussi grave dans ses effets et aussi tenace dans sa marche, il est toujours utile d'augmenter le nombre des moyens auxquels l'expérience a reconnu une certaine efficacité contre elle, alors même qu'il y aurait plus tard un peu à rabattre de la bonne opinion que les inventeurs expriment toujours sur leur compte. C'est à ce titre que nous mentionnons le mémoire du professeur Morelli. Le médicament qu'il propose n'est pas nouveau. Dès l'année 1828, Barton et Chapmann publièrent une note sur ses propriétés dans le journal de médecine de Glascow. John Andrew, aux Etats-unis, en France M. Bidault de Villiers ont aussi prescrit l'usage de cette plante contre l'asthme. M. Morelli assure l'avoir expérimenté plusieurs fois et en avoir obtenu de très heureux résultats dans l'asthme spasmodique et dans la toux convulsive. Il l'administre sous forme de teinture et en donne de 20 à 30 gouttes dans une cuillerée d'eau, en répétant cette dose trois fois par jour.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de mai, juin et juillet 1841 contiennent les mémoires suivans: 1° *Trois observations de maladies chroniques graves terminées par la mort*; par M. Paolini. (La première est une angine de poitrine qui n'offre rien d'intéressant. La seconde concerne une dysphagie survenue peu à peu chez un jeune homme; quelques jours après apparut une éruption aphteuse sur toute la muqueuse buccale. Les astringens, les excitans spéciaux du système nerveux, les anti-syphilitiques indiqués, suivant l'auteur, par quelques blennhorragies antécédentes, ne produisirent pas la plus légère amélioration. Le malade mourut d'une phthisie aiguë. L'autopsie laissa dans le doute sur les causes de cette affection; on constata seulement l'atrophie des parois de l'œsophage à sa partie supérieure, mais cela ne suffit pas pour expliquer le rétrécissement qui persistait sur le cadavre même, au point qu'un pois chiche pouvait à peine le traverser. Les nerfs pneumo-gastriques, les nerfs récurrens, les filets du plexus œsophagien et de la portion cervicale du grand sympathique furent trouvés sains. Le troisième fait est celui d'une femme qui, affectée d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, vit tout à coup à la suite d'une chûte où le ventre porta rudement sur le sol, la tumeur diminuer de volume en même temps qu'elle changea de forme; au bout de quelques heures, elle commença à uriner énormément et la tumeur disparut en totalité; mais elle revint bientôt après à son volume primitif. Y avait-il eu rupture du kyste, on absorption de son contenu et élimination par les reins? L'auteur incline vers cette seconde hypothèse et s'appuie sur ce que, dans l'autopsie qui fut faite quelques années après, on ne put découvrir aucune cicatrice, aucune trace de solution de continuité à la surface interne de la poche.) 2° *Instruction pratique sur la vaccination, comprenant des recherches historiques sur la découverte du virus vaccin en Angleterre, sa première introduction en Italie, et la description de la vaccine des vaches, ainsi que le résumé des opinions émises sur son développement*. (Premier article.)

III. IL FILIATRE-SEBEZIO GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les n^{os} d'avril, mai, juin, juillet et août contiennent les articles originaux suivans: 1° *Histoire d'un cas d'emphysème*; par M. Petti. (L'emphysème survint à la fin d'une fièvre typhoïde; il commença par la joue et s'étendit successivement au cou, à l'épaule et à la partie latérale de l'abdomen; l'autopsie ne fit découvrir aucune perforation des voies aériennes; mais l'auteur avoue que la dissection ne fut pas faite avec soin.) 2° *Hernie inguinale interne*; par M. Francesco Pizzuti. (La hernie était étranglée; on ne fit pas l'opération, *parce qu'on était dans le doute sur le lieu précis où elle aurait dû être pratiquée*. Le malade mourut; mais l'autopsie ne contient aucun détail sur l'état des parties qui donnaient passage aux viscères.) 3° *Coxalgie guérie par les vésicatoires*; par un élève de M. Portal. (Rien d'intéressant.) 4° *Fractures mal consolidées, guéries par l'excision du cal anguleux*; par le même. 5° *Sur un cas de typhus*; par M. Constantini. (C'est un cas de manie aiguë, que l'auteur appelle typhus apoplectique tétanique.) 6° *Sur la maladie de San Marzano*; par M. de Renzi. 7° *Sur la médecine hippocratique*; par M. Salvatore de Renzi. 8° *Cas d'hémorragie cérébrale spontanée*; par M. Redondo e Diaz. (Observation dépourvue d'intérêt.) 9° *Placenta enchâtonné*; par le professeur Portal. (L'auteur attribue l'enchâtonnement à une *placentite* dont l'existence serait prouvée, suivant lui, par une métrorrhagie survenue au septième mois. L'utérus avait la forme d'une calebasse, et il fut nécessaire, pour retirer le placenta, de porter la main jusqu'au fond de la cavité où il était logé. 10° *Observation de fièvre quinte*; par M. Pagano. (Cas bien caractérisé. Un premier accès, composé de trois stades de frisson, de chaleur et de sueur, fut suivi d'une intermittence de trois jours, un bout desquels reparut un accès semblable au premier. On n'opposa aucun moyen anti-périodique, pour avoir l'occasion de bien constater la nature de la maladie, et ce ne fut qu'au troisième accès qu'on la coupa avec le sulfate de quinine.) 11° *Citrate de quinine, donné dans de la limonade végétale*. (L'auteur se loue de ce moyen dans les fièvres intermittentes, et rapporte quatre exemples de guérisons dues à son emploi. 12° *Monomanie sucide guérie au moyen de l'assa-fœtida*; par M. D'Amato. (Cette manie, survenue à la suite d'un amour contrarié, ne datait que de quatre mois; on fit d'abord une saignée qui calma les accès; l'assa-fœtida fut employée dans le but de favoriser la fluxion menstruelle, et la guérison, fort avancée par ces divers moyens, fut tout-à-fait consolidée à l'aide des bains froids.) 13° *Rupture du foie et de la rate sans lésion extérieure*; par M. Angelo Vacca. (Deux observations ne contenant rien qui ne soit parfaitement connu.) 14° *Sur la cure des plaies du poumon*; par M. Davoli. (Observation qui vient à l'appui du précepte de ne pas aller chercher les projectiles qui ont pénétré dans le poumon.) 15° *Encanthus carcinomateux d'un énorme volume*; par le professeur Portal. 16° *Sur l'usage de la pommade de belladone dans un cas de prosopalgie*; par M. Delzio. (Observation où la pommade avec l'extrait de belladone, combinée avec la saignée, le calomel, etc., a en de bons effets.) 17° *Restauration d'une paupière au moyen de la blépharoplastie*; par M. Alessi. (La paupière supérieure avait été détruite par un abcès, suite d'ophtalmie,

L'opérateur conserva le bord libre qui était resté intact avec la rangée des cils; puis il le détacha du sourcil vers lequel il était remonté, et plaça dans l'intervalle ainsi formé un lambeau emprunté à la peau de la tempe suivant le procédé de Dieffenbach. Le résultat fut ou ne peut plus heureux.) 18° *Ptosis héréditaire*; par M. Alessi. 19° *Sur l'épidémie de Bovino*; par M. Lolatte. 20° *Sur les opérations pour le bégaiement et le strabisme*; par M. Brandeis. (Résumé des notions nouvellement acquises à la science sur ces deux points.) 21° *Nouvelle méthode pour administrer le sulfate de quinine*; par M. Guastamachia. 22° *Constitution fiévreuse de Montemesola*; par M. Marinosci. 23° *Hémiplégie survenue à la suite d'une rétrocession de goutte, et guérie par une irritation artificielle exercée sur les articulations*; par M. Cavaliero. 24° *Empoisonnement par la poudre de cantharides*; par M. Cavallo. (Rien de nouveau; le malade avait pris quatre scrupules de cette poudre toxique; guérison par un traitement antiphlogistique.) 25° *Instrumens pour la cautérisation des paupières, et pour l'opération de la fistule lacrymale*; par M. Alessi. 26° *Sur l'intermittence des battemens du cœur*; par M. Prudente. (D'après l'auteur, l'intermittence pathologique des battemens du cœur n'est pas un état de repos de cet organe mais bien un prolongement anormal du mouvement de systole ou de celui de diastole.)

FRACTURES MAL CONSOLIDÉES, GUÉRIES PAR L'EXCISION DU CAL ANGULEUX; par un élève du professeur PORTAL.

L'intérêt qui s'attache à ce nouveau mode de traitement du cal vicieux nous fait un devoir de rapporter avec quelques détails les deux observations consignées dans ce mémoire.

OBS. I. — Un portefaix de 32 ans, de forte constitution, se fit, en tombant d'un chariot, une fracture compliquée du péroné et du tiers moyen du tibia, pour laquelle il entra à l'hôpital le 20 avril 1837. Après avoir mis en usage quelques moyens antiphlogistiques destinés à modérer l'inflammation qui devait survenir, on appliqua le bandage de Scultet, pour obtenir l'immobilité, autant que permettaient de l'espérer les manœuvres journellement nécessaires pour évacuer le pus infiltré dans tout le membre, les incisions et les contre-ouvertures qu'il fallut pratiquer; le malade, en outre, était devenu très impatient, de sorte que la consolidation fut irrégulière. On essaya alors de rompre le cal, mais sa solidité, déjà considérable, rendit ces tentatives inutiles. En cet état, le professeur Portal jugea nécessaire d'exciser le cal anguleux, ce qu'il fit le 23 mai, en incisant verticalement la peau, les muscles et le périoste de la partie vicieusement réunie. Il passa ensuite au-dessous, une scie à chaînons articulés, et excisa un pouce environ de substance osseuse. La plaie fut réunie par première intention, le membre placé en extension permanente pendant quarante jours, et le malade sortit guéri au bout de quarante-huit jours, avec un raccourcissement, auquel il remédiait au moyen d'une chaussure construite exprès.

OBS. II. — Un femme de 55 ans, de fort tempérament, entra à l'hôpital le 16 novembre 1840, avec une fracture du fémur, située au tiers supérieur de l'os. Le fragment supérieur avait traversé la peau, et il y avait en outre une vive inflammation, un gonflement énorme du membre; langue sèche, soif ardente, douleurs atroces, dont la violence était encore augmentée par les mouvemens involontaires auxquels donnait lieu l'état d'ivresse où se trouvait la malade. Pour prévenir les spasmes tétaniques et la gangrène par étranglement des parties, on plaça le membre dans la demi-flexion. Saignée d'une livre, cent sangsues, applications émollientes, limonade tartarique, laxatifs. L'inflammation une fois dissipée, on employa l'appareil à extension permanente de Boyer. Mais au bout d'environ 28 jours, la malade, douée d'une mobilité excessive, avait déplacé le bandage, et on le renouvelant, on trouva le cal irrégulier et anguleux. Des essais tentés pour le rompre étant restés infructueux, on jugea que l'excision était indiquée et on l'exécuta le 26 décembre 1840. Après avoir pratiqué une incision verticale de 4 pouces de longueur et disséqué les muscles, on fit avec la scie à chaînons la résection d'un pouce et demi environ du fragment supérieur et d'un demi-pouce de l'inférieur. Plaie réunie par première intention, membre placé dans l'extension. La plaie suppura et se couvrit même d'une escarre, néanmoins cet accident n'eut pas de suite. La malade put bientôt se promener à l'aide de béquilles, et cinquante-cinq jours après l'opération, elle sortit guérie, avec un raccourcissement de près de deux travers de doigts; mais elle pouvait se servir de son membre.

Ces deux opérations ont réussi, et cependant en examinant les circonstances au milieu desquelles on les a faites, nous n'hésitons pas à dire qu'elles étaient contr'indiquées. Une partie des détails semble d'abord très contestable. Il s'agit d'une fracture de jambe et d'une fracture de cuisse, toutes deux survenues chez des adultes, toutes deux compliquées de plaie (on sait quel retard cette circonstance apporte à la consolidation); toutes deux, enfin, ayant leurs fragmens réunis à angle (cas le plus favorable à la rupture du cal). Est-il dès-lors possible de croire, comme l'affirme l'auteur, qu'au bout de 33 jours tout au plus pour la première, et de 28 pour la seconde, la consolidation fût déjà avancée au point de résister à tous les moyens mis en usage pour la détruire? Mais admettons le fait, tout extraordinaire qu'il nous paraît; admettons encore que des manœuvres faites pour redresser le cal, suivant les règles tracées par Dupuytren, n'auraient pas eu plus de succès que les tentatives de rupture instantanée dont il est fait mention dans l'observation, était-il rationnel, était-il permis d'en venir à la section du cal, sans avoir essayé au préalable des moyens plus doux, tel que le séton, employé avec succès par Weinbold (voy. ARCH. GÉN. DE MÉD., t. 17, p. 445)? Non, sans doute. La résection, bien que le plus ordinairement exempte de dangers, a été suivie assez souvent d'accidens graves pour rendre le chirurgien réservé sur son emploi et pour justifier le précepte de ne la considérer que comme une ressource extrême, applicable seulement là où les autres sont impuissantes.

Les deux observations de M. Portal n'en sont pas moins dignes d'intérêt. Elles nous fournissent un nouvel exemple du peu de dangers qu'entraîne la section du cal difforme; et à ce titre, elles pourront servir à rendre les praticiens plus hardis à tenter cette opération dans les cas où elle serait indiquée.

SUR LA MALADIE DE SAN-MARZANO; par M. DE RENZI.

M. de Renzi rapporte l'histoire d'une maladie épidémique, mais non contagieuse, qui s'est déclarée en mars 1841, parmi les habitans de San-Marzano, ville située au fond d'une plaine et sur les bords d'une rivière. Une inondation avait eu lieu précédemment et fut suivie de plusieurs jours d'une température douce; et c'est à cette cause, ainsi qu'à une constitution morbide, caractérisée par le raptus sanguin vers l'encéphale qu'il faut, sans doute, attribuer l'invasion de l'épidémie.

L'auteur la compare à la fièvre d'Angleterre, décrite en 1658 par Willis, à celle d'Anvers, étudiée par M. Bouillaud, et à celle de Rochefort, dont Chirac a laissé l'histoire. Pour lui, c'est une fièvre typhoïde, mais spécifique et en quelque sorte d'une espèce nouvelle pour l'Italie.

Le tableau général de la maladie est le suivant : après un jour de céphalalgie, de vertiges, de frisson et de prostration des forces, les malades étaient saisis d'un froid aigu, qui des extrémités se répandait dans tout le corps, en s'accompagnant de douleurs générales, mais plus vives vers les articulations. A ces symptômes succédaient de la chaleur et un brisement externe des forces. Plusieurs fois on a observé des évacuations bilieuses, des nausées et des vomissemens. Ce premier accès semblait se terminer au bout de 24 heures par une sueur le plus souvent partielle; mais bientôt après paraissait une exacerbation, pendant laquelle la tête se perdait, et il y avait délire furieux ou tranquille, dilatation des pupilles, rougeur vineuse de la face, battemens des carotides, pendant que le pouls était petit et serré. Il survenait alors des mouvemens convulsifs, qui ne tardaient pas à se transformer en un véritable tétanos (ordinairement l'opisthotonos). Beaucoup de malades éprouvaient de la difficulté à avaler; un petit nombre ont eu le trismus et un seul le spasme cynique. Enfin arrivait la stupeur, la carphologie, les soubresauts des tendons, la perte absolue des forces, et la mort avait lieu en général du troisième au cinquième jour.

Chez les sujets jeunes et forts, parmi lesquels cette affection a principalement sévi, les prodrômes manquaient souvent, et les symptômes tétaniques se déclaraient alors de prime-abord. Sur une population de 2300 habitans, 80 ont été attaqués et 50 sont morts.

Les moyens les plus efficaces ont été les sangsues et les ventouses scarifiées aux apophyses mastoïdes et vers la nuque. La saignée générale ne convenait qu'aux individus jeunes et pléthoriques. L'huile de ricin et le calomel ont été utiles contre les complications gastriques, et les pédiluves sinapisés pour modérer la congestion encéphalique. On ne s'est pas bien trouvé de l'emploi des bains. Dans la seconde période, et lorsque, les mouvemens tétaniques ayant cessé, il ne restait plus qu'un abattement considérable des forces, les infusions de fleurs de camomille, ou d'arnica, devenaient indiquées. Du reste, ce n'est que par le changement des conditions atmosphériques qu'on peut espérer de voir cesser l'influence endémique qui entretient cette affection.

ENCANTHIS CARCINOMATEUX D'UN ÉNORME VOLUME; par le professeur PORTAL.

L'observation qui suit est surtout intéressante sous le rapport du volume énorme que prit en peu de temps la masse dégénérée, volume qu'il est extrêmement rare de voir acquérir aux tumeurs de cette région.

OBS. — Le nommé Ferrante, âgé de 34 ans, entra à l'hôpital militaire de Palerme dans le mois de janvier 1840, pour y être traité d'une ophtalmie aiguë, d'un encanthis inflammatoire et d'un abcès lacrymal du côté droit. L'ophtalmie disparut en peu de temps sous l'influence des saignées locales et générales ainsi

que des émolliens; l'abcès s'ouvrit également et se cicatrisa bientôt après. Mais l'encanthis, loin de diminuer, fit de rapides progrès, et malgré tous les traitemens employés, tels que sangsues, émolliens, pommade de belladone, décoction de salsepareille, calomel associé à l'opium, laxatifs, collyres astringens et laudanisés, vésicatoires, etc., il ne cessa de s'accroître au point d'égaler bientôt le volume d'une orange. On reconnut alors l'inutilité des moyens médicamenteux et la nécessité de recourir à l'extirpation; elle fut faite en enlevant tous les tissus altérés, de la manière la plus exacte, et sacrifiant même pour plus de sûreté, la moitié de la paupière inférieure à laquelle adhérait intimement la tumeur et que l'on remplaça extemporanément par un lambeau pris sur la joue. La masse enlevée était lardacée et cérébriforme; elle pesait environ une livre et demie.

La plaie ne tarda pas à présenter des fongosités suspectes que l'on chercha inutilement à réprimer par des applications de caustique répétées plusieurs fois. La tumeur se manifesta de nouveau et acquit bientôt le même volume qu'avant l'opération. Irrégulière, bosselée à sa surface, saignant au moindre contact, elle causait des douleurs intolérables. Pour complaire au malade, M. Portal consentit encore à faire une opération dont il connaissait toute l'insuffisance, car pendant l'extirpation même, on put voir que l'étendue des racines qui occupaient tout l'orbite et le maxillaire supérieur ne permettaient pas l'ablation complète des parties malades. Dès le troisième jour, la récidive s'était déclarée dans le fond de la plaie; le malade vaincu par la douleur arrachait lui-même les fongosités les plus exubérantes....

L'inutilité des moyens chirurgicaux étant désormais bien constatée, on s'en tint aux palliatifs, et le malade succomba le 23 février 1841. La pièce pathologique est conservée dans le cabinet de l'université de Palerme.

PTOSIS HÉRÉDITAIRE; par M. ALESSI.

M. le docteur Alessi raconte qu'étant en Sicile, province de Messine, commune de Condrò, un nommé Dominique Majolino se présenta à sa consultation pour une blépharite glandulaire chronique du côté droit. Après lui avoir donné les conseils que réclamait son état, il s'aperçut que l'œil gauche était affecté d'un ptosis incomplet, tel que la paupière supérieure relâchée cachait environ le tiers de la pupille. L'abaissement était plus marqué vers l'angle externe que vers l'interne, et lorsque le malade voulait regarder de l'œil gauche, il était obligé de renverser la tête sur l'épaule droite. Interrogé sur la manière dont cet affaiblissement était survenu, il répondit que c'était une incommodité héréditaire dans sa famille, et que son père, son fils et son petit fils en étaient atteints. Par une singularité bizarre, les hommes seuls la présentaient, et, ce qui est plus étonnant encore, la difformité change de côté à chaque génération. Ainsi, le père du malade avait la blépharoptose du côté droit; chez lui-même elle existait sur l'œil gauche; son fils la présentait à droite et son petit-fils à gauche. Son père était mort, mais M. Alessi visita avec soin son fils, âgé de 32 ans, et son petit-fils, âgé de 4 ans, et il s'assura que l'affection offrait les mêmes particularités que chez Dominique Majolino.

Cette circonstance d'hérédité sera sans doute jugée fort intéressante; mais la cause même du mal ne le paraîtra peut-être pas moins. M. Alessi ne le rapporte ni à l'atonie du muscle élévateur, ni à la paralysie de la septième paire, ni à une tumeur intra-orbitaire, etc. D'après les observations qu'il a été à même de faire sur les membres de cette famille, il croit pouvoir attribuer la chute de la paupière à un applatissement de l'arcade sourcilière, aplatissement qui commence vers son tiers interne, et se continue insensiblement jusqu'à la tempe. Par suite de cet aplatissement, existant dans le point où il y a, à l'état normal, une saillie, la peau de la paupière, quoiqu'elle n'ait que ses dimensions naturelles, offre néanmoins un excès de longueur, ou plutôt descend trop bas pour pouvoir exécuter ses fonctions d'une manière régulière. C'est donc là une nouvelle cause de ptosis, et M. Alessi propose d'y remédier en enlevant un lambeau elliptique, et réunissant son bord supérieur avec l'inférieur à l'aide de la suture. Aucun des individus de la famille Majolino n'a voulu se soumettre à l'opération, parce que l'habitude leur a rendu supportables les inconvéniens de cette difformité; mais le procédé que conseille M. Alessi, et qui, du reste, est loin d'être nouveau, conviendrait parfaitement dans les cas où on pourrait reconnaître une cause semblable.

NOUVELLE MÉTHODE POUR ADMINISTRER LE SULFATE DE QUININE; par M. GUASTAMACCHIA.

Cette méthode consiste à faire des frictions le long de la colonne vertébrale, avec huit grains de sulfate de quinine dissous dans une demi-once d'alcool rectifié. La friction doit être pratiquée avec force, et répétée deux fois, à un quart d'heure d'intervalle, avant que le frisson ait commencé. La fièvre est immédiatement suspendue, ou tout au moins, s'il y a encore un accès, il est considérablement adouci.

On sait que Schutter avait employé le sulfate de quinine en frictions sur l'épigastre, et Dassit, chez les enfans, le faisait absorber de la même manière par le creux de l'aisselle. Il n'y a donc dans le procédé de M. Guastamacchia rien qui lui soit propre, si ce n'est le choix de la région sur laquelle il opère. Nous ne pouvons exercer de critique sur des faits qui se sont passés loin de nous, et sur une pratique que l'auteur assure avoir été des plus heureuses. Cette variété de la méthode endermique n'expose pas aux vives douleurs que produit souvent l'application des vésicatoires; elle ne donnerait pas lieu non plus aux escarres que M. Trousseau a observées sur la partie dénudée où s'absorbait le sel fébrifuge. Sous ce rapport donc le traitement par les frictions serait supérieur à celui où l'introduction du médicament se fait par la surface d'un vésicatoire. Mais, avec moins d'inconvéniens peut-être est-il permis de dire *à priori* qu'il offre aussi moins d'efficacité.

IV. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Les numéros d'avril et mai contiennent les articles originaux suivans : 1° *Considérations sur l'action thérapeutique du quinquina*; par M. Dalla-Porta. (Article de théorie). 2° *Sur une tumeur squirrheuse du cerveau, restée pendant longtemps sans produire de désordres*; par M. Levi. (Circonstance conforme à ce que l'on observe tous les jours dans la marche de ces tumeurs); 3° *Examen des considérations du docteur d'Asson sur l'éclectisme en médecine*; par M. Cocchi; et réponse du docteur d'Asson. 4° *Nouveau moyen pour rendre plus efficace l'action des bains de mer et l'usage de l'eau de mer à l'intérieur, principalement dans les maladies scrofuleuses*; par M. Nardo. 5° *Empoisonnement très grave par le sublimé corrosif conduit à guérison*; par M. Podrecca. (Un jeune homme avait avalé 24 grains de sublimé corrosif. L'auteur, arrivé deux heures après, commença par administrer l'ipécacuanha. Il y avait alors des signes d'irritation générale, mais il ne crut pas pour cela qu'il fût prudent de saigner, et, en effet, il se manifesta bientôt un état d'hyposténisation, porté au point que la vie fut gravement compromise. L'eau de cannelle, le vin de Chypre et le laudanum déterminèrent, non sans peine, une réaction, à laquelle succéda une prompte guérison.) 6° *Sur les phlogoses intermittentes dans les fièvres pernicieuses*. (L'auteur cherche à établir l'existence d'une phlegmasie dans les fièvres de cette espèce.) 7° *Sur l'usage de l'opium dans le cas de tétanos*; par M. Torina. L'auteur rappelle les considérations théoriques et les guérisons qui plaident en faveur de ce médicament, mais il ne cite aucun fait nouveau.)

NOUVEAU MOYEN POUR RENDRE PLUS EFFICACE L'ACTION DES BAINS DE MER ET L'USAGE DE L'EAU DE MER A L'INTÉRIEUR, PRINCIPALEMENT DANS LES MALADIES SCROFULEUSES; par M. NARDO.

L'action marquée qu'exerce l'eau de mer à l'intérieur et à l'extérieur, dans diverses maladies, ne tient pas seulement aux sels de soude, de chaux et de magnésie qui y sont en dissolution. Il faut l'attribuer aussi en grande partie aux principes organiques que lui fournit la décomposition continuelle des animaux et des végétaux qui y vivent. Partant de ces données et connaissant d'ailleurs par expérience les bons effets des algues et aux divers *fucus*, dans les maladies scrofuleuses, M. Nardo fut naturellement conduit à chercher un moyen de concentrer artificiellement dans l'eau de mer ces principes médicamenteux qui ne se trouvent pas en quantité égale dans toutes les parties de la mer. Il pensa d'abord à employer une décoction de ces plantes marines; mais outre les difficultés de ce mode de préparation et les frais qu'il aurait entraînés, c'était là une décomposition subite et violente, et peu en rapport avec les procédés plus lents de la nature. Il fallait trouver un moyen d'imiter ce qui arrive dans un bas fond rempli d'algues et exposé aux rayons du soleil, dans lequel on sait que l'eau diffère toujours à un degré très considérable, pour le goût et l'odeur, de celle qu'on retire d'un endroit profond et agité. Le moyen par lequel il est enfin parvenu à remplir cette indication est le suivant : il fait tirer une certaine quantité d'algues marines, et pour prévenir l'abandon dans l'eau des principes qu'elles contiennent, il les laisse macérer plusieurs heures exposées à la chaleur et à la lumière du soleil, jusqu'à ce que le liquide où elles sont plongées ait acquis une chaleur suffisante, et cette odeur marine si facile à reconnaître qui indique que le degré de saturation voulu est obtenu.

Depuis quatre ans que M. Nardo use de cette eau ainsi préparée, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, il déclare en avoir retiré les meilleurs effets dans les maladies scrofuleuses.

V. MEMORIE DELLA SOCIETA MEDICO-CHIRURGICA DI BOLOGNA.

MÉMOIRE SUR LES LUXATIONS TRAUMATIQUES DU FÉMUR; par le docteur FABBRI.

Ce travail est fondé en grande partie sur des expériences cadavériques, et leur résultat diffère en beaucoup de points des phénomènes qui ont été constatés sur le vivant par d'autres chirurgiens. Si les recherches de ce genre sont quelquefois démenties par l'observation clinique, elles ont néanmoins incontestablement un côté utile, en rendant l'observation elle-même plus attentive et plus défiante. Elles peuvent aussi, judicieusement interprétées, conduire à des conclusions nouvelles, à des procédés avantageux. Nous allons donc donner une analyse des faits contenus dans ce mémoire, en laissant au lecteur le soin de vérifier à quel point ils diffèrent des doctrines énoncées dans les livres classiques.

1° LUXATION DU FÉMUR SUR LE PUBIS OU PLUTOT LUXATION ILIO-PUBIENNE (1).

On peut employer deux procédés pour donner lieu à cette luxation sur le cadavre. Dans le premier, le sujet étant couché en supination, un aide s'empare de l'une des jambes pour retenir le tronc, tandis que le chirurgien saisissant au-dessus des malléoles le membre qu'il veut luxer, le porte dans une forte abduction jusqu'à ce qu'on entende un craquement qui annonce la déchirure du ligament capsulaire. La tête osseuse proémine alors à la partie interne et supérieure de la cuisse. Il faut ensuite opérer un mouvement forcé de rotation en dehors, puis enfin ramener le membre dans une situation parallèle à celui de l'autre côté, mais sans lui permettre de quitter sa position de rotation en dehors. Dans le second procédé, on commence par fléchir la cuisse sur le bassin, et après l'avoir ensuite portée dans l'abduction, on frappe sur la partie interne du genou jusqu'à ce que la tête de l'os proémine sous les tégumens.

Quel que soit le procédé employé, les symptômes ne diffèrent pas, et l'auteur trace dans le tableau suivant les différences qui existent entre eux suivant que la luxation est complète ou incomplète.

LUXATION COMPLÈTE.	LUXATION INCOMPLÈTE.
1° Tumeur dans l'aine formée par la tête du fémur qui est plus rapprochée de l'épine iliaque que de la symphise du pubis; la saillie qu'elle forme proémine de 9 lignes.	1° Tumeur semblable, mais qui ne forme qu'une saillie de 3 lignes.
2° Le membre n'est pas plus court que l'autre.	2° Idem.
3° Rotation en dehors, telle que la face externe du membre est devenue postérieure.	3° Rotation beaucoup moindre.
4° Le genou est plus ou moins fléchi, et sa face interne devenue antérieure dépasse beaucoup en avant le niveau de celui du côté sain.	4° Même phénomène, mais moins marqué.
5° A la place qu'occupait le grand trochanter on rencontre un sillon longitudinal profond.	5° Le grand trochanter n'a pas disparu, mais il est moins saillant et un peu plus en avant que l'autre. Il faut bien noter qu'il n'est pas situé plus haut que lui.
6° L'abduction et l'adduction sont faciles.	6° Idem.
7° Mouvemens de rotation abolis presqu'en entier.	7° Idem.
8° La flexion de la cuisse est possible jusqu'au point où elle forme avec un plan horizontal un angle d'environ 45 degrés.	8° La flexion peut être portée un peu plus loin.
9° La fesse est aplatie de dehors en dedans.	9° Même signe, mais un peu moins marqué.

On remarquera principalement dans ce tableau que le membre a été trouvé fléchi, et de longueur égale à celui de l'autre côté, deux signes bien différens de ceux indiqués dans la plupart des ouvrages de chirurgie.

La luxation incomplète a pour signe différentiel la position du grand trochanter, et si les auteurs ne sont pas d'accord sur la place qu'il occupe, c'est qu'ils ont méconnu les luxations incomplètes qui expliquent ses variétés de situation. Si, dans cette luxation l'on exagère la flexion de la cuisse, le pubis est comme *enfourché* entre le grand trochanter et la tête; et cette espèce d'engrènement qui mettrait obstacle à la réduction est une objection qu'on peut faire valoir contre le procédé de flexion appliqué à ce genre de déplacement. Cette remarque, du reste, avait déjà été présentée par M. Malgaigne. (V. loc. cit., p. 559.)

La flexion de la cuisse luxée tient évidemment à la capsule fibreuse. M. Fabbri a mis ce fait hors de doute, en produisant la luxation sur un sujet où tous les muscles qui entourent l'articulation avaient été enlevés. La flexion se manifesta au même degré que lorsqu'on expérimentait sur un cadavre entier.

Pour réduire la luxation, il s'agit seulement de répéter, mais en sens inverse, les manœuvres qui l'ont produite: ainsi: 1° on détruit le parallélisme du membre luxé avec l'autre; 2° on lui imprime un mouvement de rotation en dedans; 3° on le replace dans l'extension. Lorsque la luxation est incomplète, sa réduction est plus difficile, et pour l'obtenir il est souvent nécessaire d'exécuter entre le deuxième et le troisième temps des mouvemens peu étendus de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction.

2° LUXATIONS ISCHIATIQUES.

Ces luxations comprennent deux espèces qui ont été à tort confondues par la plupart des auteurs. Dans l'une, la tête du fémur vient se placer derrière la cavité cotyloïde, en contact avec l'espace qui est compris entre l'échancrure sciatique et le sourcil de la cavité cotyloïde: c'est la luxation *ischio-iliaque*. Dans l'autre la tête repose sur l'échancrure sciatique elle-même: c'est la luxation *sacro-sciatique*.

A. LUXATION ISCHIO-ILIAQUE. — On peut la produire sur le cadavre de deux manières bien différentes; premièrement, en portant le membre dans l'abduction, puis dans la rotation en dedans (ces deux premiers temps ne diffèrent pas de la méthode qu'on suit pour déterminer une luxation dans la fosse ovale); enfin en imprimant au genou un mouvement de haut en bas et de dehors en dedans, en même temps qu'on étend la jambe. C'est là le procédé que l'auteur appelle *par circonduction*. On réussit plus facilement en l'employant qu'en se servant du second. Pour celui-ci, il faut d'abord faire au-dessus du grand trochanter une incision transversale qui divise l'aponévrose, puis on tourne le membre en dedans, la jambe étant étendue, et on le porte ensuite dans la flexion et l'adduction.

De quelque manière qu'ait été obtenue la luxation ischio-iliaque, ses caractères sont les mêmes, et, parmi eux, le plus important parce qu'il sert à la distinguer de l'autre variété de luxation ischiatique, c'est que le membre a la même longueur que celui du côté opposé. Cette circonstance se remarque effectivement dans quelques observations données comme exemple de luxation dans l'échancrure sciatique, et notamment dans la trente-et-unième d'A. Cooper.

La réduction ne doit pas être tentée de la même manière dans les deux cas; en effet, quand le déplacement s'est produit de la seconde manière, le procédé d'A. Cooper peut fort bien réussir. Mais quand c'est le mouvement par *circonduction* qui a amené la luxation, ce qui met obstacle au retour de l'os dans sa cavité, c'est cette portion de capsule qui se trouve tendue et tordue entre la tête et le grand trochanter, et qui s'applique fortement contre le col. En cet état, tirer suivant l'axe du membre serait irrationnel. Porter la cuisse obliquement en avant et en dedans, suivant le conseil d'A. Cooper, ne réussirait pas mieux, puisque le même obstacle subsisterait toujours. Plier le membre et le tourner en dehors serait encore insuffisant, car la tête viendrait heurter contre l'os ou contre le bord de la capsule. C'est un mouvement de circonduction qu'il faut exécuter. Pour cela, pliez la jambe, élevez le genou par un mouvement combiné de flexion et d'extension, et portez-le en dehors. Il faut, dans ce premier temps, procéder avec lenteur, et s'arrêter quand la tête est arrivée au-dessous de la cavité, car on s'exposerait sans cela à produire une luxation dans le trou ovalaire. Enfin, on passe l'avant-bras sous le jarret, et avec l'autre main placée sous la cuisse, on fait franchir à la tête la partie inférieure du rebord cotyloïdien, et elle rentre dans sa cavité.

B. LUXATION SACRO-SCIATIQUE. — Les deux mêmes procédés peuvent aussi donner lieu à cette luxation. Si l'on veut opérer *par circonduction*, on commence de la même manière que pour la luxation ischio-iliaque, si ce n'est que, dans le second et le troisième temps, il faut agir avec plus de force. Il en est de même de l'autre procédé.

La luxation sacro-sciatique diffère surtout de l'ischio-iliaque, en ce qu'il y a un raccourcissement du membre d'un pouce ou d'un pouce et demi.

M. Fabbri fait observer que, d'après le résultat de ses expériences, il n'est plus possible de nier la transformation de la luxation sur le trou ovalaire en luxation dans l'échancrure sciatique. En effet, comme nous l'avons déjà dit, les deux premiers temps du procédé *par circonduction* sont les mêmes que ceux du procédé par lequel on obtient la luxation ovalaire. Et, d'autre part, lorsqu'on veut réduire la luxation ischio-ilia-

(1) Ce nom, que l'auteur propose comme étant plus en rapport avec la véritable situation de la tête fémorale, avait déjà été indiqué par M. Malgaigne. (V. ANAT. CHIR., t. II, p. 541.)

que produite par le procédé de circonduction, rien n'est plus facile, au moment où la tête est au-dessous du rebord cotyloïdien, que de la faire passer dans le trou ovalaire; et il suffit pour cela de porter le genou de dehors en dedans et de haut en bas.

A. Cooper dit que, dans un cas où cette transformation arriva, il lui fut impossible de réduire la luxation consécutive de l'échancrure sciatique. M. Fabbri regarde cet insuccès comme dû à la méthode de réduction qu'on employa, et qui doit nécessairement être insuffisante lorsque le déplacement a eu lieu par *circonduction*.

3° LUXATION DIRECTEMENT EN BAS.

On l'obtient facilement par le procédé de *circonduction* précédemment décrit, et en ayant soin de s'arrêter immédiatement après le second temps. Sa réduction se fait par la même manœuvre que celle qu'on emploie pour réduire la luxation ischio-iliaque opérée par le mouvement de circonduction.

La luxation dite iliaque, la plus commune de toutes, peut également être produite par les deux procédés que nous avons fait connaître.

DEUX OBSERVATIONS DE FRACTURE DU COL DU FÉMUR, AVEC ROTATION DU PIED EN DEDANS; par le même.

OBS. I. — Une femme de 60 ans fit une chute sur le côté gauche. Apportée à l'hôpital de Bologne, on trouva le membre correspondant raccourci d'un pouce. Le genou et la pointe du pied étaient tournés en dedans, mais non d'une manière excessive. En portant de force le membre dans la rotation en dehors, et l'abandonnant ensuite à lui-même, il revenait promptement à sa première position. On ne put sentir de crépitation, et l'extension même opérée avec beaucoup de force ne parvint pas à rendre au membre sa longueur naturelle. La femme succomba un mois après son accident.

AUTOPSIE. — Fracture oblique du col comprenant à la fois la partie qui est en dedans et celle qui est en dehors de la capsule. Fracture du grand trochanter. Le fragment du col qui appartient à la tête est fiché dans le tissu du grand trochanter.

OBS. II. — Une femme de 64 ans, ayant fait une chute, entra le 1[er] novembre 1838 à l'hôpital, avec les symptômes suivans : la cuisse droite dans l'adduction et dans la rotation en dedans. Le grand trochanter est situé plus haut et plus en devant que celui du côté opposé ; il paraît aussi beaucoup plus volumineux. On voulut tourner le membre malade en dehors, mais il fallut employer une certaine force pour y réussir, et à peine abandonné à lui-même, il revint en un instant à la déviation en dedans. La traction lui rendit sa première longueur, mais le raccourcissement reparaissait dès qu'on cessait de tirer. Point de crépitation. Mort douze jours après.

AUTOPSIE. — La fracture est verticale et a eu lieu entre la base du col et le grand trochanter. Celui-ci a été porté en avant (ce qui s'explique, d'après l'auteur, par la direction dans laquelle avait eu lieu la chute), et il dépasse presque complètement, en ce sens, le fragment supérieur. Par l'effet de cette disposition, il est aisé de voir que, lorsqu'on portait le membre dans la rotation en dehors, le bord postérieur du grand trochanter, heurtant la surface fracturée de la base du col, mettait obstacle à ce mouvement.

Voilà deux nouveaux exemples de renversement du pied en dehors dans une fracture du col du fémur, et deux exemples qui peuvent singulièrement contribuer à éclairer le mécanisme jusqu'ici encore très obscur de ce phénomène. Une hypothèse, appuyée de grands noms, l'explique par la position qu'on donne au malade après l'accident. En effet, le poids du membre tend naturellement à entraîner le pied en dehors; aussi la rotation dans ce sens est-elle la plus fréquente. Mais on conçoit bien que, si le membre se trouve par hasard porté en dedans par ceux qui ont relevé le blessé après sa chute, la même cause agira en sens inverse, et il devra y rester par le seul effet de sa propre pesanteur. La preuve, a-t-on dit, que c'est là la seule cause du phénomène, et que la disposition des fragmens n'y est pour rien, c'est que, si on veut changer la situation du membre, on n'éprouvera aucune difficulté à le tourner en dehors, et que, une fois placé ainsi, il y restera comme il restait auparavant tourné en dedans.

L'explication et le fait sont justes dans un certain nombre de cas ; mais, par cela même que la preuve est bonne, par cela même qu'elle découle naturellement des conditions que suppose la théorie, elle va nous permettre de la juger. Si cette théorie est la seule vraie, en effet, le phénomène qui lui sert de confirmation doit toujours exister, et, toutes les fois qu'il manquera, on pourra dire que l'explication est en défaut. Or, les deux faits ci-dessus prouvent qu'il en est quelquefois ainsi ; et ils le prouvent de la manière la plus péremptoire, par l'observation sur le vivant et par l'autopsie; l'une ayant établi l'absence du signe qu'on donne à l'appui de l'explication, l'autre ayant fait connaître une cause bien suffisante pour rendre raison, sans elle, de la déviation du pied en dedans. Ces deux observations ne renversent donc pas l'hypothèse qui attribue la rotation en dedans au poids du membre (et ce n'est pas ce que nous avons voulu dire), elles la laissent intacte pour une partie, pour la majorité même des cas, si l'on veut ; mais elles montrent qu'il en est au moins quelques-uns qui lui échappent.

VI. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les cahiers de juin, juillet et août 1841, contiennent les mémoires suivans : 1° *Sur le bégaiement*; par M. Fabbri. (Il est des cas où le bégaiement reconnaît une cause purement dynamique. Au lieu de couper les muscles de la langue, ne serait-il pas alors plus rationel d'agir sur son système nerveux, en liant les deux nerfs hypoglosses ou les deux artères linguales, ou le nerf d'un côté et l'artère de l'autre ? L'auteur n'avance d'ailleurs cela que sous forme de question. 2° *Sur le strabisme*; par M. Bellini. (Rien qui ne soit connu.) 3° *Réflexions sur deux signes donnés comme infaillibles pour le diagnostic de la grossesse*; par M. Cenui. (L'auteur a répété les expériences de M. Bird sur l'urine des femmes enceintes (V. GAZ. MÉD., n. 26, 1840); mais il n'a pas obtenu les mêmes résultats. Non seulement l'époque à laquelle la pellicule se forme à la surface du liquide, et celle où elle tombe au fond du vase ont été trouvées différentes de celles qu'avait assignées le médecin anglais, non seulement l'odeur de fromage pourri, qui, selon lui, est un caractère constant, a toujours manqué, mais on a observé la même pellicule chez des femmes non enceintes et chez des filles impubères.) 4° *Remarques sur la classification générale des causes morbides*; par M. Sorgoni. (Altérations mécanico-organiques, dynamico-organiques et chimico-organiques, voilà les bases de la classification qu'il propose.) 5° *Considérations sur l'inflammation et sur la fièvre continue*; par M. G. Thommasini. 6° *Sur le strabisme et le bégaiement*; par M. Forlivesi. (Récit de quelques opérations heureusement exécutées d'après les procédés ordinaires.) 7° *De l'endosmose et de l'exosmose, phénomènes imaginés par M. Dutrochet pour expliquer les fonctions vitales*. (Article de polémique.) 8° *Quelques cas de plaies artérielles guéries par la méthode de Hunter*; par M. Fabbri. (Premier article.) 9° *Etat apoplectiforme chez une femme enceinte, compliqué d'anasarque et d'une éruption pétéchiale, traité heureusement par la médication hyposténisante et l'accouchement artificiel*; par M. Trivellini. 10° *Sur l'inopportunité des revaccinations*; par M. Turchetti. 11° *Sur le nouveau procédé de section de l'os dans les amputations*; par M. Bellini.

SUR L'INOPPORTUNITÉ DES REVACCINATIONS; par M. TURCHETTI.

Les adversaires les plus déclarés de la revaccination l'accusent seulement d'être inutile, mais on ne lui avait pas encore adressé le reproche de rendre les sujets qui s'y soumettent plus exposés à contracter la variole. M. Turchetti exprime cette opinion, et il l'appuie sur le résultat de son expérience. Ayant observé une épidémie de petite vérole, en 1840, dans le pays de Fucecchio, près des états de Lucques, il a remarqué d'abord qu'aucun des individus antérieurement vaccinés n'eut la véritable variole, mais seulement la varioloïde ou la varicelle. Mais ce qui est surtout digne de fixer l'attention, c'est qu'il assure que les cas de varicelles survenus chez des vaccinés furent d'autant plus nombreux que les sujets avaient été vaccinés depuis plus longtemps. Ainsi, on compta beaucoup de ces récidives chez des enfans où la vaccination avait été faite un an auparavant; on en vit moins parmi ceux chez lesquels la vaccination datait de deux ans; beaucoup moins encore chez les personnes vaccinées depuis six ans ; et, enfin, presqu'aucune ne fut offerte par des individus vaccinés 10, 20 ou 30 ans avant l'épidémie actuelle.

De ces faits observés sur une population de 6,000 habitans, qui a fourni 500 cas de variole environ, M. Turchetti tire la conséquence que la revaccination est non seulement inutile, mais inopportune, et que la vertu préservatrice de la vaccine, loin de s'affaiblir avec le temps, se consolide en quelque sorte et acquiert plus de force à mesure qu'on s'éloigne du moment où elle a été inoculée. C'est là une proposition qui trouvera sans doute peu de partisans. En effet, elle est contraire à la théorie, d'après laquelle nous savons que tous les virus introduits dans l'économie s'épuisent à la longue et perdent une partie de leur puissance; elle est contraire à l'expérience, car la plupart des médecins français et étrangers professent que les varioles consécutives se présentent surtout chez les anciens vaccinés. Les faits desquels M. Turchetti argue subsistent, il est vrai, mais on peut les interpréter d'une manière différente et expliquer cette fréquence des récidives chez les sujets récemment vaccinés par l'altération du virus qui avait servi aux opérations, ou par la manière défectueuse dont elles avaient été pratiquées. Enfin, même en supposant juste la loi posée par M. Turchetti, qu'une vaccination récente

préserve moins qu'une ancienne, s'en suivrait-il qu'on dût considérer les revaccinations comme inopportunes? La conclusion ne serait point logique, car cette nouvelle insertion de virus, si elle n'augmente pas les garanties données par l'ancienne, ne peut du moins en aucune manière les détruire; regardez-la donc, si vous voulez, comme inutile, mais ne lui attribuez pas une influence funeste, que vous ne pourriez expliquer, même dans votre doctrine.

SUR LE NOUVEAU PROCÉDÉ DE SECTION DE L'OS DANS LES AMPUTIONS; par M. BELLINI.

Nos lecteurs se rappelleront sans doute une NOUVELLE MÉTHODE POUR LA SECTION DE L'OS DANS LES AMPUTATIONS, que nous avons fait connaître dans la GAZ. MÉD. du 10 juillet 1841 (v. n° 28, p. 443), méthode imaginée par M. Bellini, et qui consiste à introduire, dans la cavité médullaire de l'os à diviser, une scie circulaire, pour couper ses parois de dedans en dehors. L'auteur répond aujourd'hui aux remarques que nous avions cru devoir faire sur son procédé. Nous avions déclaré cet instrument moins expéditif que ceux dont on se sert d'ordinaire. D'après M. Bellini, ce reproche ne serait point fondé, puisqu'on peut toujours, dit-il, regagner le temps que l'on perd à scier l'os, sur les autres parties de l'opération, telles que l'incision de la peau et des muscles. Rien de mieux, sans doute, s'il en est réellement ainsi. Mais nous n'avons à examiner que la section de l'os. Est-ce ainsi qu'il pense avoir prouvé qu'elle est aussi rapide par ce moyen que par le procédé ordinaire?

Nous avions également exprimé la crainte que l'introduction de l'instrument, en refoulant la moelle, ne provoquât l'inflammation consécutive de la membrane médullaire. Pour parer à cela, l'inventeur veut qu'avant d'introduire la scie, on ait soin d'extraire la moelle avec une spatule. C'est là une correction avantageuse, nous le reconnaissons volontiers; mais atteint-elle le but pour lequel elle est créée? ou en approche-t-elle du moins assez pour compenser les inconvéniens qui résultent des longueurs qu'elle entraîne? Sur ce point, comme sur les autres, aujourd'hui comme il y a deux mois, c'est à l'expérience que nous persistons à en appeler, et nous ne voyons pas que M. Bellini ait jusqu'ici songé à la consulter.

VII. L'OSSERVATORE MEDICO.

Dans les numéros de mai, juin, juillet et août on trouve les articles originaux suivans : 1° *Paraplégie de la face, traitée avec succès par l'usage de la noix vomique.* (C'était un ancien militaire, qui avait eu plusieurs fois la syphilis; un traitement anti vénérien resta sans effet. Il fut guéri par l'extrait alcoolique pris à l'intérieur, dont on porta la dose jusqu'à un grain trois quarts.) 2° *Nouvelle méthode d'entéroraphie;* par M. d'Apolito. (Cette méthode n'est autre chose que le procédé de M. Lembert, fondé sur l'adossement des séreuses. M. d'Apolito emploie seulement la suture à surjet au lieu de faire des points séparés; mais cette modification même ne lui appartient pas, car elle avait été formellement proposée et essayée sur des chiens par M. Velpeau dès l'année 1832. (Voy. MÉD. OPÉRAT., 1re édit., t. II, p. 424.) 3° *Sur la structure intime du testicule de l'homme;* par M. Delle Chiaje. (L'auteur est parvenu à injecter les conduits séminifères avec le mercure. Du reste, ses opinions sur leur disposition, leur division en lobes et en lobules, la structure du corps d'Hygmor, etc., ne diffèrent pas de celles qui ont généralement cours dans la science.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE.

PROPHYLAXIE DE LA PESTE.

M. AUBERT lit un mémoire sur les quarantaines et sur la nécessité d'une réforme dans les mesures relatives à la préservation de la peste. L'Angleterre vient de prendre une décision qui supprime de fait les quarantaines pour les provenances d'Egypte et de Syrie. Si la contagion de la peste est réelle, cette mesure nous expose à son introduction en Europe; si, au contraire, cette contagion n'est qu'une chimère, elle n'en porte pas moins un coup mortel à notre commerce, en créant pour les transports de marchandises anglaises des conditions de célérité supérieures à celles que nous pouvons offrir. Une réforme sur ce point est donc urgente; mais faut-il augmenter la durée de la quarantaine, la diminuer progressivement ou la supprimer tout à fait? Des demi-mesures ne conviennent point ici, car la peste est contagieuse ou elle ne l'est pas. Le problème à résoudre serait donc de conserver les quarantaines sans nuire aux intérêts commerciaux. Or, M. Aubert a constaté que, depuis cent vingt-quatre ans, il n'y a eu que 64 fois des pestiférés sur les bâtimens arrivant en Europe, et dans tous ces cas, sans exception, la peste avait sévi à bord, pendant le trajet, et avant l'entrée en quarantaine. On doit donc conclure que tout bâtiment qui arrive sans pestiférés et qui n'en a pas eu durant la traversée peut être admis sans danger. On pourrait néanmoins, par excès de précaution, imposer une quarantaine qui, à l'égard des bâtimens avec patentes brutes, serait de cinq jours pour les passagers, de neuf pour les marchandises; et avec patentes nettes, d'un jour pour les passagers et de six pour les marchandises. Avec de pareilles mesures, nous n'aurions plus de désavantage commercial sur l'Angleterre, en même temps que le danger de l'introduction de la peste serait sûrement conjuré, si du moins l'on veut bien regarder comme concluante une expérience de 124 années.

Commissaires : MM. Magendie, Double, Larrey, Breschet et Serres.

SUR LES PSEUDO-ÉTRANGLEMENS ET SUR L'INFLAMMATION SIMPLE DANS LES HERNIES.

Nous donnerons un extrait étendu de ce travail dans le prochain numéro.

PROPRIÉTÉS NUTRITIVES DE LA GÉLATINE.

M. BARBIER (d'Amiens) remarque que, dans toutes les expériences faites sur ce sujet par la commission de l'Académie, la gélatine donnée aux animaux ne contenait point de sel marin. Et cependant il est reconnu que cette substance est indispensable à l'alimentation de l'homme. Les chiens, animaux domestiques, ne se trouvent-ils pas dans des conditions à peu près identiques? Et ne serait-ce pas là le motif pour lequel la gélatine, donnée pure et sans addition de sel, a été insuffisante pour soutenir leur vie? M. Barbier demande que des expériences soient faites dans ce sens.

EXTRACTION DES FRAGMENS D'INSTRUMENS RETENUS DANS LA VESSIE ET DANS L'URÈTRE.

M. LEROY D'ETIOLLES rappelle qu'il a proposé des instrumens destinés à extraire les fragmens de sonde tombés dans la vessie ou retenus dans l'urètre. Cette proposition a été repoussée tout d'abord et sans enquête par la commission chargée de l'examiner. On a dit que la taille serait préférable. Mais, évidemment, ce n'est que de l'application qu'on a voulu parler; car, en principe, nul doute que l'extraction par les voies naturelles ne vaille mieux, si elle est praticable. Or, non seulement elle est praticable, mais elle a été pratiquée sur un enfant de 6 ans, dans le service de M. Breschet, et sous les yeux de ce professeur. Le volume des instrumens dont on a parlé dans le rapport n'est pas non plus une objection sérieuse, car ils peuvent être réduits à des proportions telles, qu'ils sont susceptibles d'être introduits chez les enfans. Voici un fait qui rentre dans cette catégorie : il y a quinze jours, un chirurgien, voulant traiter par la cautérisation un malade affecté de plusieurs rétrécissemens de l'urètre, en traversa d'abord heureusement quelques-uns; mais lorsqu'ayant franchi le dernier, il voulut retirer l'instrument, la canule revint seule, et l'on s'aperçut que la douille en platine qui le termine était restée derrière le rétrécissement le plus profond, arcboutée contre ses parois par son extrémité, qui est taillée en bec de flûte. Il était très difficile de l'extraire, et l'on songea un instant à pratiquer la boutonnière. Heureusement M. Leroy d'Etiolles se rappela l'opération faite par Marchettis pour retirer une queue de porc. En conséquence, il glissa d'abord dans l'urètre un tube assez large pour embrasser la douille, et les parois du canal étant ainsi protégées, il put retirer le fragment sans déterminer ni déchirure ni irritation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. FOUQUIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle contient une lettre ministérielle, avec envoi d'une note du médecin des épidémies de Montbéliard sur une épidémie de fièvre miliaire.

M. le docteur Raymond envoie à l'Académie une observation de luxation complète de l'articulation radio-carpienne, sans fracture.

ÉPIDÉMIES ET ÉPIZOOTIES.

M. NACQUART : A propos de la lecture de la correspondance, je veux faire observer à l'Académie que souvent il y a, dans les départemens, des épidémies, sans que nous en soyons informés. Nous avons cependant une commission des épidémies, nous avons des correspondans dans les départemens. Ne serait-il pas possible d'obtenir des renseignemens plus précis et plus prompts? En fait d'épidémie, il importe d'être immédiatement instruit pour pouvoir les observer complétement, et c'est l'actualité qui fait tout.

M. RENAULDIN : M. Nacquart s'étonne que la commission des épidémies ne s'occupe pas de demander des informations; mais cela est tout naturel. Elle n'agit que d'après l'invitation du ministre, et ce n'est point à elle à prendre l'initiative.

M. NACQUART : Je respecte autant que qui que ce soit la hiérarchie des pouvoirs; mais, dans des cas aussi urgens, l'Académie n'a-t-elle pas le droit d'écrire spontanément et sans en avoir reçu la mission de l'autorité?

M. DESPORTES : L'ancienne société de médecine consacrait la première séance

de chaque mois à s'occuper exclusivement des épidémies, et ce n'était pas une des séances les moins intéressantes. Nous qui lui avons succédé, ne pourrions-nous pas continuer ses habitudes, et disposer, pour cet important objet, d'une séance au moins tous les trois mois? Ce serait là une mesure dont l'utilité me semble incontestable, et j'en fais la proposition formelle à l'Académie.

M. Dupuy : Je demande que cette proposition soit renvoyée au conseil d'administration, qui déciderait aussi s'il ne conviendrait pas également de traiter, dans cette séance, des épizooties survenues dans les départemens.

M. Breschet croit que M. Desportes a confondu la société royale de médecine avec la société des docteurs de la Faculté.

M. Honoré : Les documens qu'on nous envoie sur les épidémies sont trop incomplets, trop insuffisans pour qu'on puisse leur donner place parmi les mémoires à lire devant l'Académie.

M. Bousquet : Ce que M. Nacquart réclame se fait souvent; pas aussi souvent peut-être que cela serait à désirer, mais si le comité des épidémies n'a que rarement occasion de provoquer des communications de ce genre, ce n'est pas que cette mesure sorte de ses attributions, c'est parce qu'il ne peut écrire aux correspondans que lorsqu'il a appris qu'une épidémie a lieu, et que souvent elle est déjà terminée lorsqu'il en est instruit.

M. Renauldin : M. Dupuy émettait tout à l'heure le vœu que l'on s'occupât des épizooties; mais l'Académie ne reçoit pas souvent de mémoires à ce sujet, parce qu'ils sont ordinairement envoyés à la Société royale et centrale d'agriculture.

M. Barthélemy : Il faut s'expliquer sur ce que vient de dire M. Renauldin. La Société royale et centrale d'agriculture reçoit, il est vrai, beaucoup de travaux sur les épizooties, mais ce n'est pas le gouvernement qui les lui fait adresser. Si les auteurs les font parvenir de préférence à cette Société, c'est parce qu'elle a institué des prix pour les meilleurs mémoires qui lui arrivent.

M. Martin-Solon : Quand j'étais secrétaire de la commission des épidémies, j'avais proposé qu'on donnât une récompense, une médaille par exemple, à l'auteur des meilleures descriptions d'épidémies. Cette proposition n'eut pas de suite alors, et cependant je crois qu'elle aurait pu contribuer à stimuler sur ce point le zèle des médecins. Je la reprends donc aujourd'hui, et je l'unis à celle que vous a présentée M. Nacquart.

L'ordre du jour est adopté.

COLORATION DES DENTS DANS DIVERSES MALADIES.

M. Cornac montre à l'Académie des dents de cholériques qu'il a conservées depuis 1832, et qui présentent encore le changement de coloration qui leur était particulier dans cette maladie.

M. Duval dit avoir observé cette même coloration chez des sujets qui avaient pris du nitrate d'argent à l'intérieur.

ÉTABLISSEMENT D'UN ANUS ARTIFICIEL DANS LE CAS D'OBLITÉRATION DE LA CAVITÉ INTESTINALE.

M. Cornac : J'ai beaucoup regretté de n'avoir pu assister à la fin de la dernière séance; à propos de la communication de M. Amussat, j'aurais pu donner des renseignemens positifs sur l'état présent d'un des malades sur lesquels il a établi un anus artificiel. Cet homme, avec lequel j'ai voyagé, est aujourd'hui bien portant; il mange et fait toutes ses fonctions. Il m'a paru plein de joie d'avoir subi cette opération, et dit, dans son enthousiasme, que si Talma et Broussais y avaient été soumis, ils auraient été sauvés. M. Amussat n'a certainement pas besoin de mon témoignage pour que l'on croie à ses paroles; mais c'était un besoin pour moi de dire ce que j'ai vu.

M. Breschet : Je m'associe tout à fait à la manière de voir de M. Cornac sur la nature de l'opération et sur ses résultats; je rends aussi pleine justice à M. Amussat pour l'heureuse modification qu'il lui a fait subir, mais M. Cornac a dit qu'il était à regretter qu'on ne l'eût pas pratiquée sur Talma et sur Broussais. Eh bien! j'ai vu l'un et l'autre à leurs derniers momens, et je déclare qu'ils ne se trouvaient pas dans le cas où cette opération est indiquée. Talma surtout fut examiné par Dupuytren qui partagea mon opinion et dit qu'il n'y avait rien à faire. Et cela était vrai, car, outre son affection du rectum, Talma avait un anévrisme du cœur qui n'aurait pas tardé à le faire périr, peut-être tout à coup et sur la scène même, dans un des rôles où il déployait tant de pathétique, dans celui d'Oreste, par exemple. Broussais ne présentait pas non plus les conditions dans lesquelles cette opération peut être rationnellement exécutée.

M. Cornac : Remarquez bien que l'opinion que M. Breschet s'attache à combattre, ce n'est pas la mienne, c'est celle du malade de M. Amussat. J'ai cité ses paroles, mais je n'en prends pas la responsabilité; ce serait blâmer la conduite de ceux qui ont soigné Talma et Broussais; je ne me serais pas permis une légèreté semblable.

M. Bégin : Je ne puis partager le sentiment de M. Breschet sur le traitement qui convenait dans le cas de Talma et dans celui de Broussais. Loin de penser que la maladie de Talma n'admît pas l'opération de l'anus anormal, c'est au contraire en le voyant que j'en ai conçu la première idée. Et le cas était éminemment favorable au succès d'une tentative de ce genre, car il n'y avait pas d'altération cancéreuse; il n'y avait qu'un simple rétrécissement à la partie supérieure du rectum. Qu'il y eût en même temps un anévrisme du cœur, je le sais, mais cette complication n'empêchait pas de remédier à la maladie locale; et j'avais formé le projet, que je communiquai même à Dupuytren, d'aller avec un traitement introduit par le rectum, percer la poche dans laquelle étaient retenues les matières et d'ouvrir dans le rectum même un anus artificiel, à l'aide de cette ponction.

M. Amussat : Je n'ai pas été à même d'observer Talma, mais je suis bien aise de voir que les deux médecins qui ont assisté à ses derniers momens, ont chacun une opinion opposée sur l'opportunité de l'opération dans ce cas. Quant à la nature de sa maladie, jamais, je le pense, l'établissement d'un anus artificiel n'a été mieux indiqué, car l'affection qu'il portait n'était pas un cancer; il n'avait qu'un rétrécissement squirrheux, et la nature avait déjà commencé chez lui l'opération dont vient de parler M. Bégin, puisqu'il y avait une ulcération sur les parois du rétrécissement, ou plutôt sur la cloison qui séparait la poche contenant les matières d'avec la partie inférieure de l'intestin. Pour ce qui est de Broussais, je l'ai vu jusque dans ses derniers instans, et je puis affirmer qu'il y avait interruption presque complète du cours des matières. A sa mort, il n'avait pas eu de selles depuis vingt-un jours. L'opération convenait donc parfaitement, et c'est même à cette occasion que j'eus la première idée de mon procédé. J'aurais donc pu l'appliquer d'abord sur lui, mais je ne l'osai pas, car il aurait été difficile de commencer par un aussi grand homme.

M. Breschet : M. Amussat dit que chez Broussais les matières ne pouvaient point passer; mais elles passaient si bien au contraire qu'il avait de temps en temps des évacuations considérables, des débâcles qu'il prédisait même d'avance et à jour fixe. Vous dites que l'opération était indiquée; il est sans doute aisé de porter le diagnostic *à posteriori* et quand l'autopsie vous a éclairé, mais la question est bien autrement embarrassante sur le vivant, et il est difficile de la décider d'une manière aussi tranchée lorsqu'on ne peut toucher l'altération que du bout du doigt.

M. Amussat : M. Breschet vient de parler de *débâcles*; ce mot seul juge la question et prouve que la rétention des matières existait chez Broussais; car s'il n'y avait pas eu d'obstacles, pourquoi les évacuations auraient-elles été aussi rares et aussi abondantes?

M. Gerdy : L'opération que M. Bégin a proposé de faire à Talma me paraît très rationnelle, et j'ai eu moi-même plusieurs fois occasion de la pratiquer sur des enfans venus au monde avec une imperforation de l'anus, soit que l'intestin manquât dans une certaine étendue, soit qu'il y eût seulement occlusion de l'orifice inférieur. Dans trois cas où j'ai agi ainsi, ma conduite a été couronnée de succès. M. Amussat craint qu'on ne fût exposé à des épanchemens. On peut les prévenir en laissant une canule dans la voie ouverte artificiellement, et de toute manière cette opération, lorsqu'elle est possible, me semble préférable à celle de M. Amussat. Il ne faut pas croire que l'opération de l'anus anormal soit rigoureusement indiquée, dès qu'il existe une interruption, même ancienne, du cours des matières. Vous connaissez l'histoire de ce chirurgien de Rochefort qui, partant de France pour aller au Sénégal, restait pendant tout le temps des deux traversées sans aller à la selle, et ne rendait de matières qu'à son retour en France. Il vécut longtemps ainsi sans aucun accident.

M. Bégin : M. Gerdy vient de rappeler les opérations qu'il a faites pour une imperforation de l'anus. Dans la maladie de Talma, le cas était plus grave, et le danger de l'épanchement plus redoutable, car il y avait deux séreuses adossées et l'instrument qui aurait percé cette cloison aurait nécessairement pénétré dans le péritoine.

M. Amussat : Ce qu'a dit M. Gerdy sur le peu de danger d'une longue rétention des matières chez certains individus, est fort juste; mais je lui ferai observer que, dans toutes mes opérations, j'ai eu soin d'attendre très longtemps avant de me déterminer à agir.

NOUVEL INSTRUMENT POUR ÉCARTER LES PAUPIÈRES.

M. Velpeau lit un rapport sur un instrument inventé par M. Kelley-Snowden, pour tenir les paupières écartées pendant les opérations qu'on pratique sur l'œil. M. Velpeau dit l'avoir employé dans plus de 150 opérations de strabisme, et il lui a reconnu tant d'avantages qu'il ne se sert plus que de lui maintenant. Il permet d'opérer seul et sans le secours d'un aide. C'est donc un instrument aussi utile qu'ingénieux, et M. Velpeau propose d'adresser des remercîmens à l'auteur et de mentionner honorablement son travail dans le Bulletin. — Adopté.

INVENTION DE LA STRABOTOMIE AU 18e SIÈCLE.

M. Velpeau donne lecture d'une note qui lui a été transmise par M. le docteur Ribail, et qui est extraite du Précis analytique des travaux de l'Académie de Rouen, pour l'année 1743. Dans un passage de ces mémoires, Lecat raconte les prouesses d'un charlatan qu'il désigne sous le nom de T...., et qui, pour attirer l'attention, opérait devant un public nombreux et choisi, dans une pièce où était étalée une riche collection d'instrumens. La porte était gardée par des soldats. Voici comment Lecat raconte l'opération qu'il faisait subir aux louches. Avec une aiguille enfilée d'un fil de soie, il traversait la conjonctive, et après avoir fixé l'œil de cette manière, il divisait d'un coup de ciseaux le pli de la membrane formé par l'anse de fil. On couvrait l'œil sain d'un emplâtre, l'œil louche se redressait, et l'on criait au miracle. Lecat l'ayant interrogé sur le but qu'il se proposait dans cette opération, il répondit que le strabisme ne provient que de l'inégalité des muscles de l'œil, et qu'il suffit, pour le guérir, d'en affaiblir un. Quoi qu'il en soit de cette singulière histoire, ajoute M. Velpeau, quelle que soit l'interprétation qu'on croira devoir lui donner, elle m'a paru digne d'être rapportée, car elle pourrait peut-être conduire à assurer aux Français la découverte de l'opération du strabisme.

M. Bouvier : Je ne puis être de l'avis de M. Velpeau, car il est clair que si l'opération dont il parle avait été rationnelle, si elle avait réussi, elle serait restée dans le domaine de l'art.

M. Velpeau : Je n'ai pas eu la prétention d'enlever à M. Dieffenbach la part qui lui revient légitimement dans cette découverte; car il y a une énorme différence entre une invention due au hasard et la création d'un procédé régulier et rationnel. On pourrait sans doute contester à Dieffenbach le titre d'inventeur

car l'opération avait été parfaitement décrite avant lui par Stromeyer. Je conviens d'ailleurs que l'indication donnée par Lecat est bien vague; la description du manuel opératoire n'a rien de précis; il dit lui-même que dans plusieurs cas il y avait des récidives ou des insuccès. Enfin le fait même de la guérison pourrait être contesté, d'après le texte de la note que je vous ai lue, car tout le monde sait que lorsqu'on ferme l'œil sain, celui qui est strabique paraît momentanément redressé.

M. Nacquart trouve quelque ressemblance entre l'opération décrite par Lecat, et la strabotomie par la méthode sous-conjonctivale.

M. Velpeau : Je ne puis admettre ce que vient de dire M. Nacquart; le procédé qu'indique Lecat serait plutôt l'analogue de la méthode ordinaire.

SUR L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU DEUTO-IODURE DE MERCURE; par le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Dès 1821, le docteur Coindet, de Genève avait appliqué les préparations iodurées au traitement des scrofules. En 1822, le professeur Brera, de Padoue, les avait introduites dans la thérapeutique des affections vénériennes. Un peu plus tard, le docteur Biett les employait à l'hôpital Saint-Louis dans diverses maladies de la peau. Les *iodures de mercure* en particulier, devinrent l'objet des observations thérapeutiques de M. Biett, et c'est à lui qu'on doit la méthode générale de traitement des *syphilides* par le proto-iodure de mercure.

M. Gibert fit, en 1836, à l'hôpital de Lourcine, quelques expériences avec le *deuto-iodure* de mercure. M. Boutigny, pharmacien de Paris, avait eu l'idée d'administrer, sous la forme sirupeuse, ce composé, uni à l'iodure de potassium. Jusque-là, le *deuto-iodure* de mercure, bien qu'indiqué dans plusieurs formulaires, n'avait guère été administré à l'intérieur. M. Biett ne l'employait pas On l'avait essayé à l'hôpital St-Louis, dans les salles de M. Manry, mais à l'extérieur seulement, et le professeur Brera, qui l'avait administré à quelques malades, ne l'avait employé que sous la forme de solution alcoolique, préparation toute différente de celle proposée par M. Boutigny.

Quelque temps après l'emploi du sirop de deuto-iodure à l'hôpital de Lourcine, de nouvelles expériences furent faites à l'Hôpital du Midi avec le deuto-iodure ioduré, mais administré sous forme pilulaire.

M. Gibert a repris l'année dernière, dans son service de l'hôpital St-Louis, ses essais thérapeutiques sur le sirop de deuto-iodure ioduré, et il l'a aussi administré avec succès à quelques malades de la ville.

Les résultats obtenus lui ont paru assez satisfaisans pour ne pas tarder davantage à appeler l'attention des praticiens sur ce remède, que l'on peut appeler nouveau (puisque, jusqu'en 1836, on avait généralement abandonné le deuto-iodure de mercure, pour lui préférer le proto-iodure), et qui paraît particulièrement applicable aux cas précisément les plus difficiles à traiter, savoir : les syphilides graves qui ont résisté aux remèdes ordinaires, et les éruptions scrofuleuses qui se rapprochent pour la forme et l'aspect des éruptions syphilitiques.

Le bi-iodure de mercure est soluble dans une solution d'iodure de potassium, avec lequel il se combine pour former un iodure double de mercure et de potassium.

Voici la formule du sirop de deuto-iodure ioduré, préparé par M. Boutigny :

Bi-iodure de mercure.....	1	gramme.
Iodure de potassium......	50	—
Eau..........................	50	—
Dissolvez, filtrez au papier, puis ajoutez sirop de sucre bien blanc, marquant 30 degrés froid..........	2400	—

La capacité d'une cuiller à soupe ordinaire contient 25 grammes de ce sirop, et c'est à cette dose que M. Gibert l'a administré à ses malades.

Cette dose représente un centigramme de bi-iodure de mercure et 50 centigrammes d'iodure de potassium.

La proportion d'iodure de potassium contenu dans le sirop dépasse celle qui serait nécessaire pour tenir le bi-iodure de mercure en dissolution; mais, outre qu'elle met obstacle à la décomposition de celui-ci, en échangeant de base avec les sels qu'on rencontre toujours en plus ou moins grande quantité dans l'eau dont on se sert pour faire le sirop, elle jouit encore d'une action thérapeutique directe fort utile dans les circonstances où ce sirop est administré.

Ce sirop, facile à employer chez tous les sujets, à tout âge, tout sexe, tout tempérament, est d'un goût bien plus agréable que celui de tout autre sirop mercuriel connu, et se conserve inaltérable pendant un temps indéterminé (1).

Quelques malades néanmoins se dégoûtent du sirop au bout d'un certain temps et préfèrent la forme pilulaire. On substitue alors au sirop de deuto-iodure ioduré les pilules suivantes :

Prenez :	Bi-iodure de mercure....	0,10	grammes.
	Iodure de potassium....	5,00	—
	Gomme arabique pulv...	0,50	—
	Miel, q. s. pour une masse bien homogène, qu'on divisera en 20 pilules.		

Deux de ces pilules, prises chaque matin à jeun, représentent les doses médicamenteuses contenues dans 25 grammes de sirop.

(1) Cet avantage sera facilement apprécié par les praticiens. Tous nos sirops mercuriels se décomposent très rapidement et n'ont dès lors qu'une action très infidè e.]

M. Gibert rapporte plusieurs observations de syphilides et de scrofules cutanées, dans lesquelles le sirop de deuto-iodure ioduré a réussi après que tous les autres remèdes avaient échoué.

(Commissaires : MM. Cullerier, Jolly et Henry).

ASPHYXIE CAUSÉE PAR UN MORCEAU DE VIANDE ARRÊTÉ AU-DESSUS DE L'ORIFICE DU LARYNX.

M. A. Bérard met sous les yeux de l'Académie les pièces résultant de l'autopsie d'un vieillard mort subitement. Cet homme, qui avait eu une ancienne attaque d'apoplexie, éprouva tout à coup, en mangeant, un sentiment de strangulation, et succomba en peu d'instans. On trouva, dans l'intérieur du pharynx, un morceau de viande très volumineux qui, placé immédiatement au-dessus et en arrière de l'ouverture laryngienne, refoulait les cordes vocales d'arrière en avant. M. Bérard fait remarquer que presque tous les cas d'asphyxie dus à une cause semblable appartiennent à des individus apoplectiques ou en démence, et qu'il serait par conséquent très utile de les surveiller pendant qu'ils prennent leur repas, et de ne laisser à leur disposition que des alimens mous ou divisés en petits morceaux.

EXTRACTION D'UN POLYPE FIBREUX IMPLANTÉ DANS LE CORPS DE L'UTÉRUS.

M. Bérard présente encore un polype fibreux de l'utérus qui, depuis treize mois environ, avait déterminé des hémorrhagies abondantes et répétées. Cependant l'exploration, tout en faisant reconnaître une augmentation de volume de l'utérus, et la présence d'un corps étranger dans sa cavité, ne laissait apercevoir aucune saillie du polype dans l'intérieur du vagin. Seulement le col de l'utérus était aminci, et son orifice légèrement dilaté. Vu l'urgence des accidens, M. Bérard se décida à débrider le col pour extraire le polype. Le débridement fut pratiqué en introduisant une sonde cannelée, sur laquelle il conduisit un bistouri boutonné. Les bouts de l'ouverture ayant été incisés à droite et à gauche, il devint possible de circonscrire la tumeur avec le doigt, et de reconnaître son point d'implantation On la saisit alors avec une pince de Museux, et après l'avoir amenée jusqu'à la vulve, on en fit l'excision. Nul accident n'est survenu, et la guérison est aujourd'hui parfaite.

FARCIN CHRONIQUE CHEZ L'HOMME.

M. Bérard annonce à l'Académie qu'il a, dans son service, un palefrenier qui présente les symptômes du farcin chronique.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉLÉMENS DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE, PRÉCÉDÉS DE NOTIONS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES, DESTINÉES A METTRE AU JOUR LES LOIS GÉNÉRALES DE L'ÉCONOMIE HUMAINE EN ÉTAT DE SANTÉ ET DE MALADIE, ET A ASSEOIR SUR ELLES LA THÉRAPEUTIQUE; par J.-F. Caffin, docteur en médecine.

La médecine est une science qui se fait et non point une science faite. Chacun de nous a pu se pénétrer de cette vérité, en présence des difficultés de l'art et de l'insuffisance des théories. C'est surtout en jetant les yeux sur l'état de la médecine pratique et de la thérapeutique, qu'on se sent parfois fléchir sous le poids des incertitudes et qu'on se prend à gémir, moins de l'impuissance de l'art, que de l'absence de lien entre les diverses branches de la médecine, et du défaut de principes fixes dans le choix et la détermination des méthodes curatives. C'est là un état de choses qu'il est plus aisé de signaler que de changer et peut-être plus sage d'accepter que de critiquer. Travailler chacun dans sa sphère d'action, suivant son aptitude et la direction spéciale de son esprit et de ses études à la réalisation des progrès incessans de la médecine; tel doit être le but commun; n'oublions pas surtout que ce n'est qu'à la condition de l'appuyer sur le passé qu'on peut faire marcher la science d'un pas sûr. Il n'est donné qu'aux hommes de génie de réaliser en un temps très court de vastes spéculations scientifiques et de jeter, çà et là, dans les siècles, comme des jalons marquant les stades de la science, ces grands principes fécondateurs qui suffisent à la méditation de plusieurs générations. Or, les génies sont rares et les siècles sont lents. Il y a donc une certaine philosophie pratique à savoir douter avec son siècle, et à bénéficier au jour le jour du petit nombre de vérités empiriques dont se compose la science, tout en concourant de sa part d'efforts et d'intelligence à l'œuvre commune de sa constitution définitive. En agir autrement serait s'exposer peut-être à jouer le fruit de vingt siècles d'études contre les chances d'une fragile hypothèse. L'histoire de la médecine est là pour témoigner des nombreuses déceptions de ce genre, et pour nous faire un devoir de la prudence et de la réserve à l'égard des systèmes. Telle n'est point, à ce qu'il semble, la manière de penser de M. Caffin. Frappé comme tout le monde du défaut de principes fixes, des rapports mal définis entre la physiologie, la patho-

logie et la thérapeutique, immenses lacunes qui restent à combler pour rattacher par leurs liens légitimes ces trois grandes divisions de la médecine, des vices nombreux dont sont entachées la plupart des doctrines régnantes, M. Caffin a cessé d'être de l'avis du plus grand nombre en pensant que, dans un tel état de choses, tout était à refaire, qu'il fallait reprendre l'édifice par ses fondemens. Que peut-on guérir si on ne le connaît pas? s'écrie M. Caffin. Il s'est en conséquence cru obligé de rechercher en quoi consiste la nature de la maladie, et quelles sont ses circonstances. N'anticipons pas, et laissons un instant parler M. Caffin, ou plutôt résumons en quelques mots ses principes. — L'homme malade est l'homme vivant; la maladie n'est donc qu'un état de la vie. Deux actes constituent la vie, la *conception* et la *nutrition*, le premier appartenant à l'être antérieur quel qu'il suit, et relatif à l'espèce; le second en vertu duquel l'être créé remplit son cadre de la manière qui lui est propre. La nutrition est un acte à la fois actif et conservateur. A la faculté active, l'organe doit sa composition, à la faculté conservatrice l'entretien et la continuité de sa vie. Tout ce que l'on a dit de la puissance de la vie et des moyens qu'elle oppose aux agens qui tendent à détruire l'être organisé pour le soumettre aux actes chimiques appartient à cette seconde faculté. La nutrition avec ses deux séries de mouvemens, de composition et de décomposition, à laquelle s'adjoint chez les animaux supérieurs et l'homme la perceptibilité interne et externe avec les mouvemens correspondans; telle est la vie. La maladie n'est que le résultat de l'altération de cet acte primitif, la nutrition, ou cet acte lui-même désordonné.

La nature, le mode d'être, les modifications et les accidens de l'acte nutritif, tout est ignoré; nous n'en connaissons l'existence que par ses résultats. Quant à la cause de tous ces mouvemens, on l'ignore encore; on est convenu de lui donner le nom de *principe vital*, parce qu'on suppose qu'il existe un moteur qui imprime l'action, et qu'il diffère des organes ou instrumens qui exécutent.

Mais si tous les organes se meuvent intérieurement, si conséquemment le principe vital leur est commun, leurs actes et les effets qui en proviennent étant différens, il faut donc que le principe vital se modifie aussi dans chacun d'eux; c'est ce que M. Caffin nomme leur *vie propre*. Le principe vital n'est donc plus une unité abstraite, représentant l'ensemble des forces qui président aux fonctions organiques, c'est l'expression d'une force propre, inhérente à chacun des organes et des tissus en particulier, en vertu de laquelle s'exécutent, dans chacune de ces parties, l'assimilation et la désassimilation constitutives de l'acte nutritif. Chaque organe est doué de trois mouvemens distincts, dus à des causes différentes, et produisant aussi des effets différens. Ces mouvemens sont le mouvement en vertu duquel s'exécute l'acte nutritif dont il vient d'être question, le mouvement tonique et le mouvement fonctionnel. (Pag. 168.)

Telle est la base sur laquelle repose toute la physiologie de M. Caffin. L'acte nutritif, étudié en lui-même et dans ses résultats éloignés, les rapports de cet acte primordial avec les autres actes de l'économie, les influences qu'il reçoit des agens extérieurs, en constituent les principes fondamentaux.

Avant d'examiner la valeur de cette théorie, suivons-en les conséquences immédiates par rapport à la pathologie et à la thérapeutique.

La vie consistant dans le mouvement organique nutritif, et la santé dans l'état normal de ce mouvement, la maladie ne sera autre que ce mouvement altéré ou désordonné. Quand on saura en quoi consiste cette altération du mouvement nutritif, on aura la notion physiologique de la maladie. On pressent aisément quelle est la conséquence de cette manière de voir. C'est un système complet de localisation. La nosologie a pour base la classification des tissus; les maladies ne diffèrent que par le mode d'altération de l'acte nutritif et la nature du tissu qui en est le siége. Or, l'acte nutritif est le même partout; les maladies ne diffèrent donc que par leur siége. Je me trompe. La modification pathologique de l'acte nutritif est susceptible de deux modes différens qui sont la surexcitation ou l'irritation et la sous excitation, ou inertie. Enfin, les fonctions spéciales de chaque organe affecté, sous l'influence de l'altération de son acte nutritif, impriment à la maladie sa physionomie particulière. C'est, on le voit, la dichotomie Brownienne avec le système de localisation, ou, si l'on veut, la doctrine de l'irritation, avec cette différence que les vaisseaux et les nerfs n'y jouent qu'un rôle accessoire ou de simple modification, et que le rôle principal est attribué à l'acte nutritif.

La thérapeutique devait être une conséquence logique de cette manière d'interpréter les faits pathologiques. Les agens modificateurs se résument par rapport à leur action sur les mouvemens moléculaires de l'acte nutritif et de l'acte tonique commun à tous les tissus, en agens de la médication excitante, tonique, irritante et de la médication sous-excitante. Mais comme indépendamment des altérations dans ce mouvement moléculaire des tissus, ces organes sont pourvus d'un acte fonctionnel relatif à leur destination, l'auteur comprend, sous le titre de médications fonctionnelles, l'ensemble des moyens propres à modifier les mouvemens fonctionnels troublés sous l'influence de l'altération nutritive des tissus.

Nous ne poursuivrons pas plus loin cette analyse, probablement suffisante pour donner une idée au moins générale des principes de l'auteur. Ce peu de mots doit suffire également pour faire saisir les liens d'affiliation et de pareuté de cette doctrine avec celles qui ont successivement défrayé les trente premières années de ce siècle. Pour réfuter cette doctrine, nous nous trouverions dans la nécessité de reproduire et de reconstituer tout cet appareil d'argumentations qui s'est usé dans ces dernières années avec les idées qu'il était destiné à combattre. Car cette théorie, comme les théories ses aînées dont elle procède, pèche par un vice fondamental commun, qui est de considérer l'homme comme un simple agrégat de tissus et d'organes ayant chacun leurs propriétés et leur mode de fonctionnalité propre, et de rayer d'un trait de plume le principe d'unité ou de *consensus* que nous démontrent à chaque pas, et comme de concert, les faits physiologiques, les faits morbides et les faits psychologiques. Un autre vice de raisonnement nous a frappés, et sur celui-ci nous arrêtons un instant l'attention, parce qu'il touche au point le plus important de la question, à la médecine pratique. C'est une sorte de paralogisme, comme diraient les logiciens, qui fait dire à M. Caffin : « Que peut-on guérir, si on ne le connaît? » D'abord, qu'entend M. Caffin par ce mot connaître? Veut-il dire que, pour guérir les maladies, il faut apprendre à les distinguer les unes des autres, et connaître les caractères pathognomoniques qui les individualisent et les différencient? Certainement tout le monde sera de son avis. Le diagnostic différentiel est, sans contredit, la base la plus essentielle et la plus indispensable de toute thérapeutique. Il y aurait presque de la puérilité à énoncer cette proposition. Mais ce n'est pas ainsi que M. Caffin l'entend. Selon lui, pour guérir, il faut connaître la maladie, ce qui veut dire avoir la connaissance des phénomènes intimes qui constituent l'affection, de ses élémens et de sa cause. A ce compte, nous devions, pour longtemps encore sans doute, renoncer à notre art. Nous sommes, il faut le dire, loin d'être arrivés à ce degré de connaissance qui serait la constitution définitive de la science, et, à regret, nous ne voyons guère que la doctrine de M. Caffin soit de nature à combler cette lacune. Si jamais il est donné à la science et à la philosophie humaine de déchirer le voile qui nous cache les mystérieuses combinaisons de la vie, de la santé et de la maladie, il est douteux qu'on y arrive en procédant ainsi que l'a fait M. Caffin et que l'ont fait bien d'autres avant lui, sans plus de succès. En attendant ce terme indéfini, il faut bien se contenter du petit nombre de vérités empiriques que la science possède, et des résultats que l'expérience nous a appris à obtenir en nous fondant sur des caractères et des circonstances connus et traduits en indications. L'expérience journalière dépose heureusement contre la justesse de l'anathème lancé par M. Caffin à la médecine empirique, en nous aidant à guérir presque à coup sûr certaines maladies dont la nature intime nous échappe complètement.

En basant donc une théorie sur un des actes les plus généraux et les plus intimes de la vie, M. Caffin n'a fait, à l'exemple de Broussais, auquel il revendique la plupart de ses idées, que substituer une théorie partielle à l'expression générale et empirique des faits, la seule théorie générale possible dans l'état actuel de la science. Nous n'examinerons pas jusqu'à quel point cette théorie des actes nutritifs, en tant que théorie partielle, se tient dans les limites du vrai; les vues ingénieuses qu'elle renferme peuvent être acceptées, sous bénéfice d'inventaire toutefois, comme des élémens propres à éclairer la question physiologique de la nutrition, et à jeter même quelque lumière sur certains phénomènes morbides dépendans de cet acte; mais comme théorie générale, la théorie de M. Caffin, réduite aux minces proportions d'une hypothèse, reste trop en deçà des faits pour qu'il soit possible de lui prédire un sort meilleur que celui de ses devancières.

Voilà ce que nous avions à dire du livre de M. Caffin, qui perd, par ce dogmatisme, le caractère pratique que son titre nous faisait espérer d'y trouver.

H. B.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne penvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LES EFFETS DE L'IMMOBILITÉ ABSOLUE DES ARTICULATIONS, SANS MALADIE PRÉALABLE; par M. Teissier, de Lyon. D. M. P.

Parmi les nombreuses questions qui se rattachent d'une manière directe à l'histoire physiologique et pathologique de la locomotion, il en est une qui ne me semble pas suffisamment connue, et qui cependant mérite un haut intérêt, je veux parler de l'influence de *l'immobilité parfaite longtemps continuée dans les articulations.*

On peut étudier les effets du repos, comme ceux de l'exercice musculaire, sous un double point de vue: 1° celui de la santé générale; 2° celui de l'état local des jointures elles-mêmes. La première partie se trouve longuement traitée dans tous les ouvrages d'hygiène; et dans ces dernières années Astley Cooper, MM. Velpeau, Sentin, Bérard jeune, s'appuyant sur de nombreuses observations pratiques, ont spécialement insisté sur les dangers qu'on faisait courir aux vieillards affectés de fractures du col du fémur, en les soumettant au repos absolu qui débilite profondément leur constitution et détermine la formation d'escarres au sacrum. Il reste, je crois, peu de chose à apprendre sur ce premier point, aussi ne m'en occuperai-je pas dans ce mémoire. La seconde partie, c'est-à-dire l'influence de l'immobilité sur l'état local des jointures peut à son tour être envisagée sous deux faces, suivant que l'articulation soumise au repos est *saine* ou malade.

Feuilleton.

LE DOGMATISME.

(Premier article.)

L'histoire des écoles qui se sont succédé depuis les commencemens de la médecine est l'histoire des idées qui constituent la science. Toutes les écoles ne présentent pas, il est vrai, cet intérêt qui frappe tout d'abord. Mais ce n'est pas une raison pour penser que si quelques-unes méritent l'attention du savant, les autres n'exigent de sa part qu'une connaissance superficielle. Ce serait se faire une idée bien fausse de l'histoire, que d'avoir une pareille opinion. Si quelques époques, en effet, ont les honneurs du premier plan, et frappent l'intelligence par l'éclat qui paraît leur appartenir, il ne faut pas supposer que tout soit ombre à côté de cette lumière. Chacune d'elles a un but spécial à remplir; chacune d'elles a sa mesure d'importance. Il arrive même que celles qui se montrent avec une certaine confusion et paraissent avoir entravé la marche du progrès, sont les plus actives, sous un certain point de vue. Ainsi, ces périodes où les idées s'élaborent pour se montrer plus tard dans toute l'étendue de leur signification, ne se font remarquer, il est vrai, que par un travail pénible, silencieux, mystérieux; et un rapide coup-d'œil saisit seulement ces caractères qui forment en quelque sorte les traits les plus grossiers de leur physionomie. Mais c'est là pourtant que se trouvent le point de départ, l'origine latente de toutes ces belles théories qui immortalisèrent des hommes et des siècles; c'est là que fermente le levain de ces grandes écoles qui constituent la matière féconde de nos croyances médicales. Rien ne doit donc être négligé dans ces curieuses investigations; car tout y mérite l'attention et la réflexion. Tout s'enchaîne entre les effets et les causes; et l'on ne connaît jamais mieux les premiers que lorsqu'on peut se faire une idée plus ou moins complète des secondes.

Cette courte introduction s'applique complètement au dogmatisme. La période historique qui embrasse l'époque pendant laquelle cette école régna, sert en quelque sorte d'intermède entre l'école d'Hippocrate et celle d'Alexandrie. Et cet intermède, au lieu d'être un temps d'arrêt pour la science, marque au contraire une période d'incubation qui prépara l'enseignement anatomique d'Erasistrate et d'Hérophile. Sans doute, il y a beaucoup de confusion et de vague dans cette activité si complexe qui caractérise la période dogmatique. Mais, en réfléchissant un peu sur l'influence que les enseignemens d'Hippocrate durent produire sur un siècle déjà agité par la passion des arts et de la philosophie, en n'oubliant pas que lorsque l'imagination s'empare d'idées nouvelles, elle les dénature tout en voulant les développer ou les poétiser, on comprendra bientôt qu'il ne pouvait en être autrement. D'ailleurs ces tendances deviennent visibles, et l'idée dominante se dégage des incertitudes de l'inconnu, si on prend la patience d'étudier la succession des faits historiques. Hippocrate et le génie de son école expliquent le dogmatisme, comme le dogmatisme explique l'école d'Alexandrie. Occupons-

En 1830, M. Lugol, dans son excellent MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DE L'IODE CONTRE LES AFFECTIONS SCROFULEUSES, consacra un chapitre entier aux avantages de l'exercice du corps dans les cas de tumeurs blanches du pied, du genou, de la hanche, etc., contrairement au conseil donné par les praticiens de tenir les malades au repos du lit. Un an plus tard, M. Voisin publia, dans la GAZETTE MÉDICALE, un travail remarquable ayant pour but la défense des opinions de M. Lugol, sur l'exercice, et s'attacha surtout à démontrer par des faits cliniques, que par l'exercice général du corps et local des articulations affectées, les tumeurs blanches pouvaient guérir sans ankylose et en peu de mois, tandis que l'adhérence des os était ordinairement le résultat du séjour au lit, quand le malade était assez heureux pour résister à l'état profond de débilité qu'entraîne ce mode de traitement, et pour obtenir après un temps toujours très long la curation de sa tumeur blanche. Enfin, en 1839, M. Barthez, dans sa thèse pour le doctorat, soutint la même cause devant la Faculté de Paris, et chercha surtout à prouver que le mouvement local, sagement administré, n'aggravait nullement l'état d'une jointure dont les élémens étaient enflammés.

Le problème de l'influence de l'immobilité sur les articulations malades se trouve-t-il aujourd'hui résolu par les travaux de M. Lugol et de ses disciples? Je n'oserais l'affirmer. La question est si complexe, si difficile qu'il est sage, je crois, de rester encore dans le doute à ce sujet. Quand une ankylose se forme dans une jointure affectée de tumeur blanche et tenue dans le repos, on peut bien dire que ce repos a aidé à la production de la soudure, mais je ne pense pas qu'on puisse affirmer qu'elle n'aurait pas été produite par les seuls progrès de la maladie; aussi attendrons-nous encore de nouvelles observations et de nouvelles expériences avant de nous prononcer sur cette matière d'une façon définitive.

J'ai voulu, avant d'aborder le sujet principal de ce mémoire, me débarrasser des questions collatérales sur lesquelles je n'avais aucune idée nouvelle à présenter; j'ai éliminé, dans cette intention, d'une part l'influence de l'immobilité sur la santé générale et d'une autre part son influence locale sur les articulations malades. Mais *que devient une jointure parfaitement saine qu'on tient dans l'immobilité absolue?* Voilà le problème qu'il s'agit maintenant de résoudre. Il est posé en termes clairs et précis; le lecteur pourra donc facilement apprécier la valeur des argumens que je vais soumettre à sa critique.

IMMOBILITÉ DES ARTICULATIONS SAINES. — Plus d'une personne s'étonnera sans doute, que je soulève une pareille question, quand elle semble avoir été tranchée par J.-L. Petit, Boyer, Hunter; mais il me sera facile de prouver qu'elle n'a pas été le moins du monde résolue d'une manière rigoureuse, et qu'elle est aujourd'hui complètement à revoir. En effet, en lisant avec attention ces auteurs, on s'aperçoit bientôt que les lésions attribuées par eux à l'immobilité des articulations, ont été indiquées, non d'après un examen nécroscopique, qui seul peut conduire à un résultat incontestable, mais uniquement d'après l'observation clinique, dont je comprends la valeur, mais qui dans ce cas est insuffisante. En un mot, on ne voit pas que J.-L. Petit, Boyer, etc., aient eu l'occasion d'observer sur le cadavre les altérations que, par théorie, ils ont cru devoir admettre dans les jointures soumises au repos absolu; et l'on m'accordera bien, je pense, que c'est à l'anatomie pathologique seule qu'appartient le droit de vider cette question. D'ailleurs un assez grand nombre d'auteurs modernes, sur l'autorité desquels on peut s'appuyer, MM. Cruveilhier, Kunholtz, Malgaigne, Vidal de Cassis, ont aussi pensé que la science ne possédait pas à ce sujet des faits bien probans, puisqu'ils nient que l'immobilité seule puisse produire l'ankylose vraie, ce qui avait été admis presque sans restriction par les chirurgiens du siècle dernier. Plus loin, j'aurai l'occasion de citer un passage extrait des leçons orales de M. Velpeau, duquel il résulte que les effets de l'immobilité ne sont pas encore connus, et qu'ils constituent un point de recherches sur lequel il n'y a presque rien de fait de nos jours, ce qui découle au reste du peu d'accord qui existe entre les auteurs sur ce sujet.

Cependant, tout le monde comprendra l'importance d'une pareille question. N'est-il pas du plus haut intérêt pour tous les chirurgiens et les médecins de savoir d'une manière positive si l'immobilité prolongée pendant plusieurs mois peut ou ne peut pas déterminer de graves altérations dans les articulations des membres? D'abord, elle se rattache d'une manière directe à l'histoire des ankyloses, à celle de la paralysie, de la sciatique, etc.; mais surtout elle se rattache par les liens les plus étroits à la thérapeutique des fractures. On discute tous les jours pour savoir quel est le meilleur mode de traitement de ces maladies : les uns veulent la méthode ancienne, l'*extension permanente*; les autres la *demi-flexion de Pott ou de Dupuytren*; ceux-ci préconisent la *suspension*, ceux-là le *bandage inamovible*, etc.; et l'on ne semble pas se douter qu'on néglige un élément essentiel dans cette importante discussion, à savoir : la comparaison des avantages et des inconvéniens du *mouvement* et du *repos* dans le traitement des solutions de continuité des os. J'ai compris qu'il y avait là une lacune assez large, malgré les travaux de MM. Bérard jeune, Seutin et Velpeau sur les avantages de la déambulation dans le traitement des fractures du col du fémur chez les vieillards. Cette lacune, je crois l'avoir aujourd'hui comblée, grâce aux conseils et à l'obligeance de M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon; car c'est lui qui a mis à ma disposition la plupart des faits que je ferai bientôt connaître.

1° Je vais d'abord démontrer anatomiquement que l'immobilité longtemps continuée peut produire des maladies très graves dans les articulations saines.

2° Je chercherai comment le repos agit dans la production de ces maladies.

3° Je terminerai par quelques applications pratiques tirées de la connaissance des effets de l'immobilité.

L'immobilité absolue des articulations peut occasioner : 1° leur simple raideur; 2° l'épanchement de sang ou de sérosité dans leurs cavités; 3° l'injection des synoviales et la formation de fausses membranes; 4° l'altération des cartilages sans adhérence des surfaces articulaires; 5° l'ankylose.

RAIDEUR MUSCULAIRE. — Ce phénomène s'observe très fréquemment et a été signalé d'ailleurs par tous les auteurs, sans exception. Les ouvrages classiques les plus élémentaires répètent les uns après les autres que le repos absolu atrophie les muscles, les rétracte, et fait perdre aux ligamens leur extensibilité naturelle. En sorte que je n'ai rien à ajouter sur ce sujet. Au contraire, je me plaindrai de ce que les auteurs ont fait jouer un trop grand rôle à cette simple raideur, et de ce qu'ils ont confondu avec elle des maladies intra-capsulaires fort importantes, comme je le prouverai tout à l'heure.

---

nous donc du siècle d'Hippocrate pour comprendre l'esprit des siècles suivans. On pourrait appeler cette méthode, la méthode naturelle en histoire.

Hippocrate appartenait à une famille de prêtres qui desservait dans les temples le culte d'Esculape. Là, les traditions étaient conservées avec le respect qu'on attache aux choses saintes. La science médicale constituait enfin un trésor sacré dont les Asclépiades étaient les dépositaires. Cette protection du sanctuaire était une nécessité des temps primitifs; sans elle, la science ne se serait pas transmise avec cette pureté que ne ternissait aucune hérésie. Mais les temps changèrent, parce que les esprits changèrent aussi; et cependant les prêtres d'Esculape voulurent rester immuables. L'époque nouvelle se caractérisait par la passion de la curiosité et de l'investigation; on était devenu si impatient de savoir qu'on eût voulu soulever tout à coup le voile qui cachait aux regards les mystérieuses et vieilles vérités. Ce fut contre ce mouvement que les Asclépiades essayèrent de lutter; mais ils ne réussirent qu'à provoquer contre eux un violent antagonisme. La lutte commença donc entre les médecins du temple et les philosophes qui voulaient ou croyaient être médecins. Ainsi, d'une part, il y avait les partisans de la publicité de la science, de l'autre ceux de son enseignement par l'initiation; d'un côté, les hommes nouveaux qui renfermaient les bienfaits de l'art dans les préceptes de l'art lui-même; de l'autre, les hommes du vieux régime qui les faisaient dépendre de l'intervention directe et nécessaire de la divinité. Or, on voit déjà quel parti dut être le plus fort; car le mécanisme des événemens est toujours le même. Les hommes se ressemblent à toutes les époques et ils procèdent toujours de la même manière, n'importe le but qu'ils se proposent de toucher. Il est malheureux cependant que le parti vaincu ne se doute de son sort que lorsque sa défaite est consommée. Un peu plus de clairvoyance de ce côté serait un obstacle de moins à cette marche de l'esprit qui se continue depuis que l'homme existe. Mais, si le parti sacerdotal ne comprit pas sa position, un homme qui lui appartenait, un génie puissant la comprit comme il fallait la comprendre; et cet homme, c'est Hippocrate. Tout ce qu'il a de gloire lui vient surtout de sa connaissance du présent, et de sa prescience de l'avenir.

Cette opinion est loin d'être une opinion hasardée. Les faits parlent. Ce n'est pas qu'Hippocrate ait exposé les causes de sa conduite dans les écrits qu'il nous a laissés; mais il faut rapprocher la conduite d'Hippocrate du caractère et de la nécessité des circonstances; et l'induction qui en résulte nous conduit à conclure comme nous l'avons fait. Que se passait-il alors? Il existait un désir insatiable de savoir et de connaître. L'intelligence était saisie de cette fièvre d'activité qui prélude aux grandes choses. Déjà même la Grèce voyait se multiplier ses grands hommes. Ainsi Socrate avait vécu, et Platon brillait de tout l'éclat de ses doctrines; Thucydide écrivait l'histoire; Phidias immortalisait de son ciseau les divinités de l'Olympe; et le peuple grec allait applaudir les chefs-d'œuvres dramatiques d'Euripide et d'Aristophane, après avoir admiré les créations du pinceau de Zeuxis et de Parrhasius. Or, en présence de ce mouvement, fallait-il lutter contre lui et lui opposer une barrière? Il n'y avait qu'à le diriger; et c'est ce que fit Hippocrate. Il avait compris que les philosophes ne s'arrêteraient pas à la partie spéculative de leur science; il savait d'ailleurs que la médecine et la philosophie doivent s'appuyer l'une sur l'autre pour se prêter de mutuels secours. Les croyances religieuses seules avaient pu jusque là faire obstacle aux ambitieuses hardiesses de l'esprit. Mais, l'esprit ne voulait plus rien respecter; il n'y

Épanchemens de sang et de sérosité. — Les épanchemens de sang sont regardés par presque tous les chirurgiens comme la conséquence de coups, de chutes, de violences extérieures, en un mot, et jamais comme la conséquence du repos. Cependant, quelques hommes très rares, parmi lesquels je dois surtout citer M. Sanson aîné, ont parlé d'un scorbut local qui peut être produit par l'immobilité prolongée; mais ils ont fait principalement allusion aux taches violettes que présente assez souvent la peau d'un membre qui n'exécute aucun mouvement. Enfin, je ne connais personne qui ait décrit d'une manière explicite l'exhalation séro-sanguinolente qui se fait dans les articulations saines par le seul séjour au lit. Depuis que j'examine avec attention les jointures de tous ceux qui meurent après avoir été condamnés pendant un temps plus ou moins long à l'immobilité absolue pour cause de fractures, j'ai trouvé presque constamment dans toutes les cavités articulaires du membre malade, même dans celles qui sont le plus éloignées de la solution de continuité, la sécrétion de synovie, remplacée par une quantité tantôt faible, tantôt assez grande de sérosité sanguinolente, et même par du sang liquide presque sans mélange. Je dois signaler ici que je n'ai jamais rencontré de caillots. Cette extravasation sanguine ne se fait pas seulement dans la cavité synoviale, mais elle se produit aussi très souvent dans les parties molles extra-capsulaires, dans le tissu cellulaire sous-synovial, par exemple, dans les fibres musculaires et jusque sous la peau. Elle est d'ailleurs d'autant plus abondante que le séjour au lit a été plus longtemps continué, plus évidente chez les vieillards que chez les adultes; elle était très notable chez un jeune homme qui, depuis bon nombre d'années, s'adonnait à la masturbation, et qui avait un gonflement scorbutique des gencives. Dans les paragraphes suivans, je citerai plusieurs observations, et, dans presque toutes, nous retrouverons à l'autopsie l'épanchement de sang.

J'ai eu l'occasion deux fois d'observer une hydartrose considérable du genou sur des individus porteurs, l'un d'une fracture simple de la partie moyenne du fémur, l'autre d'une fracture des deux os de la jambe, un peu au-dessus des malléoles. Tous deux jouissaient d'une santé robuste avant leur accident; jamais ils n'avaient ressenti la plus légère douleur dans les genoux, ni la moindre gêne dans les fonctions de cette articulation. Le premier avait 48 ans, et le second n'en avait que 35. Eh bien! malgré toutes ces conditions de force on ne peut plus favorables, alors que le cal osseux était déjà formé, alors que la guérison de la fracture était non pas accomplie, mais très avancée, on vit chez ces deux hommes le genou du membre fracturé s'engorger, devenir fluctuant, et présenter, en un mot, tous les signes d'une hydartrose abondante. Cette complication fut de courte durée chez le malade porteur de la fracture de la jambe; mais elle fut très rebelle chez l'autre sujet: elle persista longtemps après la soudure parfaite des fragmens osseux, et elle entraîna à sa suite la perte complète des mouvemens du genou et une ankylose probablement fibreuse.

Ces deux derniers faits sont très curieux; mais faut-il mettre sur le compte seul du repos l'hydropisie articulaire qui est venue les aggraver? Je n'oserais l'affirmer, parce que je veux apporter la plus rigoureuse sévérité dans mes déductions. Il est impossible, quoique la supposition soit fort douteuse, qu'une inflammation partie de la fracture se soit propagée jusqu'à l'articulation tibio-fémorale, le long du fragment inférieur du fémur dans le premier cas, et du bout supérieur du tibia dans le second. On sait, en effet, avec quelle facilité les inflammations se communiquent le long des cylindres osseux. Il est vrai que ni l'un ni l'autre malade n'a accusé les douleurs qui caractérisent l'ostéite. Cependant, ne pouvant m'appuyer sur l'examen de pièces anatomiques, je me trouve dans l'impossibilité de fournir les preuves d'une absence d'irritation des os, et j'accorde volontiers que ces deux observations n'ont qu'une valeur restreinte.

Injection des synoviales; formation de pseudo-membranes. — A côté des épanchemens qui se font à l'intérieur des articulations à la suite de l'immobilité parfaite, et comme ayant avec eux des connexions intimes, je dois mentionner ici l'injection des synoviales que j'ai observée dans tous les cas, sans exception, où j'ai pu faire l'ouverture des cadavres, et la production de fausses membranes que j'ai rencontrée deux ou trois fois. L'injection, que je signale, ne se fait pas d'une manière égale dans toute l'étendue de la séreuse articulaire: elle existe surtout dans ces replis que les synoviales présentent normalement et qui ont une apparence frangée. Ces replis deviennent gonflés d'un rouge plus ou moins foncé; ils sont comme imbibés par une hyperhémie passive.

Quant aux pseudo-membranes, elles ont aussi un aspect rougeâtre et ne flottent pas libres dans la cavité articulaire. Toutes les fois que je les ai vues, elles adhèrent aux surfaces cartilagineuses des extrémités par une grande partie de leur surface.

Altérations des cartilages. — On ne trouve dans les livres que des renseignemens très peu détaillés et même inexacts sur ce genre de lésions produites par le repos. La plupart des auteurs, en effet, se sont bornés à dire que l'immobilité des articulations enlève aux cartilages leur poli, qu'elle les rend secs, rugueux et raboteux; mais jamais ils ne sont allés plus loin; et encore, en émettant une semblable opinion, ils s'appuyaient non pas sur des ouvertures cadavériques, mais sur quelques phénomènes observés chez le vivant, tels que la crépitation qu'on perçoit toutes les fois que la sécrétion synoviale est diminuée, et sur la difficulté avec laquelle, dans ces cas, les surfaces osseuses roulent les unes sur les autres. Quelques autres ont présumé que les cartilages, par suite d'un contact longtemps prolongé, pouvaient s'amincir et s'user; mais ne possédant aucune preuve visible de cette opinion, ils sont restés prudemment dans le doute. Quant à moi, je ne saurais garder la même réserve, et je ne crains pas d'affirmer que le repos absolu peut déterminer des altérations fort remarquables des cartilages, telles que leur gonflement, leur ramollissement, leur érosion et leur amincissement.

Prouvons d'abord par des faits cette assertion, et plus tard nous chercherons l'explication de tous ces phénomènes.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE DE BORDEAUX.

Les cahiers d'avril, mai, juin et juillet 1844, contiennent les articles originaux suivans: 1° *Empoisonnement volontaire par l'arsenic, sus-*

---

avait pas de voile dont il n'eût voulu percer l'épaisseur. Eh bien! Hippocrate obéit à cette nécessité du moment; et il fit tomber le voile qui cachait le sanctuaire d'Esculape. S'il ne l'eût pas fait, ou que personne ne l'eût fait à sa place, les philosophes auraient créé une médecine imaginaire qui, tout entière, eût appartenu à la théorie. L'expérience du passé, la connaissance des faits n'auraient été pour rien dans l'invention de ses hypothèses. Ce fut donc un mal qu'Hippocrate voulut conjurer, en obéissant à la force des circonstances, ou plutôt en comprenant mieux que personne ce qu'elles exigeaient; et il dit à ces savans qui voulaient séparer la science de l'initiation sacerdotale: Venez et voyez; voici nos tables pathologiques, nos histoires de maladies, nos principes et nos croyances. Méditez ces choses profondément afin de ne pas vous égarer loin des vérités immuables de l'art et de ne pas nuire à ceux que vous devrez guérir.

Tels sont les commencemens de cette révolution qui ouvrit aux philosophes le temple d'Esculape. Nous l'avons dit, Hippocrate fut l'homme qui découvrit la statue du dieu. Cet acte de courage (c'en était un à cette époque) fut un grand bienfait. Mais, il y a des bienfaits qui se font d'abord mal juger. On dirait même, qu'au lieu de répandre la semence du bien, ils ont développé le mal. C'est ce qui arrive le plus souvent lorsqu'une révolution vient violemment remuer, ou les fondemens d'une société, ou les préceptes d'une science. Et c'est ce qui arriva pendant la période qui suivit l'action si remarquable d'Hippocrate. Le mal fut immédiat; mais le bien ne tarda pas à corriger les effets du mal.

Lorsque, en effet, Hippocrate eut répandu ses ouvrages, les philosophes s'emparèrent des enseignemens qu'ils contenaient, pour les faire entrer dans leurs théories, ou pour les faire servir de fondement à des théories nouvelles. A cette époque, la philosophie contenait toute la science; la médecine était une de ses divisions. Et les faits, les principes que l'école hippocratique fournissait, devenaient de précieux matériaux pour les philosophes. Aussi, les commentateurs ne manquaient pas. Mais, au lieu de respecter fidèlement l'esprit, sinon la lettre de ces principes, ils s'en servirent de manière à faire croire que l'art pouvait à la rigueur s'en passer. Cela se conçoit jusqu'à un certain point. Rêveurs avant d'être observateurs, se plaisant plutôt aux choses qui étaient du domaine de l'imagination que de la froide et patiente raison, ils avaient le goût exclusif des hypothèses. La médecine, comme application, ne se montrait à leur intelligence que sur un plan secondaire. L'enseignement, avec tous ses avantages, voilà ce qui leur souriait. Faire école dans une ville de cette Grèce, que sillonnaient tant d'hommes remarquables suivis eux-mêmes d'une foule d'élèves et d'admirateurs; voilà ce qui faisait le rêve de leur vie tout entière et le but constant de leur ambition. Aussi, loin de méditer assez longtemps pour bien posséder la science, ces ambitieux se contentaient de la connaissance superficielle de quelques idées, de quelques faits, pour construire, sur ces fragiles bases, d'éphémères hypothèses, et pour former école, si leur élocution riche et facile parvenait à commander l'attention et à passionner les esprits. Voilà pour l'enseignement; et voici maintenant pour les livres.

Pendant que la Grèce s'agitait autour des chefs-d'œuvre de ses artistes et des chaires de ses philosophes, l'Egypte possédait Aristote et Ptolémée. Le premier travaillait à jeter les fondemens de l'école analytique d'Alexandrie; le second, inspiré par celui-ci, consacrait ses loisirs à la formation d'une bibliothèque immense qui devait contenir tous les manuscrits connus. On sait quel éclat jeta

pension des accidens durant dix-huit jours; récrudescence, guérison; par M. Sarraméa. 2° *Observations sur une infiltration générale du derme*; par M. Guillon. 3° *Importation du choléra-morbus asiatique dans les villes de Tarragone, Roses et Figuières par le vaisseau français* le Triton en 1835; par M. Bertulus. 4° *Mémoire sur l'emploi des purgatifs dans les affections aiguës*; par M. Oustalet. 5° *Observations de clinique interne recueillies à l'hôpital Saint-André*; par M. Hirigoyen. 6° *Observations sur deux cas de bronchite aiguë accompagnée de symptômes analogues à ceux qui caractérisent le croup et la coqueluche*; par M. Pilloy-André. 7° *Deux observations de purpura hemorragica, réflexions sur la nature de cette maladie*; par M. Sarraméa. 8° *Histoire de trois nuances d'iléus*; par M. Dégranges. 9° *Observations sur les causes et la nature de la fièvre jaune*; par M. Bertulus. 10° *Exemples particuliers de varioloïde*; par M. Millon. 11° *Plaie par arme à feu; hémoptysie; réflexions*; par M. E. Lafargue. (Rien de nouveau; il n'existait aucun rapport entre la plaie et l'hémoptysie.)

DE LA SUETTE MILIAIRE QUI A RÉGNÉ EN 1841 DANS LE DÉPARTEMENT DE LA DORDOGNE.

Nous rapporterons presque textuellement la notice que donne le docteur Pindray sur l'affection qui a ravagé les cantons de Mareuil et de Verteillon, et y a fait de nombreuses victimes.

« Vainement chercherait-on la cause de l'épidémie dans les positions topographiques qu'elle a parcourues; aucune ne recèle rien d'insalubre. En général, la maladie a sévi chez les personnes les plus fortement constituées, depuis 20 jusqu'à 40 ans; sur les hommes plus particulièrement que sur les femmes. Aucune classe n'a été exceptée.

»Dans les cas simples, la maladie s'est annoncée par des lassitudes, de la pesanteur de tête, le découragement, l'inappétence, et une transpiration abondante; il n'y a eu que très peu de fièvres; le pouls était large, mais presque toujours mou; la température de la peau un peu plus élevée que dans l'état normal; la langue était large et humide, quelquefois recouverte d'un enduit muqueux; l'épigastre et le ventre souples, le plus souvent indolore à la pression; la poitrine toujours libre. Vers le troisième ou quatrième jour, et même plutôt, un léger picotement se faisait sentir à la peau, principalement aux bras, à la poitrine et au col. Puis survenaient de petites plaques rouges, ou bien la peau, sans changer de couleur, laissait sentir de légères aspérités; le lendemain on apercevait de petites vésicules, tantôt rouges, disséminées par plaques; tantôt blanches et nacrées, semblables à des grains de millet, qui, ensuite, devenaient opaques et lactescentes, pour tomber en desquamation furfuracée.

»Dans les cas les plus ordinaires, un autre ordre de phénomènes se faisait remarquer : l'invasion s'annonçait le plus souvent, sans symptômes précurseurs, par une prostration subite des forces, une violente céphalalgie, la crainte de la mort et une transpiration excessivement abondante; en même temps survenaient des bouffées de chaleur au visage, des douleurs dans les membres, de la somnolence accompagnée de rêves effrayans, des vomissemens de matières muqueuses ou bilieuses, avec un sentiment de constriction à l'épigastre. Ces accidens allaient le plus ordinairement en diminuant d'intensité au bout de quinze ou dix-huit heures, et étaient remplacés par une apyrexie marquée, pour se renouveler ensuite avec une nouvelle violence. Chez d'autres, il ne survenait qu'une rémission à peine prononcée et de très courte durée dans le début; mais le plus souvent, vers le deuxième ou troisième jour, la peau devenait rouge, la face tuméfiée; les malades étaient agités, se plaignaient d'une chaleur brûlante et d'un picotement insupportable à la plante des pieds, aux mains et par tout le corps. Alors, l'anxiété allant en augmentant, le pouls devenait plus fréquent, intermittent, saccadé; les malades éprouvaient des palpitations, des lipothymies. Ces accidens diminuaient par intervalle jusqu'à ce que l'éruption fût terminée. Dans d'autres circonstances, loin de se calmer, les symptômes allaient en s'aggravant; les malades éprouvaient un malaise général insolite qui leur inspirait les plus tristes pressentimens; la respiration devenait courte, fréquente, entrecoupée, accompagnée de serrement épigastrique et d'oppression qui menaçaient de les suffoquer, et bientôt ils tombaient dans un état comateux rarement précédé de délire et succombaient avec tous les symptômes d'une congestion cérébrale et pulmonaire regorgeant, même avant d'avoir rendu le dernier soupir, un sang décomposé, par la bouche, les narines et les autres surfaces muqueuses.

»Les recherches anatomico-pathologiques n'ont rien appris sur la nature ni sur le siége de cette grave affection; les organes centraux ont été le plus souvent trouvés fortement congestionnés, comme il arrive chez la plupart des sujets qui ont succombé aux affections aiguës.

»Les seules modifications qu'ait offertes la maladie depuis quelque temps sont les suivantes : l'invasion avait lieu sans symptôme précurseur, le caractère pernicieux était plus commun et la mort plus prompte; on cite plusieurs personnes qui ont succombé en moins de vingt-quatre heures. »

EMPOISONNEMENT VOLONTAIRE PAR L'ARSENIC; SUSPENSION DES ACCIDENS PENDANT DIX-HUIT JOURS; RÉCRUDESCENCE; MOYENS DIVERS DE TRAITEMENT; GUERISON; par le docteur SARRAMÉA.

L'observation suivante, si elle est authentique, s'il n'y a point eu quelque supercherie de la part du sujet, ce qui est moins rare qu'on ne le pense communément dans les cas observés sur des femmes, est digne d'intérêt. Une récidive des accidens au bout de dix-huit jours, sans que la malade ait pris de nouveau de l'arsenic ou ait fait une grave imprudence de régime, nous semble un fait assez rare pour que nous le rappelions ici.

Obs. — Mademoiselle X., âgée de 27 ans, prend, dans un moment de chagrin, une dose d'arsenic, qu'elle compare, pour la quantité, à 1 gramme 30 centigr. de jalap. Il était dix heures du matin, et, vers dix heures et demie ou onze heures, elle commence à ressentir des douleurs affreuses; appelé auprès d'elle à sept heures du soir, je la trouvai en proie à une agitation générale, à une violente céphalalgie; la figure est rouge, la chaleur de la peau modérée, le pouls petit et lent (55 par minute); langue blanche au milieu, légèrement rouge sur les bords, lèvres rosées, sensation intolérable de chaleur et de constriction à l'arrière-gorge, la chaleur se prolongeant dans l'œsophage et se faisant surtout sentir dans l'estomac, où la malade accuse un feu dévorant qui la brûle. Soif ardente, difficulté très grande pour avaler la plus petite quantité de liquide. Les souffrances ont été si vives, que la malade se serait précipitée par une fenêtre sans l'opposition des assistans. Vers midi, douze sangsues avaient été appliquées sur l'abdomen, qui avait été recouvert ensuite d'un cataplasme émollient. Il n'y avait point eu de vomissemens. On commence aussitôt à lui administrer de l'eau albu-

---

dans la médecine comme dans la philosophie l'école qui dut son existence et son lustre à Aristote, et qui lutta d'une manière si brillante contre l'école de Platon. Mais, ce qu'on ignore peut-être, c'est que le zèle d'ailleurs si louable de Ptolémée fut encore l'une des causes qui sur-excitèrent la fièvre scientifique des Grecs. Les philosophes spéculatifs et les philosophes médecins ne se bornèrent pas à enseigner, à semer par la parole sur la terre grecque le germe bon ou mauvais de leurs doctrines. Ils voulurent encore écrire; car Ptolémée payait fort cher les manuscrits lorsque le titre du livre et le nom de l'auteur excitaient la curiosité ou commandaient la confiance. Or, on fit pour les livres ce qu'on avait déjà fait pour l'enseignement. L'impatience, la soif du gain, ne permettant pas un travail consciencieux, on se contentait d'une idée quelconque, pourvu qu'elle eût quelque originalité, pour se livrer à la composition. Mais, que disons-nous? le plus grand nombre ne prenait même pas le soin de chercher une idée dans cet infini de la méditation où les grands esprits savent trouver tant de choses. Ils préféraient s'emparer d'œuvres toutes faites auxquelles ils savaient donner une couleur nouvelle ou un vernis scientifique, en y changeant quelques phrases, en les attribuant à un auteur illustre pris parmi les morts ou les vivans, et surtout en les habillant du dialecte ionique, qui était le langage des savans de ce temps-là. Sans doute, les galeries du temple de Sérapis ne s'encombrèrent pas seulement de ces produits frauduleux de la science industrielle. Tout ce que l'intelligence avait créé de bon et de beau eut une place dans cet olympe de l'esprit humain. Mais que d'inutiles et de méchantes élucubrations à côté des immortelles œuvres des grands maîtres! Aussi, est-on tenté de considérer l'incendie de la bibliothèque de Ptolémée comme une juste épuration. Il y a des malheurs que la réflexion nous empêche de déplorer.

Nous n'avons pas besoin de nous arrêter davantage à suivre ce double mouvement qui poussait la science grecque, après Hippocrate, pour comprendre les conséquences qui devaient inévitablement en résulter. L'enseignement produisit des enthousiastes, esprits sans réflexion, intelligences sans notions suffisantes, qui s'épanouissaient au rayonnement des théories les plus impossibles, et qui finissaient bientôt par aboutir à cette désorganisation des facultés humaines qui s'appelle la folie. La composition produisit une exubérance de manuscrits si grande, que les papyrus étaient épuisés, et que les œuvres des grands maîtres disparurent en quelque sorte dans la multitude des apocryphes et des compilations qui, comme des plantes parasites, se formaient de leur substance. Ce tableau, qui est bien loin d'être un tableau d'imagination, car il est pris dans l'ensemble des travaux et des opinions de l'époque, n'est pas certainement fait pour réconcilier avec les dogmatistes. Mais, nous l'avons dit, cette période était essentiellement transitoire. La matière scientifique du grand art de guérir devait d'abord être divisée, travaillée, préparée; et si elle fut réduite en un résidu presque informe, ce résidu laissait cependant reconnaître, quoique à grand'peine, les riches matériaux qui le composaient et les combinaisons nouvelles qui se préparaient pour l'avenir.

Ainsi, Hippocrate et Platon; l'expérience médicale d'une part, la rêverie philosophique de l'autre, voilà les deux forces dominantes de ce grand acte si complexe que nous nous occupons de caractériser. L'un, le premier, faisant de l'empirisme avec cette conscience du sage et cette sagacité de l'esprit élevé qui dépouille les phénomènes de tout ce qu'ils ont de trompeur ou d'illusoire; l'autre,

minense alternativement tous les quarts d'heure, avec une cuillerée de potion émétisée.

Le lendemain (12), à neuf heures du matin, les accidens graves sont calmés, mais il reste toujours une sensation de brûlure dans l'estomac, avec distension de cet organe; l'épigastre est un peu douloureux à la pression; le pouls petit et lent (50 par minute). La physionomie présente un certain degré de stupeur; la nuit a été sans sommeil, et la malade, qui a pris toute l'albumine et la potion prescrite, n'a pas eu un seul vomissement, mais trois selles qui n'ont pas été conservées. Les mêmes moyens sont continués; on y joint le lait.

Le 13, la malade a passé la nuit sans sommeil; elle a la face grippée, le regard fixe, la parole brève; la chaleur et la douleur œsophago-gastrique ont disparu; la soif est peu intense; la peau a perdu de sa chaleur naturelle; les pieds sont froids; le pouls, peu développé, ne donne que 39 ou 40 par minute. Etat de prostration manifeste. On prescrit une potion excitante, du vin et du bouillon; le soir, la malade est prise de convulsions très fortes qui paraissent céder à une potion antispasmodique.

Le 14, il y a un peu d'amélioration. Le pouls ne donne plus que 33. On continue les toniques, le vin, le bouillon, le quinquina.

Le 15, la malade est beaucoup mieux.

Le 16, le pouls est remonté à 45, les nuits sont meilleures, et quelques alimens commencent à être supportés.

Le 18, tous les accidens avaient disparu, et je cesse de voir la malade pendant dix-huit jours, sans que j'en reçusse de nouvelles.

Le 5 avril, étant entré chez elle pour m'assurer si sa guérison était complète, je la trouvai étendue dans son lit et venant de vomir une demi-jatte d'une matière verte porracée, dans laquelle nageaient des grumeaux d'un sang noir. Elle avait fait, dit-elle, une chute, le 2 avril, dans son escalier, et, depuis ce moment avait été dérangée, et aujourd'hui avait été prise tout à coup de vomissemens; elle accuse une chaleur brûlante à l'épigastre avec céphalalgie; le pouls est encore lent et petit (50); douleurs dans la fosse iliaque; constipation depuis cinq jours; urines rares. Pendant deux jours, la malade est soumise aux émolliens, et ensuite, 8 grammes de tritoxide de fer hydraté lui sont administrés en quatre doses, étendus dans 120 grammes d'eau sucrée. M. Magonty fils, pharmacien et professeur de chimie, constate la présence de l'arsenic dans 120 grammes d'urine de la malade, que je lui fait remettre pour être analysée. La même opération répétée le lendemain sur une nouvelle quantité d'urine produit le même effet. Le tritoxide de fer hydraté est continué, et l'état de la malade s'améliore lentement. Des crampes, des convulsions exigent l'emploi des antispasmodiques; puis les toniques achèvent le rétablissement de sa santé.

Le 19 avril, 200 grammes de son urine, confiées à M. Magonty, ne fournissent plus à l'analyse la moindre trace d'arsenic, mais la présence du fer y est constatée. La guérison est complète.

II. BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

Les numéros de mai et juin 1841, contiennent les travaux suivans: 1° *Mémoires et observations sur le diagnostic des luxations dites spontanées du fémur*; par M. E. Bermond. (Suite.) 2° *Coup-d'œil sur l'emploi des bandelettes de diachylum dans les affections chirurgicales, mais plus particulièrement dans les fractures et les luxations*; par M. Chabrely. (L'auteur propose de remplacer, dans le mode de pansement ordinaire des fractures, les pièces de linge et les lacqs qui servent à fixer les attelles, par des bandelettes de diachylum.) 3° *Quelques observations sur la phlébotomie locale comme auxiliaire puissant de guérison dans quelques cas pathologiques*; par M. Chabrely. 4° *Du traitement local des vaginites chroniques à l'aide d'un nouveau procédé de cautérisation.*

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA PHLÉBOTOMIE LOCALE COMME AUXILIAIRE PUISSANT DE GUÉRISON DANS QUELQUES CAS PATHOLOGIQUES; par M. Chabrely.

Les maladies contre lesquelles M. Chabrely préconise ce mode de traitement sont les névralgies, et ces ulcères chroniques qui, siégeant sur des jambes affectées d'éruptions eczémateuses, deviennent souvent par leur ténacité, le désespoir des médecins. On trouve dans ce mémoire trois cas de névralgie sciatique, qui ont été soulagées d'une manière très marquée et presque instantanée par une saignée faite à la saphène externe du côté malade. L'auteur recommande d'ouvrir la veine le plus haut possible, et près de la tête du péroné.

Quant aux ulcères atoniques, les observations que cite M. Chabrely, ne sont pas à beaucoup près aussi concluantes en faveur de la phlébotomie locale; et cette différence vient de la nature du mal, qui ne cède jamais qu'avec lenteur, quelle que soit l'efficacité du remède mis en usage. Malgré le peu de rapidité de la cure, malgré la part qui pourrait aussi être attribuée, dans les observations de l'auteur, à l'action de divers moyens employés simultanément, les succès qu'il a obtenus doivent encourager à continuer ces expériences; il se borne dans ces cas à l'incision des veines variqueuses qui avoisinent l'ulcération. Dans deux cas, il a retiré de bons effets de cette médication qui, du reste, n'a rien de nouveau, et avait été conseillée par divers auteurs, et notamment, et d'une manière très spéciale, par M. Janson de Lyon.

DU TRAITEMENT LOCAL DES VAGINITES CHRONIQUES, A L'AIDE D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE CAUTÉRISATION; par M. Cazenave.

Quoique la cautérisation soit un moyen depuis longtemps déjà connu et employé dans le traitement des fleurs blanches, M. Cazenave peut à bon droit revendiquer une part dans la découverte de ce précieux moyen; car, comme il nous l'apprend, la composition du mémoire qu'il publie aujourd'hui remonte à l'année 1831; mais, par une réserve digne d'éloge, il n'a pas voulu faire connaître ses idées avant qu'elles eussent été sanctionnées par une pratique suffisamment étendue. Cinquante-quatre observations sont venues depuis lors confirmer ses premiers essais et lui permettre de les livrer en toute confiance à la publicité. Le traitement qu'il propose n'est applicable, bien entendu, qu'aux vaginites purement catarrhales, sans complication de métrite, de blennhorragie, ou d'une affection interne tenant le mal local sous sa dépendance. Un porte-caustique, construit à dessein, sert à diriger le nitrate d'argent sur les points où il convient de l'appliquer, et où l'on peut, suivant les cas, le promener d'une manière instantanée, ou le laisser en contact pendant un temps plus ou moins long. La maladie est plus tenace chez les femmes qui habitent les villes que chez les paysannes: en effet, sur les malades de ce dernier ordre, il a suffi de 7, 8 ou 10 cautérisations au plus, tandis que, dans sa pratique particulière à Bordeaux, l'auteur a dû les répéter jusqu'à 16 et 20 fois, et eut besoin de les recommencer sur trois sujets, après les avoir d'abord considérés pendant près de trois mois comme radicalement guéris.

Sur les 24 cas de vaginite chronique traités à la campagne, 20 disparurent complètement sans récidive; quatre fois il n'y eut qu'une amélio-

---

le second, se confiant pour l'explication des choses à cette puissante activité de l'imagination qui égare si souvent, mais qui conduit parfois aussi à de si brillantes découvertes. Celui-là donnant à l'expérience, à la sensation, le premier rôle dans les investigations scientifiques; celui-ci les attribuant à la conception dans toute sa primitive pureté. Enfin, Hippocrate jetant les fondemens de la méthode et faisant deviner Bacon par son empirisme raisonné; et Platon ouvrant la carrière à ces sublimes hardiesses de l'esprit qui assignent de siècle en siècle un nouveau but à la science.

Telles sont les deux grandes idées (car ces deux figures historiques doivent se comprendre de cette manière) qui forment à peu près les deux facteurs principaux du mouvement dogmatique. L'enseignement d'Hippocrate donne l'impulsion; les théories de Platon et de quelques autres philosophes, comme Zénon, la continuent, la développent; mais au lieu de se faire dans le sens de l'école hippocratique, cette impulsion se produit dans un sens tout différent. Le divin vieillard leva l'obstacle qui empêchait que la médecine ne devînt, pour ainsi dire, domaine public, et la philosophie put, dès ce moment, s'emparer de faits et d'idées que la tradition des sanctuaires ne lui avait pas livrés encore. Voilà précisément la période où les bons résultats de cette révolution dans la science médicale disparurent derrière les mauvais. A peine la philosophie fut-elle, en effet, en possession de ces connaissances, si nouvelles pour elle, qu'elle ne voulut pas se demander si, après ce qui était fait, il n'y avait pas encore beaucoup à faire. L'enthousiasme s'en mêla. On crut qu'il ne manquait aux observations et aux préceptes acquis à notre science de guérir que la féconde influence de la théorie; et les médecins, disciples fervens des écoles philosophiques, se mirent courageusement à l'œuvre. Nous avons dit jusqu'à quel point les enseignemens et les manuscrits se multiplièrent à cette époque dans la médecine comme dans les autres sciences; nous n'avons donc nul besoin de revenir là-dessus. Mais cette impulsion jeta dans de telles erreurs ceux qui s'y livraient avec confiance, qu'on finit enfin par réfléchir avec sagesse et par chercher prudemment à s'orienter. Ce fut le moment de la réaction. Alors Aristote s'écriait du sein de la ville des Ptolemées qu'il ne comprenait pas comment on raisonnait sur les choses sans les connaître. Ce principe fut le jalon qui s'éleva dans la route qu'avait suivie l'école hippocratique, et cette route était la recherche des faits, l'étude sagace des observations. Toutefois on ne rebroussa pas chemin vers le passé en revenant aux préceptes de l'ancienne école. On étudia et on médita ce passé pour le mieux comprendre, et on voulut le bien comprendre, pour lui donner tout le développement dont il était susceptible dans le présent comme dans l'avenir. Ainsi, du temps d'Hippocrate et des Asclépiades, les maladies avaient été étudiées dans leurs caractères, dans leur causalité, dans leur ensemble, et l'étude de la nature matérielle de l'homme avait été négligée. Du temps d'Aristote et de l'école qu'il fonda, les maladies eurent leurs observateurs; mais le cadavre humain eut aussi ses anatomistes.

Le progrès gagna donc finalement à l'existence de cet esprit que nous avons suffisamment caractérisé, et qui se développa pendant la durée du dogmatisme. L'ordre naît ordinairement du désordre, car celui-ci sert toujours à faire comprendre la nécessité de celui-là. Le dogmatisme fut un essai d'abord, et puis une leçon. La leçon enseigna que l'observation devait conduire à la connaissance des faits, et elle ne fut pas perdue, puisque l'esprit du temps finit bientôt par adop-

ration temporaire, à cause de la coexistence d'une métro-vaginite qui avait d'abord été méconnue. Sur 30 malades traités à Bordeaux, 23 ont été complètement guéries par la cautérisation; mais les 7 autres prises tout à la fois de gastro-entérite et de métro-vaginite chroniques, n'out éprouvé que de légères améliorations pendant 15, 20 jours, un mois tout au plus. Chez les femmes d'un tempérament lymphatique, c'est à modifier la constitution qu'il faut surtout s'attacher et sans cette précaution le traitement local échouerait infailliblement.

III. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Les numéros 75 et 76, renferment les articles suivans: 1° *Quelques études sur l'ouvrage de Rœderer et Wagler intitulé*: TRACTATUS DE MORBO-MUCOSO; par M. Mabot. 2° *Rapport de la commission de vaccine*; par M. Sallion. 3° *Observation d'anévrisme de l'aorte*; par M. Hignard. (La tumeur développée sur l'aorte ascendante comprimait la veine cave supérieure; et les artères carotide et sous-clavière droite, dans le point qui touchait à l'anévrisme, étaient doublées à l'intérieur d'une fausse membrane qui rétrécissait notablement leur calibre; celui de la sous-clavière était tellement diminué qu'on avait peine à y introduire un stylet.) 4° *Note sur le nerf musculo-cutané*; par M. Hélie. (L'auteur signale l'existence d'une branche nerveuse qui souvent se rend du musculo-cutané au médian. Cette branche avait déjà été indiquée par Bichat, et, suivant M. Hélie, elle sert à expliquer comment, à la suite de saignée du pli du bras, on a pu voir (ainsi que la GAZ. MÉD. du 7 novembre 1840, en a rapporté un exemple), la lésion du musculo-cutané suivie d'une contraction convulsive des doigts.) 5° *Accouchement de deux enfans jumeaux, l'un mort atrophié, de 5 mois 1/2 à 6 mois de développement, l'autre né deux heures après le premier, viable, au terme de 9 mois, bien portant*; par M. Ménard. (Le placenta présentait dans une de ses parties une altération manifeste, et comparable à une transformation fibreuse.) 6° *Terminaison anormale de l'intestin rectum et des organes génito-urinaires. Hermaphrodisme féminin simple d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire*; par M. Malherbe. 7° *Effets pathologiques de l'oxyure*; par M. Bonamy.

IV. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DÉPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE.

DE LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE CHEZ LES ENFANS NOUVEAU-NÉS CONSIDÉRÉE COMME L'UNE DES CAUSES DE L'ŒDÈME SI FRÉQUENT APRÈS LA NAISSANCE; par le docteur CHARCELAY.

Si les recherches suivantes sont confirmées et si les conclusions que l'auteur en a tirées sur la nature de l'œdème des nouveau-nés sont également adoptées tout ne sera pas encore dit sur cette affection jusqu'ici inconnue; nous ne serons pas même très avancés dans la connaissance de la manière de la traiter, mais ce sera un progrès certain et qui probablement en amènera plus tard d'autres et d'une importance plus pratique. Le travail de M. Charcelay contient seize observations qui n'offrent entre elles que de très légères différences. La suivante est l'une des plus complètes et suffira pour donner une idée fort juste de toutes les autres.

OBS. — E..., enfant naissant, venant de six lieues, est déposé à la Madeleine le 6 mai 1840. Il est assez fort, d'une bonne constitution et paraît bien portant. Toutefois la tête est entraînée par son propre poids dans tous les sens, par suite du défaut de contraction des muscles du col. (Frictions avec l'eau-de-vie camphrée.)

6, 7, Mai. Contractions des muscles du côté droit. Les 8, 9, 10 et 11, même état, la tête ne s'incline plus que latéralement, surtout du côté droit. Les muscles du côté gauche sont flasques. (Continuation de frictions à gauche.)

12. Muguet, œdème de la cuisse, de la jambe, et du pied droit. (Collutoire acétique.)

Le 14. Teint légèrement ictérique; cris. (Potion diacodée.) Les 15 et 16, le cri devient un peu voilé, l'œdème existe aux deux membres abdominaux.

Les 17 et 18. L'œdème devient général, la déglutition difficile et le cri de plus en plus voilé.

Le 19. L'enfant ne peut plus avaler, cris très faibles; mains cyanosées et œdématisées; asphyxie commençante. Mort à 10 heures du matin.

AUTOPSIE. — Epanchement sanguin assez considérable à la partie postérieure du cerveau, du cervelet et surtout de la moelle allongée qui sont en contact avec de petits caillots. — Muguet confluent dans la bouche, le pharynx, l'œsophage et la partie supérieure du larynx. L'estomac et les intestins sont à l'état normal. Engorgement hypostatique des deux lobes inférieurs des poumons.

La vessie ne contient pas d'urine. Les reins sont assez volumineux, rouges et congestionnés; la substance corticale est très foncée. Les calices offrent une matière crétacée, d'un jaune rougeâtre, qui semble composée de petits graviers rudimentaires. Les reins fendus suivant le plan de leur longueur, laissent voir une belle injection en jaune orangé des mamelons qui paraissent composés d'une sorte de petits vaisseaux ou tubes capillaires réunis sous forme de pinceaux coniques, dont la pression fait sortir de l'urine trouble en tout semblable à celle trouvée dans les calices, et ayant la plus grande analogie avec certains dépôts d'acide urique que l'on trouve assez souvent au fond des vases. L'infiltration séreuse occupe toutes les parties du corps.

Si maintenant nous parcourons la description générale que donne l'auteur de cette affection, nous reconnaîtrons que réellement elle offre chez les enfans quelques-uns des caractères qu'on observe chez les adultes.

LÉSIONS ANATOMIQUES DES REINS. — Ces lésions sont très variables et ne sont pas absolument identiques à celles que l'on trouve en pareil cas chez l'adulte; nous avons vu, dit l'auteur, le tissu des reins congestionné, rouge, distendu, hypérémié, ou bien, au contraire pâle, anémique, petit, atrophié; tantôt dur, résistant, le plus souvent friable, ramolli; l'altération portant soit sur la substance mamelonnée, soit sur la substance corticale isolément ou simultanément. Celle ci privée de sang gris-blanchâtre ou parfois légèrement jaunâtre, hypertrophiée, d'un aspect granuleux; celle-là flétrie, comme comprimée par l'autre, pour ne pas dire atrophiée, ce qui arrive à la longue, rougeâtre, paraissant recevoir positivement tout le sang de l'organe. — En outre, on voit à peu près constamment les cônes de la substance tubuleuse injectés en jaune orangé par une matière ocracée; et la pression fait sortir des mamelons, même en cas d'absence de cette injection, un liquide trouble, grisâtre, en tout semblable à l'urine que l'on trouve, non pas constamment et en petite quantité toutefois, dans la vessie, le bassinet et les calices, dans lesquels

---

ter les préceptes de l'école analytique. Aristote devait servir à développer la science d'Hippocrate, après avoir réagi contre les doctrines de Platon.

Ce coup d'œil peut suffire jusqu'à un certain point pour donner une idée juste des causes et des effets du dogmatisme. Mais nous n'avons procédé que par l'ensemble; nous avons exposé, nous avons raconté, sans nous appuyer sur des autorités et sans entrer dans les détails. Nous n'avons pas dit, par exemple, quels sont les médecins qui se sont illustrés dans le dogmatisme depuis Hippocrate jusqu'aux anatomistes d'Alexandrie. Nous pourrions certainement faire bon marché des hommes s'il ne s'agissait que de biographies arides; mais il est essentiel de s'occuper des doctrines, car il y a des idées justes et quelquefois des idées fécondes, même dans les théories les plus creuses. Nous devons donc nous occuper des doctrines particulières, après avoir dit notre pensée, notre opinion sur le caractère du dogmatisme, qui mérite assurément mieux qu'on ne le croit généralement. Ce sera, d'ailleurs, le seul moyen de montrer jusqu'à quel point les doctrines philosophiques ont pénétré les doctrines médicales. Nous consacrerons à cette élucubration complémentaire un second et dernier article.

ED. C.

SUETTE MILIAIRE DU DÉPARTEMENT DE LA DORDOGNE.

La suette miliaire, qui depuis près de deux mois règne dans plusieurs des cantons du département, ainsi qu'à Périgueux, avait pris depuis le 10 septembre une nouvelle intensité, surtout dans cette dernière ville. Le nombre des malades et surtout celui des morts ayant pris tout à coup une notable augmentation au moment où l'on croyait que la maladie allait disparaître, l'effroi est devenu général; les médecins ne pouvaient plus suffire, malgré leur zèle, et le préfet de la Dordogne a réclamé des hommes de l'art aux villes voisines et à Bordeaux surtout. La Société de médecine de Bordeaux, pour répondre à cet appel, s'est réunie et a nommé une commission composée de six membres pris dans son sein, qu'elle a chargé d'aller étudier et traiter cette maladie épidémique sur les lieux où elle règne en ce moment. Cette commission, composée de MM. les docteurs Bonnet, Cortès, Borchard, Gintrou et Barnelot, a été divisée en deux séries, dont la première est partie le 18 septembre, et dont l'autre doit la suivre aussitôt que les circonstances l'appelleront. Mais des nouvelles de Périgueux même et des environs annoncent que le nombre des malades a beaucoup diminué de nouveau, et que la maladie a repris une forme très benigne. Nous espérons que, malgré cette amélioration, la commission des médecins de Bordeaux n'en accomplira pas moins la mission qui lui a été confiée, et s'occupera spécialement de rechercher les causes qui produisent cette affection, sur laquelle on a beaucoup écrit, et sur l'origine de laquelle nous sommes encore à attendre les premières données.

se dépose une sorte de boue uriqoe et rougeâtre. Ce dépôt pourrait être regardé comme une véritable gravelle, dans le sein de laquelle se forment des calculs de même nature, plus ou moins volumineux.

SYMPTÔMES. — Ici nous nous trouvons réduits à deux symptômes propres à la maladie; l'infiltration sur divers points du corps et l'urine albumineuse. Le premier varie dans son étendue, son siége, sa forme et sa marche; quelquefois il est plus prononcé à droite qu'à gauche; il commence par les mains, la face, les pieds, les parties génitales et reste quelquefois borné à ces parties, et d'autres fois se montre simultanément sur plusieurs points à la fois et s'étend de proche en proche aux parties voisines, gagne les membres, et envahit les cavités splanchniques. Le second symptôme ou la présence d'albumine dans l'urine est difficilement appréciable, car il ne paraît pas qu'il ait pu être constaté dans aucun des cas rapportés ici du vivant des sujets, et dans les deux ou trois cas où quelques gouttes d'urine ont été trouvées dans la vessie, elles ont fourni un précipité blanc par l'acide nitrique, lequel fut redissous dans un cas par un excès d'acide. L'auteur indique encore d'autres symptômes, mais qui n'étant ni constans, ni caractéristiques, ne peuvent avoir de valeur réelle; tels sont les cris aigus, l'inappétence, les nausées, les vomissemens, le faciès grippé, la diarrhée, l'état de la langue, la température, la sécheresse, la tension, la couleur de la peau. Mais ces phénomènes sont communs à trop de maladies pour mériter une sérieuse attention.

ÉTIOLOGIE. — Nous ne trouvons rien à reproduire de ce que dit l'auteur sur les causes excitantes et prédisposantes de cette maladie, qui pour lui n'est autre que l'œdème des jeunes enfans, bien que certains cas d'œdème des nouveau-nés puissent, selon lui, ne pas se rattacher à la maladie de Bright.

TRAITEMENT. — Nous avons également peu à dire des différentes médications que M. Charcelay conseille dans le traitement de cette affection. L'obscurité qui règne encore sur le traitement des adultes ne permet pas d'espérer que nous soyons plus avancés pour celui des enfans. Les médications qu'on appelle, si souvent à tort, rationnelles, et quelques préceptes d'un empirisme peu fondé, sont les seuls moyens qu'il peut conseiller dans l'état actuel de la science.

V. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros de juin, juillet et août 1841, contiennent les articles originaux suivans : 1° *De l'opération du strabisme*; par M. Stœber. (Exposition bien faite des notions acquises à l'histoire du strabisme. A l'occasion de la myotomie sous-conjonctivale proposée par M. J. Guérin, M. Stœber dirige quelques critiques contre ce procédé qu'il condamne comme trop difficile, comme exposant à la section incomplète du muscle, *et à la blessure du globe de l'œil*. De telles accusations demandent une réponse, et nons l'aurions faite si leur auteur avait pris la peine de les appuyer sur des faits. M. Stœber reproche encore au procédé sous-conjonctival de rendre impossible la résection d'une partie du muscle. Le fait est vrai, mais pour nous, loin de constituer un désavantage, c'est là au contraire une condition de succès.) 2° *Relation médicale des asphyxies occasionnées à Strasbourg par le gaz de l'éclairage*; par M. Tourdes. 3° *Du croup bronchique ascendant*; par M. Birtz. 4° *Recherches sur divers points concernant le traitement de la fièvre typhoïde*; par M. Taufflieb. 5° *De la nécessité du traitement local des chancres et de l'emploi du sulfate de cuivre et du cyanure de mercure*; par M. Strohl. (premier article.)

RELATION MÉDICALE DES ASPHYXIES OCCASIONÉES A STRASBOURG PAR LE GAZ DE L'ÉCLAIRAGE; par le professeur TOURDES.

Un accident affreux, et qui a causé à Strasbourg la mort de cinq personnes, asphyxiées par le gaz d'éclairage, a fourni au professeur Tourdes l'occasion de recherches importantes sur ce sujet. Nous allons le suivre dans ce travail, regrettant de ne pouvoir signaler que les faits les plus importans, et encore privés de tous les détails qui ajoutent tant à leur intérêt.

Le 31 décembre 1840, toute la famille Beringer, composée de six personnes, se trouvait réunie; un des fils était revenu dans l'après-midi d'une petite ville voisine. La première journée, le magasin et le logement ne s'ouvrent pas; le 2 janvier, même silence, tout reste encore fermé. A dix heures et demie du matin, on se décide à pénétrer dans le logement. Cinq personnes sont étendues par terre; un sixième corps repose sur un lit. Le père, âgé de 46 ans, donnait encore quelques signes de vie; la mère, âgée de 44 ans, faisait entendre de sourds gémissemens; la servante, âgée de 18 ans, était déjà raide et froide; les deux garçons, âgés de 14 et 15 ans, étaient froids aussi; enfin, la fille, âgée de 5 ans, offrait encore quelques traces de chaleur. Les soins les plus empressés sont prodigués à ceux qui offrent un reste de vie; mais Beringer père succombe le 3 janvier, à 5 heures du matin; sa femme seule survit à toute sa famille.

La cause de ce funeste événement fut facile à apprécier pour les personnes qui pénétrèrent les premières dans l'appartement, par l'odeur du gaz qui y était répandue. Parmi les objets qu'on y trouva, nous n'en citerons qu'un seul; sur le poêle se trouvait un chandelier de cuivre, tout à fait vide, présentant dans la portion vide un cylindre de papier, noir et carbonisé.

L'ouverture des cinq cadavres fait reconnaître que certains phénomènes se sont reproduits dans tous les cas, avec des nuances plus ou moins tranchées, tandis qu'il en était d'autres, d'une existence moins constante, qui variaient dans chaque individu. Voici, parmi les premières de ces lésions, celles qui ont paru les plus importantes. Chez tous les cadavres, il existait des plaques rosées plus ou moins prononcées à la partie antérieure et interne des cuisses; chez tous, ces plaques rosées correspondaient à une injection prononcée du derme et du tissu sous-jacent.

L'injection des meninges, et surtout de la pie-mère, s'est présentée dans tous les cas; la surface du cerveau offrait une rougeur intense et son parenchyme était sablé chez tous également, à l'exception du père, chez lequel l'injection était beaucoup moins prononcée, et qui avant sa mort avait été saigné plusieurs fois.

Chez tous les sujets, le rachis contenait une quantité considérable de sang coagulé, épanché entre la dure-mère et le canal osseux. Ces caillots étaient surtout abondans à la face postérieure de la dure-mère.

Chez les quatre sujets qui avaient succombé immédiatement à l'action du gaz, une écume blanchâtre, à stries sanguinolentes, épaisse, visqueuse, remplissait la bouche, le larynx et les bronches et adhérait à leurs parois. Chez tous, le tissu pulmonaire offrait, dans toute son étendue, une coloration d'un rouge extrêmement vif, qui formait avec l'écume et l'injection du lobe aérien le signe le plus important fourni par les organes pulmonaires.

Le sang a offert dans tous les mêmes caractères; il était coagulé et les caillots étaient accumulés non seulement dans le cœur, mais encore dans l'aorte, les grosses veines rougeâtres ou noirâtres, quelques-unes même décolorées. La couleur du sang était noirâtre dans tous les cas et ses modifications se rapportaient toutes à des teintes plus ou moins rougenoirâtres. Le foie, dans les quatre premières observations, était fortement gorgé de sang et d'une teinte rougeâtre très prononcée. Chez le cinquième, il était pâle et d'un gris jaunâtre. Chez les quatre premiers sujets, la vessie était remplie d'une énorme quantité d'urine limpide; la rigidité cadavérique était complète dans tous les cas.

M. Tourdes, après avoir montré que, chez le sujet qui n'était mort qu'après avoir été saigné plusieurs fois, les altérations étaient les mêmes, à l'exception de l'écume rougeâtre, dont il n'y avait pas de traces dans la bouche, et de l'injection du foie, qui avait été remplacée par une pâleur et une nuance jaune-grisâtre de cet organe, après avoir démontré que les deux seuls cas jusqu'ici recueillis dans la science, l'un par M. Devergie, l'autre par M. Ollivier, ont offert exactement les mêmes altérations, et les avoir comparées avec celles qu'on trouve dans les cas d'asphyxie produite par une autre cause, conclut de tous ces faits, qu'on peut considérer comme caractères particuliers de l'asphyxie par le gaz de l'éclairage : 1° la coagulation du sang; 2° la coloration du tissu des poumons; 3° l'abondance et la nature de l'écume des voies aériennes; 4° la vivacité de l'injection de leurs muqueuses; 5° l'intensité de la congestion cérébrale; 6° l'engorgement du système veineux vertébral, et l'épanchement du sang coagulé dans le rachis.

De l'étude des symptômes, faite dans le même esprit, et suivant la même direction que celle des caractères anatomiques, il déduit, d'un autre côté, que l'action du gaz de l'éclairage se révèle par des phénomènes morbides qui lui sont propres, lesquels phénomènes consistent spécialement dans un trouble plus ou moins profond des fonctions du système nerveux, auquel viennent ensuite s'ajouter la lésion et l'interruption des fonctions respiratoires. Voici quels sont en résumé ces symptômes : 1° Invasion insidieuse, prodrômes d'une durée variable; 2° céphalalgie, vertiges; 3° nausées, vomissemens; 4° troubles des facultés intellectuelles, perte absolue des connaissances; 5° affaiblissement général, profonde résolution des forces, paralysie partielle, convulsions; 6° phénomènes d'asphyxie apparaissant avec lenteur, mais complets et prédominans dans les derniers instans de la vie.

Le gaz de l'éclairage employé à Strasbourg est préparé par le procédé de M. Selligues, par la décomposition de l'huile extraite des schistes d'Igornay (Haute-Saone). Ce gaz, analysé par M. Wirtz, est ainsi composé :

Hydrogène	31
Hydrogène proto-carboné	22,5
Oxide de carbone	21,9
Azote	14
Hydrogène bi-carboné et pyrilaine	6
Acide carbonique	4,6
	100

Ce gaz, qui a, sur celui de la houille, une supériorité incontestable, ne répand jamais, comme ce dernier, en brûlant, l'odeur d'acide sulfureux; son pouvoir éclairant est beaucoup plus considérable; on l'évalue au moins au double. Sa densité plus grande permet d'obtenir une même force de lumière avec moitié moins de produit et de pouvoir le fabriquer et le distribuer à une pression extrêmement faible, d'environ un cinq-centième d'atmosphère, ce qui diminue considérablement les chances de fuite. Son odeur particulière est due aux carbures d'hydrogène pyrogénés qu'il renferme et est extrêmement pénétrante. Mêlé avec l'air atmosphérique, dans la proportion d'un onzième, l'odeur est extrêmement intense, et elle est encore très sensible à celle d'un sept cent cinquantième.

Il résulte des nombreuses expériences faites par M. Tourdes sur les animaux que ce gaz a une action énergique, supérieure à celle de l'hydrogène, de l'hydrogène bi-carboné, de l'acide carbonique, inférieure à celle de l'acide sulfhydrique, et que cette action est principalement due à la présence de l'oxide de carbone.

L'auteur, arrivé enfin à la partie pathologique, au mode d'action du gaz de l'éclairage sur l'économie, se demande s'il agit comme simple cause d'asphyxie par la substitution d'un air non respirable à l'air atmosphérique, ou si, au contraire, il est doué de propriétés délétères spéciales. Reprenant alors l'histoire des symptômes qu'il a exposés, il fait voir que c'est sur le système nerveux que se porte d'abord l'action du gaz, et que la respiration ne se trouble d'une manière vraiment grave que dans les derniers momens. L'examen des lésions cadavériques n'est pas moins favorable à cette explication; le sang qui est coagulé, au lieu de liquide, l'intensité de la congestion cérébrale, l'engorgement du système nerveux vertébral, l'épanchement du sang coagulé dans le rachis, la coloration toute spéciale du tissu pulmonaire, démontrent encore que la mort n'a pas été seulement le résultat de l'interruption de la respiration; les expériences sur les animaux seules lèvraient tous les doutes, puisque ce gaz, mêlé à l'air atmosphérique à la dose d'un quinzième, a causé la mort en neuf, douze et quatorze minutes à des lapins, et en cinq minutes à des pigeons. L'ensemble de ces faits démontre donc que le gaz de l'éclairage n'agit pas seulement en déterminant l'asphyxie, mais qu'il est en outre doué d'une action délétère spéciale. Il est à regretter que de ces données, fort importantes sous le point de vue scientifique, il ne résulte aucune nouvelle indication positive pour le traitement. Cependant il est évident qu'outre les moyens qu'on emploie d'ordinaire contre l'asphyxie le praticien doit toujours employer ceux qui sont propres à combattre les congestions cérébrales et rachidiennes, et si on a pu, dans l'accident que nous venons de rapporter, sur deux individus qui respiraient encore après avoir passé 42 heures sous l'influence de ce gaz délétère, en rappeler un seul à la vie, on ne doit l'attribuer qu'à l'énergie des moyens qui ont été employés.

VI. JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Les numéros de juillet et août 1841, contiennent les articles suivans: 1° *Observations de clinique médicale.* 2° *Observations de clinique chirurgicale.* (Cinq opérations de lithotritie faites par M. Bonnet dans des cas tantôt simples, tantôt compliqués et où le succès a été aussi durable que rapidement obtenu.) 3° *Observations de clinique d'accouchement*; par M. Nichet. 4° *Revue générale de diverses opérations nouvelles.* (Il s'agit du traitement chirurgical des pieds-bots, du strabisme, du bégaiement et de la myopie; nous trouvons que sur 30 malades âgés de moins de 31 ans, et opérés par la section sous-mentale des génio-glosses, due à M. Bonnet, 10 ont été complètement guéris, 11 ont éprouvé des améliorations très grandes, 2 des améliorations médiocres, et 7 n'ont retiré de l'opération aucun résultat. Parmi les guérisons complètes plusieurs persistent depuis plus de deux mois.) 5° *De l'influence de la dernière inondation sur la santé publique à Lyon.* 7° *Notice sur la construction et l'emploi du sulfhydromètre*; par M. Alph. Dupasquier. 7° *Sur le traitement de la dysenterie par la saignée générale*, rapport par M. Nepple.

OBSERVATIONS DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT; par M. NICHET.

1° CONVULSIONS PUERPÉRALES.

Malgré les nombreux travaux publiés sur ce sujet, il n'existe pas encore de règle capable de guider sûrement le médecin au milieu des circonstances embarrassantes que lui présente souvent la pratique. Non seulement les moyens connus contre cette terrible maladie sont insuffisans, mais leur emploi même n'est pas soumis à des préceptes assurés qui permettent d'en fixer toujours d'une manière certaine, la convenance ou l'inopportunité. Ainsi, bien que l'indication naturelle, dans le cas d'éclampsie, soit de terminer l'accouchement, bien qu'il règne une sorte d'unanimité parmi les auteurs sur ce point, il est cependant des cas où le danger est si pressant, le mal si grave que le chirurgien recule en quelque sorte, malgré lui, devant toute opération, même alors que celle-ci serait le plus facilement praticable. C'est à un semblable concours de circonstances qu'a rapport la première observation de M. Nichet: des accès se renouvelaient toutes les heures, la respiration était si faible, le pouls si petit, qu'on craignait à chaque instant de voir expirer la malade, la perte de connaissance continuait même dans l'intervalle des accès. En présence de tels accidens, et quoiqu'il eût été aisé d'opérer la dilatation du col, M. Nichet crut devoir s'abstenir, et cela, d'autant plus que l'enfant était mort depuis plusieurs jours; mais il ne prit pas ce parti sans de vives perplexités. Heureusement la nature se chargea de résoudre le problème en lui donnant raison, car l'accouchement se fit spontanément, et la malade n'en succomba pas moins. Dans la seconde observation les circonstances étaient différentes, aussi la pratique ne fut pas la même. L'ensemble des symptômes était beaucoup moins menaçant, et, après avoir sans succès essayé la saignée, le plus sûr des moyens prophylactiques, suivant madame Lachapelle, M. Nichet opéra sans difficulté la version qui mit presque immédiatement un terme aux accidens.

2° OBSERVATIONS DE BASSINS SIMPLEMENT ÉTROITS SANS COURBURE NI DÉFORMATION DES OS.

Les rétrécissemens de ce genre sont tellement rares qu'ils ont été dits impossibles par quelques accoucheurs tels que Stein, madame Boivin. D'autres, tout en reconnaissant qu'ils peuvent exister les considèrent comme très rares, et, d'après le peu d'exemples qui ont été publiés jusqu'ici, cette opinion paraît fort plausible. Peut être cependant y aurait-il quelque chose à redire contre cette prétendue rareté, car, en raison même de leur nature, ces cas d'angustie qui ne s'accompagnent d'aucune difformité apparente peuvent échapper à l'œil le plus exercé. Ce sont des rétrécissemens insidieux, comme le dit M. Nichet, et sous ce rapport, il importe d'en faire connaître toutes les observations, afin de rappeler aux praticiens l'existence d'une maladie si facile à méconnaître.

Dans les deux cas que M. Nichet a pu constater par l'autopsie, une fois l'accouchement s'était accompli sans beaucoup de difficultés et les dimensions du bassin étaient les suivantes: détroit supérieur: diam. sacro-pubien 3 pouces; transverse 4 pouces 3 lignes; oblique 4 pouces. Détroit inférieur; diam. bi-sciatique 3 pouces 2 lignes; coccy-pubien 3 pouces 2 lignes. Excavation; diam. antéro-postérieur 4 pouces, diam. transverse 3 pouces 8 lignes. De la tubéros. sciatique à la crête iliaque 6 pouces 8 lignes. De la tubéros. sciatique au détroit supérieur 3 pouces 6 lignes. De la base du sacrum au sommet du coccyx 3 pouces 8 lignes. Profondeur de la cavité sacro-coccygienne 1 pouce 4 lignes. Hauteur de la symphyse pubienne 2 pouces. Dans la seconde observation, la craniotomie dut être pratiquée. Voici les mesures du bassin: détroit supérieur; diam. sacro-pubien 3 pouces 6 lignes; transverse 3 pouces 10 lignes; obliques 3 pouces 8 lignes. Détroit inférieur; diam. bi-sciatique 3 pouces; coccy-pubien 2 pouces 11 lignes. De la partie inférieure du pubis au sacrum 3 pouces 7 lignes. Le diamètre transverse de l'excavation est de 3 pouces 11 lignes. De la tubéros. sciatique à la crête iliaque 6 pouces 6 lignes. De la tubéros. sciatique à la portion iliaque du détroit supérieur 3 pouces. Le sacrum a 4 pouces de hauteur. Symphyse pubienne 1 pouce 4 lignes. L'arcade pubienne 1 pouce 8 lignes. Le sacrum a 7 lignes de profondeur. Le reste du squelette était à l'état normal. Longueur totale du corps, 4 pieds 5 pouces.

DE L'INFLUENCE DE LA DERNIÈRE INONDATION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE A LYON.

Il était d'un grand intérêt de constater quels ont été les effets de l'inondation qui, en si peu de temps, à deux reprises différentes, a couvert une partie de la ville de Lyon, sur la santé de ses habitans. Si les simples variations de température et d'hygrométrie exerçaient sur la santé une

partie des effets funestes qu'on leur a attribnés, c'est certainement dans une circonstance comme celle où s'est trouvée la ville de Lyon que ces effets auraient dû être faciles à apprécier. Nous ne rappellerons pas les détails de cette calamité; nous nous contenterons de dire que dans aucune des inondations antérieures les eaux ne s'étaient élevées à une aussi grande hauteur, jamais leur séjour n'avait été aussi prolongé, ni leur retraite aussi lente. En 1840 les eaux ont recouvert la ville et la campagne dans un rayon de plusieurs lieues, inondé les quais, les rues, les places publiques, les caves et les habitations; altéré l'eau des puits, des pompes et des fontaines par les substances hétérogènes qu'y mêlait la filtration des égouts et des fosses d'aisance. Après la retraite des eaux, une vase infecte recouvrait la plupart des rues et stagnait dans les cours; un limon épais et visqueux tapissait les murailles de nos habitations intérieures; une humidité nauséabonde et délétère chargeait l'atmosphère; la population était inquiète; on avait tout à redouter dans des circonstances aussi désastreuses, et cependant l'inondation de 1840 n'a eu qu'une influence peu sensible sur la santé publique. Depuis le mois de novembre jusqu'à ce jour (juillet 1841), les hôpitaux n'ont pas été plus encombrés, le nombre des malades a peu augmenté et si la mortalité s'est accrue cependant d'une manière notable, cet accroissement n'a été dû à aucune maladie particulièrement produite par l'inondation.

Dans les premiers jours qui suivirent ce fléau, on observa un assez grand nombre de diarrhées rebelles et quelques dysenteries attribuées à l'ingestion d'eau insalubre. Quelques fièvres typhoïdes se sont aussi montrées, et si la constitution atmosphérique a eu sur elles quelque influence, ce n'est qu'en prolongeant leur durée et leur imprimant un caractère adynamique plus prononcé. Du reste, les maladies n'ont pas été plus fatales qu'à l'ordinaire, mais leur traitement a dû être modifié. Ainsi, on a moins insisté sur les évacuations sanguines dans le début, comme aussi on a eu recours plutôt aux toniques, qui ont été continués plus longtemps. C'est à ces quelques maladies que s'est bornée l'action première de l'inondation.

Plus tard, des rhumatismes nombreux et tenaces ont été observés, mais rarement ils ont eu une marche aiguë, excepté chez les individus qui avaient travaillé longtemps dans l'eau; en général l'état hygrométrique de l'atmosphère a plutôt réveillé d'anciennes douleurs qu'il n'en a occasionné de nouvelles. Les maladies qui ont régné le plus généralement sont les catarrhes et les fièvres catarrhales qui, au reste, règnent habituellement à Lyon dans cette saison; mais la circonstance en a singulièrement augmenté le nombre et modifié le caractère; quelques catarrhes pulmonaires ont eu une intensité et une durée alarmantes, mais ils ont fait en général peu de victimes. On ne peut pas rattacher à la même cause la maladie épidémique qui a régné dans la garnison et dont l'étymologie et l'étiologie restent encore obscures.

Malgré l'absence d'aucune affection spéciale, la mortalité cependant a été plus considérable que pendant les années précédentes. Aussi, en prenant le livre des décès des deux derniers mois de 1840, la ville et les hôpitaux réunis donnent un chiffre de 1,118; tandis que l'on n'en trouve que 750 dans les mêmes mois de 1838 et 787 en 1839. On explique facilement cette différence par l'effet pernicieux qu'a pu produire le fléau sur la mort des personnes âgées, des individus faibles et valétudinaires et surtout sur les sujets affectés de maladies chroniques.

L'auteur attribue le bon état sanitaire de la ville de Lyon et de ses environs pendant et après la durée de ce fléau aux mesures promptes et énergiques qui ont été prises par l'administration locale et au vent du nord qui souffla constamment sur la ville pendant plus de vingt jours, et vint ainsi en aide aux moyens d'assainissement qui étaient employés. Pour nous, nous pensons qu'au moyen-âge un événement semblable aurait entraîné, pour la population du pays et de ceux qui l'entourent des résultats bien plus désastreux.

VII. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les numéros de mars, avril, mai, juin et juillet 1841, contiennent les mémoires originaux suivants : 1° *De l'emploi de diverses huiles de poissons en médecine*; par M. Delcour. 2° *Mémoire sur la dysenterie*; par M. Binard. 3° *Cystotomie périnéale chez un individu dont la portion prostatique de l'urètre était oblitérée*; par M. Vottem. 4° *De la cure radicale des hernies inguinales*; par M. Lutens jeune. (Objections théoriques contre le procédé de M. Sottean; l'auteur avoue néanmoins que, dans un cas où lui-même avait d'abord appliqué sans succès l'opération proposée par M. Wutzer, M. Sottean parvint à obtenir une guérison radicale à l'aide de son procédé de rapprochement des parois du canal inguinal l'une contre l'autre.) 5° *Observations autoplastiques*; par M. Burggraeve. 6° *Observation de luxation de l'avant-bras en avant*; par M. Leva. (L'observation manque des détails qui seraient absolument nécessaires pour faire admettre une lésion dont la possibilité est mise en doute par beaucoup de chirurgiens. Il paraîtrait même, d'après le texte, qu'il ne s'agissait que d'un déplacement par lequel le sommet de l'olécrâne serait venu se mettre en contact avec la partie inférieure de la trochlée, car le signe principal qu'indique l'auteur est la longueur démesurée de l'avant-bras. L'accident était dû à une chute sur le coude, et la réduction s'obtint facilement après quelques tractions, en repoussant en sens inverse les extrémités osseuses.) 7° *Hemorragie traumatique de l'artère cubitale; ligature; dénudation des tendons; guérison sans exfoliation*; par M. Delbaye. (La compression, faite pendant onze jours, n'avait pas empêché l'hémorragie de reparaître à diverses reprises.) 8° *Sur la luxation de l'extrémité supérieure du radius*; par M. Stacquez. 9° *Du mariage considéré dans ses rapports avec l'éducation physique des enfans*; par M. Pétermans. 10° *Observation de paralysie incomplète des membres résultant d'une lésion de la moelle épinière, et observation sur une tumeur fibreuse de l'utérus, constatée après l'accouchement*; par M. Marinus. 11° *Du traitement du bégaiement par la section des muscles génio-glosses*; par M. Lutens jeune. (De deux bègues chez lesquels l'auteur a fait cette section par l'intérieur de la bouche, l'un, examiné le vingt-cinquième jour, éprouvait une *amélioration notable*; l'autre était totalement guéri; mais ce n'est que huit jours après l'opération qu'on l'a vu pour la dernière fois. Dans le rapport fait à la Société de Gand sur ce mémoire, M. de Nobèle a déclaré que le procédé de M. Bonnet (de Lyon) lui semble meilleur que celui de M. Lutens, et, d'après ce que nous avons vu, cette préférence est complètement justifiée par l'expérience.) 12° *Observation d'une plaie pénétrante de la poitrine, avec rupture du ventricule droit du cœur, résultant d'un coup de pistolet chargé à grains de plomb*; par M. Schreuder. (La mort fut subite; à l'autopsie, on trouva sur les parois du ventricule droit une rupture d'un pouce et demi d'étendue. L'auteur attribue la formation d'une plaie aussi large à l'agrandissement d'une des ouvertures faites par les grains de plomb, agrandissement qui aurait été causé par les dernières contractions du ventricule droit, tiraillant en sens inverse les fibres préalablement divisées par le projectile.)

DE L'EMPLOI DE DIVERSES HUILES DE POISSONS EN MÉDECINE; par le docteur DELCOUR.

Après avoir jeté un coup-d'œil rapide sur les poissons qui fournissent l'huile connue sous le nom d'huile de foie de morue, et qui appartiennent à divers genres, tels que le *raya*, le *cadus*, le *merlus*, l'auteur examine quelles sont les conditions physiques qu'elle doit présenter pour mériter la confiance du thérapeutiste, et n'arrive sur ce point à aucune conclusion positive; car, suivant MM. Gouzé et Gmélin, c'est l'huile la plus claire que l'on doit préférer pour l'usage interne, tandis que, suivant MM. Trousseau et Pidoux, l'huile limpide n'a aucune vertu médicinale, et on doit lui préférer celle qui a une saveur de poisson et détermine une sensation âpre dans le fond de la gorge, quand on l'avale, et surtout celle qui est brune, peu transparente, douée d'une odeur désagréable et empyreumatique. L'auteur dit pourtant avoir lui-même, dans plusieurs cas, vu l'huile limpide ne procurer aucun succès, tandis qu'aussitôt qu'on se servait de l'huile épaisse, on observait de suite un changement favorable. L'huile de baleine, que quelques médecins emploient presque exclusivement, n'a pas paru aussi efficace.

Depuis que M. Gmélin a mis hors de doute l'existence de l'iode dans l'huile de morue, on est très disposé à attribuer à cette substance la propriété thérapeutique de l'huile. M. Delcour repousse cette opinion comme inadmissible, parce que des différences trop notables séparent ces deux médicamens, pour qu'on puisse supposer qu'ils tirent leur action de la même source. Et pourtant, si nous remontons aux différentes affections dans lesquelles l'huile de morue a été utile, nous trouverons qu'elles sont à peu près les mêmes que celles dans lesquelles l'emploi de l'iode a le plus communément réussi. Ces maladies sont le rachitisme, dans le traitement duquel l'huile de morue a réussi à toutes ses périodes, mais d'autant mieux pourtant qu'on l'employait plus tôt; les scrofules, dans lesquelles l'action bienfaisante de l'huile de morue est de toute évidence, surtout lorsqu'elles affectent les systèmes osseux et fibreux, circonstance par laquelle elle diffère de l'iode, qui est si utile dans le traitement des glandes et du système lymphatique en général, et qui est beaucoup moins efficace contre les scrofules des os.

Si on a quelquefois confondu des maladies de la moelle et de la colonne vertébrale avec des affections rhumatismales chroniques, il n'en est pas moins vrai que des paraplégies douloureuses qui duraient depuis de longues années, des sciatiques doubles ou simples ont cédé sous l'influence de l'huile de morue, alors que les médications les plus énergiques

étaient restées inefficaces, et il est vrai que c'est dans le traitement des arthrites rhumatismales chroniques que les propriétés médicinales de cette huile se sont révélées pour la première fois. Dans l'arthrite goutteuse, au contraire, elle ne jouit d'aucune utilité. Comme l'arthrite rhumatismale est très voisine, peut-être même identique de l'arthrite scrofuleuse, on doit être peu étonné de ces succès. Il en doit être de même de ceux qu'on obtient du même traitement contre les affections cutanées chroniques qui compliquent si souvent la diathèse scrofuleuse et contre certains engorgemens des organes abdominaux ou thoraciques mal caractérisés, mais qu'on observe chez des sujets scrofuleux.

Après avoir dit quelques mots sur l'emploi de l'huile de morue à l'extérieur, et avoir signalé les rétrécissements du bassin, qu'on a dit être survenus chez quelques femmes postérieurement à l'emploi de l'huile de poisson donnée pour des douleurs rhumatismales, l'auteur passe à l'examen des doses et du mode d'administration de cette huile; ce qui est un point fort important, en raison du dégoût qu'elle inspire à la plupart des malades. Elle doit être prescrite, chez l'adulte, à la dose de deux, trois et quatre cuillerées à bouche par jour; et chez les enfans, à celle d'autant de cuillerées à café. Afin d'en rendre l'ingestion plus facile, il recommande au malade de se boucher le nez pendant qu'il l'avale, ou, avant de l'avaler, de se gargariser avec une cuillerée d'eau-de-vie. Afin d'éviter les éructations désagréables, on fait prendre aux enfans une demi-cuillerée à café de liqueur, telle que l'anisette, et aux enfans adultes un verre de rhum, d'eau-de-vie ou de toute autre liqueur forte. Quand l'huile de morue est constamment rejetée par le vomissement, on la fait prendre en demi-lavemens, dans une décoction d'amidon, et ce mode d'administration paraît avoir compté des succès.

CYSTOTOMIE PÉRINÉALE PRATIQUÉE CHEZ UN INDIVIDU DONT LA PORTION PROSTATIQUE DE L'URÈTRE ÉTAIT OBLITÉRÉE; par M. VOTTEM.

Voici les circonstances les plus importantes de cette observation, intéressante par les complications nombreuses qui entouraient la maladie principale, et par la manière dont elles ont été surmontées.

OBS. — M. B..., affecté depuis vingt-cinq ans d'un rétrécissement de l'urètre, vit subitement se développer au milieu du périnée un abcès qui fut ouvert. Malgré cette incision, il survint une rétention d'urine complète, et telle, qu'aucune sonde, quelque faible que fût son volume, ne pouvant être introduite dans la vessie, il fallut recourir à la ponction hypogastrique. Depuis lors, le malade urina par une sonde placée dans le trajet fistuleux, l'urètre demeurant tout à fait oblitéré.

Les choses étaient dans cet état, lorsque, trois ans après environ, de nouveaux accidens apparurent, et il fut aisé de constater, à l'aide de la sonde hypogastrique, la présence d'un calcul volumineux dans la vessie. Divers moyens furent proposés : la lithotritie d'abord, mais la vessie était trop irritable, la pierre trop grosse, et d'ailleurs, l'urine ne coulant plus par l'urètre, les fragmens seraient restés dans le bas-fond du viscère. On chercha aussi, mais sans succès, à dilater l'ouverture située à l'hypogastre, à l'aide de l'éponge préparée. La cystotomie seule était donc praticable, mais il y avait encore bien de l'hésitation sur le choix du procédé à employer; et d'abord, M. Vottem rejeta l'idée de la taille hypogastrique, parce qu'il avait dû s'établir, grâce à l'ancienneté du canal artificiel existant dans ce point, des adhérences telles entre la vessie et la paroi abdominale, qu'il eût été impossible d'écarter le péritoine pendant l'opération, et qu'on n'aurait pu éviter de le couper. La méthode recto-vésicale fut aussi mise de côté, ou du moins réservée pour le cas où l'on ne pourrait réussir à exécuter l'une des tailles périnéales. Mais, parmi celles-ci, à laquelle donner la préférence, ou, plutôt, laquelle était possible? M. Vottem essaya d'abord de porter, jusque dans le col vésical et dans la portion prostatique du canal, une sonde introduite par la plaie de l'hypogastre, et qui aurait ainsi servi de conducteur au cystotome, pour terminer l'opération comme dans la méthode bi-latérale; mais il ne put y parvenir. Il s'arrêta en conséquence à un plan calculé d'après l'état des parties, et qui, prévoyant tous les obstacles, toutes les impossibilités même, devait conduire sûrement au but. Il introduisit d'abord un cathéter dans l'urètre jusqu'à l'oblitération de la région prostatique; puis il fit l'incision du périnée comme dans la méthode bi-latérale, et de manière à arriver sur le cathéter. Poussant alors cet instrument dans la direction connue du canal, il chercha à le faire pénétrer dans la vessie; mais ces tentatives, exécutées avec une certaine force et répétées même avec la sonde conique de Boyer, ne furent pas suivies de succès.

Il fallut donc abandonner l'espoir de terminer l'opération en incisant les mêmes parties que dans la taille bi-latérale, et se décider à ouvrir la vessie dans son bas-fond. Une sonde de M. Mayor, introduite par la plaie de l'hypogastre, fut poussée dans ce point, et on sentit avec le doigt son extrémité faisant saillie au-devant du rectum, et immédiatement derrière la prostate. Couper la paroi vésicale, faire sortir, à travers cette ouverture, la sonde dont on réséqua le bout, afin de pouvoir placer l'extrémité du cystotome dans sa cavité centrale, et pousser sur ce conducteur le cystotome jusque dans la vessie, en retirant la sonde de M. Mayor, tout cela ne fut l'affaire que d'un instant. On ouvrit alors, au n. 18, l'instrument, et, en le retirant, les deux côtés du bas-fond de la vessie furent divisés en travers, dans une étendue suffisante pour permettre l'extraction de quatre calculs, dont deux adhéraient à la vessie. Le malade guérit assez rapidement.

M. Vottem, exposant ensuite les considérations qui l'ont décidé en faveur de ce procédé opératoire, fait remarquer que la section des canaux éjaculateurs, suite nécessaire de l'incision transversale telle qu'il l'a pratiquée, n'avait pas ici les mêmes inconvéniens qu'à l'ordinaire, à cause de l'oblitération de l'urètre, qui empêchait l'éjaculation. Il avoue d'ailleurs que son opération, bien qu'elle ait réussi, ne peut être appelée à prendre rang parmi les méthodes générales, et ne convient que dans des cas exceptionnels semblables à celui-ci. Peut-être trouvera-t-on qu'il s'est un peu trop aisément déterminé à inciser le bas-fond de la vessie, au lieu de chercher à pénétrer à travers la prostate; mais, ce qui répondra aux critiques qu'on pourrait faire dans ce sens, c'est que le toucher rectal avait appris que la prostate n'avait, chez ce malade, que le volume d'une noisette, et que, par conséquent, sa division, même complète, n'eût pas fourni une voie suffisamment large pour la sortie des calculs.

OBSERVATIONS AUTOPLASTIQUES; par M. BURGGRAEVE.

1° RESTAURATION DE LA PEAU DE LA LÈVRE INFÉRIEURE, DU BAS DES JOUES, DU MENTON ET DU COU, AU MOYEN DE LA PEAU DES ÉPAULES.

OBS. — Une petite fille de 6 ans, à la suite d'une brûlure étendue, conserva une adhérence entre la tête et la poitrine. De fortes brides inodulaires tenaient la lèvre inférieure renversée en dehors et fixée au haut de la poitrine, et les joues, unies par des adhérences semblables, semblaient ne plus faire avec le tronc qu'une même partie. L'aspect hideux de cette difformité, joint à l'écoulement continuel de la salive, purent seuls engager le chirurgien à tenter une opération, rendue aussi difficile par la nature de la maladie que par le jeune âge du sujet. Le haut des épaules étant la seule partie du voisinage qui eût été épargnée par la brûlure, c'est là qu'on alla chercher la peau destinée à réparer la lèvre et les joues. En conséquence, M. Burggraeve commença par détacher la tête et la lèvre inférieure de ses adhérences avec la poitrine, au moyen d'une incision étendue de l'un des angles de la mâchoire à l'autre, et passant au-dessous du bord adhérent de la lèvre. Un intervalle de quatre travers de doigt fut ainsi établi entre le menton et le sternum. Il tailla alors sur la partie supérieure des épaules deux lambeaux quadrilatères, de six pouces d'étendue, qui furent repliés sur eux-mêmes et amenés au-devant de la lèvre et du cou. Leurs bords correspondans furent réunis sur la ligne médiane, au moyen de la suture à points séparés : les bords supérieurs, qui répondaient au bas des joues et à la marge de la lèvre inférieure, y furent fixés par de nombreux points de suture entortillée. Entre les bords inférieurs des deux lambeaux et la peau du thorax il resta un intervalle d'un pouce et demi environ, qui fut livré à la suppuration. Les parties furent recouvertes de compresses froides. Le troisième jour, l'apparition de la gangrène, qui détruisit les bords contigus des lambeaux dans une étendue de 4 à 5 lignes, engagea le chirurgien à substituer aux affusions froides une couche épaisse d'ouate, qu'il appliqua pour réchauffer les tissus transplantés. La mortification s'arrêta, la réunion s'opéra partout d'une manière convenable, et la petite malade, présentée trois mois après à la Société de médecine de Gand, avait recouvré un visage sinon complètement exempt de difformité, du moins tel qu'elle n'était plus un objet de répugnance et de dégoût.

2° RHINOPLASTIE INDIENNE, OU RÉPARATION DU NEZ AU MOYEN DE LA PEAU DU FRONT.

Cette seconde observation ne présente rien de particulier dans les détails du manuel opératoire suivi par M. Burggraeve. Elle a seulement donné occasion à ce chirurgien de formuler quelques règles sur les indications de la rhinoplastie. Il faut, suivant lui, pour qu'il soit permis au chirurgien de la pratiquer, que les parties qui forment la charpente du nez soient saines, car la perte totale de l'organe doit exclure toute tentative de restauration. Ce précepte, un peu timide, peut, jusqu'à un certain point, être justifié par l'exemple de ces organes informes qu'on a trop souvent vus à la suite de l'opération faite dans des circonstances pareilles; mais le plus souvent il ne faut accuser, de ce résultat imparfait, qu'un procédé vicieux ou qu'une exécution défectueuse; et, pour ceux qui ont été témoins des beaux succès obtenus par quelques chirurgiens, par M. le professeur Blandin en particulier, dans les cas de perte même totale du nez, la règle que pose M. Burggraeve ne paraîtra pas un jugement sans appel.

Les détails de cette observation de rhinoplastie conduisent encore M. Burggraeve à une autre conclusion pratique non moins digne d'attention. L'opération fut faite pour guérir un ulcère existant depuis vingt ans sur le dos du nez, et qui s'était montré rebelle aux médications les plus variées. Six semaines après la restauration, la récidive n'avait pas eu lieu; ainsi ce qu'avaient pu obtenir tous les traitemens locaux et généraux dirigés contre cette ulcération, la rhinoplastie l'a opéré en peu de temps, et l'auteur en déduit cette proposition : que *les ulcères de cause interne ne contr'indiquent pas l'autoplastie, que souvent même la partie malade s'en trouve heureusement modifiée, et qu'on a moins de récidives à craindre que lorsqu'on guérit par suppuration.* Cette remarque sur la solidité des guérisons des cancers après l'autoplastie n'est pas nouvelle; mais il y a deux manières différentes d'expliquer le

fait. On peut, en effet, l'attribuer à une influence spéciale de l'autoplastie sur la vitalité des parties, influence qui y neutraliserait la disposition à une récidive; on dire tout simplement que cela tient à ce que l'ablation des tissus malades est alors plus exacte et plus complète, parce que le chirurgien est sûr de trouver dans le lambeau qu'il va adopter un moyen de combler la perte de substance, quelque vaste qu'elle soit. Sans nous prononcer entre ces deux explications, voici un fait dont nous avons été témoins, et qui pourra mettre les lecteurs sur la voie de la solution. Une jeune fille avait été traitée dans plusieurs hôpitaux de Paris, à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié, à l'hôpital Beaujon, pour une ulcération siégeant depuis cinq à six ans sur la joue gauche, et contre laquelle avait échoué toute espèce de médication. A deux reprises déjà on avait excisé le fond et les bords de cet ulcère, mais toujours il avait reparu. Décidé enfin à en finir, M. Roux proposa à la malade d'appliquer l'autoplastie à cette affection rebelle et de combler la perte de substance avec un lambeau emprunté à la peau du bras. Elle y consent, et, tout étant prêt pour l'opération, le chirurgien commença par l'ablation exacte de toutes les parties malades, afin de pouvoir transporter sur des tissus sains le lambeau autoplastique. La place ainsi préparée pour le loger, M. Roux se disposait à le tailler, lorsque la malade, dont le courage ne s'était pas démenti jusque là, refusa obstinément de laisser continuer l'opération, et il fallut se contenter de ce qui avait été fait.... Il y a aujourd'hui quatre ans que cela est arrivé, et nous la rencontrons souvent parfaitement guérie!

SUR LA LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS; par M. STACQUEZ.

Les faits de luxation de l'extrémité supérieure du radius, soit en avant, soit en arrière, se multiplient chaque jour dans les archives de la science. En attendant qu'une monographie complète vienne leur assigner à tous leur place, il importe d'enregistrer, avec leurs principaux détails, les exemples d'une lésion regardée, il y a si peu de temps encore, comme impossible par quelques auteurs, ou comme extrêmement rare par le plus grand nombre.

LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS EN AVANT, SURVENUE IL Y A CINQ ANS.

OBS. I. — Un militaire, âgé de 21 ans, amené à l'hôpital de Tournay, pour y subir une contre-visite, raconta qu'il avait fait, 5 ans auparavant, une chute du haut d'un chariot, sur le coude. Aucune tentative de réduction n'avait eu lieu, et les mouvemens ne se rétablirent que peu à peu et incomplètement. Lorsqu'on l'examina, le milieu du pli du bras offrait une saillie très prononcée, qu'on reconnaissait facilement pour la tête du radius; la partie supérieure de l'os, portée en dedans, était aussi un peu en devant du cubitus. On sent un grand enfoncement à la partie postérieure du coude; le diamètre transversal de la partie supérieure de l'avant-bras est diminué et l'antéro-postérieur est augmenté. Dans les mouvemens de flexion sur le bras, on entend très distinctement un bruit de crépitation, à peu près semblable à celui que produit un os luxé qui rentre dans sa cavité. Les mouvemens de pronation et de supination sont un peu gênés. Mais cependant, quoiqu'on ne jugeât pas convenable d'essayer la réduction, le malade fut déclaré propre à servir comme conducteur dans l'artillerie.

LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS EN AVANT, SURVENUE IL Y A DIX ANS.

OBS. II. — Par une singularité remarquable, cet homme, du même âge que le sujet de l'observation précédente, servait dans le même régiment et se présenta à la même visite. C'était aussi à la suite d'une chute que son accident était arrivé, et il avait de même été laissé sans traitement. L'examen fit reconnaître des lésions parfaitement identiques, si ce n'est que la tête du radius offrait moins de mobilité et que le craquement occasioné par la flexion de l'avant-bras était moins distinct.

On retrouve dans ces observations la plupart des circonstances signalées par les auteurs dans des cas analogues; elles prêtent, par conséquent, à peu près aux mêmes remarques que nous avons récemment présentées sur ce sujet (Voy. GAZ. MÉD., 1841, n. 32). Sur un point seulement, M. Stacquez est en désaccord avec A. Cooper. Ainsi, tandis que le chirurgien anglais pense que dans ces luxations, la tête du radius repose *dans l'excavation située au-dessus du condyle externe de l'humérus*, M. Stacquez dit qu'il l'a trouvée placée *entre la petite tête de l'humérus et la crête demi-circulaire*. Mais son opinion, uniquement basée sur l'inspection des parties sur le vivant, ne saurait contrebalancer celle d'A. Cooper, qui avait disséqué une pièce de ce genre. Et cependant nous voyons que M. Danyau (voy. GAZ. MÉD. loc. cit.) a constaté sur le cadavre une disposition pareille à celle que M. Stacquez croit avoir rencontrée. Il faut donc bien admettre que les rapports de la tête du radius ne sont pas toujours les mêmes dans le cas de luxation en avant, et qu'elle est en contact tantôt avec la petite tête humérale, tantôt avec l'excavation qui la surmonte. Peut-être, du reste, cette différence suffirait-elle pour justifier une distinction des luxations de ce genre en *complètes* et *incomplètes*.

LUXATION DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS EN ARRIÈRE; RÉDUCTION.

OBS. III. — En octobre 1836, on apporta à M. Stacquez un enfant de 8 à 9 ans, qui venait de rouler du haut d'un rempart assez élevé et en talus. On put se convaincre que la chute avait eu lieu sur la main, car cette partie présentait des excoriations. Le coude était gonflé et douloureux, l'avant-bras fléchi et en pronation, et les mouvemens imprimés réveillaient les souffrances. On se hâta de procéder à la réduction. Un aide opéra la contr'extension en saisissant et fixant la partie inférieure du bras, et un autre exerça sur la main des mouvemens de traction dans le sens du déplacement, pendant que le chirurgien facilitait la réduction en repoussant avec le pouce la tête du radius dans sa cavité articulaire. Après plusieurs tentatives, le bruit caractéristique et le retour des mouvemens de flexion et d'extension, de pronation et de supination, annoncèrent que la réduction était opérée. La guérison fut prompte.

VIII. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de mai, juin et juillet se composent des articles suivans: 1° *Considérations sur l'ophthalmie scrofuleuse*; par M. Stœber. (Suite et fin.) 2° *De la manière d'interpréter le langage des auteurs concernant les ophthalmies spécifiques; traitement de ces ophthalmies*; par M. Velpeau. 3° *Lettre à un confrère parisien, à l'occasion du mémoire de M. Caffe sur l'ophthalmie régnante en Belgique*; par M. Decaisne. 4° *Pannus charnus et opacité des cornées; guérison par l'attouchement répété avec le nitrate d'argent fondu, solide*; par M. Fallot. (Guérison obtenue sans accidens, et dont la solidité a été bien constatée.) 5° *Blépharoplastie*, pratiquée par M. Ansiaux. (Nouvel exemple de succès dans un cas de restauration de la paupière inférieure, faite suivant la méthode indienne, d'après le procédé imaginé par Dieffenbach, et qui, appliqué par lui en 1835, dans le service de M. Lisfranc, consiste à tailler sur la peau de la tempe un lambeau quadrilatère, à base inférieure, dont l'un des bords fait partie du contour de la perte de substance à réparer.) 6° *De la division des deux droits internes dans certains cas de strabisme convergent*. 7° *Deuxième mémoire sur quelques points propres à éclairer l'histoire de l'ophthalmie des armées*; par M. Decondé. 8° *Études physiologiques des premiers momens de la vision chez un aveugle-né, guéri à l'âge de 9 ans et demi*; par M. Guépin. 9° *De quelques effets de la lumière sur l'œil*, par le même. (L'auteur émet quelques propositions physiologiques, dont il promet de livrer ultérieurement les preuves à la publicité; nous attendrons ce moment pour en rendre compte.) 10° *Observations ophthalmologiques*; par M. Pamard. 11° *Note sur la grippe et les granulations conjonctivales*; par M. Decondé. 12° *Traitement chirurgical de la myopie*; par M. Cunier. (Nous aurons occasion de revenir sur ce travail.)

ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE DES PREMIERS MOMENS DE LA VISION CHEZ UN AVEUGLE-NÉ, GUÉRI A L'AGE DE 9 ANS ET DEMI; par M. GUÉPIN.

L'auteur s'est borné, dans ce récit, à faire connaître les premières impressions du sens de la vue, chez un malade qui, depuis sa naissance, n'y voyait pas à se conduire, et ne distinguait que la lumière du soleil. Laissons raconter à M. Guépin l'effet de ces nouvelles sensations, observé chez cet enfant trois jours après l'opération de la cataracte congéniale qui avait augmenté d'un cinquième sens ses facultés naturelles. « L'enfant voyait, mais il ne savait ni distinguer ni regarder. Si on lui présentait un objet, il étendait la main pour le saisir..... Je le conduisis à un balcon dans le but de m'assurer de la force de sa vue et d'assister à ses premières sensations. L'enfant reconnut très bien la différence des distances avec son nouvel organe; mais ayant jeté les yeux à ses pieds, il craignit de tomber dans la rue, et faillit avoir une faiblesse : le pauvre Pierre s'était imaginé que les barres du balcon étaient en bois, et il avait craint de les voir se briser sous son poids; j'eus beaucoup de peine, lorsqu'il se trouva rassuré, à le ramener au balcon. Lorsqu'il eut bien reconnu que je lui avais dit la vérité, ce qui lui fut facile en touchant les barres du balcon, il se prêta de la meilleure grâce du monde aux expériences que je voulais faire; je lui montrai alors de nouveau deux points différens, et il n'hésita pas à signaler leur distance respective; je le fis descendre dans la cour de la maison, et ce fut pour lui une occasion de joies immenses..... Pendant huit jours on s'occupa de lui faire ramasser des cartes jetées à terre, de lui faire nommer des objets, de le faire promener les mains dans les poches afin qu'il ne pût pas s'en servir pour se diriger; parfois il montait et descendait de cette manière les escaliers. On lui enseigna à connaître les couleurs : le rouge et le bleu furent les deux premières qu'il distingua d'une manière convenable; plus tard on voulut s'assurer s'il avait encore

besoin du toucher pour corriger les erreurs de la vision, et on lui montra que souvent ce qu'il prenait pour du noir n'était autre chose que le creux des objets.

» Aujourd'hui, un mois après l'opération, il voit à compter, à une assez grande distance, des peupliers plantés au voisinage de sa demeure. L'habitude de porter les mains en avant pour se conduire a duré longtemps après les opérations ; dans le moment actuel il les met dans ses poches. Il marchait autrefois en levant fortement les jambes dans la crainte de rencontrer des obstacles; aujourd'hui, bien que ses yeux lui permettent de les éviter, il ne marche autrement que sur la recommandation spéciale de sa mère; dans toute autre circonstance, l'habitude l'emporte, et il lève les pieds comme s'il avait à monter les marches d'un escalier. »

IX. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Le premier cahier de l'année 1841 contient les articles suivans : 1° *Coup-d'œil sur les institutions médicales belges, depuis les dernières années du dix-huitième siècle jusqu'à nos jours, suivi de la bibliographie de cette époque;* par M. Broeck. 2° *Observation d'une opération de lithotritie pratiquée au quinzième siècle ;* communiqué par M. Vanmeerbeeck. 3° *Sur la cure du bégaiement ;* par M. Delvigne. (Rien de nouveau.) 4° *Deux observations d'apoplexie cérébrale survenue chez des nouvelles accouchées anémiques, par suite d'abondantes hémorragies ;* par M. Laurent. 5° *Rhumatisme articulaire aigu; péricardite latente ; accidens cérébraux ; mort prompte ;* par M. Michiels ; 6° *Mémoire sur différentes questions qui se rattachent à l'ophthalmie de l'armée belge ;* par M. Decondé. 7° *Formation spontanée d'un noyau osseux dans l'articulation fémoro-tibiale ; extraction ; guérison prompte ;* par M. Caytan. (L'extraction fut faite à travers une incision d'un pouce et demi, qui divisa simultanément la peau et la capsule fibreuse. Hâtons-nous de dire que cette opération eut lieu au mois de septembre 1839, avant par conséquent que M. Goyraud eût fait à la cure de cette maladie son ingénieuse application de la méthode sous-cutanée.) 8° *De la section des muscles moteurs de la langue considérée comme cure radicale du bégaiement ;* par M. Zonde. (Histoire complète des méthodes et des procédés inventés par les chirurgiens modernes. Quant à ce qui concerne la division des génio-glosses, celle de toutes ces opérations qui est le plus fréquemment employée aujourd'hui, M. Zonde en attribue la première idée à M. Phillips, et, pour l'exécuter, donne la préférence au procédé de section sous-cutanée, créé par M. Bonnet, de Lyon.)

OBSERVATION D'UNE OPÉRATION DE LITHOTRITIE, PRATIQUÉE AU 15e SIÈCLE.

Ce document historique qui, par l'ancienneté du fait auquel il fait allusion, laisse bien loin derrière lui les fameuses observations du moine de Citeaux et du major Martin, a été trouvé par M. Vanmeerbeeck dans l'ouvrage d'Antoine Benivieni, intitulé : ANTONII BENIVIENI FLORENTINI MEDICI AC PHILOSOPHI, DE ADDITIS NONNULLIS AC MIRANDIS MORBORUM ET SANATIONUM CAUSIS LIBER. Il a rapport à une femme qui était affectée depuis plusieurs jours de rétention d'urine, « *propterea quod ipsius* URINÆ ITER *calculo obstrueretur.* » La maladie n'ayant cédé à aucun moyen, l'auteur prenant, dit-il, un parti insolite mais opportun, pratiqua une opération qui est décrite en ces termes : *uncum calculo injicio, ne scilicet concussus iterum* IN VESICAM REVOLVERETUR. *Tum ferramento priore parte retuso calculum ipsum percutio, donec sæpius ictus in frustra comminuitur.* La malade guérit immédiatement, aussitôt que les débris de la pierre furent sortis avec l'urine.

Tel est le texte de l'auteur ; et d'après quelques passages, il est évident qu'on peut concevoir des doutes sur le lieu dans lequel a été fait le broiement. Cette rétention d'urine si prolongée, ce calcul qui obstruait d'une manière continue *le passage de l'urine*, ces précautions prises pour l'empêcher de retomber dans la vessie. tout, jusqu'à l'instantanéité de la guérison, semble prouver qu'il ne s'agit ici que d'un calcul engagé dans l'urètre.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE.

MÉMOIRE SUR LES PSEUDO-ÉTRANGLEMENS OU SUR L'INFLAMMATION SIMPLE DANS LES HERNIES ; par M. MALGAIGNE.

Lorsqu'une hernie sortie de l'abdomen devient tout à coup incapable d'y rentrer, qu'elle s'accompagne de douleurs plus ou moins vives, et suscite des phénomènes généraux plus ou moins graves, la constipation, les vomissemens, le hoquet, on dit qu'il y a étranglement. Si la marche des symptômes est rapide, c'est ce que l'on appelle étranglement inflammatoire; si elle est lente, l'étranglement porte le nom d'engouement. Mais dans l'un et l'autre cas, l'opération est la ressource commune ; il est de règle de ne pas attendre trop tard pour y recourir ; même dans l'engouement, Boyer la juge indispensable dès que les phénomènes augmentent ; bien plus, chez les sujets âgés et affaiblis, n'y eût-il aucune augmentation des symptômes, il veut qu'on la pratique dans les trois ou quatre premiers jours.

Mais avant de poser des préceptes aussi redoutables, Boyer avait-il bien songé à la gravité de l'opération? Oui certes, mais par je ne sais quel respect pour les autorités de l'autre siècle, il avait dit après Pott : *L'opération de la hernie n'est pas dangereuse par elle-même.* Ceci est fait assurément pour étonner quiconque a pratiqué ou seulement vu pratiquer quelquefois l'opération de la hernie; mais afin d'établir catégoriquement ses véritables chances, j'ai recueilli pour un espace de cinq années et quelques mois, de 1836 à 1841, toutes les opérations de hernies pratiquée dans tous les hôpitaux de Paris par mes collègues et par moi-même ; et j'ai trouvé que sur 183 opérations, il y avait eu 114 morts. Puis, cherchant quelle était la proportion de la mortalité chez les vieillards, chez qui Boyer est si pressé d'opérer, j'ai trouvé que de 50 à 80 ans, 97 opérés avaient donné 70 morts, c'est-à-dire près des trois quarts.

L'engouement, dit Boyer, est occasionné par l'accumulation d'excrémens durcis dans la hernie ; et il ajoute qu'il est fréquent dans les hernies anciennes parce que les excrémens s'y accumulent habituellement en vertu de certaines raisons théoriques qu'il invoque.

Est-il vrai d'abord que les excrémens s'accumulent habituellement dans les hernies anciennes ? Je puis dire, sans exagération, que j'ai bien vu de mes yeux et palpé de mes mains plus de trois mille hernies ; et ce fait habituel dont parle Boyer est si rare que je ne l'ai jamais rencontré. Pour rendre la démonstration plus frappante, j'ai choisi à l'hospice de Bicêtre, dont je dirige le service chirurgical, quelques-unes des hernies les plus anciennes et les plus volumineuses qu'on ait jamais citées.

Une hernie de 28 centimètres de hauteur sur 62 centimètres de circonférence.

Une de 24 centimètres de hauteur sur 64 de circonférence.

Et deux autres de même calibre. Je les ai examinées avec soin ; la percussion rendait presque partout un son clair ; nulle part il n'y avait un son absolument mat ; nulle part on ne sentait de matières dures à travers la peau ; les malades allaient régulièrement à la selle ; et cependant ils réunissaient au plus haut degré possible les conditions théoriques indiquées par Boyer. Bien plus, j'ai eu l'occasion de faire plusieurs autopsies de ces hernies, remarquables par leur volume excessif, et jamais je n'ai vu de matières dures accumulées.

Mais, qu'il me soit permis ici de m'étonner de l'inadvertance de nos théoriciens. Il n'y a, il ne peut y avoir de matières dures, ni même de matières fécales que dans le gros intestin ; et les hernies du gros intestin ne font peut-être pas le vingtième en nombre des hernies intestinales. Ainsi, 95 fois sur 100, cet engouement, comme on le définit dans nos livres, est matériellement impossible ; il n'est possible que dans les hernies du gros intestin. Or, pour celles-là mêmes, jamais dans mes autopsies je n'ai trouvé un seul cas d'accumulation de matières fécales dans la hernie, ni quand le malade était mort d'une affection étrangère, ni quand il avait succombé à des accidens développés dans la hernie même. Je vais plus loin ; j'ai compulsé tous les auteurs que j'ai pu me procurer ; j'ai recueilli tous les cas où la cause des accidens avait été mise au jour, soit par l'opération, soit par l'autopsie, et, dans cette nouvelle masse d'observations, je n'en ai rencontré qu'une seule où il y eût réellement accumulation de matières dans l'intestin ; une seule ! et les auteurs de la doctrine de l'engouement n'en avaient jamais vu.

Ainsi, la définition de l'engouement est contraire aux faits ; les données sur lesquelles on l'appuie sont contraires aux faits ; le mot lui-même n'a plus aucune signification réelle, et ne doit plus rester dans la science que comme souvenir d'une grande et déplorable erreur.

Mais ne se pourrait-il pas qu'en donnant une dénomination inexacte à la maladie, la maladie eût été du moins bien décrite et les indications bien saisies ? C'est ainsi que les derniers partisans de Pinel consentaient à changer les dénominations de ses fièvres, pour sauver l'existence des fièvres même. Mais le chirurgien n'a pas été plus heureux ici que le médecin ; il a décrit une maladie imaginaire ; il lui attribue un ensemble de symptômes imaginaire, et quelquefois contradictoire. Ainsi, dans un endroit, il avance que, pour que l'engouement ait lieu, il faut que la hernie sorte par une ouverture *de peu d'étendue ;* à la page suivante, il lui faut une ouverture qui ait subi *une dilatation considérable.* Dans un paragraphe, il déclare que les symptômes de l'engouement se montrent *toujours* avec lenteur ; vous l'entendez, *toujours*, sans exception ; au paragraphe prochain, il avouera qu'ils sont quelquefois *aussi vifs et aussi pressans* que dans l'étranglement dit inflammatoire. Et comme celui ci, remarquable en général par ses accidens *vifs et pressans*, d'autres fois offre une marche lente et des accidens peu intenses, le lecteur ne sait où se prendre dans ce tissu de contradictions, et l'auteur lui-même ne s'en tire qu'en adoptant une thérapeutique semblable dans tous les cas.

J'ai payé, comme tous les chirurgiens, un tribut fatal à cette fatale doctrine ; j'ai opéré dans un cas de prétendu engouement : il n'y avait ni engouement ni étranglement, et mon opéré est mort. Vous trouverez des erreurs de ce genre commises par Percival Pott, par Dupuytren, par A. Cooper ; j'en citerais des exemples tout récens empruntés à nos meilleurs chirurgiens contemporains, et il s'en faut que toutes les erreurs aient été publiées. Que dis-je, les erreurs ! Plusieurs de nos confrères n'ont publié leurs observations, terminées par la mort des malades, qu'en justifiant leur conduite, et en montrant combien elle était conforme aux principes.

Mais, après avoir signalé ce danger, il reste à rechercher s'il ne tient pas à la

nature même des choses, et s'il est possible de l'éviter. Or, je pense que, dans la majeure partie des cas, on peut poser des indications nettes et précises, et qu'on trouvera ces indications dans l'étude exacte des états morbides variés que peut présenter la hernie. Bien que je ne veuille pas traiter ici dans toute son étendue cette immense question des étranglemens, je dirai cependant, comme la conclusion la plus avancée de toutes mes recherches, qu'il y a là trois élémens principaux, dont deux primitifs et un secondaire :

1° L'étranglement pur et simple, qui est rare, qui a lieu sans inflammation, et qui produit la gangrène en quelques heures ;

2° L'inflammation pure et simple, très commune, et qui presque toujours est limitée à la séreuse de la hernie ;

3° Enfin, l'inflammation en masse des viscères contenus dans la hernie, de l'épiploon avec son tissu adipeux, de l'intestin avec toutes ses tuniques ; ce troisième élément ne vient guère qu'à la suite des deux autres, soit par l'effet propre de l'étranglement, quand celui-ci n'est pas assez fort pour produire immédiatement la gangrène, soit par les manœuvres irrationnelles du taxis dans les cas de simple péritonite herniaire.

Quant à l'engouement des auteurs, c'est une création de l'imagination pure ; et c'est la péritonite herniaire méconnue que l'on a traitée et fort mal traitée sous ce nom.

Or, cette péritonite, dont le nom véritable est à peine prononcé en passant par les écrivains les plus modernes, est l'accident le plus commun qui survienne dans les hernies ; et c'est probablement pour n'avoir pas suffisamment étudié les hernies à l'état simple que les chirurgiens l'ont méconnu. Chose étrange ! ils ont été frappés cependant des résultats qu'elle laissait après elle, et même des symptômes qu'elle développait ; mais ils n'ont pas remonté à la cause, et quand elle s'est offerte à eux dans son état le plus aigu et le plus redoutable, ils l'ont confondue avec leurs variétés d'étranglemens.

Cette inflammation se présente à plusieurs degrés, que l'on peut rallier à ces deux types principaux l'inflammation adhésive et l'inflammation suppurative.

L'inflammation adhésive est souvent légère, fugace, se révélant par des coliques plus ou moins vives, quelquefois par les symptômes d'une indigestion déclarée ; allant enfin jusqu'à susciter des vomissemens et du hoquet, comme l'étranglement véritable. La hernie est alors irréductible ; le taxis ne fait qu'irriter les accidens, et cependant, dans cet état de choses, il suffit fréquemment du séjour au lit et des topiques chauds ou froids pour opérer la réduction.

Enfin, à un degré plus considérable, la hernie demeure irréductible ; il faut plusieurs jours, et quelquefois plusieurs semaines pour appaiser l'inflammation et procurer la réduction.

Quand on parvient à réduire ces hernies, il ne reste guère de trace de l'inflammation adhésive qu'à la partie la plus déclive du sac, où le péritoine se montre épaissi, dur, raboteux, souvent parsemé de taches noirâtres. Si par une cause ou par une autre la hernie est abandonnée au dehors, soit en totalité, soit en partie, il se produit des adhérences ; et de même que sur le vivant j'ai dit que l'inflammation adhésive était le plus fréquent des accident herniaires, de même sur le cadavre, la fréquence des adhérences et des épaississemens du sac achève la démonstration et prouve la fréquence de la cause indiquée.

L'inflammation suppurative est infiniment plus rare, et ne peut guère être constatée que par l'opération ou l'autopsie.

Maintenant comment distinguera-t-on ces cas d'inflammation des cas d'étranglement réel, et quelle sera la conduite à suivre ? Voici en peu de mots le résumé de mes recherches à cet égard.

1° Dans toutes les hernies intestinales anciennes, volumineuses, qui n'ont jamais été contenues par un bandage, ou pour lesquelles le bandage a été depuis longtemps abandonné, il n'y a pas d'étranglement réel ; l'anneau ou les anneaux étant beaucoup plus larges que ne le requiert le volume du pédicule de la hernie. Ce fait général ressort de toutes les observations que j'ai pu faire, soit sur le vivant, soit sur le cadavre ; et je n'y ai point encore trouvé d'exception.

2° Dans les épiplocèles purs, de quelque volume qu'ils soient, le plus souvent c'est une péritonite adhésive ou suppurative que l'on prend pour un étranglement. Je dis *le plus souvent*, parce que je ne veux pas nier d'une manière absolue que l'étranglement y soit possible ; mais je ne l'ai jamais vu pour ma part, je n'en ai trouvé dans les auteurs aucun exemple bien authentique ; et la réalité de cet étranglement est encore tout entière à démontrer.

3° Conséquemment, dans ces deux cas bien spécifiés, l'opération est toujours irrationnelle ; et à part le taxis au début ou au déclin de l'inflammation, le traitement doit être tout antiphlogistique.

Commissaires : MM. Larrey, Breschet et Double.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DE LA PEAU, CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX ; par M. le docteur DUCROS.

Dans ce travail M. Ducros a eu pour but de prouver : 1° Que les enduits de gomme laque mis sur la peau des animaux les font périr plus ou moins rapidement, selon leur force relative, en développant des mouvemens convulsifs qui ressemblent à ceux de l'épilepsie, 2° que les animaux enduits de gomme laque, et placés sous l'empire de la machine électrique, périssent deux fois plus vite ; 3° ayant cherché à voir si les métaux qui ont des propriétés physiques opposées à celles des résines ne feraient pas périr les animaux avec des phénomènes morbides opposés, il a en effet constaté que les plaques métalliques d'étain laminé appliquées sur la peau des animaux, après leur avoir coupé les poils, déterminaient leur mort avec des symptômes de faiblesse, par opposition aux phénomènes produits par les enduits de gomme laque ; 4° il a également reconnu qu'en plaçant sur les armatures métalliques, de la gomme laque, les animaux périssent plus rapidement ; 5° ayant placé les animaux, munis de leurs armatures métalliques, sous l'empire de la machine électrique, il a répété des scènes de vie et de mort ; lorsqu'il mettait en jeu la machine électrique, les animaux éprouvaient de la vigueur ; l'arrêtait-il au contraire, ils étaient sur le point de périr.

D'après ces expériences, M. Ducros se demanda si l'application des plaques métalliques dans les névropathies, dans les rhumatismes, ne pourrait pas être essayée avec avantage. En effet, puisque les armatures métalliques enlèvent la vie aux animaux avec anéantissement des forces vitales, les mêmes plaques métalliques enduites de gomme enlèveront sans doute, dans certaines circonstances, les douleurs constituées par un excès de vie... D'après ce principe, M. Ducros a expérimenté sur l'homme, et il a obtenu la guérison de névropathies, de rhumatismes chroniques et aigus, dont les observations ont été lues par lui à l'Académie. Ses conclusions sont les suivantes : 1° les névropathies, les tics douloureux, les migraines qui existent indépendamment de toute lésion matérielle sont guéris quelquefois dans quelques minutes ; 2° les tics, avec complication d'une lésion matérielle peuvent être calmés, mais ils ne sont pas guéris par l'emploi des plaques laminées d'étain ; 3° les rhumatismes aigus avec fièvre et avec engorgement des articulations peuvent être guéris, pourvu qu'il n'y ait qu'engorgement et que douleur aux articulations ; 4° l'emploi des plaques laminées en étain, enduites de gomme laque, dans les rhumatismes accompagnés de symptômes franchement inflammatoires avec fièvre générale, avec gonflement douloureux des articulations et rougeur de la peau correspondante à la partie enflammée n'est pas suivi d'effet thérapeutique avantageux, mais il augmente au contraire l'inflammation et dès lors l'engorgement et les douleurs redoublent d'intensité ; 5° les plaques métalliques employées dans les névralgies anémiques ou avec faiblesse générale, non seulement ne produisent aucun effet, mais elles augmentent les douleurs ; 6° dans les douleurs, dans les névralgies anémiques ou avec faiblesse, on obtient les meilleurs effets de l'application des résineux, qui, employés chez les animaux sur la peau, les font périr avec excès de vie ; 7° ainsi, il existe pour les douleurs une dichotomie thérapeutique à côté d'une dichotomie symptômatique ; et ces expériences démontrent qu'avec les phénomènes de l'exhalation et de l'absorption de la peau marchent en même temps d'autres phénomènes de physique générale peu appréciés jusqu'ici, et qui activent la vie ou qui l'exagèrent. M. Ducros se demande quels sont ces phénomènes, et il laisse au monde savant toute liberté de les définir d'après l'étude de ses expériences.

Commissaires : MM. Magendie, Double et Breschet.

MYOTOMIE OCULAIRE DANS LE CAS D'OBSCURCISSEMENT, OCCUPANT LE CENTRE DE LA CORNÉE, ET NÉCESSITANT LE DÉPLACEMENT DE LA PUPILLE.

M. Florent Cunier adresse la lettre suivante :

J'ai l'honneur de donner connaissance à l'Académie d'une nouvelle application que je viens de faire de la myotomie oculaire, que j'ai mise en usage avec succès, pour la cure du strabisme, du nystagme et de certains cas de diplopie, et que j'ai aussi employée, après MM. Jules Guérin et Bonnet, dans le traitement de la myopie.

Lorsque la portion centrale de la cornée, en rapport avec la pupille d'ailleurs saine, est devenue le siége d'un albugo, d'un trouble rendant la vision impossible, on déplace la pupille de manière à permettre à la lumière d'arriver au fond de l'œil. Divers procédés ont été imaginés à cet effet ; Himly, Adams, Baratta, Lusardi, enclavent l'iris dans la cornée ; Embden, Van Onsenoort, le fixent dans la sclérotique ; M. Guépin, de Nantes, doit ses succès remarquables à sa *distension forcée* de la pupille qu'il a fait connaître il y a un an. Le but que se sont proposé ces chirurgiens, est de mettre la pupille en rapport avec une portion de cornée restée transparente ; or, j'ai trouvé que dans la plupart des cas on y parvenait par une opération beaucoup plus simple et nullement aussi chanceuse que le déplacement pupillaire ; j'ai tout bonnement divisé un ou plusieurs des muscles moteurs de l'œil, de manière à déterminer un strabisme qui fournit le même résultat.

Voici comment j'ai été amené à recourir à ce moyen :

Le nommé Elzoecht, Jean-Baptiste, âgé de 25 ans, de la commune de Kockerberg, à une lieue de Bruxelles, s'est présenté le 21 juin à mon institut ophthalmique : il louche de l'œil gauche depuis sa naissance ; cet œil est affecté de nystagme. A l'âge de 2 ans, Elzoecht a été atteint d'une ophthalmie catarrhale purulente qui a déterminé la fonte de l'œil droit, et a laissé sur la cornée de l'œil gauche une opacité leucomateuse qui recouvre environ les deux tiers externes de la surface ; le tiers interne, resté transparent, est caché dans le grand angle, et n'est visible que lorsque le malade comprime le moignon qui reste à droite, et fait ainsi cesser le strabisme de l'œil gauche. Il peut alors discerner les objets rapprochés, en les portant vers le nez et en tournant l'œil le plus fortement possible en dehors ; la chambre antérieure a sa capacité normale ; la pupille est libre d'adhérences et se contracte parfaitement.

Le 30 juin, j'ai divisé le droit interne ; la pupille est venue immédiatement se placer au centre de l'orbite, le nystagme a cessé. L'œil n'étant pas assez porté en dehors pour que le malade pût discerner convenablement les objets, je mis la sclérotique à nu jusqu'aux droits supérieur et inférieur, sans pouvoir déterminer le moindre degré de strabisme externe. Me fondant sur mes expériences, et sur celles de M. Duffin, j'ai alors pratiqué la section de l'oblique inférieur, et c'est au procédé de M. Bonnet que je donnai, comme d'habitude, la préférence. Aussitôt ce muscle divisé, l'œil a été porté en dehors et un peu en haut, position que la disposition de l'opacité rendait la plus convenable.

La résorption de l'ecchymose de la plaie cutanée a été rapide ; mais la guérison de la plaie conjonctivale a été lente, le déplacement qu'avait subi le globe, la rétraction de la muco-séreuse divisée ayant laissé la sclérotique à nu dans une étendue de près de 6 lignes.

Immédiatement après l'opération, pratiquée en présence de MM. les docteurs Rucloux et Moons (de Bruxelles), Rul-Ogez (d'Anvers), et avec l'assistance de M. Fleussu, médecin-adjoint du dispensaire, Elzoecht a pu se guider dans mon

jardin; six jours plus tard, il venait seul à ma consultation. Aujourd'hui, il y voit assez pour discerner les objets les plus fins; seulement il doit les rapprocher de l'œil.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la pupille a subi un déplacement qui la met dans un rapport exact avec la portion de la cornée, qui est restée transparente.

Elzoecht était opéré depuis huit jours, lorsque se présenta au dispensaire un malheureux, aveugle depuis douze ans, le nommé Mechiels, âgé de 42 ans; l'œil gauche était atrophié, et l'œil droit ne conservait qu'une portion de son segment externe demeurée transparente. Mechiels pouvait, en comprimant l'œil gauche, tourner l'œil droit assez fortement en dedans pour saisir la forme des gros objets.

J'ai coupé le droit externe et mis la sclérotique à nu jusqu'aux droits supérieur et inférieur; j'ai ainsi déterminé un strabisme interne, qui permet au malade de se conduire. Aujourd'hui, huitième jour de l'opération, il a étalé au marché des paniers d'osier, qu'il fabrique et qu'il peut maintenant vendre lui-même.

J'avais pratiqué l'an dernier le déplacement pupillaire, selon l'ingénieuse méthode de M. Van Onsenoort, d'Utrecht (1), sur l'œil d'une fille d'Anvers, la nommée Pétronille Van Dyck, femme de chambre de madame la marquise d'A.; l'œil droit était atrophié, un albugo occupait tout le segment interne de la cornée de l'œil gauche et masquait la pupille restée saine. L'enclavement de l'iris dans la sclérotique n'avait eu qu'un succès de peu de durée; la pupille s'était tendue et rétrécie; le cône lumineux devait traverser une portion nuageuse de la cornée pour arriver au fond de l'œil; la malade pouvait à peine se conduire.

Un strabisme interne que j'ai produit il y a cinq jours a mis un endroit plus large de la pupille déplacée en rapport avec une partie bien nette de la cornée; déjà l'opérée peut se livrer à quelques occupations; elle se guide maintenant à travers des rues habituellement encombrées de passans et de voitures.

La nouvelle application que j'ai faite de la myotomie oculaire me paraît appelée à rendre d'immenses services, et c'est pour ce motif *seulement*, et non pour m'inscrire en priorité, que j'ai cru devoir communiquer à l'Académie les résultats remarquables que j'en ai retirés.

Agréez, etc.

COMPOSITION DE L'AIR ATMOSPHÉRIQUE.

MM. Dumas et Boussingault étant parvenus à se procurer de l'air atmosphérique recueilli sur une haute montagne de la Suisse, et transporté à Paris dans un ballon exactement fermé, ont reconnu, après l'avoir soumis à l'analyse, que, sur 10,000 parties, il en contenait 2,297 d'oxigène. L'air pris à Paris le même jour renfermait 2,304 d'oxigène. Ce résultat montre l'identité de composition de l'air dans des lieux fort éloignés, le même jour.

ASPHYXIE ET APOPLEXIE DES NOUVEAU-NÉS.

M. Baudelocque écrit à l'Académie que déjà plusieurs médecins avaient jugé convenable, quand l'enfant vient au monde dans un état d'asphyxie, de ne pas couper le cordon immédiatement. M. Baudelocque a reconnu que cette pratique est également avantageuse, lorsque l'enfant présente des signes d'apoplexie. Des bains, des frictions sur la peau suffisent alors pour rétablir la santé.

Commissaires: MM. Larrey et Breschet.

M. Alph. Dupasquier présente un mémoire intitulé: DE LA PRÉSENCE DE L'ARSENIC DANS CERTAINS ACIDES CHLORHYDRIQUES DU COMMERCE, ET PAR SUITE DANS LES MÊMES ACIDES PURIFIÉS POUR LES BESOINS DES LABORATOIRES DE CHIMIE ET DES PHARMACIES.

Commissaires: MM. Dumas, Thénard et Regnault.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle contient une lettre ministérielle annonçant l'invasion d'une épidémie de variole à Castellane.

M. le docteur Letellier envoie une observation d'accouchement terminé d'une manière naturelle, malgré la présentation du bras.

FONCTIONS DE L'UTÉRUS.

M. Capuron lit un rapport sur un mémoire de M. Priorin ayant pour titre: DES FONCTIONS PHYSIOLOGIQUES DE L'UTÉRUS, DE LEURS DIFFÉRENCES DANS LES ESPÈCES ANIMALES, ET DU TRAITEMENT DE L'INFLAMMATION AIGUE ET CHRONIQUE DE SA MEMBRANE INTERNE. En lisant cet ouvrage, dit M. le rapporteur, je n'y ai rien trouvé de nouveau, rien qui fût propre à l'auteur, soit sur l'anatomie, soit sur la physiologie, soit sur la pathologie de l'utérus. Cependant comme l'auteur est un homme fort instruit et plein d'érudition, je propose de le remercier, de déposer son manuscrit aux archives et d'inscrire son nom sur la liste des membres correspondans.

M. CASTEL: Je suis étonné que M. Capuron qui, plusieurs fois, *a fait briller au sein de l'Académie les éclairs d'une imagination méridionale*, ait négligé cette occasion de nous entretenir de la femme, de la femme tantôt méprisée, tantôt humiliée, tantôt exaltée outre mesure. Après avoir examiné l'opinion des médecins, des naturalistes et des philosophes sur ce sujet, dont on a, suivant lui, trop négligé l'étude, M. Castel signale parmi les causes des différences que présente le sexe féminin, le diamètre de l'aorte abdominale moindre que celui de l'homme, et le volume plus considérable du plexus hypogastrique.

M. CAPURON: Je n'accepte pas les reproches que M. Castel a dirigés contre la rédaction de mon rapport. Quant à la femme, eh mon Dieu! pour parler sur ce sujet, il n'y a qu'à penser à elle, et l'imagination dit tout ce qu'on veut.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

RENVERSEMENT COMPLET DE L'UTÉRUS GUÉRI PAR L'EXCISION.

M. CAPURON fait un rapport sur une observation envoyée sous ce titre, par M. Portal. Cette observation a été rapportée dans la GAZ. MÉD. (V. 1841, n° 17, p. 267.) Les conclusions sont d'adresser des remercîmens à l'auteur et d'inscrire son travail au BULLETIN. — Adopté.

MORT PRESQUE SUBITE PAR SUITE D'INDIGESTION.

M. CAPURON lit encore un rapport sur une observation envoyée par M. Lasserre. Chez une femme en travail, le bras de l'enfant avait été arraché par une matrone, lorsque le médecin arriva; celui-ci termina néanmoins l'accouchement par les pieds. La femme commençait à se rétablir, et la convalescence, quoique lente, se consolidait de jour en jour, lorsqu'on persuada à la malade de manger des alimens solides. Elle fit un repas composé de haricots blancs et de pain bis mal cuit. Mais son imprudence lui coûta cher, car deux heures après elle succomba.

M. Capuron propose de remercier l'auteur, et de renvoyer son observation au comité de publication.

M. BÉGIN: Le fait que vient de rapporter M. Capuron est sans doute intéressant, mais il ne mérite pas, ce me semble, d'être renvoyé au comité de publication; il suffirait de le déposer aux archives.

Les conclusions modifiées dans ce sens sont adoptées.

PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX.

M. BRESCHET présente à l'Académie, de la part de M. Longet, deux mémoires ayant pour titre, l'un: RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS ET LES FONCTIONS DES FAISCEAUX DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET DES RACINES DES NERFS RACHIDIENS, et l'autre: RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DES NERFS DES MUSCLES DU LARYNX, ET SUR L'INFLUENCE DU NERF ACCESSOIRE DE WILLIS DANS LA PHONATION. Je déclare, ajoute M. Breschet, que tout ce que contiennent ces mémoires est d'une haute importance physiologique. J'ai vu toutes les expériences de M. Longet, et j'ai pu constater par moi-même la réalité de tous les phénomènes sur lesquels reposent ses conclusions. On doit donc accueillir favorablement ces travaux qui sont intéressans sous le double rapport et du résultat qu'ils ont mis en évidence et de la manière rigoureuse et logique dont ils sont conçus.

M. BOUILLAUD: Je joins mon approbation à celle de M. Breschet; comme lui, j'ai suivi toutes les expériences faites par M. Longet; et quand on y a assisté, on ne peut se refuser à admettre, comme conséquence nécessaire, la spécificité d'action des racines antérieures et des racines postérieures, dans la répartition de la motilité et de la sensibilité. Dans les vivisections dont M. Longet nous a rendus témoins, tout cela a été démontré pour moi d'une manière mathématique.

M. LE PRÉSIDENT prie M. Breschet d'exprimer à M. Longet les remercîmens de l'Académie.

LUXATIONS CONGÉNITALES DU FÉMUR.

M. PRAVAZ lit un mémoire intitulé: SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES LUXATIONS CONGÉNITALES DU FÉMUR.

M. Pravaz fait d'abord observer que le diagnostic de ces luxations était fondé jusqu'ici sur des symptômes qui, considérés isolément ou pris dans leur ensemble, étaient réellement insuffisans pour caractériser la maladie. Il est un signe qui n'a pas été indiqué par les auteurs. Dans tous les cas où la réduction a pu ensuite être obtenue, M. Pravaz a remarqué que le sujet affecté de luxation pouvait fléchir la cuisse jusqu'à l'épaule, *sans plier la jambe sur la cuisse*, et ce mouvement devient impossible dès que la réduction a eu lieu. La raison en est facile à comprendre. Sur un sujet sain, les muscles biceps, demi-tendineux, demi-membraneux, ne permettent une flexion exagérée de la cuisse qu'autant qu'ils sont relâchés par la flexion préalable de la jambe. Dans le cas de luxation, au contraire, la tête du fémur est libre de descendre et de voyager sous les muscles, de manière à ce que leur distension n'ait pas lieu, quel que soit le degré auquel le membre se fléchisse, de sorte qu'il n'est pas besoin de plier la jambe pour empêcher cette distension. La réduction une fois opérée, le sujet rentre dans les conditions de l'état normal. Si, dans une luxation du fémur, la flexion de la cuisse ne pouvait avoir lieu sans que la jambe fût d'abord pliée, ce serait un motif suffisant pour présumer que la tête est fixée dans une cavité de nouvelle formation.

M. Pravaz rapporte ensuite l'observation d'une jeune personne de 13 ans, affectée d'une luxation congénitale double, qui avait été constatée par MM. Marjolin et Blandin. M. Bouvier l'avait déclarée incurable. Au bout de vingt-cinq mois de traitement, M. Pravaz a obtenu la réduction des deux côtés. La malade a été présentée à la Société de médecine de Lyon, qui a reconnu la parfaite conformation et le rétablissement des facultés locomotives. Il ne reste qu'un peu

(1) ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, de Broussais, 1822, tom. II, p. 97 de la contrefaçon de Bruxelles. — Voyez surtout *Bydragen tot de Geschiedenis der Vorming van een' Kunstigen oogappel, en tot die voor Nederland in het byzonder, inzonderheid om deze kunstbewerking, volgens geheel nieuwe methoden, en daartoe uitgedachte eenvoudige instrumenten, te verrigten; door* A. G. Van Onsenoort, Utrecht, 1829. — Je ferai remarquer en passant qu'aucun auteur français, à ma connaissance, ne fait mention du procédé du savant ophthalmologue hollandais.

d'embarras dans les mouvemens, mais on peut espérer que, comme dans les autres cas, cette gêne diminuera à la longue.

M. LE PRÉSIDENT propose de nommer MM. Marjolin, Blandin, Gerdy, Breschet, Nacquart et Bouvier, pour examiner la malade de M. Pravaz, et faire, sur son état actuel, un rapport à l'Académie.

M. PRAVAZ : M. Bouvier a déjà fait connaître son avis ; dans ce procès, il est partie, et ne peut par conséquent devenir juge. Je m'oppose donc à ce qu'il soit nommé membre de la commission.

M. DELENS : Il me semble au contraire que M. Bouvier doit naturellement être choisi pour commissaire, puisqu'il a déjà vu la malade dont il est question.

M. BOUSQUET : M. Pravaz étant membre correspondant de l'Académie, il n'y a pas lieu à nommer une commission pour examiner son mémoire.

M. LONDE : Je suis de l'avis de M. Bousquet. Il n'y a pas à nommer de commission. M. Pravaz sera dans la même position que les membres de l'Académie qui viennent présenter des pièces pathologiques à la fin des séances. Comme eux, il pourra répondre lui-même aux objections qui lui seront faites.

M. DUBOIS (d'Amiens) : Ce qu'a dit M. Bousquet n'est pas vrai d'une manière absolue. Il est positif que certains membres de l'Académie ont eu un rapport fait sur leurs travaux. Je pourrais citer comme exemple M. Amussat.

M. GERDY : Il est juste, et on le conçoit bien, que les membres de l'Académie ne soient pas astreints aux mêmes formalités que les étrangers ; mais lorsqu'ils demandent que ces mêmes formalités leur soient appliquées, lorsqu'ils sollicitent un examen de leurs travaux et un rapport, on ne peut le leur refuser. Maintenant, M. Pravaz refuse M. Bouvier comme juge, et son motif me semble assez raisonnable. Il suffit que M. Bouvier soit lié par des antécédens qui ne le laissent pas tout à fait libre dans ce débat, pour qu'il ne soit admis à y figurer qu'à titre de témoin. Je suis loin de mettre en doute la probité scientifique de notre collègue, mais vous savez combien, lorsqu'on est imbu de certaines idées, on a de peine à s'en défaire et à voir les choses sans prévention. Or, il pourrait se faire que M. Bouvier se trouvât involontairement, et par le fait même de son premier jugement, dans une position semblable.

M. DELENS : Si M. Bouvier est enchaîné par ses antécédens, il est aussi dans la commission des hommes qui sont liés par des antécédens contraires. Il serait donc, je crois, convenable de prendre la commission parmi les membres qui sont jusqu'ici demeurés étrangers à ces débats.

M. GERDY : La considération que vient de présenter M. Delens me semble juste, et je suis en conséquence disposé maintenant à consentir que M. Bouvier fasse partie de la commission.

M. VELPEAU : La réductibilité des luxations congéniales du fémur est une question qui s'agite depuis plusieurs années. C'est donc ici un cas où il importe que les faits donnés comme preuves soient examinés avec la plus grande attention ; et, pour cela même, je désire que M. Bouvier soit appelé dans la commission. M. Bouvier est un opposant, dit-on ; mais c'est précisément ce qui rendra son concours très utile, ce qui fait que je le crois très propre à éclairer la question. Lors même que la majorité de la commission n'admettrait pas comme probant le fait de M. Pravaz, qu'en résulterait-il de fâcheux ? Cette conclusion serait peut-être désagréable à M. Pravaz ; mais, quelle qu'elle soit, la science ne peut que gagner à ce que la discussion soit approfondie, et à ce que tous les argumens trouvent à s'y produire.

M. ROCHE : Je demande la parole pour un rappel au règlement. Jamais, jusqu'à présent, on n'avait accordé la parole aux membres correspondans.

M. GÉRARDIN : M. Roche est dans l'erreur. Les usages de l'Académie sont de permettre aux membres correspondans de prendre la parole pour défendre les travaux ou les observations qu'ils viennent présenter.

M. LONDE : C'est justement parce que M. Pravaz pourra répondre aux objections, c'est parce qu'on lui en reconnaît ici le droit, qu'il serait peu convenable de ne pas mettre M. Bouvier au nombre des commissaires.

M. LE PRÉSIDENT propose de composer ainsi la commission chargée d'examiner la malade de M. Pravaz et de faire un rapport sur son mémoire : MM. Marjolin, Blandin, Gerdy, Breschet, Nacquart, Bouvier et Velpeau. (Adopté.)

PROPHYLAXIE DE LA PESTE.

M. AUBERT lit un mémoire sur les quarantaines et sur la nécessité d'une réforme dans les mesures sanitaires. Nous avons donné l'analyse de ce travail dans le dernier numéro de la GAZ. MÉD. (V. n. 38, p. 605.)

Commissaires : MM. Double, Kéraudren et Londe.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES HERNIES, DÉPLACEMENS ET MALADIES DE LA MATRICE, AFFECTIONS CONSIDÉRÉES SOUS LEURS RAPPORTS ANATOMIQUE, MÉDICAL ET CHIRURGICAL ; par M. VERDIER. — 1 vol. in-8°, chez Béchet jeune et Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Ce livre est le fruit d'une longue expérience et d'une pratique toute spéciale. Livré depuis trente ans à la chirurgie herniaire, ainsi qu'au traitement des déplacemens et maladies de la matrice, l'auteur a écrit pour ainsi dire sous la seule inspiration de ses souvenirs ; et ce compte-rendu d'un médecin éclairé et consciencieux ne pouvait manquer d'être un traité plein d'intérêt et d'utiles enseignemens. Malheureusement, l'abondance des faits est telle, dans cet ouvrage, qu'il nous est impossible d'énumérer seulement les importans matériaux qu'il renferme. Soit par la forme du plan, soit par la précision du style, le livre de M. Verdier échappe le plus souvent à l'analyse. L'abréger serait fort difficile, car il ne contient que des résultats, et il faudrait le plus souvent, pour les faire connaître, transcrire le texte en entier. Nous nous bornerons donc à extraire quelques exemples propres à montrer la manière dont est conçue cette œuvre toute de conscience et de bonne foi.

Dans un premier article sont présentées les notions d'anatomie normale indispensables à quiconque veut se faire une juste idée de la situation et des variétés d'aspect et de forme que présentent les hernies. Destinée sans doute à compléter l'ouvrage plutôt qu'à développer des vues neuves sur des points déjà si approfondis, cette partie ne se fait remarquer que par une brièveté qui se concilie parfaitement avec la clarté des descriptions.

La partie vraiment précieuse du livre de M. Verdier est celle où il donne, sous forme de relevés statistiques, les produits de sa longue expérience. *Douze cent vingt-six* hernies, vues et attentivement examinées par lui-même, tel est le chiffre sur lequel il opère, et qui sert de point de départ à des considérations aussi variées qu'instructives sur le siége des hernies abdominales, sur l'époque de la vie où elles paraissent de préférence, sur leur composition, et leur situation par rapport aux canaux aponévrotiques qui leur livrent passage. On comprendra l'importance de pareils documens, si l'on réfléchit que ces diverses circonstances, dont la connaissance semble au premier coup-d'œil un objet de pure curiosité, peuvent seules mettre sur la voie d'un traitement rationnel, soit pour prévenir, soit pour guérir ces incommodes et dangereuses affections. Savoir l'âge, le sexe, les antécédens de santé générale, les conditions locales, les professions, les constitutions, etc., où les hernies sont le plus fréquentes, n'est-ce pas le seul moyen d'en pénétrer la cause, et partant le seul moyen d'arriver à la neutraliser ? Je le répète, c'est dans les travaux de ce genre qu'est l'avenir de cette partie de la médecine ; car, pour prévenir une maladie, il faut absolument connaître ses causes prédisposantes, et comment obtenir ces notions importantes, sinon en multipliant, à l'exemple de M. Verdier, les investigations d'une pratique attentive et patiente ? Voici, du reste, le titre des tableaux qu'il a dressés d'après ces recherches. Cette indication servira de jalon à ceux qui voudraient le suivre dans la même voie : 1° ancienneté des hernies ; 2° fréquence selon les organes qui les composent ; 3° fréquence d'après les lieux ; 4° hernies diverses selon les sexes ; 5° selon les tempéramens ; 6° selon les professions ; 7° selon les causes ; 8° selon l'âge ; 9° accidens éprouvés ; 10° hernies simples, doubles, triples ; 11° hernies inguinales (canal) ; 12° hernies inguinales (anneau) chez les hommes ; 13° *idem* chez les femmes ; 14° hernies scrotales ; 15° hernies crurales chez les hommes ; 16° *idem* chez les femmes ; 17° hernies ombilicales ; 18° hernies de la ligne blanche ; 19° hernies ventrales ; 20° hernies congénitales ; 21° hernies inguinales des nouveau-nés ; 22° hernies inguinales avec rétention du testicule ; 23° hernies réductibles ou non.

Un point fort intéressant qui semble ressortir de la pratique de l'auteur, a trait à l'influence des professions sur la formation des hernies. D'après ses chiffres, il paraîtrait que les travaux pénibles, les occupations manuelles y exposent moins que les habitudes d'une vie aisée et le calme d'une profession sédentaire. Nous disons à dessein, *il paraîtrait*, car, pour accepter comme décisive sur ce point la statistique de M. Verdier, il serait nécessaire de savoir d'abord dans quelle classe de malades il a été le plus souvent appelé à observer. Cette réserve faite, nous pouvons en toute sûreté rappeler que, dans le tableau *des professions et conditions des sujets affectés de hernies*, on trouve parmi les hernies 204 individus sans profession, rentiers et propriétaires ; 60 hommes de cabinet et employés d'administration ; et, par opposition, seulement 21 sujets désignés comme ouvriers en bâtimens, charpentiers, couvreurs, menuisiers, serruriers, maçons. Comme M. Verdier, nous nous bornons à constater le fait, sans en tirer de conséquences avant de savoir si cette proportion n'est qu'un résultat fortuit, ou si elle peut passer pour l'expression de ce qui a lieu généralement.

Après une appréciation judicieusement motivée des divers appareils et bandages employés comme moyens soit palliatifs, soit curatifs des hernies, M. Verdier s'occupe des opérations anciennement proposées pour la guérison radicale, et de celles qui, plus récemment, ont été faites dans le même but. Sans désapprouver complètement ces procédés, sans nier leurs bons résultats, l'auteur donne la préférence à une méthode qui a dû

moins incontestablement ponr elle le mérite de l'innocuité. Rendre aux parties qui entourent le canal herniaire, aux muscles qni y abontissent, aux parois qni le forment, an sac et à ses enveloppes leur tonicité primitive, tel est l'objet de son mode de traitement. Les moyens d'exécution ne sont antre chose que des dnnches d'ean froide répétées à plusieurs reprises (vingt fois environ, terme moyen). Une condition essentielle pour le succès de ce procédé, c'est qne la donche porte obliquement sur les tissus, pour les fortifier sans les frapper avec trop de force; c'est en second lien que le jet de liquide soit dirigé, non pas en bloc sur le corps de la hernie, mais successivement et dans un ordre méthodique, de manière à tomber d'abord sur le sac (les viscères ayant été réduits) : la hernie a-t-elle, par ce moyen, disparu au bont de quelques séances, on ramènera de snite la donche sur l'anneau, et plns tard on la promènera snr le trajet du canal, puis sur tonte la région contiguë du bas-ventre. Bien qu'il fût inexact de dire que l'antenr se propose nniquement, par ce moyen, de contondre les parties sonmises à l'action de la colonne liquide, il fandrait cependant, suivant lni, tenir compte de la percussion qni en résulte, et qni dispose les conches de la paroi abdominale à une espèce d'inflammation adhésive fort ntile pour la cure du déplacement. Le second effet de cette médication consiste dans la réfrigération qu'elle détermine, effet d'astriction locale et que l'on pent continuer, après la cessation de la douche, en appliquant immédiatement nn bandage dont la compression prévient le retonr dn sang dans les tissns d'où l'action du froid l'a chassé.

Nons avons insisté snr les détails de ce traitement, parce qu'il nous semble, sinon complètement sûr, du moins fondé sur des vues jnstes et rationnelles. S'il ne donne, dans beaucoup de cas, que d'imparfaites garanties, n'oublions pas qu'il est innocent; et, à ce titre (qu'il importe surtout de rappeler à l'époque présente), il a des droits incontestables, sinon à une préférence exclusive, dn moins à un examen impartial et basé sur l'observation. Or, l'expérience déjà largement commencée par M. Verdier pronve l'efficacité de cette méthode. Ajoutons que, d'après l'anteur, elle ne convient, on plutôt elle n'a de véritables chances de succès que dans les hernies récentes et accidentelles des jeunes sujets et des adultes. Ajoutons enfin, pour ne laisser aucnn doute sur les motifs dn jugement que nous croyons devoir porter envers elle, que, dans le cas d'nne hernie trop ancienne ou trop voluminense, le traitement par les douches serait encore applicable, puisque s'il ne gnérit pas à lni seul, il imprime du moins aux parties une modification dans le sens de la guérison, et sert tonjonrs à préparer, à aider ou à confirmer l'effet des autres méthodes curatives.

Nous regrettons de ne ponvoir que mentionner le chapitre intitulé : Observations détaillées concernant des cas rares de hernies, de déplacemens et maladies de la matrice. C'est là que l'auteur a déposé les intéressantes observations que lui fournissait nécessairement nne pratique aussi vaste et anssi spéciale. Mais si le temps nous manque pour donner nne idée de sa manière de voir et d'étudier les faits, nous nous en consolons, en songeant que le lecteur pourra y suppléer, en jugeant, d'après ce qui précède, comment il a su féconder ces mêmes faits, et en tirer parti an profit de la science. Malgré la brièveté de cette analyse, l'idée qui en ressort, et que nons avons voulu surtout mettre en évidence, c'est qne si le livre de M. Verdier est une œuvre de praticien, et à ce titre se recommande aux esprits positifs, aux hommes d'application, il ne mérite pas moins de fixer l'attention des théoriciens auxquels il fournit, non pas des doctrines toutes faites, mais, ce qui vant mieux à coup sûr, de bons et solides matérianx pour servir à les édifier.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

En arrivant hier de la campagne, où j'étais allé prendre quelques jonrs de repos, j'ai lu, — dans le dernier feuilleton de la Gazette Médicale sur le magnétisme, — le récit des expériences que M. Peisse a faites avec M. Dechambre pour juger la valeur réelle du taffetas, de l'argile et de la bande comme moyens de forcer les yeux à rester clos. Ce récit m'a paru tellement empreint de netteté, de modération et de bonne foi que dès le soir même, en compagnie des docteurs Amédée Latour et Douillet, j'ai répété ces expériences. Or, attendu qne je ne veux pas que MM. Peisse et Dechambre aient longtemps raison contre moi et sans moi, je viens publiqnement confesser ce que nous avons obtenu. — Ce n'est ni mon npinion, ni mon amonr-propre qu'il s'agit de faire triompher, mais la vérité; et pour atteindre ce but, nn me rencontrera toujours prêt à marcher en arrière aussi vite qu'en avant.

Après nons être successivement et réciproqnement appliqné le taffetas, l'argile et la bande .., an bont d'nn quart d'heure environ *nous y avons vu*. Pour moi, je vais vons raconter comment je suis arrivé à ce résultat :

Tont en laissant les mnscles de mon visage dans l'immobilité, j'imprimais à mes panpières supérieures et à mes globes ocnlaires un mouvement continnel propre à écarter l'argile, c'est-à-dire à la comprimer de dedans en debors et à former à mes yeux nne espèce de loge dans laquelle ils pnssent agir. Aussi, après dix minntes de cette manœnvre, mon œil droit s'onvrait-il *entièrement*, puis plus tard mon œil gancbe.

Cependant je n'avais encore accompli qne la moitié de la hesogne, car la conche d'argile était si épaisse qne la plus profonde obscurité continuait à régner antour de moi; j'étais à cent pieds sous terre! Mais pour qu'nn rayon lnmineux me parvînt, deux expédiens se présentaient : attendre que l'argile, en se desséchant, se crevassât; on amener promptement des crevasses par quelques contractions. J'ai attendu, des crevasses se sont formées, et j'ai vu, parfaitement vu..., sans qne les spectateurs pnssent tonjours désigner l'endroit par lequel je voyais.

Tels sont, Monsieur, les faits principaux que d'ailleurs je vais formuler d'une manière générale.

Le *taffetas* qui demeure sans cesse mouillé ne force pas du tout les paupières supérieures à rester abaissées.

L'*argile* peut se refouler et laisser les yeux libres.

An bont d'un certain temps l'argile se fend çà et là et permet de voir.

La vision peut avoir lieu de côté, en has et de face; jamais en haut, du moins lorsque le bord snpérieur de *la bande* s'applique fortement sur l'arcade sourcilière.

Enfin, les observateurs *ne peuvent pas constamment* reconnaître le point par lequel la vision s'opère.

Conclusion. — Le masque d'argile qne j'ai employé sur Prudence ne vaut rien, *parce qu'il a besoin d'être à chaque instant réparé, et qu'il peut ne pas toujours l'être exactement*; partant les expériences que nous avons faites sur cette jeune fille *avec ce masque* ne prouvent rien.

Voilà, Monsieur, ce que ma conscience me dicte de vous écrire anjonrd'hui. Ainsi, au revoir, vous et M. Dechambre, à une autre époque et sur un autre terrain. car je crois posséder des faits irréfragables : J'ai vu Prudence lire avec un masque de plomb qni, — s'appliquant immédiatement sur la face, et n'ayant que deux petites ouvertures aux narines on nne seule fente à la bouche, — s'étendait de la racine des cheveux jusqu'au cou et d'une tempe à l'autre. Ce masque avait-il une fissure imperceptible? je ne le crois pas; le temps nons l'apprendra peut être.

Du reste, quoique je sache maintenant qu'éveillé on peut y voir à travers nn masque qui parait offrir au premier aspect toutes les garanties désirables, je me garde d'en tirer l'induction que mademoiselle Prudence n'était pas endormie pendant les expériences, ni que son masque d'argile était mal appliqué; seulement je dis, *et je le dis bien haut*, que cela ponvait être.

Dans tous les cas, si cette jeune personne m'a trompé, — ce qui ne serait point un miracle, — je lui tresserai une couronne de roses; mais si M. Laurent est son compère, il aura une couronne d'épines! et je la lui enfoncerai jusqu'à la pulpe cérébrale..., pour servir d'exemple aux magnétiseurs à venir.

Agréez, etc. Frapart, D. M. P.

Paris, 17 septembre 1841.

Cette lettre ne demande pas de réponse; elle ne mérite que des éloges et des remerciemens.

Nous n'attendions pas moins de la loyauté et de la logique de M. Frapart. Que de questions scientifiques et autres, éternisées par les préjugés et l'obstination des amours-propres, seraient promptement éclaircies, si l'on agissait toujours de même.

M. Frapart nous permettra cependant une courte remarque relativement à sa conclusion. Il restreint cette conclusion à ceci : que les expériences faites avec ce masque sur mademoiselle Prudence ne *prouvent rien*.

Nous convenons que M. Frappart peut légitimement resteindre les conséquences de nos expériences et des siennes à ce résultat purement *négatif*, parce qu'il croit posséder d'autres faits irréfragables, et qu'il a vu Prudence donner des preuves de lucidité avec des moyens d'occlusion qu'il a le droit de croire non suspects; mais il conviendra anssi, sans doute, que, ponr M. Dechambre et pour moi, qui n'avons rien observé de semblable, notre conclusion doit aller un peu plus loin. Ainsi pour nous il est démontré, autant qu'un fait de cette nature peut l'être, non seulement que ladite Prudence *a pu* voir naturellement et physiologiquement à travers le masque de terre, mais qu'elle a *positivement vu* de cette manière et non autrement, et partant, que si elle prétend voir différemment, elle mérite la couronne de roses que lui destine M. Frappart. En pareille matière, la supposition de la supercherie est de droit, dès que la possibilité matérielle et physique de cette supercherie est rendue évidente par la découverte de moyens employés et par la reproduction expérimentale du fait dans toutes ses circonstances. Si, en effet, après une démonstration de ce genre, il était encore permis d'alleguer que, quoique réalisable par des moyens naturels, le fait *a pu* cependant avoir été produit par une cause extra-naturelle, ce serait déclarer l'impossibilité absolue de démontrer dans aucun cas la supercherie, conséquence qu'assurément M. Frappart ne voudrait pas accepter.

Voilà tout ce que nous avions à dire sur la lettre de M. Frappart, à laquelle (sauf ces légères restrictions), nous adhérons pleinement, soit pour le fonds, soit pour la forme.

L. P.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 40. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 2 OCTOBRE 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LES EFFETS DE L'IMMOBILITÉ ABSOLUE DES ARTICULATIONS, SANS MALADIE PRÉALABLE; par M. Teissier, de Lyon. D. M. P.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Obs. I. — Un homme de 60 ans, entre, dans le courant du mois d'avril 1838 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour une fracture oblique du fémur, située à la moitié environ du corps de cet os. On place le membre dans l'appareil de Boyer, et on le soumet à l'extension permanente. Le même traitement fut continué pendant trois mois sans permettre au malade d'exécuter le moindre mouvement, et cependant sans obtenir la consolidation. Au bout de ce temps, le malade, débilité, soit par le séjour au lit, soit par l'air vicié des salles d'hôpital, perd l'appétit, contracte la diarrhée et succombe, sans avoir éprouvé de douleurs dans les articulations du membre fracturé.

A l'autopsie nous avons trouvé les lésions suivantes :

État de la fracture. — Les fragmens sont mousses et arrondis, et ne présentent pas la moindre trace d'agglutination. Un faisceau de fibres musculaires sépare les deux bouts osseux. Les parties molles sont infiltrées de sang noir dans une grande étendue, mais ne présentent aucun signe d'inflammation.

Genou du coté malade. — Cette articulation, restée immobile pendant trois mois, contenait une grande quantité de sang épanché; le cartilage de la fossette articulaire interne du tibia présentait en arrière une perte de substance à peu près circulaire, ayant un centimètre de diamètre, n'affectant que la moitié de l'épaisseur du cartilage du côté libre. Le fond était inégal et comme chagriné; la circonférence était injectée à quelques lignes de distance.

La portion du cartilage du condyle interne du fémur, contiguë à l'érosion dont nous venons de parler, était perforée dans toute son épaisseur par une perte de substance semblable par son aspect et par ses dimensions.

Le cartilage de la fossette articulaire externe du tibia était ulcéré en arrière, dans un espace irrégulier, ayant environ 2 centimètres de longueur. La perte de substance était peu profonde, le fond était inégal; le tissu du cartilage qui supportait cette érosion était évidemment ramolli et tuméfié; tout autour d'elle, le cartilage présentait une injection d'un rouge vif uniforme. On observait une rougeur semblable sur le cartilage du condyle externe du fémur, dans toute l'étendue correspondante à cette dernière perte de substance.

Les cartilages malades se détachaient des os avec la plus grande facilité, mais le fémur n'avait subi aucune altération.

Pied. — L'articulation tibio-tarsienne, malgré son éloignement de la fracture, présentait aussi un épanchement de sang, une teinte jaunâtre des cartilages, qui étaient aussi dépolis, et une injection avec tuméfaction de la synoviale, qui forme un repli entre le tibia et le péroné.

Remarquons en passant que cet homme, durant tout son traitement, n'a jamais éprouvé de douleurs dans le genou, et que cependant nous avons trouvé chez lui une maladie des cartilages. Ce fait est donc contraire à l'opinion de Brodie, qui considère la douleur vive comme le

Feuilleton.

DE LA MORTALITÉ DE LA MARINE EN ANGLETERRE, ET DES CAUSES QUI ONT CONTRIBUÉ A L'ABAISSER.

Le gouvernement anglais est entré, depuis quelques années, dans la voie des recherches statistiques appliquées à l'étude des maladies regardées comme cause de mort ou d'infirmités graves, entraînant l'incapacité du travail. Considérées sous ce point de vue, ces recherches sont peut-être plutôt, comme au reste la plupart des travaux des Anglais, dirigées vers un but d'études économiques ou d'application que dans des vues purement scientifiques ou humanitaires. Mais quelles qu'aient été les intentions de ceux qui concurent ces recherches, elles n'en offrent pas moins des résultats importans et qui profiteront à la science et à la société. Parmi ces recherches, qui embrassent déjà les classes les plus importantes de la nation anglaise, les plus récentes sont celles qui se rattachent à l'étude de la mortalité de la marine, celles sur la mortalité des armées de terre, et enfin celles qui sont entreprises, par ordre du parlement, depuis trois ans, sous le nom d'*enregistrement*, et qui s'opèrent sur l'Angleterre et le pays de Galles, et sont destinées à étudier les variations qu'éprouve la population dans les différentes conditions où elle se trouve en Angleterre, par les naissances, les mariages et la mort. Or, comme les hommes laborieux auxquels a été confié le soin de recueillir ces renseignemens, et qui forment un vaste réseau à la surface du pays sont presque tous médecins, on doit attendre de leur concours des renseignemens précieux sur la nature des maladies et sur les autres points qui concernent leurs études spéciales. Nous rendrons prochainement compte du résultat de ces recherches, dont le dépouillement pour les deux premières années, confié aux soins de M. Farr, offre déjà les résultats les plus intéressans. Aujourd'hui nous allons nous occuper des documens présentés à la chambre des communes sur la santé et la mortalité des marins anglais, après avoir simplement indiqué l'origine de ces documens, qui sont publiés sous le titre suivant : Rapports statistiques sur la santé de la marine pendant les années 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835 et 1836 dans les commandemens de l'Amérique du Sud, des Indes occidentales, de l'Amérique du Nord, de la Méditerannée et de la Péninsule espagnole.

L'auteur de ces rapports, le docteur Wilson, en a puisé les matériaux dans les nombreux registres et les tableaux nosologiques envoyés à l'amirauté pendant les années dont il y est question par les chirurgiens de service sur les vaisseaux. Ces officiers, en effet, doivent transmettre au médecin général de la marine les pièces suivantes : 1° un journal des gens de l'équipage malades à bord ; 2° un rapport nosologique mensuel ou trimestériel, et 3° un journal indiquant tous les faits pratiques médicaux ou chirurgicaux observés à bord, espèce de recueil d'ob-

symptôme caractéristique des ulcérations des cartilages. Nous aurons encore plusieurs fois l'occasion de signaler l'absence de ce signe.

Obs. II. (Communiquée par mon ami le docteur Martin.) — Il s'agit d'une femme d'environ 70 ans, d'une constitution altérée, soit par le grand âge, soit par d'anciennes souffrances et la misère, qui fut retenue au lit, pendant 68 jours, pour une fracture intra-capsulaire du col du fémur. Elle fut placée par M. Pétrequin dans l'appareil de Desault, et au bout de plus de deux mois d'immobilité, passagèrement interrompue par l'indocilité de la malade, au moment où la formation du cal permettait au chirurgien de suspendre l'extension, trop fatigante pour cette femme, elle a été enlevée par une bronchite intense, liée à une constitution catarrhale, qui a régné épidémiquement à Lyon pendant l'hiver de 1840.

Autopsie du membre malade. — Les mouvemens de flexion du genou sont presque nuls et paraissent empêchés par l'engorgement des ligamens latéraux, perdus au milieu d'un tissu cellulaire infiltré de sérosité et devenu compacte. A l'intérieur de l'articulation, on trouve un épanchement de sang un peu séreux, s'élevant à environ 30 grammes. La portion de synoviale qui recouvre l'échancrure inter-condylienne est très épaissie, boursoufflée et comme ecchymosée. Celle qui tapisse les ligamens croisés est également infiltrée de sang. Une arborisation vasculaire, entremêlée de macules ou taches d'ecchymose se dessine sur la moitié interne du condyle externe du fémur, dont le cartilage est dépoli sur plusieurs points. Le cartilage du condyle externe est également dépoli en partie et généralement ramolli, ainsi que toute la croûte cartilagineuse des surfaces articulaires de la rotule et du tibia, qui ont pris une teinte jaune bien prononcée. Les ménisques sont infiltrés de sang. Les paquets cellulo-adipeux, qui garnissent et soutiennent la face postérieure du ligament rotulien sont engorgés et terminés par un repli de franges sanguinolentes, qui pénètre dans l'interligne articulaire fémoro-tibiale.

Le cartilage de la rotule est en grande partie absorbé et considérablement ramolli, comme nous l'avons déjà dit, dans ce qui survit à sa destruction. La diffusion sanguine se montre par plaques sur les parties du cartilage conservé.

Les os ne présentent aucune trace d'inflammation.

Il est fâcheux que dans ce cas on n'ait pas fait l'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne ; mais, malgré cet oubli, l'observation n'en demeure pas moins précieuse. En effet, personne ne peut nier qu'il ne soit fort remarquable de rencontrer des altérations graves dans un genou parfaitement sain avant l'accident qui a causé la fracture, dans un genou qui n'a reçu aucune contusion et qui est si éloigné du siége de la solution de continuité osseuse.

Immédiatement après ces deux premiers faits, et pour les corroborer, je crois devoir en placer un troisième, que je décrirai d'une manière très succincte, parce qu'il ressemble beaucoup aux précédens.

Obs. III. — Elisabeth B..., âgée de 72 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Marthe, dans le mois de juillet 1839, pour se faire traiter d'une fracture du col du fémur, qu'elle s'est faite en tombant de sa hauteur sur le grand trochanter. On place le membre fracturé dans l'extension, et on le maintient dans cette position à l'aide d'un appareil compressif et immobilisateur. Après sept ou huit semaines de traitement infructueux, comme la malade souffrait beaucoup, on fut obligé d'enlever l'appareil et d'abandonner la fracture aux seuls efforts de la nature et du repos. Cette femme ne se releva plus, et après cinq mois de séjour au lit, elle s'éteignit, sans avoir présenté d'autres symptômes qu'une prostration extrême.

A l'autopsie du membre fracturé, nous trouvâmes l'articulation de la hanche saine, un épanchement de sérosité sanguinolente dans le genou, les cartilages jaunes et rugueux dans beaucoup de points et érodés dans celles de leurs parties qui sont naturellement en contact dans l'extension. L'articulation du pied, examinée avec soin, présenta les mêmes lésions, mais à un degré moins prononcé.

Voilà trois faits qui me paraissent suffisamment prouver que le repos longtemps continué peut occasioner de notables changemens dans l'état des articulations saines. Dans tous, nous retrouvons des pertes de substance dans les cartilages, qui sont d'ailleurs ou ramollis ou gonflés et modifiés dans leur coloration ; de plus, nous constatons l'injection des synoviales et les épanchemens sanguins ou séro-sanguinolens que nous avons décrits dans un des paragraphes qui précèdent. Nous n'avons pas encore vu les fausses membranes dont j'ai annoncé l'existence; mais je citerai plus loin les observations sur lesquelles s'appuie ma proposition ; je les ai placées dans un chapitre ultérieur, parce qu'elles renferment des détails qui doivent servir à la confirmation de quelques idées, sur lesquelles j'appellerai bientôt l'attention du lecteur.

Ankylose. — Jusqu'ici nous n'avons parlé que des lésions que peut occasionner un repos continué seulement pendant deux ou trois mois, c'est-à-dire pendant le temps généralement nécessaire pour la consolidation d'une fracture de cuisse. Mais il peut arriver que par un concours de circonstances défavorables, la formation du cal se fasse bien plus longtemps attendre. C'est ainsi qu'on voit souvent chez des vieillards, chez des individus affectés de syphilis ou de scorbut, les fractures du fémur ne guérir qu'après un traitement de six, huit mois et plus encore. Dans ces cas, si le membre a été soumis constamment à l'immobilité, il peut se manifester dans ses articulations saines avant l'accident, des altérations bien plus graves que celles déjà décrites, cent fois plus graves que la fracture elle-même, puisqu'elles persistent après la guérison de celle-ci et qu'elles peuvent occasionner une infirmité contre laquelle l'art sera probablement impuissant, je veux parler de l'ankylose vraie, intra-capsulaire, c'est-à-dire de l'adhésion intime des surfaces articulaires.

Il n'est pas rare non plus qu'à la suite d'une paralysie complète des membres inférieurs, ceux-ci soient obligés de garder pendant des années entières la même position ; dans ce dernier cas, il peut aussi se former des ankyloses intra-capsulaires du genou et du pied, qu'il est impossible de rapporter à une autre cause que l'immobilité.

J'ai déclaré en commençant ce travail, que la possibilité des ankyloses à la suite d'un repos absolu, prolongé pendant plusieurs mois, avait été annoncée par J.-L. Petit, Boyer, Hunter, etc. ; mais j'ai fait remarquer que ces auteurs ne s'étaient appuyés sur aucune démonstration rigoureuse, et qu'aujourd'hui nous ne pouvions accepter comme vrai, que ce qui est prouvé par l'autorité incontestable des faits. J.-L. Petit, par exemple, se contente de dire: « Les fractures, même éloignées des articulations, peuvent être occasion d'ankylose quand on n'a pas soin de prévenir l'épaississement de la synovie en remuant de temps en temps les jointures. »

Boyer ne va guère plus loin. « L'immobilité prolongée, dit-il, peut à elle seule produire l'ankylose. Celle-ci peut se produire de deux manières avec ou sans inflammation de la jointure. Si l'immobilité agit seule, alors elle donne lieu à un empâtement des parties molles, à une rétraction des ligamens et des tendons, à une raideur enfin de l'articulation. Si à l'immobilité s'ajoute un certain degré d'inflammation de la membrane synoviale et des surfaces articulaires, alors ces surfaces peuvent contracter entre elles une adhérence. »

Après de pareilles assertions, on a le droit de s'étonner que J.-L. Petit et Boyer n'apportent aucun fait anatomique à leur appui. Et l'on peut soutenir qu'ils avaient deviné ou présumé les lésions auxquelles peut

---

servations qui doivent être liées entre elles et étudiées sous le point de vue de l'étiologie, des constitutions, des maladies régnantes, des variations atmosphériques et autres conditions qui peuvent être nuisibles ou favorables.

Aujourd'hui la marine anglaise ne compte que cinq hôpitaux ; à Portsmouth, à Plymouth, à Malte, à la Jamaïque et à Bermuda, puis les hospices de Chatam et de Woolwich. Les marins malades sont en outre reçus dans tous les hôpitaux militaires et coloniaux et dans des quartiers établis sur cinquante stations différentes où des chirurgiens sont chargés de donner aux marins malades ou blessés tous les secours que réclame leur état.

Ce travail offrait de nombreuses difficultés que M. Wilson paraît avoir surmontées avec habileté ; ainsi la courte durée du temps pendant lequel les vaisseaux restent quelquefois en commission, ou sur le même point ; l'immense étendue de quelques-uns des commandemens maritimes; les fréquens et rapides changemens de climat auxquels les marins sont si exposés ; la difficulté de suivre un marin depuis le navire sur lequel il a été blessé ou est tombé malade jusqu'à l'hôpital où il a été envoyé, et de là jusqu'en Angleterre où il doit quelquefois aller pour achever sa convalescence. Les seuls cas où les rapports aient laissé des lacunes qu'il a été impossible de remplir, sont ceux où le médecin chargé de soigner l'équipage est mort lui-même ou a été malade.

Avant de faire connaître les résultats auxquels le docteur Wilson est arrivé sur la mortalité des marins, disons quelques mots de leur alimentation, de leur manière de vivre, enfin des plus importantes circonstances hygiéniques sous l'influence desquelles ils se trouvent.

Alimentation. — Il ne sera pas sans intérêt d'entrer ici dans quelques détails, car c'est surtout aux modifications apportées dans le régime des marins qu'est due en grande partie la diminution qu'a éprouvée depuis moins d'un demi-siècle leur mortalité.

RATION QUOTIDIENNE DES MARINS.

1 1/2 livre (anglaise) de pain.	1/2 pinte de pois; et aussi
1 livre de biscuit.	1 gallon de bierre, ou
1 livre de viande fraîche.	1 pinte de vin ; ou
1/2 livre de légumes.	1/4 de pinte d'eau-de-vie.
3/4 de bœuf salé.	1/4 once de thé.
3/4 de farine.	1 1/2 once de sucre.
3/4 de porc salé.	1 once de cacao.

ET PAR SEMAINE.

1/2 pinte de gruau d'avoine.	1/2 pinte de vinaigre.

Le matelot peut changer sa livre de farine pour une livre de raisin, une demi-livre de raisin de Corinthe ou une demi-livre de groseille, et se procurer par ce moyen une demi-livre de ce pudding qui s'associe très bien avec le régime des viandes salées dont il corrige l'excitation ; il peut aussi, au lieu de sucre, ob-

donner lieu le repos absolu des articulations, mais qu'ils ne les avaient jamais vues. Aussi, de nos jours, les auteurs qui ont écrit sur la question de savoir quels sont les effets de l'immobilité sur les jointures saines d'ailleurs, se sont-ils bien gardés d'admettre comme chose incontestable la production de l'ankylose par cette seule cause.

C'est ici le lieu de citer un passage extrait des LEÇONS CLINIQUES du professeur Velpeau, qui peint fidèlement l'état actuel de la science sur cette question. « Les ankyloses vraies, dit-il, peuvent-elles survenir sans maladie articulaire préalable, d'un contact prolongé des surfaces cartilagineuses ? C'est là une question à examiner et assez difficile à résoudre maintenant: on ne possède pas à ce sujet assez de faits. On a cru quelquefois qu'il en était ainsi..... Il est certain, et on l'observe fréquemment dans les hôpitaux, que des malades après être restés deux ou trois mois immobiles, ont les articulations raides: cela survient surtout au genou, où se produisent si souvent des ankyloses fausses à la suite des fractures de cuisse, parce que les parties molles du membre se sont raccourcies et endurcies et que les muscles ont perdu l'habitude de se contracter. En réalité, ce ne sont pas là des ankyloses; mais cette immobilité pourrait en produire, car la synovie qui n'est exhalée que s'il y a production de mouvemens, ne l'est plus dans les cas d'immobilité: les surfaces des cartilages perdent leur poli, s'usent, disparaissent et dès lors les surfaces osseuses étant en contact doivent, *dit-on*, se souder. Je ne nie pas la possibilité de ces soudures, seulement je n'en ai jamais vu; et comme les observations citées à ce sujet ne sont pas très détaillées, c'est, suivant moi, une question à revoir. »

On lit dans Samuel Cooper et dans M. Vidal de Cassis: que l'immobilité, dans le traitement des fractures de la continuité des os ne peut probablement déterminer qu'une simple raideur articulaire, c'est-à-dire, qu'une fausse ankylose qui se dissipe facilement.

Enfin, il y a même des auteurs, parmi lesquels je nommerai surtout, parce qu'ils sont plus célèbres, MM. Cruveilhier, Kunholtz et Malgaigne, qui nient formellement que l'immobilité prolongée soit une cause suffisante de l'ankylose réelle. Dans son ANATOMIE DES RÉGIONS (t. I, page 164), M. Malgaigne dit: « Quand il n'y a point d'irritation dans une jointure, la sécrétion synoviale s'y continue, et l'ankylose vraie ne s'y fait point. En conséquence, c'est une erreur de croire que l'immobilité prolongée soit une cause suffisante de l'ankylose réelle: elle peut tout au plus produire une raideur dans les mouvemens, qui tient plutôt à l'état des tissus ambians qu'à l'articulation elle-même. » Et pour justifier cette opinion, ces auteurs s'appuient sur deux cas; l'un, qui a été publié à Montpellier par M. Kunholtz, est celui d'une femme de 60 ans qui avait une soudure partielle congénitale du corps de la mâchoire inférieure avec la supérieure, et chez laquelle l'autopsie montra que les articulations temporo-maxillaires étaient dans un état normal quoiqu'elles eussent été condamnées à une immobilité absolue pendant 60 ans; l'autre, qui appartient à M. Cruveilhier, est un fait de soudure complète de l'articulation temporo-maxillaire droite qui condamna celle du côté opposé, pendant 83 ans, à un repos absolu sans déterminer son ankylose. — Ces faits, sans aucun doute, sont très curieux; mais fussent-ils au nombre de mille, ils ne suffiraient pas encore pour démontrer que *jamais* l'immobilité ne peut causer l'ankylose. D'ailleurs nous verrons plus bas qu'il y a des conditions qui peuvent, jusqu'à un certain point, rendre compte de la différence des résultats auxquels sont arrivés MM. Kunholtz, Malgaigne, etc., et de ceux que j'ai pu obtenir de mon côté.

J'avais besoin d'insister longuement sur l'incertitude qui règne dans la science relativement à la question de l'influence du repos sur la production de l'ankylose pour bien faire comprendre la valeur des quelques observations que j'ai pu recueillir et dont je vais immédiatement présenter l'exposition.

FRACTURE DU FÉMUR NON CONSOLIDÉE APRÈS 22 MOIS D'EXTENSION ET D'IMMOBILITÉ; AMPUTATION; UNION DES CARTILAGES DU GENOU PAR FUSION DE LEUR SUBSTANCE ET PAR FAUSSES MEMBRANES.

OBS. IV. — Pierre Mavel, âgé de 27 ans, d'une constitution lymphatique, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 mai 1838, pour une fracture de la cuisse droite produite par un éboulement de terrain. La fracture siége au milieu du corps du fémur; elle est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Le fragment supérieur fait saillie en avant et l'inférieur s'enfonce en arrière et remonte sur le supérieur. Le membre est raccourci de 38 millimètres environ.

Ce jeune homme éprouve en outre quelques symptômes de scorbut; les gencives sont engorgées, violettes et saignantes.

Le membre est placé dans un appareil à extension permanente. Après quatre mois la réunion des fragmens n'est pas encore commencée: pour assurer une immobilité plus parfaite, on applique une attelle postérieure solide, montée sur le membre, garnie d'un coussin et assujettie par un double bandage de Scullet; on se sert en même temps d'attelles latérales. En même temps les toniques et les amers sont administrés à l'intérieur pour combattre les symptômes de scorbut. Cet appareil est resté très longtemps en place, mais il n'a pas eu plus d'efficacité que le premier. On a reconnu que le malade se livrait souvent à la masturbation et que c'était là probablement la cause qui empêchait la fracture de se consolider. Au quinzième mois on plaça le malade dans l'appareil de M. Bonnet pour prévenir les mouvemens du bassin. Malgré toutes ces précautions, aucun indice de cal n'apparaissait 22 mois après l'accident: il existait au contraire une fausse articulation, qui motiva l'amputation du membre. Le 5 mars 1840, M. Bonnet pratiqua cette opération immédiatement au-dessus de l'endroit fracturé.

DISSECTION DU MEMBRE AMPUTÉ. — Les extrémités des fragmens sont arrondies et séparées par un faisceau de fibres musculaires. On n'apercevait point de traces d'ossification. Le tissu osseux est infiltré de sang.

GENOU. — Le genou est engorgé et raide; impossibilité complète de lui faire opérer un mouvement de flexion. Le cartilage de la facette interne du tibia a éprouvé une érosion circulaire de l'étendue d'une pièce de 20 sous. Le cartilage du condyle interne du fémur a éprouvé une perte de substance correspondante à la précédente, de même forme et de même étendue qu'elle. Une fausse membrane mince placée entre ces deux ulcérations, s'étend encore au loin sur le cartilage persistant du tibia. Le ménisque correspondant adhère à cette fausse membrane.

Le condyle externe du fémur est uni au tibia d'une manière solide; une coupe verticale faite d'avant en arrière met en évidence le mode de cette union. Les cartilages du fémur et du tibia légèrement amincis, sont unis par le ménisque et par une fausse membrane qui lui est fortement adhérente. Cette fausse membrane est élastique et ressemble à un fibro-cartilage intervertébral. A l'endroit de la plus grande convexité du condyle, dans l'étendue de 8 ou 10 millimètres, les cartilages du fémur et du tibia sont unis d'une manière immédiate; leur substance est confondue, sans que l'on puisse apercevoir la plus légère trace de démarcation entre eux. L'épaisseur du cartilage qui en résulte est double de celle des cartilages isolés.

Une semblable confusion existe aussi entre le cartilage de la rotule et celui de la gorge articulaire du fémur; mais seulement vers le milieu de l'os et dans une étendue de 8 millimètres verticalement, au-dessus et au-dessous; les cartilages en partie absorbés sont isolés par un tissu de nouvelle formation, blanc et élastique qui leur adhère assez intimement.

---

tenir du beurre et remplacer le cacao par du fromage, et tout cela sans rien diminuer de sa paie qui est communément de 1 livre 14 schellings (41 fr. 80 c.) par mois de 28 jours. Le docteur Wilson nous assure qu'on varie, autant que possible, dans la marine anglaise, le régime des équipages; que toutes les provisions qui leur sont destinées seront toujours de première qualité et même depuis la fin du siècle dernier les approvisionnemens ont été soustraits au système de ce que les Anglais appelaient « le poids des commissaires aux vivres » (*purser' weights*) et qu'on pourrait traduire libéralement en français par la condition des pots de vin; cet infâme trafic qui, si souvent, changea en une nourriture malfaisante les alimens destinés à soutenir les forces des soldats et des marins.

C'est surtout à partir de 1797 que le gouvernement anglais commença à surveiller avec la plus scrupuleuse exactitude le régime alimentaire de la marine; de cette époque aussi date une nouvelle ère dans la santé de ses équipages. Le scorbut, les fièvres pestilentielles, les dysenteries, les ulcères des extrémités qui jusqu'alors avaient fait tant de ravages parmi les marins de toutes les nations, diminuèrent considérablement chez ceux de la nation anglaise; quelques vaisseaux, dans certaines circonstances particulières, eurent bien encore à en souffrir, mais on ne vit plus de ces épidémies foudroyantes qui privaient souvent des vaisseaux et même des flottes entières de leurs équipages. Parmi les améliorations qui, bien que simples en apparence, eurent cependant des résultats aussi heureux, on doit mettre en première ligne les soins apportés à l'alimentation des marins. Une notable augmentation de la ration (un tiers), une plus exacte régularité dans la distribution, la distribution du cacao au lieu du gruau pour déjeûner, la consommation des viandes peu de temps après leur salaison et du biscuit aussi frais que possible amenèrent une notable amélioration dans la santé des marins, qui ne fit plus de progrès pendant les derniers temps de la guerre; mais avec la paix recommencèrent de louables efforts, et en 1825 la réduction de la demi-pinte d'eau-de-vie qui était donnée chaque jour à chaque matelot à un quart de pinte et qu'on remplaça par une distribution de thé ou de café amena encore une notable amélioration. Cette mesure, qu'on croyait devoir causer de violentes tempêtes parmi ceux qu'on regardait comme les incorrigibles amis du *grog*, n'amena aucun trouble grave et aujourd'hui la majorité des matelots, si on leur offrait de reprendre l'ancien régime, celui de la demi-pinte de grog, préféreraient le nouveau et ne donneraient pas le café ou le thé pour un supplément d'eau-de-vie.

Déjà, avant 1815, on avait commencé à remplacer les tonneaux de bois destinés à conserver l'eau pour l'équipage par des boîtes en fer; mais depuis cette époque cette mesure, adoptée d'une manière générale, a notablement ajouté à la salubrité des vaisseaux de guerre, puisqu'au lieu d'une eau putride, à l'odeur de l'hydrogène sulfuré, presque toujours mêlée de conferves vertes ou d'autres produits animo-végétaux, le marin reçoit maintenant une eau potable, limpide, qui n'a aucun mauvais goût et qui, dans les temps de tempête seulement et lorsque la boîte est presque vide, offre une légère teinte brunâtre produite par le mélange de l'eau avec la petite portion d'oxide de fer qui se détache de l'intérieur. Or, bien que les matelots n'aient en général aucune disposition aux affections chlorotiques et anémiques, il est cependant permis de penser que cette eau, légèrement ferrugineuse, ne peut nullement leur être nuisible.

Le régime des marins malades à bord est surtout l'objet d'une attention toute

En un mot, on trouve dans le genou une ankylose générale, incomplète en ce sens qu'il n'y a pas fusion osseuse; mais ankylose vraie, intra-capsulaire, fibro-celluleuse et fibro-cartilagineuse.

PIED. L'articulation tibio-tarsienne est aussi le siége de lésions très graves : 1° épanchement de sang; 2° formation de fausses membranes très épaisses et adhérentes aux cartilages ; 3° amincissement et érosion de ces derniers.

Enfin, dans l'articulation du cuboïde avec les quatrième et cinquième métatarsiens, et même dans les articulations phalangiennes, on observe des altérations tout à fait analogues.

Quant aux os, ils sont ramollis et infiltrés de sang dans leurs parties spongieuses, mais ils ne présentent pas l'aspect des os enflammés.

Cette observation est d'autant plus importante, qu'elle est, je crois, sans analogue dans la science. Elle confirme en tous points les idées que j'ai émises sur l'influence du repos longtemps continué des articulations saines dans le traitement des fractures. En effet, nous avons rencontré dans le membre de ce malade, et l'épanchement de sang, et l'érosion des cartilages, et la production de fausses membranes, et la formation d'une ankylose vraie. De plus, ce fait démontre, contre l'opinion de presque tous les anatomistes et chirurgiens modernes, qu'il peut se former des ankyloses sans disparition des cartilages.

ANKYLOSE FIBRO-CELLULEUSE DES ARTICULATIONS TIBIO-TARSIENNE ET CALCANÉO-ASTRAGALIENNE, A LA SUITE D'UNE FRACTURE DE JAMBE ET D'UNE IMMOBILITÉ DE QUINZE MOIS.

OBS. V. — Un homme de 36 ans, d'une bonne constitution, se fait, en janvier 1839, une fracture comminutive aux deux os de la jambe gauche, vers son tiers inférieur à peu près. Le membre fut placé dans l'appareil ordinaire, consistant en un bandage roulé, des attelles flexibles, des attelles latérales solides, etc. Mais la consolidation ne se fit qu'avec beaucoup de lenteur, parce que plusieurs fragmens des os fracturés se nécrosèrent, que la suppuration se forma, qu'un grand nombre d'ouvertures fistuleuses s'établit, par lesquelles on fut obligé d'extraire des esquilles qui ne se détachèrent qu'avec beaucoup de difficultés ; en sorte que, pendant cinq mois, le malade ne put sortir de son lit, et sa jambe resta renfermée dans un appareil qui maintenait les articulations du pied dans une immobilité absolue. Ce n'est qu'au bout de ce temps que la soudure des os parut assez solide pour qu'il fût permis à ce malheureux d'essayer de marcher.

Pendant quelques jours, les choses allèrent assez bien ; le malade se plaignait seulement d'une grande raideur dans la jointure du pied avec la jambe; mais bientôt il fut obligé de se remettre de nouveau à un repos parfait ; la jambe se tuméfia ; les fistules qui s'étaient fermées se rouvrirent ; la suppuration se rétablit, et le stylet put reconnaître que toutes les portions d'os nécrosés étaient loin d'avoir été complètement éliminées. A dater de cette époque, la maladie alla toujours en s'aggravant ; la nécrose fit des progrès, lents à la vérité, mais qu'on ne put arrêter.

Enfin, après quinze mois de séjour au lit, le malade, voyant que son état ne s'améliorait pas, et qu'au contraire il perdait ses forces, réclama avec instance l'amputation. On se rendit aux prières de ce malheureux, et l'opération fut faite au tiers supérieur de la jambe le 3 avril 1840.

J'ai examiné avec attention la portion du membre détachée, et voici ce que j'ai observé :

Le pied est très gonflé, et ce n'est qu'avec difficulté qu'on peut le fléchir légèrement sur la jambe.

ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE. Soudure de l'astragale et du tibia dans toute l'étendue de leurs surfaces articulaires, à l'aide d'un tissu blanc, fibreux, filamenteux qui permet encore, par son extensibilité, de très faibles mouvemens des deux os l'un sur l'autre.

Etat tout à fait identique dans l'articulation de l'astragale avec le calcanéum.

Dans les deux jointures ci-dessus désignées, amincissement considérable, disparition même complète des cartilages dans quelques points, épanchement d'un sang très liquide et séreux dans les autres articulations du pied.

Le tissu osseux de l'astragale et du calcanéum est parfaitement normal.

ETAT DE LA FRACTURE. Les deux os sont bien consolidés; leur partie inférieure est considérablement hypertrophiée. Sur le tibia existent plusieurs ouvertures fistuleuses au fond desquelles on aperçoit de petites esquilles entièrement détachées.

Je n'attache pas tout à fait la même importance à cette dernière observation qu'à la précédente. On pourrait, jusqu'à un certain point, soutenir ici que le voisinage de la fracture, que la nécrose ont propagé, le long des bouts inférieurs du tibia et du péroné, un état inflammatoire à la membrane synoviale de l'articulation tibio-tarsienne; qu'à la suite de cette inflammation, des fausses membranes ont été sécrétées, qui, plus tard, se sont organisées et ont ainsi pu produire l'ankylose; et même l'on pourrait, pour donner plus de poids à cette opinion, s'appuyer sur l'hypertrophie de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné. Mais si, d'une autre part, on se rappelle que l'astragale et le calcanéum ont été trouvés sains, et que cependant l'articulation astragalo-calcanéenne est aussi le siége d'une ankylose fibro-celluleuse, il faudra bien admettre que ce n'est pas l'irritation irradiée de la fracture et de la nécrose qui a pu causer de pareils désordres. On cherchera la cause ailleurs, et je crois qu'on la trouvera dans l'immobilité absolue.

On lit dans le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE (n. 4, juin 1834) une observation assez curieuse de fracture de la partie moyenne du fémur, avec ankylose du genou, recueillie par M. Chassaignac chez un sujet qui servait aux opérations. Voici les particularités les plus importantes qu'a présentées cette fracture : raccourcissement de 3 pouces ; impossibilité de fléchir le genou; interruption des muscles de la partie antérieure de la cuisse au-devant de la fracture ; la longueur diminuée de ces muscles était devenue un obstacle à ce qu'ils prêtassent autant qu'ils le peuvent quand ils sont dans leur état naturel ; la portion du muscle étendue entre la rotule et la fracture avait contracté une rigidité telle, que la rotule était fortement appliquée contre la partie antérieure de l'articulation comme par une corde très raide. Enfin, la rotule avait contracté des adhérences filamenteuses avec la partie antérieure des condyles.

Evidemment, dans ce cas, l'ankylose de la rotule sur le fémur était le résultat de l'immobilité à laquelle elle se trouvait condamnée par suite du raccourcissement et de la tension exagérée du crural antérieur. Ce fait ne saurait être contesté.

Enfin, dans le dictionnaire en 25 volumes, à l'article *Ankylose*, M. J. Cloquet assure avoir trouvé plusieurs fois sur des individus affectés de paralysie, qui étaient restés fort longtemps au lit dans la même position, des adhérences entre les feuillets continus de la membrane synoviale, et quelquefois même un tissu filamenteux, celluleux, blanchâtre, qui réunissait les surfaces articulaires. Mais, chose singulière, il nie un peu plus loin qu'il en soit ainsi pour les fractures, car il dit : « Dans les fractures de la partie moyenne des os longs, lorsque la consolidation du cal a été retardée par quelque circonstance accidentelle, l'ankylose est incomplète et doit être attribuée à la raideur des ligamens et à l'engorgement des parties molles de l'articulation par le séjour prolongé du membre dans

---

spéciale; jusqu'à ces derniers temps, on leur donnait des viandes et des légumes conservés et tout ce que les circonstances pouvaient permettre; mais depuis quelques années on a voté des fonds pour qu'ils pussent recevoir à bord de la volaille, du lait, des légumes frais, du pain frais, et enfin tout ce qui peut aider et accélérer la convalescence.

Les marins prennent leurs repas et couchent sur ce qu'on appelle le pont inférieur dans tous les navires au-dessous de ceux de première classe, tandis que sur ces derniers c'est sur le pont ou l'entrepont moyen, d'où résulte une très grande différence, sous le point de vue du coucher entre les frégates et les navires inférieurs et les vaisseaux de ligne ; car dans ces derniers la ventilation du pont moyen est facile, tandis qu'elle est à peu près impossible dans le pont inférieur des autres; ce dernier, d'ailleurs, a l'extrême inconvénient de se trouver immédiatement au-dessus du fond de cale.

Sur les navires, l'espace consacré pour prendre les repas et dormir est nécessairement très rétréci; les hommes y sont toujours dans un état d'encombrement qui est pourtant moins fort sur les vaisseaux à trois ponts, où deux ponts sont consacrés à cet usage; car bien que l'équipage de ces derniers soit augmenté il ne l'est cependant pas en proportion de l'espace. Pour donner une idée de l'encombrement de ces ponts lorsque les marins y sont couchés, il suffit de rappeler que l'espace qui sépare les crochets auxquels sont suspendus les hamacs n'est que de 14 à 18 pouces, en sorte que quand tous les hommes sont étendus dans leurs hamacs tous les corps se touchent. En mer, quand la moitié des hommes sont de service, l'encombrement est diminué de moitié; mais en rade ou dans le port il n'est pas rare de voir 500 hommes couchés sur le même pont, se touchant tous latéralement et en lignes aussi rapprochées que possible. Dans les circonstances ordinaires cette accumulation de tant d'hommes dans un espace aussi étroit ne paraît pas avoir d'influence défavorable sur la santé; mais on conçoit qu'il en doit être autrement lorsque les sujets qui y sont soumis portent déjà les rudimens de quelque dégénérescence ou de quelque altération cachectique.

Les plus grands soins sont donnés à tout ce qui concerne la propreté du navire et des hommes qui le montent, mais avec un zèle quelquefois mal entendu; nous voulons parler de l'habitude où l'on est de laver fréquemment les différens ponts, habitude contre laquelle s'élèvent l'expérience et la raison et qui pourtant n'a pu être encore abandonnée. Comment est-il besoin de dire encore que l'on doit prendre les plus grands soins pour entretenir parfaitement sèches toutes les parties d'un navire, dont la plus grande partie est plongée dans la mer et sous une aussi forte pression, tandis qu'en lavant à grande eau toutes les parties du navire on y entretient une humidité qui ne peut être que très préjudiciable à la santé? Parry rapporte dans ses VOYAGES plusieurs exemples remarquables de scorbut occasionné par l'humidité. Cette habitude est d'autant plus blâmable qu'elle n'est point imposée à l'officier commandant, qui est libre de choisir parmi les quatre méthodes employées dans la marine pour maintenir la propreté des navires, celle qui lui plaît. On peut, il est vrai, sans inconvénient laver à grande eau le premier et peut-être le second pont sur les vaisseaux de ligne, mais partout ailleurs on ne doit employer que la méthode dite à *pierre sèche* (*dry stoning*), et qui consiste dans l'emploi d'une pierre dont on se sert pour frotter les ponts avec un peu de sable froid ou chauffé.

L'équipage est partagé en deux gardes qui se relèvent mutuellement pour la

l'appareil. Quand les fractures ont lieu dans le voisinage des articulations, on trouve à l'autopsie que la synovie est moins abondante que dans l'état naturel, qu'elle n'est pas plus épaisse et que la raideur dépend seulement des ligamens, des tendons et des parties molles qui environnent l'articulation. » Je m'explique difficilement pourquoi M. Cloquet, après avoir reconnu que l'immobilité chez les paralytiques détermine quelquefois des ankyloses fibro-celluleuses, n'a pas été conduit à admettre que la raideur qu'on observe à la suite du traitement des fractures par l'immobilité longtemps continuée pouvait, dans certaines circonstances, tenir à la même cause.

Quoi qu'il en soit, il résulte de tous ces documens, fournis par l'anatomie pathologique, que le repos absolu peut amener l'union des surfaces articulaires. Si maintenant nous nous adressons à l'observation clinique, nous trouverons des faits assez nombreux qui viennent encore plaider en faveur de cette opinion. Ces faits, comme je l'ai dit en commençant ce travail, sont insuffisans par eux-mêmes pour démontrer la possibilité de l'ankylose à la suite de l'immobilité; mais, placés immédiatement après les détails anatomiques dans lesquels nous sommes entrés, ils acquièrent une grande valeur.

J'ai eu l'occasion de voir une dame de Tarare, qui, dans un voyage qu'elle fit à Paris, s'y cassa la jambe gauche à son tiers inférieur, et fut traitée par un de nos plus grands chirurgiens, qui lui appliqua le bandage amidonné. Pendant deux mois, elle garda un repos absolu; au bout de ce temps, la consolidation était complète, mais le pied était extrêmement raide, engorgé, et ne pouvait ni se fléchir ni s'étendre. Aujourd'hui, la fracture est guérie depuis plus d'une année, mais le pied est toujours empâté et privé de ses mouvemens naturels. Cependant, chaque jour on le soumet à une espèce de gymnastique bien combinée, afin de faire cesser cette raideur. Néanmoins, l'amélioration est jusqu'à présent à peine sensible. Il est probable qu'il s'est formé des adhérences fibreuses entre les surfaces articulaires qui rendent la guérison impossible.

M. Bonnet (de Lyon) a publié l'observation d'un peintre en bâtimens, qui se cassa les deux cuisses en montant sur un échafaudage, et qui ne put guérir complètement de ces deux fractures qu'après quinze mois de séjour au lit et du repos le plus absolu des membres inférieurs. Eh bien! quand la consolidation fut assez parfaite pour qu'on permît à cet homme de se lever, il ne put fléchir ni l'un ni l'autre de ses genoux. Toutefois, la rigidité n'existait pas au même degré des deux côtés. A droite, elle était moins prononcée, parce que le cal s'étant formé plus tôt de ce côté, l'emprisonnement du membre avait été moins prolongé; mais, du côté gauche, la consolidation ne s'étant accomplie que trois mois plus tard, la rigidité du genou était extrême, le malade ne pouvait exécuter le moindre mouvement, et la rotule était tellement adhérente au fémur qu'on ne pouvait le déplacer dans aucun sens avec les doigts. Je l'ai revu cinq mois après; à cette époque, le genou droit avait recouvré presque toute sa liberté, mais le gauche présentait une amélioration à peine notable, quoique le malade se fût promené tous les jours et eût cherché, par des efforts persévérans, à l'assouplir; la rotule était toujours immobile et adhérente.

Il me paraît certain que, dans ce cas, il s'était formé une fausse ankylose à droite, consistant seulement dans une rétraction des muscles du jarret et l'engorgement des parties molles; et, de plus, une ankylose vraie, je veux dire intra-capsulaire, probablement fibreuse à gauche, d'une part entre la rotule et le fémur, et d'une autre part entre les condyles de cet os et les tubérosités du tibia.

La thèse intéressante de M. Malgaigne sur les appareils de fractures en général contient plusieurs faits très importans observés par ce chirurgien, tendant à démontrer que les appareils qui immobilisent complètement les articulations des membres fracturés entraînent plus souvent qu'on ne le croit généralement une infirmité très grave, l'impossibilité de mouvoir ces jointures. M. Malgaigne pense que, dans ce cas, il se forme seulement des ankyloses fausses: pour moi, je vais plus loin, et j'établis que ce genre d'appareils peut déterminer l'adhérence des surfaces articulaires.

Je prie le lecteur de remarquer que, sur le petit nombre de faits que j'ai soumis à son appréciation, il se trouve trois cas d'ankylose de la rotule sur le fémur. Cette observation est très importante, car les ankyloses de cet os sésamoïde sont fort peu connues. M. Velpeau est, je crois, le seul qui en ait parlé d'une manière explicite dans le Dictionnaire en 25 vol., à l'article *Genou*. Il fait observer avec beaucoup de raison que l'adhérence de la rotule au fémur anéantit l'action des muscles extenseurs de la jambe, et qu'elle est un obstacle insurmontable au rétablissement des fonctions de l'articulation fémoro-tibiale.

L'immobilité est-elle la véritable cause de toutes ces altérations? Je pourrais passer immédiatement aux conséquences pratiques qui découlent des faits que je viens de relater, mais on ne manquerait pas de m'adresser plusieurs objections que je prévois sur la véritable cause des lésions anatomiques que j'ai décrites. Ainsi, par exemple, on pourrait m'objecter que les altérations des cartilages et que les ankyloses qui se manifestent dans les articulations des membres fracturés sont le résultat d'une inflammation qui a son point de départ dans la fracture, et qui se propage le long des bouts osseux, jusque dans les jointures les plus voisines. Cette objection n'est pas difficile à renverser: 1° nous avons montré que ces altérations se rencontrent dans les articulations les plus éloignées de la fracture, par exemple dans celles du coude-pied, du tarse, du métatarse et même des phalanges, quand la solution de continuité existe à la cuisse, sans que pour cela les cylindres osseux qui les séparent présentent des traces d'inflammation; 2° quand la fracture siége au col du fémur, si l'objection était fondée, on devrait trouver les lésions principales dans la hanche; eh bien! ce n'est pas ce qu'on observe, car, dans ces cas même, on ne trouve ordinairement rien de pathologique dans la hanche, et c'est dans le genou, voire même dans le pied, que se rencontrent les lésions les plus graves. Cette différence dans les résultats ne s'explique-t-elle pas tout naturellement par cette circonstance que, dans les fractures du col du fémur, il est très difficile d'assujétir à l'immobilité les articulations coxo-fémorales, tandis qu'il est facile d'empêcher le genou et le pied d'exercer le moindre mouvement?

D'ailleurs, des ankyloses par brides fibro-celluleuses s'observent, comme l'ont vu Béclard et M. J. Cloquet, chez des paralytiques dont les membres ont gardé pendant très longtemps le repos. Dans ces cas, on est bien forcé de reconnaître que c'est l'immobilité seule qui a pu déterminer la formation de pareilles adhérences. Pourquoi donc la même cause ne produirait-elle pas les mêmes effets chez des individus porteurs de fractures?

On pourrait dire aussi que ces lésions sont une conséquence du scorbut local, qui se développe, comme on le sait, quelquefois sur les mem-

---

manœuvre, chaque garde ayant successivement quatre heures de repos et quatre heures de travail; les quatre heures seulement qui se trouvent entre quatre et huit heures du soir sont divisées en deux demi-gardes. L'effet de cet arrangement est de changer constamment, pour chaque garde, les heures du travail et du repos. De cette manière, bien que le matelot ait assez de repos, cependant ce dernier ne dure jamais longtemps et le sommeil est coupé en petites periodes. Quel que soit le résultat de cette distribution du repos et du travail sur la vigueur de la constitution du marin, et c'est probablement la meilleure que l'on pût trouver, il est probable qu'elle contribue pour beaucoup à la fréquence de quelques affections, telles que le catarrhe et le rhumatisme, auxquelles les marins sont si sujets. Les hommes qui sont appelés à la manœuvre à minuit ou à quatre heures du matin s'élancent de leurs lits en plein air, souvent insuffisamment couverts, quelquefois transpirant abondamment, et passent en un instant d'une atmosphère très chaude et débilitante à un air froid ou même glacé. On conçoit combien doivent être nombreuses, dans ces circonstances, les affections catarrhales, les rhumatismes et les autres maladies qui se développent sous l'influence d'un rapide abaissement de la température. Ces remarques ne s'appliquent qu'aux navires en pleine mer; en rade, le nombre des hommes nécessaires sur le pont diminue en raison de la sûreté des mouillages, et même, quand le vaisseau est amarré au port, tous les hommes passent la nuit au lit, à l'exception de l'officier, des sous-officiers et des sentinelles qui sont de garde.

La ventilation n'a pas encore été l'objet de toute l'attention désirable dans la construction des navires, et les principes sur lesquels elle repose y sont moins bien entendus que dans les constructions sur terre. L'appareil inventé par le capitaine Warrington pour remplacer le manche à vent, qui laisse tant à désirer, est loin lui-même d'être parfait.

Ce n'est que depuis quelques années qu'on s'est occupé de la culture des facultés intellectuelles du marin; jusqu'alors on s'était borné à faire arriver entre ses mains des Bibles ou quelques livres de prières, et plutôt dans un but religieux et de propagande que pour les distraire et les instruire réellement. Un ordre de l'amirauté, daté d'août 1838, a prescrit que des bibliothèques seraient établies dans tous les vaisseaux de la marine royale, pour l'usage de l'équipage. Les livres montant au nombre de 270 volumes pour les grands navires, et de 100 pour les petits, sans y comprendre les Bibles, sont, dit M. Wilson, judicieusement choisis, et dans le but de combiner l'amusement à l'instruction. Une personne est en outre chargée de donner l'éducation élémentaire, qui comprend la lecture, l'écriture et l'arithmétique aux mousses, aux matelots et à tous les marins qui pourraient la désirer.

Nous venons de faire connaître les plus importans des changemens qui ont été apportés depuis un demi-siècle dans le service de la marine, et auxquels est due sans aucun doute l'immense amélioration de son état sanitaire. Les documens recueillis sur trois des commandemens principaux de la marine royale, et sur l'authenticité desquels il n'est pas possible d'élever des doutes, nous prouveront combien de progrès ont été faits en aussi peu d'années dans cette partie du service public.

Le rapport présenté à la chambre des communes sur la mortalité des marins comprend trois commandemens maritimes; celui de la mer du Sud, celui des

bres fracturés, et qui peut déterminer des épanchemens de sang dans les articulations. Mais cette objection n'est pas sérieuse, car l'épanchement de sang n'est qu'un symptôme et ne peut pas être considéré comme la cause première des accidens. Que sa présence contribue aux progrès de la maladie; c'est un fait que non-seulement je ne nie pas, mais que je regarde comme incontestable; mais qu'il soit l'agent producteur de tous les accidens qui surviennent dans les articulations immobiles, des érosions des cartilages, de la formation des fausses membranes, et même de l'ankylose, voilà ce que je ne puis admettre. Je le répète, l'épanchement de sang est un symptôme, et si on veut l'expliquer, il faut encore remonter à l'immobilité, qui est le véritable principe du mal.

Mais, enfin, est-il possible alors de déterminer par quel mécanisme l'immobilité peut produire des altérations aussi graves? Cette explication, qui ne peut être que théorique, est assez difficile à donner.

Suivant J. L. Petit, voici ce qui arrive dans ces circonstances : « L'âcreté de la synovie augmente par son repos dans la jointure. Un premier degré d'âcreté rend la synovie moins onctueuse : alors les os ne peuvent glisser facilement, ils frottent durement les uns contre les autres. Si l'âcreté augmente, la surface corrodée par l'âcre devient inégale et raboteuse; l'action de l'âcre irrite les ligamens et leur cause une phlogose. Ainsi toute l'articulation s'enflamme et l'âcre fermente avec les sucs nourrissiers, et bientôt, les os se cariant et les ligamens suppurant, il se forme une ankylose des plus formidables. » Ainsi J.-L. Petit pensait que la synovie se décompose par l'immobilité, ce qui est une erreur manifeste, et que cette décomposition de la synovie suffit pour amener une phlogose de tous les élemens de la jointure et pour produire l'ankylose. Cette théorie repose sur un fait essentiellement faux, l'augmentation d'âcreté de la synovie; il faut donc en chercher une autre pour s'expliquer comment l'immobilité peut produire des maladies articulaires.

M. J. Guérin, dans son travail sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses, donne une explication très ingénieuse des accidens qui arrivent à la suite de l'immobilité des articulations. Après avoir établi : 1° que dans certains mouvemens il se produit au sein des jointures une tendance au vide, d'où résulte un effort de succion sur leurs parois internes et sur les parties qu'elles renferment, succion qui provoque la sortie des fluides exhalés; que pendant l'immobilité il y a équilibre entre la pression extérieure et la pression intérieure et par conséquent absence de succion et suppression de la synovie, M. J. Guérin induit de ces faits que, lorsque l'exhalation synoviale est entravée, les fluides stagnent dans les vaisseaux, les engorgent et peuvent amener des accidens assez graves, l'ankylose par exemple.

Cette théorie rend-elle compte de toutes les circonstances pathologiques que j'ai signalées comme conséquences de l'immobilité des articulations préalablement saines, à savoir : l'épanchement de sérosité sanguinolente, l'ulcération des cartilages, la formation des fausses membranes, l'ankylose fibro-celluleuse? Au premier abord, il semble qu'il y ait contradiction entre la théorie de M. J. Guérin et les faits que j'ai exposés; car j'indique l'épanchement de sang et de sérosité comme une conséquence fréquente de l'immobilité, tandis que M. Guérin regarde le repos d'une articulation, comme une cause qui empêche l'extravasation dans sa cavité des liquides secrétés par les parties molles qui les constituent; mais en y réfléchissant on s'aperçoit bientôt que cette contradiction n'est qu'apparente. En effet, on conçoit très bien qu'à la suite d'une immobilité absolue, la sécrétion de la synovie soit d'abord supprimée, que les parties molles s'engorgent par le seul fait de cette suppression, comme le dit M. J. Guérin, et que cet engorgement devienne la cause sous l'influence de laquelle s'accomplissent l'épanchement de sérosité et de sang, l'érosion des cartilages, la formation des pseudo-membranes, l'ankylose, etc.

Voilà, incontestablement, la théorie la plus satisfaisante qui ait été proposée jusqu'à ce jour sur les accidens qui sont la suite du repos des articulations. Cependant il est une autre raison toute vitale qui, bien qu'elle n'explique rien, a néanmoins une certaine importance et doit être mentionnée ici : cette raison se tire d'une loi générale qui régit tout l'organisme et qu'on peut formuler ainsi : tout organe est créé pour être mis en action; la cessation complète d'exercice d'un organe l'altère et éteint sa fonction.

Mais pourquoi l'immobilité ne produit-elle pas les mêmes effets chez tous les individus? Pourquoi même une articulation peut elle être condamnée au repos pendant un grand nombre d'années sans devenir malade? C'est que l'action de l'immobilité varie suivant une foule de circonstances, telles que l'âge, la constitution, la nature de la maladie, etc. Ainsi, je ne doute pas qu'un vieillard, qu'un sujet faible, adonné à l'onanisme, ou scorbutique ne soient plus prédisposés aux épanchemens de sang et à leurs conséquences qu'un sujet adulte, robuste et n'ayant aucune maladie générale. Enfin, je crois que l'influence de l'immobilité est différente suivant que tout le corps est condamné au repos, ou qu'une seule partie au contraire y est assujétie. C'est même, suivant M. Bonnet (de Lyon) ce qui explique les faits publiés par MM. Knuboltz et Cruveilhier, d'articulations temporo-maxillaires trouvées à l'état normal après avoir été soumises au repos absolu pendant 60 ou 80 ans. On comprend assez bien, en effet, que des individus qui séjournent longtemps au lit, dans des salles d'hôpitaux, soient plus exposés aux infiltrations sanguines dans les articulations complètement immobiles, que ceux qui peuvent malgré leur maladie faire de l'exercice en plein air. Et je ne serais pas éloigné de croire que ce soit là une des raisons qui expliquent pourquoi, à la suite des fractures du bras, les altérations articulaires que nous avons signalées plus haut sont beaucoup plus rares qu'à la suite des fractures des membres inférieurs.

Corollaires. — Maintenant que j'ai fait connaître les effets de l'immobilité et son mode d'action sur les articulations, sans maladie préalable, il me reste une dernière question à envisager : Quelles conséquences pratiques peut-on tirer de cette nouvelle étude? Les seules considérations un peu intéressantes que j'aie à présenter à cet égard sont relatives au traitement des fractures.

Comme je le disais au commencement de ce travail, les chirurgiens, même aujourd'hui, sont loin d'être d'accord sur le meilleur mode de traitement des solutions de continuité des os. Les uns, comme MM. Larrey, Velpeau, Seutin, Gerdy, etc., entourent le membre depuis son extrémité libre jusqu'au-dessus de la fracture d'un bandage compressif, inamovible ou non, qui immobilise complètement les jointures; les autres, comme MM. Bonnet (de Lyon), Mayor et Munaret, l'assujétissent dans des gouttières, mais repoussent toute compression à l'aide de bandages qui empêchent de l'examiner à nu aussi souvent qu'il peut être utile de le faire. M. Malgaigne, régénérant la pratique des anciens, conseille, dans les fractures du membre supérieur, de ne pas dépasser avec le bandage les

---

Indes-Occidentales et de l'Amérique du Nord, et enfin celui de la mer Méditerranée et de la Péninsule, et s'étend à sept années, depuis 1830 jusqu'à 1836 inclusivement. Nous allons exposer les résultats les plus importans de chacun de ces commandemens.

Commandement de l'Amérique du Sud. — Ce commandement embrasse une grande étendue de côtes et de croisières. Il s'étend, à l'est du continent péninsulaire, de Para au cap Horo, et à l'ouest, du cap Horn à Panama, et de là à la Californie, comprenant du 30° degré latitude nord au 58e sud, à travers l'Océan Pacifique; et du cap Royal sous le 35° longitude ouest jusqu'à la Californie sous le 120°. Il est donc exposé à toutes les températures et à toutes les influences qui s'y joignent. Plusieurs des ports et des mouillages présentent entre eux les différences les plus tranchées. Les villes principales qu'y fréquentent les navires anglais sont Rio de Janéiro, Buenos-Ayres, Bahia, Pernambuco et Para, Valparaiso, Callao, Coquimbo, Panama et San Blas. Quelques-unes de ces places ont beaucoup reçu de l'art et sont entourées de belles cultures; d'autres, au contraire, n'ont rien en dehors des maisons et des magasins dont elles se composent, et sont entourées de marais ou de déserts improductifs. Elles sont toutes, à l'exception de trois, entre les tropiques, les unes sur leurs dernières limites, près de l'équateur; les autres sur différens points intermédiaires. Et pourtant, malgré des différences aussi notables sous le rapport du sol, de ses produits, de la position, du climat, ceux qui habitent les rives de ce vaste continent jouissent tous, qu'ils l'habitent toujours ou qu'ils ne s'y trouvent qu'accidentellement, d'une santé régulièrement bonne et uniforme. Une circonstance particulière à ce commandement, c'est que, pendant la paix, les navires anglais s'y trouvent constamment sur des mers et sur des côtes étrangères; car la nation anglaise, si l'on excepte le petit établissement tout récent sur l'île de Falkland, n'a aucune possession sur ces longues séries de côtes. Il en résulte qu'il n'y a pas d'hôpital pour les marins anglais, ce qui n'est peut-être que rarement préjudiciable à leur existence, mais doit augmenter le nombre des réformés; car un certain nombre d'hommes atteints de maladies chroniques, qui auraient pu guérir dans des hôpitaux et être conservés pour le service, ne peuvent recouvrer la santé à bord.

La force numérique de l'escadre de ce commandement a été, pendant les sept années, de 17,254 hommes, ce qui donne une moyenne de 2,465 hommes par an. Le nombre des navires s'est élevé, en moyenne, à 25, qui se composaient de 1 vaisseau de ligne, de 5 ou 6 frégates grandes et petites, et le reste de sloops, de bricks et de paquebots. Le tableau suivant va montrer que, sur ces mers, le marin possède le privilége dont jouissent les habitans des côtes, celui d'une santé régulière, car la mortalité est si faible parmi eux, qu'elle est de beaucoup inférieure à celle des personnes du même âge qui habitent le Royaume-Uni.

	Malades sur 1,000.		Morts sur 1,000.		Réformés sur 1,000.
Fièvres	115	...	1,3	...	
Phthisie	3,2	...	1,5	...	0,7
	118,2	...	2,8	...	0,7

articulations du poignet, et, dans celle du membre inférieur, l'articulation du cou-de-pied.

Eh bien! les connaissances que nous avons maintenant sur les effets de l'immobilité peuvent-elles jeter quelque lumière sur toutes ces questions si vivement controversées? Oui, incontestablement. Elles démontrent : 1° qu'il est dangereux d'emprisonner pendant plusieurs mois dans des appareils inamovibles les articulations d'un membre fracturé ; 2° qu'il est urgent, si le maintien de la réduction est tout aussi facile, de se servir d'appareils qui laissent les jointures libres, ou du moins qui leur permettent d'exécuter des mouvemens suffisans pour que l'exhalation synoviale ne soit pas entravée, et qu'il ne puisse survenir aucun des accidens que j'ai signalés ; 3° qu'il est extrêmement utile d'imprimer aux articulations, aussitôt que le cal commence à se former, des mouvemens souvent répétés, mais exécutés avec douceur, afin de ne pas détruire la coaptation des fragmens.

En conséquence, nous nous trouvons conduits à rejeter du traitement des fractures tous les appareils qui emprisonnent le membre dans un bandage circulaire qui immobilise les articulations pendant un temps un peu long. C'est surtout aux fractures de cuisse que s'applique cette conclusion. Nous pensons que, dans ces cas, les appareils à extension permanente sont beaucoup plus utiles que la demi-flexion, mais nous rejetons les appareils de Desault, de Boyer, les bandages albuminés, dextrinés ou amidonnés, et nous voudrions les voir remplacés par les gouttières bien plus convenables qui ont été proposées dans ces derniers temps par M. Bonnet (de Lyon). Ces gouttières ont l'avantage tout à la fois de prévenir les mouvemens irréfléchis du tronc qui pourraient être nuisibles au rapport exact des fragmens, de permettre l'observation du membre à nu sans faire subir de déplacemens, et de permettre aussi d'imprimer aux articulations des mouvemens légers, bien raisonnés, ménagés de façon à ne pas nuire, et suffisans pour provoquer la sécrétion synoviale.

Une chose surtout qu'il ne faut pas oublier, c'est qu'il est important de prévenir l'adhérence de la rotule contre le fémur, à la suite des fractures de cuisse dont la consolidation traîne en longueur. Cet accident est très facile à éviter. Il suffit en effet pour cela d'imprimer à la rotule quelques glissemens dans le sens vertical ou en travers, pour s'opposer à toute adhésion de ce genre, et l'on peut d'autant mieux le faire, que les mouvemens de cet os ne peuvent déterminer aucun dérangement dans les rapports des fragmens.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDICINISCHE JAHRBÜCHER DES OESTERREICHISCHEN STAATES.

Les cahiers de janvier, février et avril (celui de mars ne nous est pas parvenu) contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur le changement du génie épidémique* ; par le docteur Bischoff. 2° *De l'influence des professions sur les maladies* ; par le docteur Haller. (L'auteur met en parallèle les différentes maladies qui se sont présentées dans une maison de correction, et trouve que les affections de la poitrine et les scrofules sont les plus communes et attaquent plus particulièrement les individus qui filent le coton ; puis viennent ceux qui tissent la futaine; chez lesquels les affections des voies digestives sont les plus fréquentes. 3° *Réflexions sur les idées de Bulard concernant la peste* ; par le docteur Weber. 4° *Du carreau* ; par le docteur Wagner. (D'après le médecin de Pesth, les causes les plus fréquentes du carreau, qu'il ne compte pas parmi les affections scrofuleuses, sont une mauvaise nourriture, les refroidissemens et les suppressions de la transpiration. Les remèdes qu'il emploie sont la teinture de rhubarbe, le sel ammoniac, les fomentations, les lavemens et les bains toniques.) 5° *Observations sur la position de la plèvre* ; par le docteur Schuh. (L'auteur rapporte dix cas d'épanchement pleurétique où il a fait la ponction. Sur l'un des malades, cette opération a été pratiquée six fois, et sur un autre jusqu'à sept fois. Quatre malades ont guéri. M. Schuh n'avait alors pas encore inventé le procédé que nous avons indiqué (GAZ. MED., 1841, p. 489.) 6° *Guérison de l'atrésie congéniale de l'utérus* ; par le professeur Wattmann. 7° *Méthode très simple de guérir les fistules et les ulcères fistuleux de l'anus* ; par le professeur Hanser. (A l'occasion d'un abcès dans la région ischio-rectale, à la suite duquel il est resté un ulcère avec des conduits fistuleux, rayonnans en différens sens vers le périnée, l'ischion et le rectum, M. Hanser a fendu ces trajets fistuleux et a obtenu une large plaie, qui a guéri. En s'appuyant sur cette observation, l'auteur pense qu'on pourrait toujours guérir les fistules et les ulcères fistuleux à l'anus, en agrandissant leurs ouvertures externes, sans avoir besoin de diviser le rectum, ce que l'expérience est loin de confirmer.) 8° *Compte-rendu des travaux de l'amphithéâtre d'anatomie pathologique de Vienne* (du 12 juillet à fin novembre 1840) ; par le docteur Engel. (Le nombre des cadavres qui ont été ouverts dans ce court espace de temps se monte à 532. 9° *Observation très intéressante d'une exophthalmie syphilitique, guérie par l'eau de Pollini* ; par le professeur Flarer. 10° *Observation d'une inflammation du cerveau, terminée par un état comateux et suivie de guérison* ; par le docteur Fischer. 11° *De la tendance de la médecine à notre époque* ; par le docteur Feuchtersleben. (Article non achevé.) 12° *Réflexions tirées de 206 observations de ténias* ; par le professeur Wawrnch. 13° *Des inflammations chez les enfans* ; par le docteur Wagner. (Rien de saillant.) 14° *Eclampsie des femmes en travail et en couches* ; par le docteur Kiwisch. (L'auteur rapporte six observations qui n'offrent qu'un médiocre intérêt.) 15° *Matériaux pour servir à une nouvelle théorie des congestions sanguines et des inflammations* ; par le docteur Hamernjk. (Article non achevé.) 16° *Remarques sur la configuration de la poitrine dans différentes maladies* ; par le docteur Engel. 17° *De la peste qui a régné dans la Rumelie en 1837 et 38* ; par le docteur Muller. (Article non achevé.) 18° *Observation de fièvre puerpérale compliquée d'encéphalite, d'ovarite, de phlegmasia alba dolens, terminée par une fièvre intermittente* ; par le docteur Fischer. 19° *Sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné pendant les mois de juillet et août, dans le quartier de St-Ulrich, à Vienne* ; par le docteur Dobler. (L'auteur prône l'emploi de la poudre d'alun à la dose de 25 centigrammes toutes les deux heures et toutes les heures dans les cas les plus graves ; encore un de ces moyens infaillibles contre la fièvre tydhoïde, qui guérit le plus souvent par les seuls efforts de la nature.) 20 *Sur la nature et le traitement des pieds-bots* ; par

	Malades sur 1,000.		Morts sur 1,000.		Réformés sur 1,000.
	118,2	...	2,8	...	0,7
Phlegmasie des poumons et des plèvres.	28,0	...	2,0	...	
Affections du foie.	16,0	...	0,4	...	2,0
Dysenterie	21,0	...	1,0	...	1,0
Inflammation des extrémités inférieures.	166,9	...		...	
Rhumatisme.	72,3	...	0,2	...	2,5
Catarrhe.	139,0	...		...	1,5
Affections des intestins.	80,6	...		...	0,4
Syphilis		...		...	0,8
Accidens.	238,9	...	1,2	...	
Autres maladies.	429,8	...	2,3	...	19,1
Total.	1,310,7	...	8,9	...	28,0

Il résulte donc de ce tableau que, sur 1,000 marins de tout grade à bord de l'escadre, on a compté annuellement 8,9 morts, dont 1,2 à la suite d'accidens, de chutes, etc., en sorte que la mortalité causée par les maladies n'a été, sur 1,000 hommes, que de 7,7 annuellement, résultat fort remarquable, et qui, bien qu'il soit une moyenne de sept années, présente cependant le chiffre de la manière la plus exacte qu'il est possible de l'espérer, ainsi qu'il ressort du tableau suivant, indiquant la mortalité de chacune des sept années, et qui, dans aucune, ne s'est éloignée d'une manière notable de la moyenne que nous venons de donner.

	Morts sur 1,000.
En 1830.	9,5
1831.	9,1
1832.	6,2
1833.	8,1
1834.	9,5
1835.	5,3
1836.	7,4

La faible mortalité de ces contrées est d'autant plus remarquable qu'on y trouve toutes les conditions auxquelles on attribue ailleurs la haute mortalité et la santé inférieure des habitans, telles qu'une température extrêmement élevée, l'état inculte d'une grande partie des côtes qui offrent fréquemment des marais, des terrains bas où la végétation se développe avec une rapidité extraordinaire. Eh bien! malgré ces conditions défavorables, les maladies y sont rares, la mortalité faible et les maladies épidémiques à peu près inconnues. Le choléra n'a pas encore visité, assure-t-on, l'Amérique du Sud. D'où vient cette immunité? Comment se

le docteur Zœhrer. (Article non achevé.) 21° *Guérison d'une spondylocace entre l'axis et l'atlas ;* par le professeur Hauser. (Guérison bien démontrée.) 22° *Compte-rendu de la clinique d'accouchement à Prague pendant l'année scolaire* 1840 ; par le professeur Jungmann.

GUÉRISON DE L'ATRÉSIE CONGÉNIALE DE L'UTÉRUS ; par le professeur WATTMANN.

OBS. — Une jeune fille de 18 ans, toujours bien portante jusqu'à l'âge de 15 ans, commença à ressentir vers cette époque une douleur avec plénitude dans l'hypogastre, des tiraillemens dans les reins et les lombes, s'étendant jusqu'aux genoux, une brûlure vers les parties génitales peu développées, de la céphalalgie, des vertiges et de l'insomnie ; il n'y pas encore d'écoulement menstruel ; une tumeur arrondie, fluctuante, légèrement douloureuse à la pression et paraissant être l'utérus distendu par du sang existait dans la fosse iliaque droite ; au toucher on trouva l'orifice de l'urètre déprimé et au fond du vagin une poche pendante, sans ouverture, qui n'était autre chose que le segment inférieur de l'utérus ; on se décida à y pratiquer la ponction qui fut faite le 14 février 1838. L'opération a été très heureuse, car à la fin de décembre 1840, la jeune fille se portait parfaitement bien et était régulièrement menstruée. M. Wattmann, pour empêcher que la plaie faite à l'utérus ne se fermât de nouveau, comme cela a lieu quelquefois, l'a entretenue à l'aide d'une canule évasée par les deux bouts, assez semblable au double bouton que Dupuytren a imaginé pour la grenouillette. L'opération a été pratiquée de la manière suivante : après avoir vidé le rectum et évacué les urines à l'aide d'une sonde d'homme qu'il a laissée dans la vessie et confiée à un aide, afin de s'assurer pendant le reste de l'opération, de la position juste de ce dernier organe, l'opérateur a conduit, par un doigt introduit dans le vagin, la canule d'un trocart de Fleuran ; arrivé à l'endroit de la matrice où il voulait faire la ponction, il a appliqué le bout de la canule et a enfoncé ensuite le trocart, puis il a retiré celui ci ; une petite quantité de sang noirâ re s'est échappée. Il a glissé un fil métallique et boutonné à travers la canule et a retiré celle-ci ; une sonde cannelée a été conduite par ce fil qui a été éloigné à son tour ; un bistouri boutonné, en partie entouré de linge, dirigé dans la rainure de la canule a servi à agrandir la plaie faite avec le trocart ; une quantité de sang assez considérable s'est écoulée ; enfin, pour empêcher la plaie de se fermer, il y a introduit une canule enduite en étain, ayant la forme de deux cônes tronqués et réunis par leur enrinel ; la base du cône supérieur était coupée en bec de flûte afin de faciliter son introduction.

OBSERVATION INTÉRESSANTE D'UNE EXOPTHALMIE SYPHILITIQUE GUÉRIE PAR L'EAU DE POLLINI ; par le professeur FLARER.

OBS. — Un homme de 25 ans, d'une constitution forte, né de parens sains, fut pris, au printemps 1838, d'un chancre au gland qui, mal traité, se couvrit de végétations fongueuses. Presqu'en même temps il fut atteint d'une paralysie des muscles du côté gauche de la face, qui guérit par l'emploi de purgatifs. Le chancre aussi s'améliora sous l'influence d'un traitement local convenable ; six semaines après il survint un ulcère au palais qui disparut en même temps que le chancre, par l'emploi d'une décoction de douce-amère et de salsepareille ; plus tard l'ulcère à la gorge reparut, les cheveux et la barbe tombèrent, un testicule s'enflamma vivement, surtout à l'épididyme et au cordon spermatique. (Sangsues, cataplasmes émolliens et évacuans.) Cette inflammation diminua un peu et passa alternativement d'un testicule à l'autre pendant trois mois, au bout desquels il resta une induration qu'on abandonna aux efforts de la nature. En avril 1839, le malade s'aperçut d'une diminution de la vue à l'œil gauche, qui n'était ni enflammé, ni douloureux ; pourtant peu après quelques vaisseaux de la conjonctive s'injectèrent. (Purgatifs, sangsues ; plus tard, décoctions émollientes, collyre de zinc avec laudanum, eau céleste.) Pendant ce traitement, peu convenable, l'iris devint bosselé ; on soupçonna un corps étranger à cet organe et on consulta pour la première fois M. Flarer, qui trouva le malade épuisé et découragé ; il avait tous les symptômes d'une iritis lente, sans douleurs et sans photophobie ; l'écoulement des larmes était un peu plus abondant, la conjonctive palpébrale flasque, celle du globe injectée, la sclérotique rosée ; l'iris naturellement brun était rougeâtre, immobile et bosselé, la pupille tiraillée en dedans et en haut. (Pilules d'un grain de calomel et de 4 grains d'extrait de jusquiame à prendre deux par jour ; frictions d'onguent mercuriel dans la région sus-orbitaire.) A peine le malade avait-il pris 36 pilules, qu'une salivation très forte se déclara ; néanmoins l'amélioration était remarquable, la rougeur avait disparu, et la vue s'était améliorée. Le mieux-être ne dura que trois semaines ; l'iritis reparut ; on la combattit par des frictions d'onguent mercuriel ; le malade avait à peu près usé 3 onces lorsqu'il perdit complètement la vue. Il s'était formé au bord ciliaire de l'iris en bas et en dehors deux excroissances brunes, jaunâtres, pyriformes, fortement appliquées contre la cornée et s'élevant peu à peu jusqu'à recouvrir toute la pupille ; presque toute la chambre antérieure était remplie par les deux condylomes, pourtant le malade n'avait que peu de douleurs et pouvait encore percevoir distinctement la lumière. M. Flarer prescrivit alors 24 pilules composées de 6 grains de sublimé corrosif, de 4 grains d'opium et d'un gros d'extrait de gentiane à prendre une pilule tous les soirs et frictions mercurielles au-dessus de l'orbite. Sous l'influence de ce traitement les condylomes disparurent ainsi que l'inflammation, l'œil paraissait guéri, sauf la vue qui était faible et la sclérotique qui conservait une couleur jaunâtre sale. Le malade avait pris en tout 12 grains de sublimé corrosif, lorsque ses médecins ordinaires, qui avaient de l'antipathie pour le mercure, le firent supprimer. Quatre mois après, l'inflammation reparut et le malade, de son propre chef, eut de nouveau recours au sublimé qui fut pris d'une manière peu régulière, parce que les médecins de la maison s'y opposèrent toujours.

La vue et même toute perception de lumière était perdue en mars 1840 et il s'était formé en dehors et en haut une tumeur à la sclérotique, du volume d'une noisette ; la conjonctive était boursoufflée et couvrait les deux tiers de la cornée ; on ne voyait plus rien de l'iris ; il n'y avait de douleurs ni à l'œil ni à la tête ; pas de photophobie ni de larmoiemens. On fit de nouveau prendre le sublimé à la dose d'un quart de grain par jour, et on mit le malade à une diète sévère ; néanmoins la tumeur augmenta peu à peu de volume, et occasiona une pression fatigante sur les parties voisines ; l'appétit, les forces, l'embonpoint et le courage se perdirent ; un testicule s'enflamma de nouveau, des taches de cuivre jaune couvrirent le cou, la poitrine et le dos ; tantôt il y eut diarrhée, tantôt constipation. La tumeur avait refoulé et même recouvert les deux paupières ; elle finit par se rompre et donna lieu à un ulcère calleux, à sillons profonds, et creusé au point d'admettre le bout du doigt ; son fond était gris et il s'en écoulait une sanie âcre. Le sublimé corrosif était employé sans le moindre effet ; on le remplaça par l'huile essentielle de térébenthine, dont le malade prit, toutes les 24 heures, pendant huit jours, un gros et demi, dans 6 onces d'émulsion d'amandes. La tumeur ulcérée avait acquis le volume d'un poing, et était devenue douloureuse au point de priver le malade de son sommeil. Dans cet état de choses, on avait déjà proposé plusieurs fois l'extirpation de l'œil, et le malade la demandait avec instance. M. Flarer, avant d'entreprendre cette opération, qui d'ailleurs n'aurait changé en rien la maladie syphilitique, proposa encore une consultation avec le vieux docteur Pollini : on prescrivit à l'intérieur tous les jours une bouteille de la décoction de Pollini et des lotions sur les taches cuivrées avec la même décoction, fraîchement préparée, et on couvrit l'œil avec des cataplasmes émolliens. L'amélioration était déjà sensible au bout de trois jours, en ce que l'appétit était revenu ; le huitième jour, la conjonctive s'affaissa, la céphalalgie disparut, l'ulcère diminua, prit un meilleur aspect, et les forces revinrent. Le malade paraissait déjà guéri après avoir bu 24 bouteilles ; mais, pour plus de sûreté, on lui en fit encore prendre 12 autres. Depuis cette époque, il a continué à jouir d'une santé parfaite ; l'ulcère se ferma et donna lieu à une cicatrice allongée sur la sclérotique ; la cornée redevint transparente, mais le globe est atrophié, mobile et très propre à recevoir un œil artificiel.

---

fait-il que, dans cette partie du monde, des vaisseaux peuvent rester des mois, des années entières dans un port, sous l'influence d'un soleil puissant, autour de marais et des débris d'une active végétation, sans présenter un seul cas de fièvre grave, tandis que sur tant d'autres points de l'Asie, de l'Afrique, de l'Amérique du Nord et surtout des Indes-Occidentales, qui semblent être dans les mêmes circonstances, on voit de si nombreux cas de fièvre et une mortalité si effrayante ? C'est ce qu'il est impossible de dire aujourd'hui.

Parmi les chiffres élevés de ce tableau, nous ne voyons que des maladies généralement peu dangereuses, ce qui explique la faiblesse du chiffre de la mortalité. L'une des moins graves de ces affections, sous le point de vue de l'existence des marins, mais qui a été une cause fréquente de réforme, et a occasioné de grandes pertes d'hommes à l'escadre, ce sont les inflammations des extrémités inférieures, les ulcères. Il est peu de navires, surtout de ceux qui sont restés longtemps en rade, qui n'en aient beaucoup souffert, et spécialement pendant la saison des chaleurs. Cette affection débute ordinairement peu de temps après l'arrivée d'Angleterre, sous forme aiguë, fait de rapides progrès, s'étend dans le tissu cellulaire, prend le caractère gangréneux et détermine des phénomènes fébriles assez intenses. Les habitans qui résident dans le pays sont sujets à la même affection et à différentes maladies de la peau, du tissu sous-cutané et du système lymphatique. Les nègres sont plus disposés à l'éléphantiasis et à certaines modifications de la lèpre. Ces affections se lient sans doute à une cause endémique, et probablement à l'élévation de la température, dont pourtant elles ne dépendent pas exclusivement. Le *Warspite*, vaisseau de ligne qui portait le pavillon du commandant en chef, et passa dix-huit mois de suite, en 1830 et 1831, sans changer un instant de place, dans le port de Rio-Janeiro, offrit à cette époque une épidémie remarquable de cette affection. Sous tous les autres rapports, la santé de l'équipage, composé de plus de 600 hommes, était si parfaite, que pendant toute l'année 1830 il ne perdit pas un seul marin ; mais, peu de temps après son arrivée d'Angleterre, la diathèse ulcéreuse n'avait pas tardé à se manifester. De légères blessures, des piqûres de mosquites, ou d'autres lésions insignifiantes de la peau amenaient rapidement une inflammation diffuse qui se terminait par ulcération. La destruction des parties était accompagnée quelquefois de la diminution, mais plus souvent de l'augmentation de l'action vasculaire. Cette diathèse alla en augmentant, à mesure que la saison avançait et surtout lorsque la température arriva à rester stationnaire au-dessus de 22° R. Souvent même on vit une pustule qui n'avait été précédée d'aucune irritation externe s'entourer promptement d'une vive inflammation près du coude ou du genou, s'ouvrir en peu de temps, donner issue à une petite quantité de pus et former une ulcération qui s'étendait avec une extrême rapidité ; souvent même la gangrène avait fait de grands ravages avant qu'on pût l'arrêter. La maladie attaquait presque exclusivement les nouveaux marins, les mousses, et ceux surtout qui étaient embarqués pour la première fois. Rien dans l'état du vaisseau ne put expliquer l'apparition de cette maladie.

Ce qui a paru encore remarquable dans la marche de cette affection, c'est qu'elle a été continuellement en décroissant pendant les quatre premières années dont il est question, bien que le nombre des marins n'ait offert que des différences peu importantes. Ainsi, dans la première année, il y eut 335 cas ; dans la seconde 314 ; dans la troisième 222 ; et dans la quatrième 162.

Réflexions tirées de 206 observations de ténias; par le professeur Wawruch.

Dans un espace de 20 ans, le professeur de clinique de Vienne a traité 206 individus affectés de ténias, dont 71 hommes et 135 femmes; le plus âgé, un tisseur en soie, avait 54 ans; le plus jeune était une petite fille de 3 ans et demi. 22 n'avaient pas encore 15 ans, dont six filles non encore menstruées. Le plus grand nombre était entre l'âge de 15 à 40 ans. Les malades appartenant à la classe moyenne, et en grande partie à la classe pauvre, habitaient presque tous, pendant un temps plus ou moins long, des endroits qui longent le Danube, ou des habitations basses et humides; ils exerçaient les professions les plus diverses et suivaient le régime le plus varié; et, chose remarquable, les conditions qui paraissent produire à Vienne le scorbut sont les mêmes pour le ténia.

Les alimens qui paraissent surtout engendrer le ténia sont le mauvais pain, les mets de farine, de lait, de beurre, de fromage, de pommes de terre, la viande de porc et de mouton, et enfin l'eau de mauvaise qualité.

Les maladies qui précédèrent la formation du ténia furent les affections gastriques et cutanées, mais surtout les fièvres gastriques et intermittentes. On a observé 43 fièvres intermittentes, une vingtaine de fièvres gastriques, 16 fièvres typhoïdes, 10 dartres et zonas, 42 gales, 8 scarlatines, 13 rougeoles, 2 urticaires chroniques. Le scorbut, la syphilis, la chlorose et différentes autres maladies, qui ont une action nuisible sur la digestion, ont aussi été notées comme précédant le ténia; mais, en général, il y a peu de malades affectés de ténia qui, dans leur jeunesse, n'aient pas eu de lombrics. Quant à l'hérédité, elle est très douteuse, M. Wawruch n'a vu que 2 cas; une fois, c'était une mère et sa fille; une autre fois, un père et son fils, qui avaient le ténia.

L'auteur croit avoir remarqué en général des troubles et des anomalies de la menstruation chez les femmes atteintes de ténia; ainsi 15 n'ont été réglés qu'à l'âge de 16 ans, 12 à l'âge de 17 ans, 9 à l'âge de 18 ans, 7 à l'âge de 19 ans et une seule à l'âge de 20 ans.

La durée de la maladie était de quelques mois, de 10, 12, 15, 20, 25 et une fois même de 35 ans.

Sur les 206 malades, il n'y avait que trois *botriocephalus*, les autres avaient tous le *ténia solium*.

Les symptômes qui dénotent la présence du ténia sont très variés; l'auteur donne les suivans comme les plus constans:

1° Douleur obtuse dans la région frontale, vertiges, bourdonnemens dans les oreilles; chez quelques-uns une certaine idiosyncrasie pour la musique;

2° Yeux troubles, entourés d'un cercle bleu, œdème de la paupière supérieure, pupilles dilatées, spasmes fréquens involontaires des yeux, différentes aberrations de la vue, telles qu'amblyopie, diplopie, mouches, flocons. Un des malades se plaignit d'une cécité périodique pendant la journée.

3° Changemens fréquens de la couleur de la face, lèvres plombées, trait particulier autour de la bouche et du nez; l'aspect d'une cachexie générale est moins constant, car souvent les malades gardent longtemps un extérieur florissant; beaucoup disent être devenus plus maigres.

4° Anorexie alternant avec un appétit tellement vorace que les malades tombent en défaillance s'ils ne trouvent pas assez vite de quoi manger; envies pour certains mets, tels que carottes, lait, vin, café noir, pain, etc.

5° Haleine fétide, goût de terre glaise, langue chargée, salivation, vomiturition, et même vomissemens d'un liquide clair comme de l'eau dans la matinée.

6° Prurit dans le nez, dans l'anus, dans le vagin chez les femmes, grincemens de dents, surtout pendant le sommeil, serrement du cou par accumulation d'un liquide clair dans la bouche, chaleur fugace, malaise, battemens de cœur. Le sentiment d'une main fraîche qui presserait le cœur (symptôme regardé comme pathognomonique par Reinlein) n'a jamais été noté.

7° Ventre tuméfié, gargouillemens, sentiment de succion, de serrement et de picotement autour de l'ombilic, et de mouvemens onduleux d'un corps étranger dans les intestins, surtout dans la matinée; cessation de ces symptômes après l'ingestion de mets farineux, de pain chaud, de café au lait; souvent diarrhée, alternant avec des constipations.

8° Lorsque la maladie a duré longtemps et lorsque les individus sont irritables, on voit survenir une foule de symptômes nerveux, tels que mélancolie, lipothymie, aberrations des sens, sommeil agité, songes effrayans, convulsions partielles et générales, danse de St Guy, épilepsie, aphonie et absence de la parole.

9° Le symptôme pathognomonique le plus sûr est la sortie d'un ou de plusieurs morceaux de ténia, ce qui arrive soit spontanément, suit à la suite de quelques maladies graves, par exemple, de scarlatine, de fièvre typhoïde, d'inflammation du poumon, ou à la suite de l'usage de certains mets, tels que l'ail, raifort, concombre, etc., ou enfin à la suite de médicamens anthelmentiques. Les morceaux de ténia partent à une époque indéterminée, ou, ce qui arrive le plus souvent, à une période déterminée, et ordinairement pendant la lune décroissante ou pendant la nouvelle lune, et alors il y a aussi une exacerbation des autres symptômes indiqués.

Tantôt des articulations du ver partent seules, tantôt avec des selles; ordinairement elles sont vivantes et gardent d'autant plus longtemps des traces de vie qu'elles sont plus grandes.

Traitement. — Sauf quelques légères modifications, tous les 206 malades ont été traités de la même manière; mais on n'a jamais entrepris la cure lorsqu'il existait une cachexie très prononcée, une inflammation chronique des intestins, des diarrhées chroniques, des hémorroïdes, une grossesse, etc., et jamais à la fin des six premiers jours qui suivirent la menstruation. On n'a commencé le traitement que chez des malades qui venaient de rendre des morceaux de ténia, et encore fallait-il que celui-ci fût arrivé à un certain degré de maturité, car le ténia part d'autant plus facilement qu'il est plus vieux, en partie ratatiné ou entré en putréfaction.

Dans 6 cas, où pendant le traitement on fit partir un lombric avec des morceaux de ténia, toutes tentatives ultérieures pour chasser ce dernier restèrent sans effet. Pour ne pas compromettre le traitement du ténia, il faut que les malades n'aient pas pris pendant un temps assez long des drastiques, surtout l'huile de Bremser; car, dans le cas contraire, on voit survenir des symptômes violens, tels que des vomissemens, des douleurs de bas-ventre, des dysuries et des hémorragies, et le ver, habitué aux drastiques partira pas.

La même progression descendante a été observée pour les affections syphilitiques, qui ont fourni en 1830 202 cas, en 1831 156, en 1832 119, et en 1833 98. Le docteur Wilson signale une différence fort remarquable sous le point de vue de la fréquence et de l'intensité entre les affections syphilitiques de deux côtés de l'Amérique du Sud. Sur la côte orientale ou atlantique, elles sont rares et très bénignes, tandis que sur les rives de l'Océan Pacifique, elles sont fréquentes, très intenses, et offrent certains traits qui leur sont particuliers.

Parmi les maladies qui se font remarquer par le petit nombre de cas, nous citerons surtout la *phthisie*, dont le chiffre indiqué sur le tableau est peut-être, en raison de quelques erreurs de diagnostic, un peu inférieur à ce qu'il devrait être; le *delirium tremens*, dont 10 cas seulement ont été observés sur toute l'escadre pendant les sept années; les phlegmasies du foie, dont 7 seulement se sont terminées par la mort, sur toute l'escadre et pendant le même temps. Ces résultats nous prouvent combien sont peu fondées les notions répandues dans la science, relatives à l'influence des températures élevées sur l'activité du foie et sur son état pathologique.

Commandement des Indes-Occidentales et de l'Amérique du Nord. — Ce commandement s'étend de l'équateur au 60e degré de latitude nord et comprend toutes les possessions anglaises, continentales et insulaires, depuis la Guyane jusqu'au cap Charles, sur la côte de Labrador. L'immense étendue de ce commandement, et la grande variété des climats qu'il renferme ne permettent que difficilement de tirer, des matériaux qu'il a fournis, des conclusions de quelque valeur concernant l'étude de l'influence du climat sur la santé. Pour qu'il en fût autrement, il faudrait séparer les Indes-Occidentales de l'Amérique du Nord et grouper les îles de Batavia et les Bermudes avec les premières; mais toutes ces parties se trouvant sous un seul commandant en chef, et les vaisseaux changeant continuellement de place et passant des latitudes intra-tropicales aux latitudes extra-tropicales et *vice versa*, on ne peut tenir compte de l'influence des climats isolément.

L'escadre de ce commandement a compté, pendant les sept années, 23,282 marins ou en moyenne annuelle 3,326 hommes montés sur 49 navires de diverses forces, qui ont fourni les résultats statistiques suivans:

	Malades sur 1,000.		Morts sur 1,000.		Réformés sur 1,000.
Fièvre	209,6	...	11,2	...	2,9
Phthisie	4,8	...	1,9	...	2,4
Phlegmasies du poumon et des plèvres	22,0	...	1,0	...	1,1
Affections du foie		...	0,2	...	
Dysenterie	12,0	...	0,3	...	0,9
Inflammation des extrémités	228,3	...		...	
Rhumatismes	69,0	...	0,1	...	5,1
Catarrhes	181,8	...		...	0,4
Maladies du canal digestif	110,6	...		...	0,9
Accidens		...	1,5	...	
Autres maladies	648,2	...	3,4	...	26,3
Total	1,486,3	...	19,6	...	40,9

M. Wawruch, en s'appuyant sur l'expérience, recommande avec Keinlein, Rosenstein, Gruner, Pallas, Mathieu, etc., d'entreprendre la cure pendant la lune décroissante ou la nouvelle lune; il croit en outre que le traitement réussit mieux avec une température chaude et sèche et une constitution médicale inflammatoire que par une température pluvieuse et froide, et lorsqu'il existe des fièvres gastriques, intermittentes et des maladies débilitantes. Avant de commencer le traitement proprement dit, il est indispensable de bien préparer les malades; à cet effet, M. Wawruch leur prescrit une décoction relâchante avec du sel ammoniac, et pendant trois, quatre et même cinq jours, il ne leur donne que trois soupes claires dans les 24 heures. Dans huit cas, cette diète sévère a suffi pour chasser le ver. La veille du traitement, il fait donner au malade une soupe *grasse non salée*, puis un lavement qui est répété le lendemain, en ayant la précaution de ne pas le donner immédiatement après la soupe ou les anthelmenthiques; ceux-ci consistent dans l'huile de ricin, 2 onces dont le malade prendra par dose de 1 à 2 cuillerées à bouche seule ou dans un peu de bouillon et alternera avec 1, 2 et souvent 3 doses de poudre de racine de fougère, chacune d'un demi à 1 et même à 2 gros. Pour attirer le ver vers les gros intestins, on donnera alternativement avec l'huile et la poudre de fougère des lavemens d'huile et de lait. Le succès était toujours plus sûr lorsqu'on ne donnait pas immédiatement après la poudre de fougère, le drastique qui est composé de calomel, de gomme gutte et de sucre, le plus souvent à parties égales de 2 à 8 grains par dose; fréquemment une seule chassait déjà le ver, mais il en fallait donner 3 à 6. Dans quelques cas où de fortes doses du drastique ne produisaient pas de selles, il suffisait de donner quelques onces d'eau laxative de sulfate de potasse.

La sortie du ténia se fit à des périodes bien différentes; ainsi que nous l'avons vu plus haut, dans 8 cas il partit par l'effet seul de la diète, 13 fois par les anthelmentiques, 11 fois après la première dose du drastique, 14 fois après la seconde, 15 fois après la troisième et ordinairement entre la première et douzième heure, après le dernier drastique; dans quelques cas, le deuxième, troisième et même quatrième jour et même une fois le douzième jour. Cette différence dépendrait, d'après l'auteur, tantôt de la diète qui n'a pas été bien observée, tantôt des phases de la pleine lune, mais le plus communément des complications avec des lombrics.

Lorsque le ténia *sort en peloté* en une seule fois par une selle et à l'insu du malade, ce qui arrive ordinairement, il n'est pas possible de faire partir plus tard une seule articulation du ver par aucun drastique. Dans deux cas, on l'a vu filer lentement hors de l'anus. Lorsque le ténia est jeune, peu formé, les morceaux qui se détachent restent longtemps vivans et ne sont jamais plus longs que 2 à 3 aunes. Dans 5 cas où il existait des lombrics, ceux-ci sont partis, mais non le ténia. Chez 9 malades deux ténias ont été rendus, chez 2 autres trois et même chez un autre quatre.

Quelques vers paraissaient tout à fait colorés en jaune par le drastique. Chez ceux des malades qui ont pris la fougère, le ténia en entier et même des articulations isolées ont été trouvés déchirés en petits morceaux.

Le traitement consécutif consistait dans l'emploi des émolliens pour diminuer l'irritation produite par les drastiques; 24 heures après la sortie du ténia, les malades se trouvaient assez bien pour quitter l'hôpital.

Sur les 205 malades, 20 revinrent deux fois, 5 trois fois et 1 quatre fois, à la clinique pour une reproduction du ver qui a eu lieu au bout de 2, 4, 9 mois et même 2 ans.

Le résultat du traitement employé à la clinique de Wurtzbourg paraît très favorable: sur 206 malades 151 ont guéris; mais chez 17 on ne fit aucun traitement, chez 19 il fallut le supprimer subitement, chez 13 il fut entrepris pendant la pleine lune, et chez 6 il existait des lombrics.

Les malades guéris du ténia ont vu disparaître d'autres affections, telles que l'aménorrhée, l'épilepsie, la danse de Saint-Guy, l'hémiplégie, la gale, la chlorose, la fièvre intermittente, l'aurticaire ou le zona dont ils étaient affectés. Le botricéphale ne fut trouvé que sur trois malades qui étaient des étrangers.

COMPTE-RENDU DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE PRAGUE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1840; par le professeur JUNGMANN.

Sur les 1,466 femmes qui ont accouché à la Clinique, 13 avaient des jumeaux; donc le nombre des nouveau-nés était de 1,479, dont 793 garçons et 686 filles; 1,351 sont nés vivans, 74 dans un état de mort apparente, et 54 sont morts-nés.

On a observé	1,423	présentations de la tête.
	2	positions du front.
	8	— de la face.
	3	— des épaules.
	1	— du dos.
	17	— du coccyx.
	12	— des pieds.
	1,466	

Le forceps fut appliqué 52 fois, la tête se présentant la première, et 4 fois après la sortie du tronc, en tout 56 fois, ainsi dans la proportion de 3 à 100.

Les indications étaient:

Etroitesse du bassin supérieur....	15
— inférieur.....	14
Petitesse totale du bassin..........	7
Défaut de contraction..............	11
Rigidité des parties molles..........	3
Position oblique de la tête..........	1
Chute de la matrice................	1
Prolapsus du cordon...............	2
Eclampsie.........................	1
Quatrième position de la tête.......	1
	56

7 de ces enfans qui avaient présenté la tête la première succombèrent et 2 de ceux dont le tronc était sorti avant la tête.

La version fut faite une fois pour une position du dos, et deux fois pour la position de l'épaule.

Sur une fille rachitique, âgée de 35 ans, on avait évalué, à l'aide du

Les fièvres occupent dans ce tableau une place importante et ont atteint un chiffre bien plus fort que sur celui de l'Amérique Méridionale; ces fièvres sont celles que les auteurs désignent sous le nom de fièvres des Indes-Occidentales; et en effet, c'est dans la partie du commandement qui comprend les Indes-Occidentales qu'elles ont été observées. Le grand nombre des hommes qu'elles enlèvent, momentanément du moins, au service, le nombre des morts et celui des réformes qu'elles amènent, en font un des sujets les plus importans dont puisse s'occuper l'administration anglaise; aussi le docteur Wilson entre-t-il dans de longs et intéressans détails sur la manière dont se développent ces fièvres et sur la marche qu'elles suivent dans les épidémies. Mais comme il n'en ressort aucune induction importante sur la cause ou le traitement de la maladie, nous ne citerons que deux faits qui nous semblent pouvoir jeter quelque jour sur ces deux points importans de l'étude de ces affections. Le premier est relatif à leur marche comme maladie épidémique et d'après lequel il paraîtrait que ces fièvres, après être devenues extrêmement rares pendant un an ou deux, deviennent plus fréquentes pendant le même espace de temps, et alors éclatent tout à coup sur plusieurs points du pays à la fois, affectant une marche épidémique très prononcée et frappant à la fois les vaisseaux, les casernes et les villes où elles déterminent une mortalité quelquefois effrayante; puis, elles disparaissent de nouveau après un espace de temps à peu près semblable, comme si la cause était épuisée et qu'elle eût besoin pour se reproduire d'une période d'une certaine durée. Le second fait est plus intéressant parce que, bien qu'il semble en opposition aux croyances généralement adoptées sur l'influence de la propreté et des miasmes que dégagent les corps organiques, il vient plutôt en réalité à leur appui. On a remarqué dans les mers des Indes-occidentales que les fièvres éclataient avec bien plus de force et d'énergie sur les vaisseaux quand on venait de leur faire subir une opération de nettoiement général, soit dans la crainte de l'épidémie, soit pour tout autre motif; en sorte que le moyen qu'on emploierait pour prévenir l'invasion de ces maladies serait précisément celui qui les ferait éclater avec le plus d'activité. Si nous ne nous trompons, il arrive à la suite de ces grandes opérations faites sur les navires ce qui a lieu lors du curage des canaux, des égouts sur la terre; on met à découvert d'immenses surfaces d'où se dégagent des miasmes qui agissent alors avec plus de rapidité qu'ils ne le faisaient lorsque les saletés qui les recouvraient et le défaut de circulation de l'air arrêtaient leur développement.

Le docteur Wilson signale encore pour ces fièvres une autre cause qui se trouverait dans les matériaux de construction des vaisseaux eux-mêmes et qui n'agirait que sous l'influence d'une température fort élevée, comme celle des mers des Indes-Occidentales. Cette hypothèse, qui n'a rien d'opposé à la raison, repose sur certains faits assez curieux: nous allons les indiquer brièvement. Ces fièvres éclatent quelquefois subitement sur des vaisseaux fort éloignés de toute espèce de terre dont ils pourraient recevoir les émanations, sous des températures très élevées, et généralement sur des vaisseaux qui naviguent depuis peu de temps dans ces mers; et comme si la température élevée était une condition de ces miasmes, on a remarqué que ces maladies apparaissaient avec une préférence très marquée sur les bateaux à vapeur où la chaleur du foyer de la chaudière jointe à celle de l'atmosphère donnerait une plus grande activité au dégagement de ces miasmes.

compas de Baudelocqne, le diamètre antéro-postérieur dn bassin à 3 pouces et demi et on pratiqua l'acconchement prématuré artificiel vers la fin du neuvième mois; la tête s'étant arrêtée an passage et l'auscultation ne donnant plus de signes de pulsation fœtale, on pratiqua la perforation dn crâne et plns tard la version sur les pieds; la mère succomba une heure après l'opération. A l'antopsie on s'assura qne le bassin était petit dans tontes ses dimensions et que le diamètre antéro-postérieur n'avait que 3 ponces, le transverse 4 pouces; une large déchirure séparait presqn'en totalité l'utérus du vagin.

Une perforation du crâne pour canse de rétrécissement dn bassin et d'absence de pulsation fœtale, fut suivie de la mort de la mère; à l'autopsie on tronva un rétrécissement d'un tiers de ponce an diamètre antéro-postérienr.

Un acconchement forcé fnt entrepris pour cause d'hémorragie ntérine et d'insertion dn placenta sur l'orifice; on décolla le placenta par ses bords et on fit la version par les pieds. La tête arrêtée an passage fut extraite avec le forceps. L'enfant était mort; la mère, quoique très épuisée, se remit bientôt.

L'opération césarienne fnt pratiquée une fois snr une femme morte d'éclampsie, l'enfant était mort également; à l'antopsie de la mère on n'a point tronvé de signes physiques de l'éclampsie. Une seconde opération césarienne fnt faite sur une femme vivante, dont le diamètre antéro-postérieur n'avait que 2 ponces 6 lignes; la mère et l'enfaut ont snccombé. A l'autopsie on a constaté qne le bassin était rétréci dans toutes ses dimensions; il y avait gangrène dn vagin et de l'orifice de la matrice.

Snr les 23 femmes qui ont snccombé, 16 avaient la fièvre pnerpérale qui a régné pendant toute l'année scolaire; en tont 73 en avaient été affectées.

22 enfans étaient atteints de pneumonies, dont 15 mortelles. L'ophthalmie était très fréquente cette année.

Une opération de bec-de-lièvre avec fente dn palais fut pratiqnée trois jonrs après la naissance; on employa la snture à point séparé, l'enfant put téter immédiatement après l'opération et pen de temps après la cicatrisation de la lèvre les bords de la fente dn palais ont aussi fini par se toucher.

II. OESTERREICHISCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

SUR L'APOPLEXIE ABDOMINALE DES NOUVEAU-NÉS; par le docteur de KINWISCH.

Sons la dénomination d'apoplexie abdominale, le médecin de Prague n'entend pas parler de ces épanchemens de sang dans le canal intestinal qui sont décrits par les auteurs sous le nom de vomissemens de sang, d'hématémèse, de mélæna des nouvean-nés; mais de véritable apoplexie, d'hémorragies suite de rnptore de vaisseanx produite par nn arrêt snbit de la circulation, arrêt qui est occasionné par l'acconchement même, mais sni tont par la ligatnre trop prompte dn cordon ombilical.

APOPLEXIE DU CANAL INTESTINAL. — Les vomissemens de sang et les selles sanguinolentes sont des symptômes de différentes maladies; les premiers manqnent sonvent dans l'apoplexie dn canal intestinal des nonveau-nés, Ainsi, cette senle circonstance distingue cette affection de l'hématémèse et dn mélaena.

L'antenr a observé cette apoplexie sur quatre nouvean-nés, qui, tous morts, ont montré les mêmes symptômes pendant la vie, et ont donné des résultats cadavériques presque identiqnes. Tous les qnatre, enfans à terme et bien nonrris, étaient venus an monde par des acconchemens faciles et réguliers; ils avaient des cheveux blancs et blonds. Chez deux d'entre eux, il est constant qne la ligature dn cordon ombilical a été faite trop tôt, et chez nn troisième, la sage-femme a été forcée de le relâcher pour faire sortir un peu de sang, à cause d'une cyanose très prononcée. La maladie s'est déclarée chez tous les quatre dans les premières heures après la naissance, et déjà au bout de douze à trente hcures, des selles sanguinolentes se sont manifestées; deux senlement ont vomi dn sang. Les premières selles consistaient dans dn méconinm mêlé de sang; plus tard, elles ont été de pnr sang. Le ventre se gonfla bientôt, était pâtenx et donnait un son plus mat qne d'ordinaire à la percussion. Les enfans, an commencement agités, devinrent tonjonrs plns tranquilles, plus pâles, et monrurent dans les premières quarante-hnit heures avec tons les phénomènes de l'anémie.

A l'antopsie, on tronva tous les organes exsangues, dn reste à l'état normal; senlement la moitié inférieure de l'intestin grêle et tont le gros intestin, et dans deux cas la partie snpérienre de l'intestin grêle et l'estomac, étaient remplis de sang frais; ce sang épanché avait, du reste, toutes les qnalités de celui se trouvant encore dans le cœnr; il formait en partie des caillots mons et pâles, et n'était décomposé nulle part qu'à l'endroit où il se tronvait en contact avec les parois de l'estomac et où il avait la coulenr du chocolat. On ne ponvait pas indiquer au juste l'endroit de l'hémorragie; pourtant elle paraissait avoir en lien dans la partie moyenne de l'intestin grêle; car là le sang était le plus infiltré dans les villosités de la muqneuse, qui était au reste normale.

Le diagnostic de cette maladie n'est pas difficile, car dans aucune antre affection on ne voit sortir du sang par par les selles; dans les ramollissemens de la mnqueuse des intestins, il est moins copienx, et, au reste, intimement mêlé avec les excrémens. On ne confondra pas non plus cette maladie avec les vomissemens de sang dus à la pneumonie ou au ramollissement aigu de l'estomac; les symptômes sont bieu différens.

Le pronostic est très fâcheux; tons les qnatre enfans sont morts dans les premières trente heures après les premiers symptômes; pourtant des antenrs citent des gnérisons produites par les efforts de la nature (MEISSNER'S KINDERKRANKHEITEN, vol. I, p. 386).

Le traitement ne peut être que prophylactiqne; on ne doit pas faire la ligatnre du cordon ombilical avant que le poumon ait pris ses fonctions, et, en cas de cyanose, on laissera écouler du cordon une quantité suffisante de sang. Les lavemens sont tonjours nuisibles lorsqne la maladie est déclarée, car ils angmentent l'action intestinale; les fomentations froides sur le bas-ventre n'ont pas été plus efficaces; un repos absolu, des irritans snr la peau, et principalement des bains chauds, paraissaient encore le mieux prolonger la vie.

APOPLEXIE DU FOIE. — L'auteur a sonvent observé cette apoplexie; mais ce n'est que dans deux cas qu'on a pu lui attribuer la cause de la mort; dans les autres, l'épanchement était pen copieux, ne se tronvait

---

Qnoi qu'il en soit de ces hypothèses dont il appartient au temps et à la haute patience des observateues anglais d'apprécier la valeur, nous ne ponvons qnitter ce commandement sans faire remarqner combien il est plus défavorable à la santé des marins que celni de l'Amérique du Sud, pnisque non seulement le chiffre des malades a été beancoup plus élevé, mais celui des morts a été plus qne doublé et celni des réformés considérablement augmenté.

COMMANDEMENT DE LA MÉDITERRANÉE ET DE LA PÉNINSULE. — Ce commandement, qni embrasse les mers et les rivés de la Méditerranée et de Gibraltar, ne comprend que 12 degrés, dn 32 à 44° nord. Cette position géographiqne lui a fait donner le nom de tempéré et lui a valn une hante renommée pour sa salubrité; et pourtant la différence entre les côtes dn nord et celles du sud sont, sons le point de vue de la température, très considérables, surtout en hiver; les variations de la températnre, spécialement sur la côte nord, sont fréquentes et violentes, et les effets du climat pour prévenir on ponr guérir certaines maladies, celles surtont des organes thoraciques, ont été probablement exagérées Le sirocco, vent dn sud-est qui soufle du continent africain, détermine immédiatement nne languenr, une oppression et un sentiment de faiblesse si prononcée qu'on ne peut les expliquer ni par sa température, ni par aucune autre des propriétés appréciables de ce vent. Pendant neuf mois de l'année la temperature est modérée, le temps reste généralement clair et beau, ce qui, avec l'excellente qualité des viandes et des légumes frais qn'on s'y procure facilement, a les plus heureux effets sur la santé, le comfort et l'activité des forces navales employées sur la Méditerranée. Pendant trois autres mois, la température est élevée, quelquefois même très élevée; mais soit que cette chaleur ne dnre pas assez longtemps, soit que l'élément nécessaire pour qu'elle produise des effets morbides manque, elle nuit rarement d'une manière notable à la santé.

	Malades sur 1,000.		Morts sur 1,000.		Réformés sur 1,000.
Fièvres	84,0	...	1,5	...	
Phthisie	5,1	...	1,9	...	1,3
Inflammation des poumons et des plèvres	37,3	...	1,0	...	6,0
Affections du foie	10,0	...	0 3	...	0,5
Dysenterie	13,3	...	0,3	...	0,3
Maladies dn cervean	17,0	...	0,9	...	0,3
Inflammation des extrémités (ulcères)	71,0	...	0,1	...	
Rhumatisme	63,6	...	0,14	...	
Catarrhe	201,0	...	0,2	...	
Maladies du tube digestif	155,9	...	0,9	...	
Syphilis	75,9	...		...	
Accidens par causes externes	222,9	...	1,8	...	
Autres maladies	347,0	...	2,06	...	16,6
Total	1,304,0	...	11,1	...	25,0

que sous le péritoine qui recouvre le foie, sans atteindre le parenchyme de celui-ci, et était accompagné d'autres maladies. Les deux enfans étaient très agités immédiatement après la naissance et ne prenaient pas le sein. Le lendemain, le bas-ventre se tuméfia d'une manière sensible ; il parut être peu douloureux et peu météorisé. Les gémissemens devinrent toujours plus faibles et la pâleur plus frappante. Mort le troisième jour.

A l'autopsie d'un de ces enfans, qui étaient bien nourris, il s'écoula du bas-ventre, très tuméfié, beaucoup de sérosité sanguinolente. Le lobe droit du foie était très distendu et proéminait en forme de sac fluctuant; dans son milieu, il existait une déchirure de 3 à 4 lignes de long, d'où s'écoulait beaucoup de sang fluide. En ouvrant le sac, on trouva beaucoup de sang mêlé à du tissu de foie ramolli. Le ramollissement du parenchyme de cet organe ne s'étendait pas loin; le reste de sa substance était à l'état normal. Entre les circonvolutions des intestins, il y avait encore quatre cuillerées de sang à moitié coagulé ; tous les autres organes étaient sains.

Apoplexie de la rate. — Elle ne fut trouvée qu'une seule fois chez un enfant mort dans la quarantième heure après sa naissance, par suite de pneumonie. Le parenchyme de la rate était en partie broyé, au reste normal.

OPÉRATION PAR LAQUELLE ON PEUT REDRESSER ET ALLONGER LE PÉNIS; par le docteur Engel.

Dans les cas où il s'agirait de diminuer la courbure du pénis, trop forte pour le libre exercice du coït, ou de l'émission facile des urines, ou de donner au canal de l'urètre une direction parfaitement droite pour l'introduction de la sonde et d'appareils lithotriteurs droits, M. Engel propose de pratiquer la section du ligament suspenseur du pénis, à l'aide d'une incision transversale au-dessus de la racine de la verge et prolongée de chaque côté le long des branches descendantes du pubis. La plaie des tégumens est ensuite réunie au moyen de la suture. Il est bien évident que, si en effet cette opération devait jamais être indiquée, une section sous-cutanée serait bien plus convenable.

GUÉRISON D'UNE RUPTURE DE LA MATRICE EN ÉTAT DE GESTATION; par le docteur F. Richter.

Obs. — Marianne Zeczek, paysanne de Swatoberzilz, en Moravie, âgée de 20 ans, toujours bien portante, quoique d'une complexion délicate, s'est mariée il y a un an, et est devenue enceinte fin de juillet 1839. Au neuvième mois de sa grossesse (9 avril 1840), elle eut un vertige si fort en passant un pont, qu'elle tomba en une syncope qui dura assez longtemps. En se réveillant, elle se plaignit de violentes douleurs du bas-ventre, qui lui parut avoir augmenté de volume; elle ressentit des mouvemens extrêmement forts de son enfant; ils durèrent vingt-quatre heures, puis cessèrent complètement. Les douleurs de tout le bas-ventre, qui s'étendaient aux hypochondres et à l'épigastre, continuèrent avec la même intensité pendant quatre semaines; alors elles se concentrèrent à l'utérus, et principalement à la région de l'ombilic jusqu'à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles gauche. La fièvre devint moins forte et la malade put de temps en temps se lever.

Le 18 juin, il s'écoula par le vagin une quantité assez notable de liquide très fétide. L'utérus se contracta et le bas-ventre parut diminuer de volume; pourtant les contractions simulant les maux d'enfant cessèrent bientôt; le col ne se dilata plus; la femme eut de nouveau de l'appétit et reprit des forces.

Au commencement de juillet, la peau autour de l'ombilic devint rouge; le nombril, saillant, prit une couleur livide, s'ouvrit au bout de quelques jours et donna issue à un liquide jaune-verdâtre, semblable à celui qui s'était écoulé par le vagin. Quelques jours plus tard, la malade sentit dans le vagin un corps étranger qu'elle retira elle-même; c'était un os de 2 pouces et demi de long, de la grosseur d'un tuyau de plume de corbeau.

Le 15 juillet, on consulta pour la première fois M. Richter, qui trouva la malade dans l'état suivant : elle avait un aspect cachectique, une fièvre hectique, la respiration précipitée ; une inspiration profonde provoquait des douleurs dans le bas-ventre. Celui-ci, à l'exception de la région de l'estomac et des hypochondres, était dur et douloureux, surtout autour de l'ombilic, vers l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles gauche; cette région était distendue et formait une tumeur arrondie à gauche de l'ombilic ulcéré, où il y avait une ouverture large d'un quart de pouce donnant issue à du pus. Les parties génitales externes étaient tuméfiées et douloureuses, ainsi que le vagin, d'où sortait un fluide semblable à celui qui s'échappait de l'ombilic. A l'orifice de l'utérus, on sentait l'extrémité d'un os qui était tellement enclavé qu'on ne pouvait pas l'attirer avec une pince. D'après le dire de la malade, il s'échappait de temps en temps de l'air par l'ouverture ombilicale. De l'eau tiède injectée par le vagin sortit par l'ombilic; il ne resta donc plus de doute sur la rupture de la matrice, qui a eu probablement lieu lors de la chute de la femme. On fit de fréquentes injections avec de l'eau tiède pour nettoyer la matrice; on attira, au moyen d'une pince particulière, plusieurs os des extrémités d'un fœtus, et on fit prendre à la malade une décoction de lichen d'Islande avec l'élixir acide de Haller; sous l'influence de ces moyens, l'état de la malade s'améliora au point qu'elle put quitter de temps en temps son lit. Elle fut souvent tourmentée par des vents, qui passèrent non seulement par l'anus, mais encore par l'ouverture ombilicale, quoiqu'on ne vît jamais sortir de matières stercorales par cette dernière voie.

Vers la fin d'août, la fièvre revint, l'extrémité inférieure gauche devint œdémateuse et le genou douloureux. A un pouce au-dessous de l'ombilic, la peau devint rouge, s'ouvrit et donna issue à du pus semblable à celui qui sortait par l'ombilic. Au moyen d'une sonde, on s'assura que ces deux ouvertures communiquaient ensemble, et que, dans la profondeur, on trouvait un corps dur, insensible. Le pont entre les deux ouvertures devint de plus en plus étroit et disparut enfin complètement. L'ouverture qui en est résultée avait 1 pouce de diamètre, et déjà, fin d'août, elle était devenue d'une dimension double par la pression exercée de dedans en dehors par un bouchon gris-blanchâtre. On donna de nouveau à la malade une décoction de quinquina avec l'élixir acide de Haller; son état s'améliora, l'œdème disparut, les forces revinrent. Au moyen de ciseaux, M. Richter enleva autant que possible des parcelles de ce bouchon ; bientôt on tomba sur un corps dur, qui, détaché avec soin, fut ensuite retiré ; c'était l'omoplate droite d'un fœtus. L'opérateur coupa, autant que l'espace le permit, les côtes qui se trouvaient sous l'omoplate, retira le cœur, les poumons, et autant des autres parties molles et osseuses qu'il pouvait atteindre ; enfin, au moyen de ciseaux-pinces, il parvint à retirer, le 14 septembre, le reste du fœtus, sauf les os du crâne; la malade étant trop épuisée, il enleva ceux-ci quatre jours plus tard. Il ne resta dès-lors plus de doute que le canal digestif ne fût lui-même ouvert; car il passait, par l'ouverture fistuleuse et le vagin, des matières stercorales contenant des parties de pommes que la malade avait mangées la veille. Pour soutenir les forces, on prescrivit une décoction de quinquina et des lavemens de bouillon avec un jaune d'œuf, et on plaça un emplâtre d'acétate de plomb sur l'ouverture fistuleuse.

Le 3 octobre, la malade eut de fortes douleurs d'intestins qui étaient produites par de la chair d'oie et des choux qu'elle avait mangés en grande quantité; elles avaient duré sans discontinuer pendant trente-six heures. Depuis cette époque, l'écoulement par la fistule et le vagin diminua d'une manière très marquée; il avait complètement cessé le 13 octobre, et les selles avaient repris leur cours par

---

Nous nous bornerons à signaler, dans ce résultat, un seul fait, en raison de son importance dans la pratique et de ce qu'il est entièrement opposé à une croyance généralement répandue. Tous les jours on dirige, des contrées du nord de l'Europe vers les bords de la Méditerranée, des sujets atteints de bronchite suspecte, de catarrhe pulmonaire chronique, de phthisie constatée même. Eh bien! des trois commandemens que nous venons de passer en revue, c'est celui de la Méditerranée dans lequel le chiffre de ces différentes affections pulmonaires est le plus élevé, ainsi que celui des morts qu'elles déterminent. Ce qui est plus surprenant encore, et ce qui ressort cependant des nombreux faits recueillis sur l'escadre de la Méditerranée et sur celle de la mer du Sud, c'est que chez les sujets qui ont été atteints de bronchite sur la Méditerranée ou sur la mer du Sud, et chez lesquels elle marche souvent avec tant de rapidité vers une terminaison funeste, on peut arrêter cette maladie en renvoyant en Angleterre celui qui en est affecté. La même observation a été faite dans les recherches statistiques sur la mortalité des troupes de terre anglaises.

Si maintenant nous jetons un coup-d'œil sur les résultats de ces trois tableaux,

	Malades sur 1,000.	Morts sur 1,000.	Réformés sur 1,000.
Amérique du Sud.........	1,310,7	8,9	28,0
Indes-Occidentales et Amérique du Nord.........	1,486,3	19,6	40,0
Méditerranée............	1,304,0	11,1	25,0

nous reconnaîtrons d'abord combien le commandement des Indes-Occidentales et de l'Amérique du Nord est plus funeste à la santé et à l'existence des marins que les deux autres. Nous ne pouvons méconnaître aussi combien, sous le même point de vue, celui de la Méditerranée se trouve au-dessous du commandement de l'Amérique du Sud, puisque malgré la proximité de la métropole, le grand nombre de ports et d'hôpitaux, et la facilité d'avoir des vivres frais, le nombre des malades a été aussi considérable que dans l'escadre de l'Amérique du Sud, et le chiffre des morts notablement plus élevé.

Aux causes qui agissent d'une manière active sur la santé, et conséquemment sur la mortalité des marins, et que nous avons déjà indiquées, le docteur Wilson en joint quelques autres, qui, jusqu'ici, étaient restées inappréciées, et dont l'action a besoin d'être étudiée par de nouvelles observations. Ainsi, la grandeur et la forme exerceraient sur les navires des différens rangs une influence qui se manifesterait par les chiffres suivans :

	Morts sur 1,000.	Réformés sur 1,000.
Frégates............	9	17,5
Corvettes............	8,1	20,1
Vaisseaux de ligne....	7,6	22,1
Vaisseaux à vapeur...	5,4	13,0

Ces différences peuvent, il est vrai, être expliquées par la plus grande étendue de l'espace que l'équipage occupe pendant le repos et par une discipline plus sé-

les voies naturelles. La malade reprit des forces et put de nouveau vaquer à ses occupations domestiques.

GUÉRISON D'UNE TEIGNE MALIGNE QUI A DURÉ 18 ANS ; par le docteur FISCHER.

Il n'y a pas de praticien qui ignore combien la teigne est une maladie rebelle ; souvent on croit l'avoir guérie, et elle reparaît au bout d'un temps très court. L'observation suivante est intéressante par le traitement qui a été mis en usage et par le succès au moins momentané, sinon définitif qu'on en a obtenu.

OBS. — F. Burmann, âgé de 18 ans, de constitution assez forte, est atteint, depuis sa plus tendre enfance, d'une éruption teigneuse à la tête, qui a résisté à une foule de moyens anti-scrofuleux et autres, et augmenté considérablement depuis une année. Toute la tête, depuis le front jusqu'à la nuque, était couverte d'une croûte jaune, d'où suintait une sanie fétide ; c'était un des cas les plus prononcés de *porrigo lupisiosa* de Bateman. M. Fischer prescrivit à l'intérieur : racine de rhubarbe et feuilles de sené, de chaque 2 gros, à faire une décoction de six onces, sulfate de soude séché, une demi-once, sirop de même, une once ; s. à prendre par cuillerées à bouche dans la journée. Le malade eut bientôt huit selles liquides. Le lendemain il ordonna : sublimé corrosif. 2 gr., aethiops antimon., 1 gros et demi, extrait de douce amère, q. s. pour faire une masse, de laquelle on prépare des pilules de 2 grains ; s. à prendre trois fois par jour 5 pilules. On lava tous les jours deux fois la tête avec l'eau de savon, qui fut remplacée par une pommade composée de précipité rouge, un demi-gros ; térébenthine de Venise, 2 gros, axonge de porc, une demi-once ; s. à frictionner la tête matin et soir, avec gros comme un haricot. Déjà, au bout de six jours, l'éruption était presque guérie et les cheveux commençaient déjà à pousser. On donna aussi à boire au malade une tisane préparée avec racines de salsepareille, de bardane et de patience. Au bout de trois semaines, le malade était complètement guéri et l'affection n'est plus revenue depuis maintenant trois mois.

III. MEDICINISCHE ANNALEN, publié par PUCHELT, CHELIUS et NAEGELÉ.

Les deux premiers cahiers du septième volume contiennent : 1° *Sur le seigle ergoté* ; par le docteur Bern. Ritter. (Monographie fort intéressante.) 2° *De l'efficacité du tannin dans le troisième degré de la coqueluche* ; par le docteur Sebregondi. (L'auteur de cet article fait une longue dissertation, plutôt spéculative que pratique, sur la coqueluche, et les vertus thérapeutiques des médicamens en général. Neuf observations, prises entre beaucoup d'autres, dit-il, viennent appuyer l'efficacité du tannin dans la coqueluche.) L'expérience seule fera connaître ce qu'on est en droit d'attendre de ce remède, proposé pour la première fois par M. le docteur Geigel ; pourtant, nous devons remarquer dès aujourd'hui que, dans les neuf observations rapportées, le tannin n'a jamais été donné seul, mais combiné avec l'acide benzoïque, et souvent à l'extrait de ciguë, et une fois à la belladone.) 3° *Notice sur les eaux de Kreuznach* ; par le docteur Engelmann. 4° *Sur le traitement de la gale* ; par le docteur Speyer. (Après une expérience très longue dans un hôpital militaire, l'auteur recommande contre la gale le traitement anglais, qu'il a modifié de la manière suivante : 1° la chambre des malades devra être chauffée à une température de 24 à 28° R., qui sera baissée peu à peu au bout de trente-six heures ; 2° avant de commencer le traitement, le malade sera lavé avec de l'eau de savon ; 3° une transpiration soutenue de trente à trente-six heures est indispensable pour la réussite du traitement ; 4° la pommade, préparée avec soin, est composée de graisse de porc, 16 parties ; fleurs de soufre, 8 parties ; savon noir, 8 parties ; poudre d'hellébore blanc, une partie ; et nitre, un sixième ; 5° cinq frictions sont nécessaires, dont une le premier jour ; les quatre autres le jour suivant, à un intervalle de quatre heures ; on usera chaque fois une once de pommade ; 6° tout le traitement ne dure que trente-six à quarante heures ; on lave de nouveau le malade avec de l'eau de savon et on lui donne du linge frais ; 7° il n'est pas nécessaire de prescrire un régime particulier, ni d'administrer des médicamens à l'intérieur.) 5° *De l'emploi de l'instrument tranchant contre la pustule maligne chez l'homme* ; par le docteur Kuchler. (Monographie dans laquelle l'auteur rapporte plusieurs cas de pustules malignes, et recommande comme moyen souverain l'instrument tranchant ; pourtant il ne rejette pas complètement la cautérisation.) 6° *Sur l'hôpital de Fulda à la fin de* 1840 ; par le docteur Schneider. (Rien d'intéressant.) 7° *Sur l'action des eaux minérales de Rothenfels* (grand duché de Bade). 8° *Sur le traitement par l'eau froide* ; par le docteur Ruef. (Généralités sur ce moyen thérapeutique.) 9° *Opération césarienne faite avec succès pour la mère et l'enfant* ; par le docteur Nœtiug. (Observation intéressante par ses détails.) 10° *Sur l'état sanitaire de la principauté de Sigmaringen pendant l'année* 1840 ; par le docteur Heyfelder. (Matériaux pour une chorographie médicale.) 11° *Remarques sur quelques maladies des femmes* ; par le docteur Osins. (1° Observation d'une extirpation du col de l'utérus squirrheux, guérison temporaire ; la femme mourut quelques mois après par suite de carcinome de la matrice. 2° Polype de l'utérus donnant lieu à des hémorragies, poussé au-dehors par l'emploi du seigle ergoté. 3° Abcès de la cloison recto-vaginale qui s'est ouvert spontanément dans le rectum. 4° Chute de l'utérus ; épisiorraphie faite avec succès. 5° Hypertrophie probablement congéniale chez une fille de 23 ans ; au moyen des ciseaux de Cooper, on les réduisit à des dimensions normales. 6° Deux tumeurs du volume du poing placées dans les nymphes d'une jeune fille et enlevées par incision.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE.

CARACTÈRES DISTINCTIFS DES RACES HUMAINES.

M. Serres lit un rapport sur la collection d'antropologie, recueillie pendant l'expédition de l'*Astrolabe* et de la *Zélée*, par M. Dumoutier. (Nous donnerons un extrait de ce rapport dans le prochain numéro.)

vère sur les vaisseaux des plus grandes dimensions. Quant aux bateaux à vapeur, leur supériorité, sous le point de vue que nous signalons ici, paraîtrait devoir être le résultat du peu de durée de leurs traversées et de la facilité qu'ils ont de déposer leurs malades dans les nombreux ports où ils touchent fréquemment, et où recevant à temps tous les soins que réclame leur état, ils éprouvent une mortalité inférieure à celle des mêmes maladies traitées à bord, ou dont les sujets n'ont été envoyés à l'hôpital qu'à une période avancée.

Enfin, il résulterait des mêmes documens que sur les bateaux à vapeur les maladies inflammatoires seraient, ou plus fréquentes, ou peut-être plus graves que sur les navires des ordres différens, ainsi qu'il résulte du tableau suivant, qui ne comprend que des maladies inflammatoires :

	Morts sur 1,000.		Réformés sur 1,000.
Bateaux à vapeur......	2,2	...	8,7
Vaisseaux de ligne.....	1,8	...	4,9
Frégates..............	1,8	...	6,4
Corvettes.............	1,2	...	6,8

Si ces observations, qui n'ont été faites que depuis 1834, époque où les bateaux à vapeur furent en assez grand nombre pour que les résultats eussent quelque importance, se confirment, on trouvera probablement l'explication de ces différences dans l'effet que produit l'augmentation de la chaleur occasionée par le foyer de la machine sur les hommes de l'équipage, qui, passant d'une température très élevée à une température froide, se trouvent dans les conditions les plus favorables à la production des affections inflammatoires.

— ERRATUM. — Une erreur grave s'est glissée dans l'analyse que nous avons donnée des discussions de l'Académie royale de médecine (séance du 21 septembre) ; M. Castel n'a point avancé que le diamètre de l'aorte abdominale fût moins grand dans la femme que dans l'homme. Il a dit au contraire que, dans la femme, le diamètre de l'aorte descendante était plus grand, et que cette circonstance n'était pas sans influence sur la menstruation.

OPHTHALMIE PURULENTE.

M. Breschet présente, au nom de M. Pierre Florio, médecin en chef de l'hôpital de St-Pétersbourg, un livre intitulé : DESCRIPTION HISTORIQUE ET PRATIQUE DE L'OPHTHALMIE PURULENTE. L'auteur de cet ouvrage rapporte les diverses invasions d'ophthalmie purulente qui ont fait tant de ravages dans nos armées. Comme la plupart des ophthalmologistes, il repousse l'idée de contagion. Il donne la description du traitement, auquel il a dû de très heureux résultats. Ainsi, sur un total de 9,863 malades, traités à l'hôpital des armées de terre à St-Pétersbourg, pendant les années 1835, 1836, 1837, jusqu'au 1er septembre 1838, 9,644 ont été guéris, 12 ont perdu un œil, 9 sont devenus aveugles, les autres restent encore à l'hôpital. On sait les ravages que cette maladie a exercés en Belgique en 1834. Ainsi, d'après Junkers, à cette époque, on pouvait compter 4000 aveugles et 6000 borgnes dans l'armée belge. On voit donc combien est importante la question traitée par M. Florio.

M. Breschet présente aussi un ouvrage de M. Otto, contenant la description de 600 monstruosités, qui existent dans le cabinet d'anatomie de Breslau.

PHÉNOMÈNES DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE.

M. Bowman écrit à l'Académie que, d'après ses observations, la contraction n'occupe jamais toute la longueur d'un faisceau primitif dans le même instant; la contraction même la plus violente consiste dans des contractions partielles, lesquelles changent de place avec une vitesse extrême. Il pense qu'on peut ainsi expliquer et le bruit musculaire et l'augmentation de température, dont l'existence a été constatée pendant la durée de la contraction.

FORMATION DU NERF GRAND SYMPATHIQUE.

M. Medici, après avoir rappelé que Scarpa regardait le grand sympathique comme provenant des nerfs spinaux, dit que ses dissections lui ont prouvé qu'en effet le grand sympathique communique et avec les racines antérieures et avec les racines postérieures des paires spinales; mais il ne croit pas que ces filets de communication soient des racines d'origine pour le grand sympathique, et il considère, au contraire ce nerf comme essentiellement distinct du système cérébro-rachidien.

VER SOLITAIRE.

M. le docteur Levacher présente un ver solitaire offrant une monstruosité qui consiste en ce qu'il règne, tout le long de son corps, une crête très prononcée et flottante qui représente une partie d'un autre ver solitaire. Les planches de l'ouvrage de Bremser contiennent l'exemple d'une disposition semblable, mais moins marquée, et qu'il a désignée sous le nom de *ver solitaire monstre*.

M. Levacher présente encore un ver solitaire qui a 4 mètres 30 centimètres de longueur, et qu'on peut regarder comme âgé d'environ 12 ans et demi, d'après l'âge actuel du sujet qui en était porteur; et l'époque à laquelle il commença à en rendre des fragmens. Voici la formule qu'emploie M. Levecher contre le ver solitaire :

Huile de ricin	60 grammes.
Essence de térébenthine	16 —
Eau distillée de Menthe	64 —
Sirop simple	32 —
Gomme arabique en poudre	8 —

On fait un mucilage dans un mortier avec la gomme, le sirop, l'huile et l'essence. On triture exactement, et l'on verse ensuite peu à peu l'eau distillée de Menthe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle contient une lettre de M. le ministre du commerce, qui envoie à l'Académie un mémoire sur l'usage de la pommade sulfureuse dans la variole. (Renvoi au comité de vaccine.)

COMPOSITION DU LAIT.

M. DEVERGIE lit un mémoire sur les caractères microscopiques que présentent les différentes espèces de lait. D'après 172 observations recueillies dans l'espace de sept mois et dans des conditions diverses, M. Devergie croit pouvoir établir trois espèces de lait bien distinctes, relativement au volume des globules qu'elles contiennent :

1° Le lait à gros globules;
2° Le lait à globules très petits;
3° Le lait à globules de moyenne grosseur.

Ce n'est pas qu'un même lait ne contienne que des globules d'un seul de ces trois ordres; ils y existent en général tous; mais la classification est basée sur le volume de ceux qui s'y trouvent en prédominance.

Le lait du premier ordre est le plus fort et le plus nourrissant, et les autres ont des propriétés moindres et en rapport avec le volume de leurs globules. M. Devergie s'en est assuré en comparant la santé et la vigueur des enfans avec les résultats de l'examen microscopique du lait de leurs nourrices. Cependant cette inspection ne peut donner qu'une idée absolue de la composition et de la force nutritive du lait; et elle ne suffit pas pour permettre de déterminer *à priori* si telle ou telle espèce convient à tel ou tel enfant. Il en serait autrement si l'enfant avait déjà pris, sans pouvoir s'en accommoder, un autre lait. L'emploi du microscope mettrait alors le médecin à même de décider l'espèce à laquelle on devrait donner la préférence.

Le nombre des globules contenus dans une même quantité de lait est aussi sujet à mille variétés.

Sur 100 femmes examinées on en a trouvé 17 dont le lait offrait de très gros globules. Ce sont surtout les femmes à tempérament sanguin-lymphatique, qui ont présenté cette espèce quoiqu'elle puisse se rencontrer chez les femmes de toute constitution. Le nombre des globules n'était pas toujours en rapport avec leur volume, quoique cela soit le cas le plus ordinaire. On a aussi remarqué que les femmes de cette dernière catégorie n'avaient pas toutes les apparences extérieures qu'on regarde en général comme caractérisant les bonnes nourrices.

22 femmes ont fourni un lait à globules très petits. Elles avaient en général un tempérament sanguin, et quelques-unes d'entre elles présentaient l'aspect de bonnes nourrices. Quoique ce lait soit moins riche en globules que celui de la première espèce, et partant moins nutritif, il convient cependant à certains enfans.

Enfin 64 femmes avaient un lait dont les globules étaient de moyenne grosseur.

Le lait n'a pas toujours une composition identique chez la même femme, dans les deux seins, quoique ce soit cependant la circonstance la plus fréquente. Lorsque l'allaitement se fait avec un seul sein, la sécrétion de l'autre n'est cependant pas pour cela complètement tarie.

Presque toujours on observe que, sous l'influence de la reprise de l'allaitement, le lait d'une femme augmente sensiblement de richesse, ou, en d'autres termes, que ses globules deviennent plus nombreux.

L'âge du lait influe-t-il sur ses qualités microscopiques? Il a paru à peu près identique depuis deux mois jusqu'à dix mois. Néanmoins, M. Devergie ne donne ce résultat qu'avec réserve; car il est rationnel d'admettre que les propriétés nutritives du lait augmentent à mesure que l'enfant avance en âge.

Il semblerait aussi qu'il est indifférent que la nourrice soit plus ou moins âgée. La couleur de ses cheveux et la largeur de sa poitrine sont également des circonstances qui n'influent pas sur la composition du lait. Règle générale, ce sont les seins d'un moyen volume qui fournissent le meilleur lait.

Les altérations microscopiques des globules sont peu fréquentes. Elles consistent principalement en agglomérations de globules qui disparaissent par le fait même de la continuation de l'allaitement. Il existe aussi des changemens de coloration.

M. Devergie fait observer, en terminant, que, malgré l'importance de ces nouveaux documens, malgré les lumières que l'inspection microscopique peut jeter sur l'étude du lait, il est sage de tenir également compte de ses caractères physiques, ainsi que des signes d'après l'ensemble desquels on juge en général des qualités d'une nourrice.

Commissaires : MM. Baron, Chevallier et Dubois (d'Amiens).

M. BRESCHET présente à l'Académie les ouvrages de M. Florio et de M. Otto. (Voy. ci-dessus le compte-rendu de l'Académie des sciences.)

ANÉVRISME POPLITÉ.

M. BRESCHET présente un malade affecté d'anévrisme poplité qu'il a guéri par les saignées et l'application de la glace sur la tumeur. (L'observation sera lue à la prochaine séance.)

HERNIE INGUINALE ANCIENNE GUÉRIE PAR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

M. Jules Guérin lit un mémoire sur la cure radicale des hernies par la méthode sous-cutanée. Voici l'observation qui sert de base à ce mémoire.

Obs. — Martin (Pierre), détenu au dépôt de Saint-Denis, âgé de 48 ans, d'une constitution robuste, tempérament mixte, portait deux hernies inguinales réductibles, lorsqu'il nous a été présenté, il y a trois mois par M. le docteur Louvel, chirurgien du dépôt. La hernie du côté gauche existait depuis une vingtaine d'années. Elle est survenue à la suite d'un effort et a peu augmenté depuis le moment de son apparition. Elle descend jusqu'à la moitié du serotum, et offre, à son plus grand développement, le volume d'un œuf d'oie. Le canal inguinal parcourt un trajet presque directement antéro-postérieur. Il est large à y introduire le pouce. Après la réduction de la hernie, il ne se ferme pas et ses parois et les bords de son orifice extérieur restent même un peu tendus. Cette tension augmente sensiblement, ainsi que l'ouverture du canal, pendant les efforts, la toux, la contraction volontaire des muscles abdominaux. Du reste, la hernie est facilement réduite et maintenue à l'aide d'un bandage.

A droite, la hernie s'est développée, au dire du sujet, environ trois ans plus tard, également sous l'influence d'un effort. Elle est d'un volume un peu moins considérable que la précédente, mais descendant aussi bas dans le scrotum. L'orifice inguinal n'admet que le doigt indicateur, qui cependant, avec un peu d'effort, peut pénétrer dans l'intérieur du canal et en explorer les parois. Ce canal

est dirigé moins obliquement de dedans en dehors qu'à l'état normal. Son axe forme avec le plan antéro-postérieur du corps un angle d'environ 25 à 30°, ouvert en arrière. Au repos, le canal et ses orifices ne se relâchent pas; ils restent béans, comme du côté opposé. Pendant les contractions des muscles abdominaux, les efforts, la toux, etc., on sent également le canal et l'orifice antérieur se dilater et leur parois se tendre considérablement. Le pourtour de l'anneau antérieur devient dur et comme tranchant; ses diamètres augmentent au moins de 3 millimètres.

Ayant fait connaître à M. le docteur Louvel mes idées sur la formation de certaines hernies, et les procédés exempts de tout danger que je me proposais d'appliquer à leur cure radicale, cet obligeant confrère, après en avoir obtenu l'autorisation de M. le préfet de police, voulut bien encourager ma tentative. J'opérai donc, le 11 juillet dernier, en sa présence et en présence de MM. les docteurs Kuhn et Longchamps, la hernie droite de Martin de la manière suivante :

Le malade était couché sur un lit, les cuisses écartées, demi-fléchies, le bassin et les parties supérieures abaissées. La hernie était parfaitement réduite. On pouvait, en refoulant la peau de la racine du scrotum, introduire le doigt jusque dans le fond du canal inguinal. On sentait alors les cordes formées par les piliers de l'anneau ainsi que les bords de l'orifice profond du canal. Je soulevai en un pli transversal la peau de la partie interne inférieure de l'aine, du pubis et de la racine du scrotum, et je la ramenai de bas en haut jusqu'au niveau de l'orifice du canal; à la base de ce pli j'enfonçai un petit bistouri en fer de lance jusqu'à l'entrée du canal, au-dessus et en dedans du cordon spermatique, qu'un aide avait soin d'attirer à lui. Dans cette ouverture j'engageai un myotome convexe, à sommet arrondi et mousse, dont la lame a 2 centimètres 5 millimètres de long sur 2 à 3 millimètres de large, supporté par une tige non tranchante de 5 centimètres de long. Ayant enfoncé toute la lame dans le canal, je coupai d'abord obliquement d'arrière en avant et de dedans en dehors à une profondeur d'environ 1 centim., ayant soin de m'assurer préalablement par le toucher de la situation du cordon, qu'un aide tenait toujours abaissé. Je retournai ensuite la lame de l'instrument, et j'incisai successivement en haut et en bas dans l'angle interne, tout près du pubis, les parties tendues formées par les deux divisions du ligament de Fallope et les fibres du grand oblique qui s'y terminent. En troisième lieu je fis, dans le trajet du canal, plusieurs scarifications superficielles dans les points intermédiaires aux trois incisions principales.

Ces différentes sections, quoique faites dans une étendue de 1 centimètre au moins pour chacun, et quoique occupant une partie du canal, n'ont atteint que les fibres aponévrotiques du grand oblique, et ont été ainsi bornées au plan superficiel du canal et à son orifice externe.

L'opération a duré en tout dix minutes. Il s'est écoulé environ une palette de sang. Après l'expulsion de l'air et d'une partie du sang contenus dans la plaie, je fermai exactement la petite piqûre de la peau, et j'appliquai sur le trajet du canal des compresses maintenues par un spica. Le malade resta couché sur le dos, les cuisses demi-fléchies, le bassin soulevé et le reste du tronc abaissé.

M. Louvel a bien voulu surveiller l'opéré pendant les premiers jours, et me tenir au courant des suites de l'opération. Ces suites ont été des plus simples; il ne s'est manifesté aucun symptôme de réaction. Le malade a dormi toute la nuit sans douleur appréciable. Cicatrisation immédiate de la ponction.

Rassuré complètement par ces premiers résultats, j'ai cru pouvoir différer ma visite jusqu'au dimanche suivant, huit jours après l'opération. Il n'y avait plus de traces de plaie extérieure; point de rougeur ni de sensibilité dans le trajet du canal; celui-ci était le siége d'un épanchement de matière déjà consistante. Le malade continua de garder le lit. On appliqua sur le canal des compresses fixées par un bandage médiocrement serré.

Au quinzième jour, la matière épanchée s'était transformée en une nodosité de consistance presque fibreuse, qui me parut déjà suffisante pour contenir la hernie. Dans le but de m'assurer jusqu'à quel point les parties pourraient résister, je fis faire quelques efforts suffisans pour effectuer la sortie de la hernie gauche. Celle du côté opéré se maintint parfaitement. Dans les efforts de toux, le malade éprouvait un tiraillement assez sensible dans l'intérieur du canal.

Au vingt-unième jour, je permis au malade de se lever, en conservant son bandage. La toux n'était plus douloureuse. A partir de ce moment, il s'est levé tous les jours et a repris peu à peu ses travaux. Vers la cinquième semaine après l'opération, il a quitté son bandage sans en prévenir personne, continuant de travailler comme par le passé. Depuis six semaines environ, il ne porte plus aucun moyen contentif, et cependant la hernie ne s'est pas reproduite.

Aujourd'hui, Martin se trouve dans l'état suivant : toute la région iliaque droite, ainsi que la portion abdominale de l'aîne de ce côté, sont moins amples, moins saillantes que du côté opposé. Le canal inguinal est oblitéré; dans les efforts, la toux, etc., on peut sentir le rebondissement des viscères contre la partie des parois abdominales située à environ 5 centimètres en dehors et au-dessus du canal. Toute la partie, siége de l'opération, se déprime, tandis que la hernie se reproduit du côté opposé. Du reste, la peau qui recouvre la cicatrice de la hernie opérée a conservé toute sa mobilité.

Après la lecture de son mémoire, M. Guérin a fait voir l'opéré à l'assemblée, et répété sous ses yeux les expériences qui pouvaient assurer de la solidité de la guérison.

Commissaires : MM. Ribes, Baffos et A. Bérard.

TRAITEMENT DES ENGORGEMENS DU SEIN SANS OPÉRATION.

M. Tanchon demande le dépôt d'un paquet cacheté renfermant l'indication d'une méthode à l'aide de laquelle il guérit les engorgemens glanduleux du sein, qui, dans l'état actuel de la science, réclament presque toujours l'opération. Sans avoir précisé en quoi consiste cette méthode, M. Tanchon l'a cependant indiquée d'une manière générale. C'est un système, un ensemble de moyens, plutôt qu'un remède, plutôt qu'une méthode propre; ce sont l'antimoine, le mercure, l'ammoniaque et leurs différentes combinaisons, donnés tantôt isolément, tantôt collectivement. L'auteur annonce en outre qu'il emploie auxiliairement la saignée, les sangsues, les vomitifs, les purgatifs, la compression. Il serait à désirer que l'auteur montrât en vertu de quelle distribution méthodique de ces moyens sa médication est nouvelle et réussit.

M. Thillaye lit trois rapports : sur une modification faite à la forme des ciseaux; sur une nouvelle espèce de seringues; et sur une nouvelle construction des pistons de seringues.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LES FORMES DE L'ALIÉNATION MENTALE, OBSERVÉES DANS L'ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS DE STEPHANSFELD, PENDANT LES ANNÉES 1836, 37, 38, 39; par E. Renaudin, docteur ès-sciences et en médecine. 1841.

Ce nouveau travail de M. Renaudin est la suite ou plutôt le complément d'un précédent, dont nous avons rendu compte il y a quelques mois. (Gaz. Méd., p. 229, 1840). L'auteur a très bien compris que, quelque curieux que puissent être les résultats consignés dans sa notice statistique, on était en droit de lui demander compte de la méthode qui avait présidé à la classification de ces matériaux, et lui objecter de plus que des généralités, intéressantes, sans doute, ne donnaient pas une idée exacte des faits observés et surtout de leur pathogénie.

L'auteur a donc cherché à compléter son premier essai par l'examen des diverses formes du délire qui se sont présentées à son observation.

L'étiologie et le diagnostic ont fixé d'abord son attention et il lui consacre exclusivement la brochure que nous avons sous les yeux. Au lieu de faire une sèche revue clinique des observations les plus intéressantes, accompagnées chacune de quelques réflexions, méthode qui n'aurait présenté qu'un médiocre intérêt, il a mieux aimé, et nous devons lui en savoir gré, nous faire connaître l'esprit dans lequel il a dirigé toutes ses recherches; de cette manière M. Renaudin, sans avoir la prétention de nous donner aujourd'hui un traité complet de l'aliénation, a adopté le cadre d'une monographie dans les diverses parties de laquelle il a enchassé ses remarques, analysant les symptômes, résumant successivement les points saillans de quelques observations et en citant d'autres *in extenso*, en rattachant le tout à la recherche des conditions de causalité et des idées d'ensemble. Voilà ce qu'on a le droit de demander à un médecin en chef, et nous nous plaisons à rendre justice à l'auteur en disant qu'il n'est pas resté au-dessous de sa tâche. Il a cherché à démontrer, autant que possible, l'essentialité de chacune des formes du délire et l'analyse de chaque fait comprend celle des causes de la folie et de la forme particulière qu'elle affecte. Une distinction sur laquelle il a cru devoir appuyer, c'est celle de la forme de la folie et des idées et erreurs par lesquelles elle se manifeste. Ces dernières dépendent les unes et les autres de causes différentes qu'il est important de connaître dans la pratique.

Cette nouvelle production de M. Renaudin nous confirme dans le jugement que nous avons porté sur lui en rendant compte de la première partie de son travail; ainsi que nous le disions alors, il est fâcheux de voir un jeune médecin poussé, par des collisions administratives absolument indépendantes de son fait, en dehors d'une carrière qu'il avait choisie avec prédilection, et que personne ne pourra nier qu'il n'ait parcourue avec zèle et étudiée avec fruit. Nous ne savons si les remarques que nous nous sommes permises alors ont trouvé de l'écho parmi les hommes spéciaux, mais nous nous plaisons à croire que leur justesse, du moins, n'aura pu être contestée par aucune des personnes qui ont pu observer de près les fâcheux débats à la suite desquels l'hospice de Stephansfeld, après quelques années d'existence, est tombé dans une désorganisation presque complète; eh bien! nous l'affirmons hautement, rien n'est encore changé à cet égard, l'établissement est toujours dans un provisoire fâcheux, contre lequel lutterait en vain le jeune médecin auquel on a cru devoir en confier la direction intérimaire; car, encore une fois, quel est le zèle à l'épreuve d'une dissolution toujours menaçante, d'une incertitude qui peut du jour au lendemain rendre inutiles les études spéciales, si nécessaires dans cette branche de l'art? Et quel exemple plus frappant pourrions-nous en citer que la position actuelle de M. Renaudin lui-même? Ses preuves, il les a faites; elles sont consignées dans les deux

brochures que nous avons analysées, et cependant il se trouve depuis trop longtemps dans l'impuissance de faire tourner au profit de son propre avenir et à l'avantage de la science les travaux sérieux qu'il a entrepris sur l'aliénation mentale. Serait-il donc impossible aujourd'hui de mettre enfin un homme méritant à la place qui lui convient? ou bien l'encombrement de médecins studieux serait-il tel qu'on ne puisse, entre les nombreuses places dont l'administration dispose, en trouver une pour un travailleur qui la mérite sérieusement?

VARIÉTÉS.

— Une ordonnance du roi des Belges, datée de Paris, 19 septembre 1841, institue en Belgique une Académie royale de médecine.

INSTRUMENS DE CHIRURGIE. — MODIFICATION NOUVELLE PAR M. CHARRIÈRE.

M. Charrière vient de publier une brochure dans laquelle se trouvent exposées diverses modifications nouvelles que cet habile et ingénieux fabricant a apportées dans la confection des *ventouses à pompe* et des *scarificateurs à ressort*.

1° *Ventouses à pompe*. Ces appareils, de l'aveu de tous les praticiens et de tous les élèves, se dérangeaient et se détérioraient avec la plus grande facilité; c'est à tel point qu'on avait assez généralement renoncé à leur emploi dans la pratique. Leurs inconvéniens provenaient évidemment d'un vice de confection des soupapes et de l'inexactitude du jeu du piston. Les modifications apportées par M. Charrière, sous ces deux rapports, sont très heureuses, et remplissent complètement toutes les indications. Nous croyons pouvoir-nous dispenser d'entrer dans des détails à ce sujet.

2° *Scarificateurs à ressort*. La modification porte ici sur les ressorts, qui, comme on le sait, se brisaient avec la plus grande facilité. A l'aide d'un mécanisme très simple, qu'il serait trop long de faire connaître ici, M. Charrière est parvenu à donner à ces ressorts un degré de solidité et de souplesse qu'ils étaient loin de posséder. Il est une particularité que nous devons mentionner, et sur laquelle M. Charrière a eu le bon esprit de fixer l'attention : nous voulons parler du *nettoyage* et du *démontage* de ces instrumens, opérations qui embarrassent plus d'un élève, et peut-être même plus d'un praticien. Voici les détails que donne M. Charrière à ce sujet :

« Pour enlever le couvercle de la caisse, il faut dévisser deux vis d'acier qui se trouvent sur ses côtés; ces deux vis sont maintenues par un point d'arrêt qui les empêche de se détacher complètement. Cela fait, on arme à moitié course les lames, et l'on ouvre une petite porte située sur une des parois de la caisse de l'instrument, et dès lors on peut retirer librement les deux arbres sur lesquels les lames sont placées.

» Pour nettoyer les lames, on passe à plusieurs reprises sur elles un morceau de moelle de sureau qui a la propriété d'enlever tout le sang sans endommager leur tranchant (1). On pourrait, à la rigueur, faire ce nettoyage sans retirer les lames de la caisse; il suffirait alors de les faire saillir au plus haut degré en tournant un bouton placé sur la paroi inférieure de la caisse, à côté de la détente, et qui est destiné à graduer leur élévation. En pareil cas, il faudrait avoir soin d'éliminer un peu le scarificateur pour que les débris de la moelle ne s'introduisissent pas dans la caisse de l'instrument. Il existe quelques autres moyens de nettoyage; mais celui-ci, je crois, doit être préféré. Aussi, je ne manque jamais de joindre, à tous les scarificateurs que je livre, un morceau de moelle de sureau. »

Suivent la description et le modèle d'une nouvelle filière qui, si elle était généralement adoptée, ferait cesser une foule de méprises sur le volume des sondes et des bougies. Vient ensuite une nomenclature très détaillée des instrumens pour le strabisme, le bégaiement et la ténotomie en général.

Cette brochure est terminée par une table analytique des matières qui doivent être contenues dans un catalogue général des instrumens de chirurgie, catalogue auquel M. Charrière travaille depuis plusieurs années. Nous ne saurions trop engager cet habile fabricant à terminer cette œuvre qui sera très utile à plus d'un titre.

— Luer, fabricant d'instrumens de chirurgie, rue de l'Ecole-de-Médecine, 12, vient de modifier avantageusement l'instrument percuteur en rendant mobile l'olive qui reçoit le pignon. Cet instrument a été déposé à l'Académie de médecine, le 26 janvier dernier, pour le soumettre à l'appréciation d'une commission.

— En mettant sous presse la douzième année de l'AGENDA DU MÉDECIN, nous croyons devoir appeler l'attention de MM. les médecins sur cette utile publication en les priant de vouloir bien nous communiquer la note des changemens, omissions ou corrections qu'ils auraient pu remarquer, afin de donner à l'AGENDA toute l'exactitude possible.

Nous recevrons avec reconnaissance, jusqu'au 20 octobre, tous les renseignemens qu'ils voudront bien nous adresser dans le but de rendre ce nouveau aussi complet que possible.

BÉCHET jeune et LABÉ, libraires,
Place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Paris, 1er octobre 1841.

— On regrettait de ne trouver dans le CODEX aucune indication relative aux doses, aux applications thérapeutiques des médicamens dont il contient les formules; cette lacune a été comblée. — Aujourd'hui l'ouvrage est terminé par un appendice, dans lequel chaque article est repris un à un, en suivant le numéro d'ordre qu'il a dans l'ouvrage. On y trouve les diverses applications de traitement des maladies, les doses, les différens modes d'administration, autant que le permettent les limites d'un pareil ouvrage. C'est M. le docteur Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, qui a bien voulu se charger de ce travail....., c'est dire que le but a été atteint, et que l'appendice sera aussi indispensable que le CODEX.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

On peut également se procurer cet ouvrage par l'entremise de MM. les droguistes de Paris.

— DAS K. K. CHIRURGISCHE OPERATIONS INSTITUT IN WIEN, etc., etc. L'INSTITUT IMP. ROY. DE VIENNE POUR LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES. Histoire sommaire de cet établissement, de son organisation intérieure, avec indication nominale des différens opérateurs qui s'y sont succédé; exposé de leur pratique, et revue analytique des cas traités à la Clinique chirurgicale de la Faculté de Vienne pendant le cours des années 1839 à 1841; par M. le docteur CH. L. SIEMUND, membre de la soc. imp. et roy. de médecine de Vienne, etc. Vienne 1841. In-8°, 43 pages.

— RECHERCHES MÉDICO-LÉGALES ET THÉRAPEUTIQUES SUR L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX, précédées d'une histoire de l'arsenic métallique et de ses divers composés, et suivies d'une discussion sur le peroxide de fer, considéré comme contre-poison, exposée devant une commission de l'Académie royale de médecine; par M. ORFILA, recueillies et rédigées par le docteur BEAUFORT. 1 vol. in-8°, avec des figures dans le texte. Prix : 3 fr.

Paris, chez Just Rouvier, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

— TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DES RÉACTIFS, leurs préparations, leurs emplois spéciaux et leur application à l'analyse; par MM. PAYEN et CHEVALLIER, supplément contenant toutes les nouvelles recherches faites :

1° Sur l'appareil de Marsh, toutes les modifications de cet appareil, avec les rapports des Académies des sciences et de médecine.
2° Sur l'antimoine.
3° Sur le plomb.
4° Sur le cuivre.
5° Sur le sang.
6° Sur le sperme; par M. CHEVALLIER, professeur-adjoint de l'école de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. de 224 pages, avec une planche gravée sur cuivre et avec 19 figures représentant toutes les modifications de l'appareil de Marsh, gravées sur bois et intercallées dans le texte. Prix : 2 fr. 50 c.

Le traité des réactifs de MM. Payen et Chevallier, troisième édition; 2 vol. in-8° et supplément. Prix : 9.

— TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE PRATIQUE; par AN. GENDRIN, médecin de l'hôpital de la Pitié, tome III, première partie, in-8°. Prix : 7 fr.
La seconde partie du tome III s'imprime et paraîtra à la fin de l'année.
L'ouvrage en 3 vol. in-8°. Prix : 21 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Medecine, 17, à Paris.

— GÉOGRAPHIE MÉDICALE D'ALGER ET DE SES ENVIRONS; par le docteur BONNAFONT, chirurgien-major aux hôpitaux d'Afrique, membre correspondant de l'Académie royale de medecine. 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50 c.

Chez J. B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— APPENDICE THÉRAPEUTIQUE DU CODEX; par M. AL. CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50 c. et 4 fr. 50 c. franc de port par la poste.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

(1) Cette moelle est très commune; on en trouve chez tous les quincailliers et chez tous les horlogers.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 41. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 9 OCTOBRE 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MALADIES MENTALES.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES HALLUCINATIONS PAR LE DATURA STRAMONIUM; par M. J. Moreau (de Tours), médecin de l'hospice de la Vieillesse (hommes).

Les hallucinations sont, sans contredit, un des phénomènes les plus fréquens et les plus remarquables de l'aliénation mentale. Elles constituent parfois à elles seules le fait principal du désordre intellectuel, le fait primitif et central auquel viennent se rattacher les convictions délirantes, les perversions du jugement, de la volonté, des instincts.

Souvent même elles surgissent et demeurent isolées dans l'intelligence qui les juge et les apprécie, antipathiques à la conscience, en lutte contre la volonté, phénomène excentrique, fait anormal dont l'existence ne se lie à aucun trouble intellectuel.

Une étude approfondie de la nature des hallucinations, de leur mode d'origine, nous apprend que, dans une foule de cas, des liens étroits rattachent le phénomène moral à l'organisme; c'est-à-dire l'effet à la cause, le symptôme à la lésion, au point de les identifier, et, en quelque sorte, (que l'on me passe l'expression), de *matérialiser* l'acte mental.

M'appuyant sur ces considérations, dont la suite de ce mémoire démontrera, j'espère, toute la justesse, je me suis demandé si, au lieu de suivre les erremens des auteurs qui, jusqu'ici, n'ont tenu compte des hallucinations que d'une manière accessoire, il ne serait pas convenable, rationnel même, d'accepter pour ainsi dire ce phénomène mental, dans son isolement, de l'y combattre, de le saisir corps à corps, de diriger enfin contre lui une médication spéciale.

Pour atteindre ce but, il fallait trouver un remède qui allât droit au mal; en d'autres termes, qui exerçât une action directe sur l'organe lésé.

Parmi les substances médicamenteuses dont l'action sur le système nerveux est la plus évidente et la plus curieuse, le *datura stramonium* tient, sans aucun doute, le premier rang. Personne n'ignore, en effet, la singulière propriété qu'a cette plante de donner des hallucinations et des illusions de toute sorte, de jeter dans le délire, etc.

En faisant choix de ce médicament, je n'ai point procédé d'une manière purement empirique. La voie de l'induction m'a conduit à l'emploi d'une médication véritablement homœopathique, ou, si l'on veut, *substitutive*, ainsi que s'expriment les auteurs du nouveau Traité de thérapeutique.

Je ne crains pas d'user de cette dénomination pour caractériser le mode

Feuilleton.

RAPPORT SUR LES RÉSULTATS SCIENTIFIQUES DU VOYAGE DE L'ASTROLABE ET DE LA ZÉLÉE, RELATIFS A L'ANTHROPOLOGIE; par M. Serres.

Parmi les résultats scientifiques obtenus par le voyage de l'*Astrolabe* et de la *Zélée*, ceux relatifs à l'anthropologie méritent de fixer particulièrement l'attention de l'Académie. L'intérêt qu'ils présentent ne ressort pas seulement du nombre des objets rapportés par M. Dumoutier; mais ils le doivent surtout à l'originalité des vues qui ont présidé à la collection des types océaniens, sur lesquels M. le contre-amiral Dumont-d'Urville avait recueilli des notions si précieuses et fait des études si approfondies dans ses voyages précédens.

Avant de faire connaître ces résultats, et afin de mieux faire apprécier l'influence qu'ils nous paraissent appelés à exercer sur les progrès de cette branche si difficile de nos connaissances, votre commission a cru utile de présenter quelques considérations préliminaires qui en feront mieux sentir la valeur.

A toutes les époques des sciences naturelles, l'histoire du genre humain a beaucoup fixé l'attention des physiologistes et des philosophes. Dans ces derniers temps surtout, et grâce aux travaux de Camper, de Buffon, de Sœmmerring, de Blumenbach, de Pallas, de Cuvier, de Desmoulin et des navigateurs modernes, l'anthropologie s'est enrichie des faits qui doivent lui servir de base.

A ces faits sont venues se joindre des recherches d'une autre nature, relatives à la filiation des races humaines, à leur dispersion sur la surface du globe, à leur mélange entre elles, ainsi qu'aux combinaisons physiques et morales qui en ont été le résultat.

Mais, quelque nombreuses que soient ces observations et ces recherches, et bien que les nations qui peuplent la surface du globe soient à peu près toutes connues, il s'en faut de beaucoup que l'anthropologie ait pu suivre les progrès des autres parties de la zoologie.

Cette imperfection, reconnue de tout le monde, tient à des causes qui arrêtent à chaque pas l'observateur, et le détournent de sa route en l'empêchant d'attaquer de front les obstacles qu'il rencontre.

Parmi ces causes, la plus puissante tient à la difficulté même de se procurer les élémens de l'observation, et à l'absence d'un musée anthropologique, qui est le résultat de cette difficulté. Néanmoins, quand on recherche la cause des progrès immenses faits dans les sciences zoologique depuis un demi-siècle, on trouve qu'ils datent de l'époque où de grands musées, fondés sur plusieurs points du monde savant, ont permis aux zoologistes de substituer aux descriptions, toujours insuffisantes, l'examen direct et comparatif des objets de leurs études. L'histoire de la zoologie a reproduit tardivement, jusqu'à un certain point, l'histoire de l'anatomie humaine.

de médication que j'ai suivi, parce qu'en effet on verra que les guérisons que nous avons obtenues semblent être le résultat d'une sorte de *substitution* d'une maladie à une autre maladie. La modification nerveuse-mentale causée par le médicament, après s'être *substituée* à la modification organique préexistante, ou bien après l'avoir exagérée, a perdu insensiblement de son intensité, quelquefois s'est éteinte brusquement, entraînant avec elle la cessation lente ou instantanée des symptômes primitifs.

Au reste, je déclare d'avance que je ne tiens en aucune manière à l'explication hasardée des faits sur lesquels je viens appeler l'attention. Mon but est exclusivement expérimental et pratique. A mes yeux, les faits seuls, mais les faits bien observés, ont une importance réelle.

Pour entrer convenablement en matière, je dois présenter quelques considérations :

1° Sur la nature et le mode d'origine des hallucinations ; c'est-à-dire sur les circonstances physiologiques qui, très fréquemment, accompagnent leur apparition.

2° Sur la nécessité d'établir entre les hallucinations une distinction basée sur leurs rapports avec les diverses anomalies intellectuelles au milieu desquelles elles se rencontrent, distinction que l'on a négligé de faire jusqu'ici, et pourtant d'une utilité éminemment pratique.

Une série d'observations et des détails thérapeutiques prendront place dans la seconde partie de ce travail.

PREMIÈRE PARTIE.

Les désordres intellectuels dépendent essentiellement d'une lésion du système nerveux, ou plutôt de cette portion du système nerveux chargée de présider à l'exercice des facultés dites morales.

Quelqu'idée que l'on se fasse de cette lésion, de sa nature intime, qu'on l'appelle *organique, dynamique*, il n'importe, elle existe ; la nier, c'est nier l'existence même des phénomènes qui en sont l'expression, la traduction extérieure ; c'est diviser ce qui, de sa nature, ne peut être divisé, l'organe et ses fonctions, la cause et l'effet ; en d'autres termes, c'est être absurde.

Que l'on me pardonne de rappeler ici ces vérités triviales dans la science. Il le faut bien, puisqu'aujourd'hui on semble les méconnaître ; il existe je ne sais quelle propension à revenir aux idées qui dominaient au temps de Paracelse, oubliant que l'être humain, comme dit le judicieux Montaigne, « ce n'est pas une âme, ce n'est pas un corps ; c'est un homme, il ne faut pas en faire deux. »

En pathologie générale, les rapports qui lient les désordres de fonctions aux organes sont, dans la plupart des cas, faciles à apprécier. Serait-il exact d'avancer qu'il n'en est pas ainsi quant aux désordres fonctionnels du système nerveux considéré comme agent des facultés morales ? Je n'ignore pas que cette opinion est généralement accréditée. Tout récemment encore elle a été défendue devant l'Académie de médecine, et sur elle on a bâti un système de traitement des maladies mentales dans lequel on a égard *exclusivement* aux phénomènes fonctionnels, sans tenir aucun compte des modifications réelles, bien qu'inconnues dans leur essence, qui sont nécessairement survenues dans l'organe d'où ces phénomènes découlent. Est-ce donc que l'on manque de faits pour établir, entre le trouble des facultés morales et l'organisme, l'intimité de corrélation, de rapports que l'on conteste ?

Mais, pour ne parler ici que des faits généraux, qui se rencontrent pour ainsi dire à chaque pas dans l'étude de l'aliénation mentale, dont la présence se fait sentir à chaque instant, n'est-ce donc rien que cette terrible *hérédité*, cette *prédisposition nerveuse*, compagne à peu près inséparable de l'épilepsie et des autres affections convulsives, ce phénomène d'*intermittence* commun à toutes ou presque toutes les affections mentales aiguës et même chroniques, etc.

Il me semble qu'il serait difficile de nier, dans tous ces cas, l'influence brute du physique, de la matière organisée et créatrice des phénomènes fonctionnels. Dans ceux de transmission héréditaire, par exemple, où l'on voit la folie se transmettre des membres d'une famille aux autres membres, souvent avec les mêmes caractères, les mêmes formes, se manifester précisément à la même époque de la vie, sous l'influence des mêmes causes physiques ou morales ; ou, le plus souvent, quand le délire n'éclate pas, on voit, comme par une funeste compensation, le caractère des individus imprégné en quelque sorte de l'affection dont le père, la mère, l'oncle, etc., ont été frappés, et rappeler, par une extrême bizarrerie, une véritable *excentricité*, les symptômes spéciaux du mal héréditaire.... Comment s'opère cette transmission ? C'est ce que, à coup sûr, je n'entreprendrai pas d'expliquer ; mais, sans doute, elle est toute organique, toute moléculaire, comme celle de la phthisie, par exemple, ou de toute autre affection héréditaire.

L'influence des affections convulsives dans l'aliénation mentale est connue de tout le monde. Mais il n'est pas question ici des cas où les désordres de l'intelligence coïncident avec les désordres nerveux ; nous y reviendrons plus tard. Je veux parler de la prédisposition à l'aliénation mentale qui s'observe chez les individus nés de parens qui ont été atteints de ces affections. Ce fait de pathologie mentale n'est pas moins bien établi que le premier.

Je ne répéterai pas, à propos du phénomène d'*intermittence*, ce que je viens de dire de l'hérédité. Il n'y a pas non plus, je pense, à nier l'existence d'une lésion pathologique quelconque, car il faudrait en faire autant pour les fièvres périodiques. Phénomènes *moraux*, phénomènes *physiques*, le fait d'intermittence les confond tous, les identifie, au moins quant à la cause qui les produit.

A ce que nous venons de dire de l'*hérédité*, des *prédispositions nerveuses* (nous aurions pu mentionner encore celles qui se rattachent à l'abus des liqueurs alcooliques, de l'opium, des infusions théiformes, etc.), de l'*intermittence*, qui revendiquent pour leur part un si bon nombre de lésions intellectuelles, nous devons ajouter qu'il est excessivement rare que le début de la folie ne soit pas signalé par des symptômes physiques, symptômes fugitifs qui passeront inaperçus de ceux qui n'ont pas une habitude suffisante des malades. Il y aura de la soif, de la constipation, des douleurs gastralgiques le plus souvent, une légère oppression, presque toujours (chez les femmes) des désordres ou de simples irrégularités de la menstruation, du flux hémorrhoïdal, une injection remarquable de la face, de la conjonctive, une sorte de turgescence des lèvres, des maux de tête, des tintemens d'oreille, de l'insomnie, des rêves inaccoutumés, des palpitations, froid des extrémités, malaise général, etc., etc. « Il faut bien savoir, dit Esquirol, qu'au début de la folie, le délire de cette affection ressemble beaucoup au délire fébrile ; que l'erreur est fa-

---

Privés des moyens de rapprocher les faits, de les comparer entre eux pour en saisir les rapports, les anthropologistes n'ont pu apprécier avec exactitude ni leurs différences, ni leurs analogies pour en déduire quelque règle générale, ou quelque principe fixe, qui pût donner à cette branche de nos études le caractère scientifique.

Ce caractère manquant à l'anthropologie, la partie spéculative a pris le dessus sur la partie positive, et de là sont sorties ces opinions si nombreuses et si contradictoires sur l'unité ou la pluralité des types auxquels peuvent être ramenées les variétés du genre humain. Question capitale à laquelle toutes les autres se rattachent, et dont le vague atteste à lui seul le peu d'avancement auquel nous sommes parvenus. Si en effet ces types sont très nombreux pour les uns, il est unique pour les autres ; et ces deux résultats qui impliquent contradiction sont justifiés l'un et l'autre par la subordination de l'anthropologie et de la zoologie.

Car, dans cette dernière science, l'espèce est déterminée par l'existence de certains caractères différentiels qui se transmettent par voie de génération. Or, cette fonction étant limitée pour les animaux, circonscrite le plus souvent entre les individus de la même espèce, il en résulte que rien ne vient troubler chez eux la conservation et la transmission des types.

Si le genre humain eût été renfermé pour la génération dans le cercle étroit de l'animalité, nul doute que ses résultats n'eussent été analogues ; mais il n'en est pas ainsi : les caractères des races humaines se transmettent bien héréditairement comme chez les animaux, mais de plus leur promiscuité étant féconde, il en résulte que si l'on n'a égard qu'à la génération, l'espèce humaine est unique, tandis que si l'on considère la transmission héréditaire des caractères, la pluralité des espèces ne saurait être contestée.

C'est en effet de ce double caractère qu'est empreint dans les auteurs l'arbre généalogique du genre humain. Les zoologistes, fidèles à la méthode differentielle, divisent et subdivisent sans cesse les rameaux humains, tandis que les anthropologistes, plus assujettis à la méthode analogique, tendent au contraire à les réunir, parce que cette réunion est le trait le plus distinctif de la nature dans le croisement des races humaines. Or, nonobstant l'esprit de castes, qui a été si puissant chez toutes les nations, ces croisemens ont été si nombreux et si multipliés, que plusieurs physiologistes ont avancé qu'il n'y avait sur le globe que des espèces croisées, au milieu desquelles il était impossible de retrouver les types primordiaux.

On conçoit cependant que la détermination de ces types est la clef de l'anthropologie ; car, avant de rechercher comment les races se combinent par l'effet des croisemens, il est nécessaire de préciser leurs traits ; sans cela, comment séparer ce qui s'entremêle sans cesse, comment distinguer ce qui sans cesse tend à se confondre.

L'anthropologie a donc fait de nos jours un véritable progrès, en rapportant à trois types primordiaux toutes les variétés humaines : le type *caucasique* ou la race blanche ; le type *mongolique* ou la race jaune, et le type *éthiopique*, ou la race noire.

Les voies différentes par lesquelles la science est arrivée à ce résultat, lui donnent un caractère de probabilité auquel peut-être on n'a pas porté toute l'attention qu'il semble mériter. Ainsi M. de Walckenaer y a été conduit par ses recherches

cile..... » Il importe de ne pas perdre de vue ces paroles du médecin illustre que je viens de citer ; d'autant que la plupart des malades, quand on les amène dans les hospices, ont dépassé la première période d'acuité, il ne reste plus guère que des symptômes nerveux contre lesquels on sera porté à diriger tous les efforts thérapeutiques, sans tenir compte (bien à tort évidemment) de l'état antérieur.

Nous devons enfin ajouter à la liste des faits que nous venons de passer rapidement en revue un autre ordre de faits nombreux dans lesquels la lésion organique est bien autrement évidente, où cette lésion est mise à nu par le scalpel de l'anatomo-pathologiste, nous voulons parler de la *paralysie générale des aliénés*.

En vain se récrie-t-on que, dans cette affection, les désordres intellectuels n'existent pas seuls, qu'ils se compliquent d'une lésion des mouvemens. Que prouve cette distinction ? Qu'importe la lésion des mouvemens si, toujours avec elle, coïncide le trouble des facultés mentales, et, qui plus est, toujours ou presque toujours le même genre de délire (délire ambitieux, idées de grandeur, de richesses, vanité outrée, etc.)? Dans la paralysie générale, le cerveau est lésé, *tout à la fois*, comme agent de la motilité et comme agent intellectuel. La même modification de la substance cérébrale qui frappe les mouvemens atteint encore les facultés mentales, et à peu près toujours de la même manière pour les deux ordres de fonctions. C'est là, après tout, un phénomène pathologique fort simple, mais d'une haute portée dans la question que nous examinons.

En présence de pareils faits, il me semble difficile de révoquer en doute la liaison intime, la liaison de *causalité* des désordres organiques et des symptômes morbides. Ajoutons que la plus simple induction doit nous porter à admettre des lésions, sinon identiques, du moins analogues, dans les cas où, moins heureux, l'anatomo-pathologiste ne pourra les découvrir.

Dans une foule de cas particuliers, qu'il s'agisse des causes, de la marche, du traitement des maladies mentales, la corrélation des désordres physiques et des désordres intellectuels est tellement étroite que l'on dirait plutôt une véritable *fusion*, que l'on me passe l'expression, des uns et des autres, que de simples rapports existant entre eux. L'examen de quelques-uns de ces cas a fait l'objet de ma dissertation inaugurale (1), je m'abstiendrai de les citer de nouveau.

Je dois maintenant appeler l'attention sur des faits analogues qui ont un rapport plus direct avec l'objet de ce mémoire, faits d'observation qui, jusqu'ici pourtant, ont passé presque inaperçus, dont on n'a songé à tirer aucune conséquence physiologique ou thérapeutique, et qui, pour nous, ont été comme le point de départ, la base théorique du traitement dont nous avons fait usage contre les hallucinations.

Rappelons d'abord les hallucinations et les illusions qui s'observent dans les maladies aiguës. On sait combien ces phénomènes sont fréquens dans la période grave de ces maladies, de celles surtout dont les principaux symptômes, soit primitivement, soit consécutivement, ont leur siége dans le système nerveux. Mouvemens convulsifs, lésions partielles de la motilité, perversion, abolition de la sensibilité, désordres des sens, *hallucinations, illusions*, délire, etc. ; il faut bien rapporter tous ces phénomènes à une cause analogue, sinon identique, quelqu'idée que l'on se fasse de sa nature intime.

La plupart des épileptiques, des hystériques, ont des hallucinations, et de très variées, dont l'apparition se lie étroitement aux accidens nerveux. Alors que l'approche du mal se fait sentir, que les premières secousses, les premières crampes, certaines douleurs ont lieu dans divers points de l'économie, remontant, d'une manière bien appréciée du malade, de la périphérie au centre, des extrémités vers l'encéphale.... ; alors surgissent les hallucinations. Ce sont des bruits étranges, des sons de cloche, des décharges d'armes à feu, le bruit que fait une voiture en roulant, le galop d'un cheval, etc. Quelquefois aussi des voix menaçantes se font entendre, des fantômes effrayans apparaissent ; « les malades croient qu'on les bat, qu'on les frappe ; ils montrent leur corps qu'ils prétendent meurtri par les coups dont on les a assommés. Un général croyait tenir un voleur et secouait violemment ses bras, comme s'il eût tenu quelqu'un qu'il eût voulu terrasser. » (Esquirol.) Une jeune fille de 17 ans, que j'ai observée à Charenton en 1827, atteinte d'hystérie depuis deux ans, mais jouissant habituellement de l'intégrité de ses facultés morales, quelques instans avant ses accès, se voyait toujours environnée d'hommes nus, de soldats qui la provoquaient par des gestes obscènes et lui tenaient les propos les plus licencieux. Elle s'agitait, répondait à leurs provocations... Avec les accidens nerveux disparaissaient tous ces fantômes, et le calme rentrait dans l'âme de la jeune malade.

En thèse générale, on peut dire qu'une observation exacte, et faite sans idées préconçues, découvrira chez presque tous les hallucinés, tantôt à une époque de la maladie, tantôt à une autre, au début principalement, quelque trouble physique, le plus souvent dans la dépendance exclusive du système nerveux, parfois s'alliant à des anomalies de la circulation, de la respiration ou des fonctions digestives.

Il n'est pas rare de voir les hallucinations affecter le type *rémittent*, ou même *intermittent*. C'est tantôt de jour, tantôt de nuit, quelquefois à une époque précise de la journée qu'elles se réveillent.

Chez un grand nombre d'hallucinés des congestions cérébrales, des coups de sang, des attaques de paralysie ont précédé les hallucinations.

Une femme, dont parle M. Voisin dans son excellent livre sur les CAUSES MORALES ET PHYSIQUES DES MALADIES MENTALES, fatiguée par une longue route, se couche par terre pour se délasser ; peu après, elle sent dans la tête un mouvement et un bruit semblables au bruit et au mouvement du rouet à filer ; elle s'effraie ; néanmoins elle reprend son chemin ; mais en route elle croit être enlevée de terre à plus de sept pieds de haut....

M. Leuret, dans ses FRAGMENS PSYCHOLOGIQUES, écrits à une époque où il *regardait, avec tous ses confrères et ses maîtres, les hallucinations comme étant un symptôme purement physique*, cite, d'après Matthey, l'observation « d'un jeune homme, qui, allant à pied à Lyon, *durant les fortes chaleurs de l'été*, fut pris en route de délire frénétique. Il s'enfuit sur la montagne... Il avait vu un vieillard à barbe blanche et vêtu de drap blanc, qui l'appelait à lui, et qu'il suivit longtemps à travers les rochers et les bois, s'imaginant que c'était le père éternel. »

Les hallucinations de Jérôme Cardan étaient, ainsi qu'il le dit lui-même,

(1) DE L'INFLUENCE DU PHYSIQUE, etc. Paris, juin 1830.

---

approfondies sur la géographie et l'histoire des peuples ; M. Cuvier par ses études comparatives sur le règne animal ; et M. le contre-amiral Dumont-d'Urville, ainsi que plusieurs autres voyageurs, par l'observation directe de l'ensemble des traits et des habitudes des peuples divers qu'ils ont visités. Reste à savoir maintenant s'il sera confirmé par la comparaison des langues, par celle des traditions et des monumens des peuples, qui sont présentement l'objet de recherches si actives.

Quoi qu'il en soit, l'anthropologie peut, dès ce moment, les prendre pour base de ses études, afin de se rendre raison d'une part des caractères propres à chacune de ces races, et de rechercher de l'autre les lois selon lesquelles s'opèrent le mélange et la combinaison de ces caractères par l'effet de leur croisement. On arrivera, par cette méthode, à reconnaître et à retrouver encore l'empreinte de ces caractères chez les peuples les plus civilisés de la race caucasique, et à expliquer comment il se fait que dans cette race certains individus rappellent la race mongolique, d'autres la race éthiopique, chez lesquels on les remarque souvent à des degrés très marqués. En un mot, on aura la clef de la diversité des tempéramens.

Ces notions physiques acquises pourront servir d'introduction à des recherches morales qui en sont la conséquence. Les rapports du physique avec le moral de l'homme ont frappé dans tous les temps l'attention des *physiologistes et des philosophes*. Or, ces rapports, peu apparens chez les individus de la race caucasique, et modifiés en outre par la civilisation et l'éducation des peuples, sont au contraire si marqués dans les races humaines, considérées en masse, que l'histoire en inscrit à chaque pas les effets, soit dans l'aptitude comparée de ces races pour les sciences, la littérature et les arts, soit dans leurs habitudes et leurs mœurs.

L'étude des rapports du physique et du moral des races humaines, intéressante pour leur histoire, le devient surtout quand on suit leur filiation et leur mélange. On trouve, en effet, que ce mélange ne se borne pas à la combinaison des caractères physiques des deux races qui se croisent, mais qu'elle porte simultanément sur la combinaison de leurs aptitudes morales. De sorte que l'analyse philosophique de l'intelligence des peuples se lie et se coordonne avec l'analyse anatomique des caractères qui les distinguent. Les actes d'un peuple sont ainsi subordonnés dans certaines limites à leurs dispositions physiques ; l'historien qui narre, rapproche et compare les premiers en ne tenant aucun compte des secondes, s'expose, le plus souvent, à inscrire des effets sans remonter à leurs causes ; et de là vient la nécessité, si bien appréciée de nos jours, de l'alliance de la physiologie, de la philosophie et de l'histoire.

La linguistique, ou l'étude comparative des langues, a particulièrement besoin de la connaissance de ces rapports ; car, dans le genre humain, le langage a pour élémens la voix, la parole et la prononciation.

La prononciation, la parole et la voix sont le produit d'un appareil très compliqué et très variable dans les proportions respectives de ses divers élémens d'une race à une autre, de la race éthiopique à la race caucasique, par exemple.

Or, si une langue n'est que la coordination du langage humain appliqué à l'expression des idées, on conçoit que l'examen comparatif de l'appareil vocal dans les races humaines doit être pris en considération dans l'étude des langues pri-

précédées de violentes palpitations de cœur et de la sensation d'un fort tremblement de terre (1).

Quelques minutes avant l'explosion du délire, un malade, dont parle Guislain (TRAITÉ SUR L'ALIÉNATION MENTALE), ressent une douleur dans le bas-ventre; une sensation désagréable, mais moins pénible que la première, monte successivement de la région épigastrique à la poitrine et à la tête. Alors l'intelligence se trouble; des illusions de toute espèce s'emparent de son moral; il croit voir des personnages mystérieux et semble s'entretenir avec des génies malfaisans.

Mais le fait le plus remarquable en ce genre et le plus probant, sans doute, dans la question qui nous occupe est celui que Pinel a consigné dans sa NOSOGRAPHIE (1re édit., p. 66, t. II). Une femme mélancolique, qui avait conscience de son délire, s'exprimait ainsi :

« Le matin, à mon réveil, et le soir, avant de m'endormir, les artères de ma tête étant plus vivement agitée, j'entends distinctement, vers le derrière et au sommet de ma tête, une voix (je manque d'autre expression, ou plutôt je sens que celle-là seule est exacte) ; cette voix donc rend des sons franchement articulés, construit des phrases qui présentent toujours un sens rarement obscur. Levée sur mon séant, celle voix cesse de se faire entendre. Cette singularité m'a fait naître une réflexion sur les temps d'enthousiasme et de crédulité, et j'en ai conclu qu'inspirés, possédés, béats, illuminés, en un mot, toute la classe à révélation n'avait pu avoir, pour tout commerce surnaturel ou céleste, que de semblables conversations avec le cerveau échauffé, électrisé par une force toute corporelle (2). »

Le malade qui fait le sujet de l'observation 4e de ce travail n'avait d'hallucinations le soir que lorsque sa tête reposait sur un oreiller. Il lui suffisait de se mettre sur son séant pour s'en débarrasser.

La thèse que nous soutenons peut s'étayer encore des étranges modifications que l'usage des boissons alcooliques, de certains poisons apporte dans les facultés mentales. Les hallucinations les plus variées, une perversion plus ou moins profonde de la sensibilité générale, une singulière exaltation de l'imagination, qui donne de l'actualité aux choses passées, de la vie aux fantômes créés par la passion et le désir, on peut produire tout cela avec quelques gouttes d'alcool, quelques grains d'opium, d'extrait de chanvre africain, d'extrait de belladone, de datura, etc.

Personne, sans doute, à moins de fermer les yeux à toute lumière, ne pourra se défendre de voir ici la corrélation étroite, nécessaire, de l'action moléculaire de l'organisme et les produits intellectuels, la dépendance réciproque de la matière et de l'esprit, et, si j'osais m'exprimer comme Cabanis, les résultats de la sécrétion, changeant avec les modifications que les substances alcooliques, opiacées ou autres, font subir à l'organe sécréteur.

L'effet des boissons alcooliques sur le système nerveux est connu de tout le monde, je n'en parlerai donc point. Cependant je ne puis me dispenser de signaler ici deux faits de pathologie mentale, d'une certaine valeur dans la question que nous traitons : le premier, c'est que, comme cause *éloignée ou prédisposante*, l'abus des boissons spiritueuses a une large part dans la production du délire chez un grand nombre d'individus. Cox l'avait déjà fait observer, très souvent les enfans de ceux qui abusent de la boisson deviennent fous; le second, c'est que presque toujours les hallucinations constituent le phénomène principal du délire, suite d'ivresse. Souvent même, chose digne de remarque, les hallucinations existent seules, sans autre trouble intellectuel. Les malades apprécient bien leur état, ne se font pas illusion ni sur la cause ni sur la nature de leurs *imaginations*, ainsi qu'ils s'expriment. Ils s'en inquiètent peu en général. L'expérience leur a appris qu'une abstinence de quelques jours et le régime de l'hospice étaient des remèdes d'une efficacité presqu'infaillible.

Il n'est personne qui n'ait entendu parler de l'étrange influence qu'exercent sur les facultés morales certaines substances toxiques en usage chez les Orientaux. Tous les voyageurs en ont fait mention. Des observateurs judicieux et graves, entre autres Prosper Alpin, nous ont laissé sur cette matière des détails pleins d'intérêt. Cependant nous devons reconnaître que, s'ils ont su exciter notre étonnement, ils n'ont pas beaucoup ébranlé notre incrédulité. On a soin de faire la part de l'imagination du narrateur, dont nous avons bien quelque raison de nous défier. L'on se figure presque entendre le récit d'un de ces merveilleux contes que la sultane Schéérazade des MILLE ET UNE NUITS racontait si bien, et l'on se donne bien de garde de tout prendre au sérieux. Cette défiance, que moi-même j'avoue avoir partagée, même après un séjour de plus d'onze mois en Orient, n'est pas fondée. Essayons de nous en rendre compte. Bien qu'ils aient vécu au milieu des populations orientales, la plupart des auteurs, sans en excepter ceux qui nous ont le mieux fait connaître leurs habitudes, leurs mœurs, etc., n'ont parlé que *par ouï dire* de l'effet des substances qui nous occupent. Le moyen unique de bien connaître cet effet, c'est l'expérience personnelle. Mais on s'en effraie et on ne trouve pas que les résultats que l'on pourrait s'en promettre vaillent la peine de courir le risque de *s'empoisonner*, ou tout au moins de porter une atteinte grave à sa santé. On s'abstient donc, et l'on se contente de l'expérience d'autrui. C'est un moyen insuffisant de s'éclairer, pour quiconque surtout n'est pas familiarisé avec les désordres si variés, inexplicables, des facultés intellectuelles. On reste donc dans le doute, et ce doute ne peut manquer d'être partagé par ceux qui écoutent ou lisent des récits auxquels celui qui les fait paraît à peine ajouter foi lui-même.

Je ne voudrais pas qu'on tirât de ceci la conclusion que nous devons croire toujours sur parole les voyageurs amateurs, les touristes, qui aiment tant à faire provision de merveilleuses histoires; mais simplement que nos préventions peuvent ne pas être toujours légitimes et fondées.

Pour moi, j'avoue que je suis disposé à croire, presque sans aucune restriction, une foule de choses, qui généralement ne rencontrent qu'incrédulité. Que l'on ne me taxe pas d'une sotte présomption si je m'exprime ainsi; je parle simplement avec l'assurance, la fermeté de conviction qui se puise dans l'expérience personnelle. C'est cette expérience qui ne me permet plus de révoquer en doute l'état extatique de félicité ineffable, de jouissances telles que la réalité ne peut en procurer de sembla-

(1) Lélut. DU DÉMON DE SOCRATE.

(2) Il y a une curieuse remarque à faire ici en passant. Tous les monographes ont exprimé l'opinion que les prophètes, les sorciers, les illuminés, n'étaient que des hallucinés. Ne semblerait-il pas que cette opinion, que, du reste, nous partageons pleinement, leur a été suggérée par la mélancolique dont parle Pinel? Une hallucinée aurait ainsi donne la première l'explication de ces phénomènes de perversion de la sensibilité, qui en ont impose, durant tant de siecles, à des nations éclairées, qui en imposent encore à presque toutes les populations de l'Orient, et qui même obtiennent encore en Europe l'assentiment de tant de gens crédules, aveuglés par la superstition ou l'ignorance!

---

mitives. C'est du reste un besoin qui se fait sentir dans les savantes recherches de MM. Guillaume de Humboldt, Schlegel, Abel, Rémusat, de Walckenaer, Ritter, Dulaurier, et des philologues qui marchent sur leurs traces. Si en effet les idiomes des langues peuvent se classer d'après le groupement des familles humaines; si, pour nous borner à l'Océanie, d'après la belle théorie de M. Guillaume de Humboldt, les idiomes des Océaniens peuvent ce ranger en cinq grands rameaux correspondant à autant de variétés de races; si les travaux récens de M. Dumont-d'Urville semblent confirmer l'opinion émise par Forster, que tous ces idiomes dérivent d'une langue primitive, aujourd'hui perdue, qui ne voit la connexité que ces faits semblent établir entre les variations des idiomes et celles de l'appareil vocal des races?

Ces vues, que nous ne pouvons qu'énoncer en passant, sont particulièrement applicables à l'étude des races primitives; mais comme en anthropologie nous opérons plus souvent sur leurs rameaux, les effets résultant de leur mélange doivent occuper une place distincte dans les recherches anthropologiques.

Constamment, dans le croisement de deux races, la supérieure empreint ses caractères sur le produit qui en résulte d'une manière beaucoup plus profonde que la race inferieure. Il suit de ce fait que le métis n'est pas une resultante moyenne des deux producteurs, mais une résultante inégale dans laquelle predominent toujours les caractères de la race supérieure.

Cette prédominance, aussi tranchee au moral qu'elle l'est au physique, explique comment, dans le croisement des races, le perfectionnement intellectuel de l'homme accompagne son perfectionnement physique.

C'est la voie naturelle mise en œuvre par le créateur pour ramener à l'unité toutes les races humaines, soit que cette unité décèle une tendance à leur retour primitif, soit qu'elle résulte de la marche progressive des œuvres de la nature.

Les conditions physiques des organes génitaux dans les races humaines semblent favoriser jusqu'à un certain point cette marche ascendante.

Si, en fait, les races se reproduisent entre elles, cette reproduction paraît s'exercer toutefois dans de certaines limites, plus favorables aux races supérieures qu'aux inférieures.

Ainsi, un des caractères de la race éthiopique réside dans la longueur du membre génital, comparé à celui de la race causatique. Celle dimension coïncide avec la longueur du canal utérin de la femme éthiopienne, et l'une et l'autre ont leur cause dans la conformation du bassin chez le nègre.

Or, il résulte de cette disposition physique, que l'union de l'homme caucasique avec la femme éthiopique est facile et sans nul inconvenient pour cette dernière. Il n'en est pas de même de celle de l'Éthiopien avec la femme causasique. La femme souffre dans cet acte; le col de l'utérus est pressé contre le sacrum, de sorte que l'acte de la reproduction n'est pas seulement douloureux, il est plus souvent infécond.

Enfin, nous rappellerons que le principe de la corrélation des parties, découvert par Galien, et perfectionné par Vicq d'Azyr et Cuvier, doit sans cesse diriger l'observateur dans les recherches d'anthropologie; car c'est surtout chez l'espèce humaine que les parties se coordonnent et se commandent réciproquement pour constituer cette harmonie parfaite qui se remarque dans toutes ses périodes de développement.

bles, dans lequel, au rapport de tous les historiens, un prince du Liban plongeait ceux de ses sujets auxquels il voulait inspirer un dévouement fanatique à sa personne. Quiconque a visité l'Égypte, l'Asie-Mineure etc., sait avec quelle avidité ce bonheur idéal est recherché des peuples qui habitent ces contrées; et pour en juger, pour y croire, il suffit d'avaler quelques grammes d'un *extrait végétal*, connu en Égypte sous le nom de *hachich*.

A ce sujet, je demanderai la permission de rapporter sommairement le résultat des expériences que j'ai faites tout récemment sur moi-même. Ce résultat, comme on le verra plus tard, a des rapports étroits avec l'objet principal de ce mémoire, et me semble propre à jeter une vive lumière sur l'étiologie des troubles *nerveux-intellectuels*, et sur la nature du traitement qui leur convient le mieux.

1° Il ne se développe de symptômes physiques appréciables qu'autant que la dose du *hachich* a été très élevée. Une dose moderée modifie profondément les facultés morales, sans que l'éveil soit, pour ainsi dire, donné à la sensibilité organique. On dirait que l'agent modificateur, à la manière des affections morales, s'adresse directement et sans l'intermédiaire des organes aux facultés de l'intelligence. Ce fait est plein d'intérêt, à cause de l'analogie qu'il présente avec quelques cas de folie dans lesquels il est parfois impossible à l'observateur le plus pénétrant de découvrir aucun signe extérieur de l'altération des organes.

2° L'action du *hachich* s'exerce sur toutes les facultés à la fois. Elle se signale par un surcroît d'énergie intellectuelle, la vivacité des souvenirs, une conception plus rapide, etc. Insensiblement elle arrive à produire dans la volonté, dans les instincts un tel relâchement que nous devenons le jouet des impressions les plus diverses, de telle sorte qu'il dépendra entièrement des circonstances dans lesquelles nous nous trouvons placés, des objets qui frapperont nos yeux, des paroles qui arriveront à notre oreille, etc., de faire naître en nous les plus vifs sentimens de gaieté ou de tristesse. Les mangeurs de *hachich* (ainsi qu'on les appelle en Orient) n'ignorent pas ces particularités; aussi évitent-ils soigneusement tout ce qui pourrait tourner leur délire vers la mélancolie. C'est au fond de leur harem, entourés de leurs femmes, sous le charme de la musique et des danses lascives, exécutées par les *almées*, ou bien en compagnie d'amis intimes, qu'ils savourent l'enivrant *dawamesc*.

3° Au commencement de l'intoxication, tout en conservant la conscience la plus parfaite de soi-même, le pouvoir d'analyser jusqu'à ses moindres sensations, on se sent comme emporté dans une rêvasserie pleine de charme, et à laquelle on aime à s'abandonner. Une nouvelle existence vous pénètre, pour ainsi dire, vous enveloppe de toutes parts; les rêves, les fantômes de l'imagination vous arrachent à vous-même; vous sentez que vous passez du monde réel dans un monde fictif, imaginaire, et si j'osais m'exprimer ainsi, dans l'impuissance où je me trouve de rendre ma pensée, je dirais que l'on s'endort sans cesser d'être éveillé.

4° C'est à cette disposition d'esprit autant qu'à l'extrême rapidité avec laquelle se succèdent les idées, les sensations, les désirs, etc., que l'on doit attribuer, je crois, l'impossibilité où l'on est bientôt de mesurer le temps qui vous semble se traîner avec une lenteur désespérante. Il m'a semblé, une fois, mettre plus de 3 heures à traverser le passage de l'Opéra. En satisfaisant au besoin d'uriner, outre que la sensation qui en résulte m'affectait d'une manière infiniment plus agréable (je dirai presque voluptueuse) que dans l'état ordinaire, je croyais véritablement ne devoir jamais en finir, et, à la boute de mes connaissances médicales, je me serais persuadé volontiers que le corps tout entier pouvait se résoudre en urine.

5° A cette période de l'intoxication, alors qu'une effervescence incroyable s'empare de toutes les facultés morales, un phénomène psychique se manifeste, le plus curieux de tous peut-être, et que je désespère de caractériser convenablement; c'est un sentiment de bien-être physique et moral, de contentement intérieur, de joie intime, bien-être, contentement, joies indéfinissables, que vous cherchez vainement à comprendre, à analyser, dont vous ne pouvez saisir la cause. Vous vous sentez heureux, vous le dites, vous le proclamez avec exaltation, vous cherchez à l'exprimer par tous les moyens qui sont en votre pouvoir, vous le répétez à satiété; mais pour dire comment, en quoi vous êtes heureux, les mots vous manquent pour l'exprimer, pour vous en rendre compte à vous-même. Me trouvant un jour dans cette situation, et désespérant de pouvoir me faire comprendre par des mots, je poussais des cris ou plutôt de véritables hurlemens. Insensiblement, à ce bonheur si agité, nerveux, qui ébranle convulsivement toute votre sensibilité, succède un doux sentiment de lassitude physique et morale, une sorte d'apathie, d'insouciance, un calme complet, absolu, auquel votre esprit se laisse aller avec délices. Il semble que rien ne saurait porter atteinte à cette tranquillité d'âme, que vous êtes inaccessible à toute affection triste; je doute que la nouvelle la plus fâcheuse puisse vous tirer de cet état de béatitude imaginaire, dont il est vraiment impossible de se faire idée, si on ne l'a pas éprouvé.

6° La sensibilité générale, les sens de la vue, de l'ouïe, du toucher, etc., acquièrent une énergie inaccoutumée et qui peut devenir la source d'illusions et même d'hallucinations multipliées. La musique la plus grossière, les simples vibrations des cordes d'une harpe vous exaltent jusqu'au délire ou vous plongent dans une douce mélancolie. Mon ami, le docteur L. Auber, dans son ouvrage sur la peste, cite plusieurs cas d'hallucinations produites chez des pestiférés, par l'usage du hachich. Je lui ai entendu parler d'un officier de marine qui voyait au plafond de sa cabine des pantins que l'on mettait en mouvement au moyen d'une ficelle. Un autre individu était persuadé qu'il avait été transformé en un piston de machine à vapeur. Un jeune artiste sentait son corps d'une élasticité telle qu'il s'imaginait pouvoir entrer dans une bouteille et y tenir fort à l'aise. Moi-même ayant pris une dose très légère de *dawamesc*, je me sentis léger au point d'effleurer à peine le sol en marchant. Une autre fois, sous l'influence d'une dose beaucoup plus considérable, il me sembla que tout mon corps s'enflait comme un ballon, que je m'enlevais, que je m'épanouissais dans l'air. Je puis donner une idée assez exacte de cette hallucination en rappelant ces images, ces figures fantasmagoriques que l'on voit très petites d'abord grandir, grandir avec rapidité et puis s'évanouir brusquement. La plupart des objets qui s'offraient à mes regards étaient cause de quelqu'illusion, excitaient en moi des sentimens de joie ou de mélancolie, de terreur même. Un béret écossais qui surmontait un faisceau d'armes s'était transformé en une figure hideuse et souillée de sang. Une vieille domestique de 71 ans, malgré ses rides et ses cheveux blancs, me paraissait avoir toute la grâce, tous les attraits d'une jeune et belle personne. Je crus voir un réchaud plein de charbon ardens dans la main d'un de mes amis qui voulait me faire boire un verre de limonade. J'étais importuné par une autre illusion fort bizarre; je voyais sans cesse à mes côtés un petit homme rachitique ayant tout à fait la tournure d'un

---

De ce qui précède on peut conclure :

Premièrement, que pour ne point s'égarer dans les recherches si intéressantes de la dissémination des races et des produits de leur croisement sur la surface du globe, il faut combiner sans cesse l'étude des caractères physiques et moraux des peuples et des nations, en ayant egard au degré de perfectionnement des types qui se sont croisés.

Secondement, que les peuples portant sur leur physionomie les véritables élémens de leur propre histoire naturelle, ce sont ces élémens qu'il faut nous attacher à déchiffrer, en mettant à profit les progrès récens de la zoologie, ceux de l'anatomie et de la physiologie.

Nous fournirons ainsi des bases solides à la linguistique, qui promet à l'anthropologie des révélations si importantes.

Rien ne peut mieux servir ces vues et hâter les progrès de l'anthropologie, que le rassemblement des types des peuples et des races dans un même lieu et sur un même point. Un musée des races humaines et de leurs variétés, formé d'après les bases qui ont présidé aux collections du Muséum d'histoire naturelle, aurait pour l'étude physique et morale de l'homme un résultat d'autant plus grand, que le philosophe, l'historien et le physiologiste y trouveraient des élémens indispensables à leurs travaux.

L'idee de réunir ainsi les familles humaines s'est présentée plusieurs fois à l'esprit des anthropologistes; mais elle a toujours été abandonnée devant les difficultés insurmontables que presentait son exécution. Ce sont ces difficultes, vaincues en partie, c'est la possibilité d'arriver à la solution de ce problème, qui donnent un cachet particulier au voyage de l'*Astrolabe* et de la *Zélée*, et lui assignent un rang ineffaçable dans les annales des voyages.

L'essai d'un musée anthropologique ne pouvait être tenté sur un sujet plus intéressant que celui des peuples de l'Océanie. Là, en effet, les diverses races humaines sont en présence l'une de l'autre. Toutes sont probablement aborigènes, ou venues d'ailleurs. Chacune à son tour est venue prendre possession des archipels qui la composent. La nature de ces archipels, séparés les uns des autres par l'Océan, formait pour ainsi dire des corps d'état distincts, permettant aux possesseurs de jouir et de défendre leur indépendance, permettant aux facultés physiques et morales de chaque race de se déployer sans oppression.

Chaque race a donc pu montrer ce qu'elle sait et ce qu'elle peut lorsqu'elle est livrée à elle-même, abandonnée à ses propres moyens de conservation, de défense et d'organisation sociale.

En outre, la prise de possession des terres de l'Océanie n'a pas été faite au hasard : l'apparition successive des races a suivi cet ordre régulier, que l'on remarque toujours dans les petits comme dans les grands actes de la nature.

D'abord, c'est la race la plus inférieure qui se montre; sur celle-ci s'implante une race plus avancée, qui, à son tour, sert de greffe et cède la place à la race d'hommes qui domine toutes les autres par la superiorité de ses caractères physiques et moraux.

Ce fait de l'histoire générale des peuples et des nations étant encore en pleine activité dans l'Océanie donne un intérêt tout particulier à l'étude de ces peuples et des races qui les composent.

Une grande partie de cet intérêt rejaillit sur la collection de bustes moulés par

de ces nains hideux et à la figure joviale attachés au service des grands, dans le douzième siècle. La présence de ce vilain petit être m'irritait fort et je suppliai plusieurs fois que l'on écartât les objets qui entretenaient mon illusion. C'étaient un habit et un chapeau posés sur une table. Une hallucination de l'ouïe me jeta, pour quelques instans, dans un véritable état de panophobie. Je me sens tout à coup saisi d'une terreur que je ne puis m'expliquer et dont je cherche en vain à m'affranchir. Je demande instamment que l'on ferme une croisée de la chambre où je me trouvais ; non pas que j'éprouve le désir de me précipiter par cette croisée, mais je crains que la fantaisie ne m'en prenne. Je ne vois plus qu'avec effroi différentes armes antiques appendues à la muraille et auxquelles j'avais à peine pris garde jusqu'alors : je me demande si elles ne sont pas destinées à me faire du mal, à me tuer peut-être. La présence de quelques amis est loin de me tranquilliser. A l'exception d'un seul, je ressentais pour eux une vive défiance, je les détestais sans savoir pourquoi. Je trouvais moyen de jeter du ridicule sur tout ce qu'ils disaient ; en un mot toutes les mauvaises passions fermentaient dans mon âme. Le désordre des facultés avait acquis, comme on le voit, une assez grande intensité et néanmoins je n'avais pas perdu un seul instant la conscience de moi-même ; je gardai toujours le pouvoir d'apprécier, d'analyser la situation étrange dans laquelle je m'étais placé volontairement.

Voilà, quant aux effets immédiats et pour ainsi dire aigus de la substance toxique que nous avons désignée avec les Arabes sous le nom de *hachich*. Il en est d'autres, ou du moins je crois en avoir remarqué d'autres non moins curieux que les précédens et, de plus, d'un intérêt psychologique immense. Ces phénomènes, dont il s'agit, constituent un état pathologique des facultés mentales tout à fait à part ; une modification intellectuelle dont on n'a pu avoir idée jusqu'ici et qui paraît ne se développer que par l'usage du *hachich*. Je veux parler d'une *disposition* en quelque sorte chronique, permanente à avoir des hallucinations (sans que, du reste, l'intégrité des facultés mentales soit autrement lésée), lorsque l'esprit se trouvera placé dans certaines conditions psychiques, telles qu'une préoccupation forte, une foi vive, une croyance enthousiaste, etc., etc.

Quelqu'extraordinaire que paraisse le phénomène que je viens de signaler, on le comprend jusqu'à un certain point quand on réfléchit bien au genre d'influence exercée par le *hachich* sur les facultés morales ; quand on se rappelle que le trouble de ces facultés peut être porté à un haut degré sans que le *moi* soit détruit, sans que la conscience soit ébranlée, sans que l'on cesse de juger très bien sa position, tout aussi bien que s'il s'agissait de tout autre que de nous-mêmes. Les hallucinations, les illusions les plus variées se jouent devant nos yeux, notre bon sens ne s'en laisse point imposer et s'il ne peut les chasser il s'en amuse.

Les Arabes, ceux d'Egypte principalement, sont très superstitieux. Il en est bien peu, même parmi les plus instruits, qui ne croient pas à l'existence de certains êtres qu'ils appellent *ginn* ou *génies*.

Les génies ont été créés avant Adam. Ils forment une classe intermédiaire entre les anges et les hommes ; ils sont faits de substance ignée, peuvent à leur gré revêtir la forme d'hommes, d'animaux, de monstres, se rendre invisibles, etc. Ils mangent, ils boivent, se reproduisent à la manière des hommes ; ils sont sujets à la mort, bien qu'ils vivent ordinairement plusieurs siècles.

A l'époque où W. Lane visitait l'Egypte (1835), il y avait au Caire un scheick nommé *Kalil el Medabigie* uléma fort instruit et auteur d'ouvrages scientifiques recommandables qui se plaisait à raconter l'anecdocte suivante : « J'avais un chat noir auquel j'étais fort attaché et qui d'habitude reposait au pied de mon divan. Une fois, au beau milieu de la nuit, j'entends frapper à la porte de ma chambre ; mon chat accourt à la croisée, ouvre le volet et demande qui est là ? Une voix répond : je suis un tel, le *génie*, ouvre-moi la porte. — Je ne le puis, car le nom d'Allah a été prononcé sur la serrure. — Alors donne-moi quelques morceaux de pain. — Impossible ! le nom d'Allah a été également prononcé sur la corbeille où est le pain. — Mais au moins donne-moi un peu d'eau pour me désaltérer. Cette faveur lui étant encore refusée pour la même raison, le génie demanda ce qu'il devait faire pour ne pas mourir de faim et de soif. Le chat lui dit d'aller vers la maison voisine, promettant de lui en ouvrir la porte. Il disparut pour quelques instans et vint me retrouver ensuite. »

Les hallucinations de l'ouïe offriraient difficilement un caractère plus tranché. En voici un autre exemple que nous empruntons au même auteur. Les mauvais génies sont généralement connus sous le nom d'*effries*. Ce nom s'applique également aux âmes des défunts. « J'avais, dit sir William, à mon service un cuisinier d'une humeur fort gaie et adonné à l'usage du *hachich*. Un soir, je le trouvai sur l'escalier, l'air étonné et paraissant s'adresser à quelqu'un placé auprès de lui. Que faites-vous donc là ainsi accroupi, disait-il avec force démonstrations de politesse ? Faites-moi l'honneur de descendre dans ma cuisine, j'aurai grand plaisir de causer un peu avec vous. Ne recevant pas de réponse, il répéta plusieurs fois son invitation. Je lui demandai à qui il parlait ainsi. « C'est à l'effrie d'un soldat turc qui est là assis sur les escaliers, fumant sa pipe. Il est impossible de l'en faire bouger. Il est sorti du puits qui est dans la cour. Montez, je vous prie, et venez le voir. » L'ayant assuré que je ne voyais personne ; cela se peut, dit-il, c'est qu'alors votre conscience est pure. »

Presque tous les pélerins qui ont visité Médine affirment avoir vu une colonne de lumière qui s'élève de la tombe du prophète à une hauteur considérable. On l'aperçoit à plus de trois jours de marche. Elle disparaît quand on approche de la ville sainte.

Lorsque je voyageais en Égypte (1837), mon drogman, homme de beaucoup de sens, qui, par de longues relations avec les Européens (il avait été l'un des drogmans de Champollion), avait acquis des connaissances peu communes parmi les Arabes et même chez bon nombre d'Européens, le *reïs* ou capitaine de la barque sur laquelle je remontais le Nil, quelques matelots que je savais être des mangeurs de *hachich*, m'ont dit avoir en plusieurs fois la visite des *génies*.

Le reïs l'a vu deux fois sous la forme d'un mouton. Un soir, se rendant à sa demeure, il rencotra un mouton égaré et qui bêlait très fort. Il l'emmène avec lui, le tond pour en avoir la laine, qui était d'une longueur peu commune, puis se met en devoir de l'égorger afin de s'en nourrir lui et sa famille. Tout-à-coup le mouton se transforme en un homme noir de plus de vingt pieds de haut. Cet homme lui cria d'une voix de tonnerre : pourquoi m'as-tu pris la laine, ne vois-tu pas que je suis un *génie ?...* Puis il disparut.

L'un de mes matelots, nommé Mansour, homme d'une cinquantaine d'années, et qui en était à son quinzième ou vingtième voyage avec des Européens, me disait avoir vu le *génie* sous les traits d'une jeune fille. Il revenait un soir de faire des commissions pour ses maîtres. Il rencontra

---

M. Dumoutier, pendant le voyage de l'*Astrolabe* et de la *Zélée*. Car, d'après ce qui précède, on conçoit l'importance qui se rattache à la reproduction exacte des types des Océaniens.

Or, nul procédé ne pouvait le rendre avec autant d'exactitude que l'a fait celui mis en œuvre par cet officier de l'expédition ; il les fallait tels qu'il les a représentés et non autrement.

Quelle que soit en effet l'idée qui l'a dirigé en faisant raser la tête avant de la mouler, le résultat montre qu'il a eu une heureuse inspiration, rendue plus utile encore par le soin qu'il a mis à peindre les Océaniens de leurs couleurs naturelles, en conservant des échantillons de la chevelure propre à chacun d'eux.

Ainsi reproduits, ce sont en quelque sorte les Océaniens en personne. C'est le complément indispensable des descriptions déjà faites par les naturalistes qui ont accompagné, dans des voyages précédens, notre collègue M. le capitaine Freycinet, les capitaines Duperrey et Dumont-d'Urville. Quelque précise que soit la description des types de ces peuples faite par MM. Lesson, Garnot, Quoy et Gaymard, et par M. d'Urville lui-même, il manquait quelque chose à leurs tableaux. Ce quelque chose était l'individualité des peuples que nous reproduisent ces bustes.

La collection des Océaniens, rapportée par M. Dumoutier, fait ainsi entrer l'anthropologie dans une voie nouvelle de recherches, dont on peut d'avance prévoir les importans résultats, si nous ne laissons pas avorter cette première impulsion. Car, au lieu d'aller à la recherche des peuples, ce qui est impossible à un seul homme, ce seront les peuples qui, à certains égards, viendront eux-mêmes à la rencontre de l'observateur, du philosophe, de l'historien et du physiologiste. L'anthropologie deviendra, de cette manière, une science d'observation comme la zoologie.

Afin d'associer l'Académie au mouvement progressif, dont le gouvernement a pris l'initiative en convertissant au Muséum la chaire d'anatomie humaine en chaire d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme, mouvement qui doit produire, pour le genre humain et les diverses familles qui le composent, un résultat si heureusement obtenu en France pour les minéraux, les roches, les coquilles, les mollusques, les insectes, les crustacés, les reptiles, les poissons, les oiseaux et les mammifères, nous croyons utile d'entrer dans quelques détails au sujet de la collection rapportée par l'*Astrolabe* et la *Zélée*.

Le nombre des bustes, exécutés comme nous venons de le dire par M. Dumoutier, s'élève à cinquante-un, et ils ont été pris aux diverses stations de l'*Astrolabe* et de la *Zélée*.

Sur ce nombre, une partie appartient à la race cuivrée ; l'autre appartient à la race noire ou mélanésienne.

Les individus de la race *cuivrée* ont été moulés entre autres aux îles Gambier, aux îles des Navigateurs, aux îles Salomon, aux îles Carolines, aux Philippines et à la Nouvelle-Zélande.

Les *mélanésiens* ont été moulés aux îles Viti, au détroit de Torrès, à la terre de Van-Diemen, à l'île Bourbon, etc. Parmi ces derniers, les uns venaient de la côte de Mosambique, les autres étaient nés à Madagascar.

L'intérêt qui ressort des localités où ont été moulés les naturels de l'Océanie est accru encore par les crânes que dans beaucoup de cas l'expédition a pu se procurer.

sur les bords du Nil, près de *Ghysè*, une petite fille de huit ou dix ans qui pleurait. Elle disait avoir perdu son chemin. Mansour, touché de compassion, lui offre de la ramener à la ville pour y coucher; le lendemain matin il la reconduisit chez ses parens. Il la place en croupe sur son âne et prend le chemin du village. A l'entrée d'un bois de palmiers, il est surpris d'entendre pousser des soupirs derrière lui. La petite fille était descendue. Ses jambes avaient une longueur prodigieuse et ressemblaient à d'affreux serpens qui s'agitaient dans le sable. Ses bras étaient plus hauts que les palmiers, sa figure allongée et noire comme du charbon; sa bouche énorme, armée de dents de crocodile, vomissait des flammes jaunes et bleues..... Mansour, saisi de terreur, tombe la face contre terre, passe la nuit dans cette position. Le lendemain il se traîne à peine chez lui et fait une maladie qui dure près de deux mois.

Mon drogman, traversant un soir les amas de décombres qui entourent le Caire, aperçut un gros âne qui se tenait immobile, le cou penché en avant. Il s'en approche. L'âne prend aussitôt la fuite, gravit la montagne avec la rapidité d'un trait en s'écriant : tu veux me prendre et je suis le génie; puis il faisait de bruyans éclats de rire.

Le peuple d'Égypte croit que les tombeaux anciens, l'obscur sanctuaire des temples, sont habités par des *effries*.

La plupart des Arabes attribuent la construction des pyramides aux *génies*, persuadés que jamais les hommes n'auraient pu élever de pareils monumens.

En 1831, mon drogman conduisait deux voyageurs aux pyramides. La nuit les surprit, il fallut y coucher. Kalil (c'était le nom de mon drogman) coucha seul dans la chambre antérieure, à l'entrée du corridor souterrain. Vers le milieu de la nuit, n'étant pas encore endormi, il croit entendre quelque chose remuer à côté de lui, il étend la main et sent des membres vêlus semblables à des pattes de tigre ou de lion. De sourds mugissemens viennent accroître sa terreur. Persuadé qu'il est entouré d'*effries*, il se tient immobile, se permettant à peine de respirer, et attend ainsi l'arrivée du jour; il s'élance alors hors de la pyramide qui lui paraissait chanceler et près de s'écrouler. Il raconte ce qui lui est arrivé aux voyageurs. Ceux-ci s'efforcent de le rassurer, et, pour y parvenir plus sûrement, lui font avaler, d'un seul trait, un grand verre de cognac.

Kalil avait assisté aux funérailles de deux *santous*. Il avait vu et vu très clairement, et avec lui, ainsi qu'il le disait, les quelques mille individus présens à la cérémonie, la bière du défunt s'élever dans les airs et aller se poser sur le sommet du Mokatam, montagne voisine du Caire, dans le mausolée destiné à la recevoir.

Ces histoires merveilleuses et une foule d'autres semblables m'étaient racontées avec toute la bonne foi, tout le sérieux d'une intime conviction. En vain, par le raisonnement ou la plaisanterie j'essayais d'éclairer ceux qui me les rapportaient; personne ne m'écoutait.

Les individus dont je viens de parler, que je connaissais bien, puisqu'ils ont passé plus de trois mois à mon service, jouissaient certainement de toute leur raison. Cependant ils étaient complètement dupes d'illusions qui, pour naître dans leur cerveau modifié par l'influence du *hachich*, semblaient n'attendre qu'une occasion souvent fort insignifiante. Ce sont là, assurément, des anomalies fort remarquables. Il serait impossible de citer des exemples de modifications intellectuelles plus dégagées de la matière, qui semblent plus indépendantes de l'organisme, plus essentiellement *dynamiques*, en un mot. Et pourtant l'origine n'en est pas douteuse; elle est bien matérielle, elle est bien organique, elle est le résultat phénoménal d'une substance toxique sur le système nerveux. Que l'on cesse donc de croire à de prétendues maladies de l'âme, par cette raison que les lésions d'organes dont elles dépendent ne peuvent être vues. Une pareille raison heurte toutes les lois de l'induction et d'une saine physiologie.

Nous pensons avoir établi, d'une manière assez péremptoire, par des faits nombreux, évidens, que dans la folie en général les troubles de l'organisme étaient sensibles et faciles à constater dans l'immense majorité des cas, et que si par exception on ne pouvait pas en dire autant de quelques cas rares et isolés, on n'était pas moins forcé de les admettre et d'agir en conséquence en matière de traitement, à moins de répudier toute logique et tout sens commun.

Nous avons vu que le phénomène d'hallucination en particulier, dans sa manifestation, se rattachait à des conditions matérielles spontanées ou créées par des agens toxiques.

Quant à leur traitement, la ligne de conduite est toute tracée, et il résulte de ce qui précède que c'est aux moyens physiques, absolument comme dans la thérapeuthique ordinaire, que nous devons principalement recourir. Il n'est pas possible de sortir de là. Sans une modification réelle, profonde, qui porte sur l'organe lésé et non sur ses produits, modification directe et non de réaction fonctionnelle, il n'est pas possible de le replacer dans l'état normal dont il est sorti. Je ne connais point de guérison sérieuse et non simulée (car en médecine mentale les guérisons apparentes et feintes sont communes, et plus d'un s'y est laissé prendre). Je ne connais point de fait, dans la science, de fait bien authentique incontestable qui prouve le contraire.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I, LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les cahiers d'avril et mai 1841 contiennent : 1° *Recherches sur les globules transparens et sur les autres élémens du sang*; par M. W. Addison. 2° *Cas de ptosis et d'ectropion*; par M. Curling. (Un homme âgé de 64 ans, affecté de paralysie de la troisième paire, avait un double strabisme divergent avec chute de la paupière supérieure; l'auteur ne jugea pas à propos d'opérer le strabisme; mais, pour diminuer l'incommodité qui résultait du ptosis, il excisa un lambeau de peau au-dessus du sourcil. La paupière fut ainsi raccourcie, et le malade parvenait à la mouvoir à l'aide des contractions de l'occipito-frontal. Le cas d'ectropion n'offre rien de nouveau.) 3° *Sur les opérations sous-cutanées en chirurgie*; par M. Robert Hunter. 4° *Des insertions des muscles droits*; par M. Mackensie. 5° *Sur la vaccination*; par M. Taylor. 6° *Observations sur le traitement des anévrismes*. (L'auteur pense que la mort des sujets chez lesquels on a lié de grosses artères tient souvent à l'effet produit sur le cœur et le cerveau par la masse de sang qui est de-

---

Si l'on rapproche de ces localités les modifications que paraissent y avoir subies les types de la race cuivrée et mélanésienne, on en voit sortir de suite ces questions intéressantes dont se compose l'histoire naturelle des peuples.

On se demande d'abord d'où viennent les Océaniens? Sont-ils nés sur place, et leur variété tient-elle au perfectionnement progressif du type humain? ou bien viennent-ils d'ailleurs? La solution de l'une de ces questions n'est guère moins embarassante que l'autre.

S'ils étaient autochthones, la question du berceau des races humaines en recevrait un grand éclaircissement. Mais cette opinion, qui à la rigueur pourrait être soutenue pour le continent australasien, ne saurait l'être pour l'ensemble des îles que M. Dumont-d'Urville a désignées sous les noms de *Micronésie* et de *Polynésie*.

L'origine étrangère paraît donc plus vraisemblable, et c'est aussi l'idée à laquelle se sont arrêtés ceux qui ont visité ces peuples ou qui ont écrit sur leur histoire.

Dès lors il a fallu chercher à rattacher les peuples de l'Océanie aux familles humaines qui couvrent les autres parties du globe; et dès lors aussi s'est ouvert le champ des conjectures et des suppositions, d'autant plus difficiles à justifier ici, que les annales historiques, si fécondes pour les migrations des peuples qui habitent l'Europe, l'Asie, l'Afrique et même l'Amérique, sont presque nulles pour ceux qui occupent présentement l'Océanie.

Toutefois, la diversité des caractères physiques de ces peuples a pu servir de base à ces conjectures, et l'examen de la collection de l'*Astrolabe* et de la *Zélée* nous en fait concevoir l'origine.

Ainsi, au premier aperçu de cette collection, et quel que soit l'ordre dans lequel on la dispose, l'esprit est frappé des différences que présentent les individus qui la composent. Ces différences ne sont pas seulement des nuances dans la coloration de la peau, dans la disposition des cheveux, dans la forme du nez, des lèvres et des orbites; elles portent sur tout l'ensemble du crâne, de la face, du col et de la stature, autant qu'on peut la déterminer d'après l'aspect du buste.

On conçoit dès lors que des voyageurs qui ont vu çà et là des individus dans des localités diverses, avec des costumes variés, aient émis l'idée de la pluralité d'espèces d'hommes chez les peuples de l'Océanie. En zoologie, si un groupe d'animaux se présentait avec les mêmes conditions, ce ne sont pas des espèces que l'on se bornerait à établir, mais bien des genres, et peut-être même des familles.

Cependant, quand on compare ces individus les uns aux autres, quand on rapproche et que l'on analyse un à un chacun de ces caractères, on voit les analogies ressortir de ces différences; de sorte que tandis que nous sommes portés à diviser dans notre pensée, on trouve que la nature réunit dans son action.

La source de cette réunion paraît résider dans l'abaissement ou l'élévation du pédicule oculo-nasal de l'os coronal, qui, dans toutes les races, forme le caractère anthropologique le plus constant et le moins variable dans ses résultats.

On sait que, par la position qu'il occupe, ce pédicule forme d'une part la paroi interne et supérieure de l'orbite; et que, d'autre part, il sert d'arc-boutant aux os nasaux et à l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur.

venue trop à l'étroit dans l'arbre circulatoire ainsi diminué. Il cite plusieurs cas où des symptômes graves développés après l'opération ont cessé après une hémorragie. Nous croyons que c'est là une cause réelle d'accidens, mais que M. Taylor en a exagéré l'importance. Autant vaudrait, en effet, dire que le tourniquet momentanément appliqué sur une artère volumineuse peut déterminer la mort.) 7° *Deux cas propres à éclairer l'effet des contre-coups sur le cerveau*; par M. A. Shaw. (Exemples d'une altération cérébrale évidente existant du côté opposé à celui où les parois du crâne avaient subi une lésion.) 8° *Fonctions de l'iris*. 9° *Sur les sources du typhus ou des fièvres continues*; par M. J. Bell. 10° *Observations sur la structure du* gubernaculum testis, *et sur la descente du testicule chez le fœtus*; par M. Curling. (Le *gubernaculum testis* est entouré d'une couche musculaire dont les insertions se font par trois points distincts : au pubis, à l'arcade crurale et au fond du scrotum. A mesure que le testicule descend, ces fibres musculaires se retournent, prennent de nouveaux rapports, et constituent alors le crémaster, qui a pour fonctions d'entourer et d'élever le testicule.) 11° *Sur l'établissement d'un anus artificiel dans le cas de rétrécissement du rectum*; par M. Valshe. (Résumé des opérations de ce genre, auquel il conviendrait d'ajouter les trois cas dont M. Amussat a récemment communiqué l'histoire à l'Académie de médecine. V. GAZ. MÉD. du 10 septembre 1841, p. 588.) 12° *Sur la lésion de la veine fémorale dans les opérations pour l'anévrisme*; par M. Hadwen. (Lorsque la veine est accidentellement piquée par l'aiguille que l'on passe sous l'artère pour conduire autour d'elle la ligature, il faut porter le fil un pouce plus haut ou un pouce plus bas, suivant la situation de la crurale profonde, afin d'éviter à la plaie de la veine le contact du fil qui pourrait empêcher sa cicatrisation. Il vaudrait mieux encore, si l'on peut remettre la ligature de l'artère, la différer jusqu'à ce que la piqûre de la veine soit guérie.) 13° *Sur le ptosis*; par M. Hunt. (Rien de nouveau.) 14° *Des déformations de l'épine et de la poitrine causées chez les enfans par la tuméfaction de l'abdomen*; par M. Snow. (Chez les enfans au-dessous de 3 ans, dont l'abdomen est très volumineux, le thorax s'aplatit latéralement, sa circonférence inférieure augmente, l'épine subit une ou plusieurs déviations antéro-postérieures. L'auteur nous paraît avoir confondu ces difformités avec celles qui dépendent du rachitisme.) 15° *Cure du bégaiement*; par M. Braid. (Outre la section des amygdales et du frein qu'avait déjà conseillée l'auteur (V. GAZ. MÉD., 1841, n. 25, p. 394), il propose aujourd'hui l'excision de la luette.) 16° *Empoisonnement avec une poudre composée de sublimé corrosif, de sulfate de cuivre et de teinture de per-chlorure de fer*; par M. Alluatt. 17° *Perforation de l'estomac*; par M. Badham. 18° *Cas de hernie crurale chez un homme*; par M. Buchanan. (Fait tout à fait ordinaire.) 19° *Division du voile du palais*; par M. Adams. (Pour faire la suture, l'auteur propose un crochet-aiguille percé, près de sa pointe, d'un trou où l'on passe la ligature. On le fait pénétrer d'arrière en avant à travers le bord gauche de la division, et, dès que la pointe de l'instrument a dépassé la face antérieure du voile, on dégage le fil pour agir de même sur le bord droit. L'instrument de M. Foraytier qui, entre autres avantages, permet de percer le voile palatin d'avant en arrière, suivant le principe posé en premier lieu par M. A. Bérard, nous semble bien préférable.) 20° *Sur le ptosis*; par M. Holtouse. (Quand il dépend d'une paralysie de la troisième paire, il ne faut pas, dit l'auteur, chercher à y remédier; car la pupille est alors largement dilatée, et l'abaissement de la paupière inférieure est une circonstance heureuse qui préserve la rétine de l'impression de la lumière.) 21° *Sur les maladies de nature syphilitique des poumons*; par M. W. Munk. 22° *Quelques réflexions physiologiques sur la nature et le traitement de l'angine de poitrine et d'autres affections analogues*; par M. W. King. 23° *Nouvelle opération pour le traitement des difformités articulaires*; par M. J. Braid. 24° *Etablissement d'un anus artificiel chez les adultes pour remédier à la rétention des matières stercorales*; par M. Erichsen. (Résumé détaillé du mémoire de M. Amussat.) 25° *Cas d'opacité congénitale de la cornée*; par M. Christie. 26° *Observations et réflexions sur les pieds-bots*; par M. Weight. (Rien d'intéressant.) 27° *Sur l'application des attelles comme moyen de traitement dans la chorée*; par M. G. Southam. 28° *Observations suivies de réflexions*; par M. Durrant. 29° *Quelques remarques sur l'instinct*; par M. Hill Adams. 30° *Du bégaiement et des méthodes proposées pour sa guérison*; par M. Edwin Lee. (Premier article.) 31° *Tableau statistique des amputations faites à l'hôpital de Northern, à Liverpool, de 1834 à 1841*; par M. Edward Parker. 32° *Observations de côma et de psoriasis*; par M. Winn. 33° *Description d'un lit mécanique*; par M. Luke. 34° *Deux cas de ptosis opérés*; par M. Radclyffe Hall. (Il n'y avait pas de paralysie des autres muscles de l'œil; dans les deux cas, l'excision d'un lambeau elliptique de la paupière supérieure a amélioré l'état des malades.) 35° *Grossesse multiple, naissance de trois filles à la fois*; par M. Davies. 36° *Sur la mortalité des aliénés*; par M. W. Farr. 37° *Sur la dilatation des rétrécissemens de l'urètre au moyen d'injections d'air*; par M. J. Arnott. (Le tube membraneux qu'emploie l'auteur a beaucoup de rapports avec celui qu'avait déjà proposé M. Béniqué.) 38° *Sur la structure et les usages du muscle lingual; rapport de ce muscle avec ceux du pannicule charnu*; par M. J. Mercer. (La contraction de ce muscle a, suivant l'auteur, pour résultat, l'érection des papilles de la langue.) 39° *Cas de mort subite*; par M. Downes. 40° *Cas d'otite compliquée de maladie cérébrale*; par M. G. Fife. 41° *Naissance de trois enfans*; par M. Dodd. 42° *Cas d'ouverture congénitale du diaphragme*; par M. Morgan. 43° *Cas d'empoisonnement par l'opium, où l'électricité a été employée avec succès*; par M. Erichsen. 44° *Sur la ligature de la carotide primitive*; par M. J. Surrage. (Elle fut faite pour une tumeur de la joue, dont la description n'est point assez complète pour qu'on puisse en préciser la nature. L'opération réussit sans aucun accident.) 45° *Emploi de l'iode dans la phthisie pulmonaire*; par M. Leigh.

DE L'OCCLUSION IMPARFAITE DE L'ORIFICE AURICULO-VENTRICULAIRE DROIT DU CŒUR, CONSIDÉRÉE COMME CAUSE FRÉQUENTE D'HYDROPISIE; par le docteur BLATTISTON.

On rencontre si fréquemment des altérations de différentes parties du cœur chez les sujets qui meurent avec des infiltrations séreuses, qu'on attribue, et avec raison, ces dernières aux altérations du cœur, qui mettaient un obstacle à la libre circulation, et cependant, si nous en croyons l'auteur de cet article, les seules lésions du cœur qui pourraient déterminer ces accidens sont celles qui ne permettent pas à la valvule tricuspide de fermer exactement l'orifice auriculo-ventriculaire; car on trouve ton-

---

D'où il suit que de la disposition qu'il affecte résulte celle des yeux, du nez, des lèvres et des parties latérales de la face.

Or, personne n'ignore que de ces parties de la face et des dispositions que présentent les yeux, le nez et la bouche, se déduisent précisément les caractères les plus significatifs, non seulement des races humaines, mais ceux aussi de leurs principales variétés.

Dans les bustes de la collection par l'*Astrolabe* et la *Zélée*, on suit le redressement de ce pédicule et les évolutions qu'il produit dans les dispositions de la tête, depuis les nègres de la terre de Van-Diémen, jusqu'aux Hindous de l'intérieur et de la côte de Coromandel.

On les suit mieux encore sur les bustes de la race cuivrée, des naturels des îles Salomon, des îles Sandwich, des îles de la Nouvelle-Zélande, jusqu'à ceux des îles Gambier et de l'archipel des Navigateurs.

On arrive ainsi graduellement aux naturels des îles Mariannes, à ceux de l'île Hogoleu dans l'archipel des Carolines, jusqu'au buste qui reproduit un naturel de Manille, dans les îles Philippines, et dont le type est si parfait.

Ce qu'il y a de remarquable, et ce qui montre l'influence qu'exercerait un musée d'anthropologie sur les progrès de la science, c'est que dans ces degrés de perfectionnement de la race cuivrée, on retrouve facilement les caractères qui ont servi de base à la distinction des races *polynésienne* et *mycronésienne* de M. d'Urville, *carolinienne* et *océanienne* de M. Lesson, que M. Bory-Saint-Vincent comprend dans son espèce *neptunienne*.

Ces distinctions, si difficiles à saisir dans les descriptions, ressortent avec évidence de l'examen des bustes.

Les hybrides nègro-malais, moulés aux îles Viti, servent d'intermédiaire à la race noire et cuivrée.

Ces hybrides des îles Viti offrent en outre un autre intérêt.

On sait qu'à l'exemple de M. Forster et de M. de Chamisso, notre savant navigateur, M. le contre-amiral Dumont d'Urville, ne voit que deux races distinctes dans les peuples de l'Océanie, la race *mélanésienne*, qui n'est qu'une branche de la race *éthiopique* d'Afrique, et la race *polynésienne* basanée ou cuivrée, qui elle-même n'est qu'un rameau de la race *jaune* originaire d'Asie.

Dans cette opinion, la race malaise se trouve effacée du nombre des races primitives.

Or, si la race malaise est secondaire, on conçoit, d'après ce qui a été dit, que la loi du croisement des races humaines devra subir à son égard une modification importante.

Car dans le mélange du malais et du nègre, le malais étant supérieur, le métis devrait reproduire en plus ses propres caractères, si la race était primitive; tandis au contraire que si elle n'est que secondaire, son mélange avec une race pure devra la ramener vers cette dernière. Or, c'est ce qui est, et ce que montrent les métis nègro-malais moulés aux îles Viti, sur lesquels prédominent les caractères de la race noire.

Si ce fait se confirme, on sent toute sa valeur, d'une part pour la question malaisienne, si embarrassante en anthropologie; et de l'autre, pour la transmission des caractères humains, dans le mélange des races et de leurs rameaux.

L'histoire du rameau araméen, si errant dans ses croisemens, en recevra surtout de notables éclaircissemens.

tes les autres altérations chez des sujets qui n'ont pas offert la moindre trace d'hydropisie. Il cite à cet égard trois observations de MM. Bouillaud, Andral et Hope, où, dans l'une, l'orifice mitral, dans les deux autres l'orifice aortique, étaient réduits à un diamètre presque imperceptible, sans qu'il y eût eu, dans les derniers temps de l'existence, des symptômes d'hydropisie. Si l'hydropisie ne dépend pas du degré de l'obstacle qu'éprouve la circulation, elle doit être l'effet de quelque autre circonstance qui se lie d'une manière plus directe à sa production. Hope, qui avait fait cette réflexion, avait dit que tant que le cœur ne présentait pas un commencement de dilatation, d'hypertrophie ou de ramollissement, la circulation n'était pas assez gênée pour qu'il dût en résulter des infiltrations séreuses. Hope avait raison, et l'hydropisie est une complication fréquente dans ces trois affections lorsqu'elles sont très prononcées. Et pourtant, comme on observe encore un bon nombre de cas où ces lésions sont arrivées à un degré très avancé, et où il n'y a pas eu d'infiltration séreuse, il faut encore chercher une autre cause. Si la dilatation du ventricule droit amène presque nécessairement l'élargissement de l'orifice de ce ventricule, les valvules ne pourront plus le fermer exactement, à moins donc qu'elles n'augmentent dans la même proportion, ce qui arrive bien quelquefois, mais non dans tous les cas, comme le supposait le docteur Hope. Or, si ces valvules, qui déjà, à l'état normal, comme il a été démontré par Hunter, le docteur Adam et M. King, ne ferment pas complètement l'orifice lorsque cet orifice est dilaté, permettent le retour d'une grande quantité de sang pendant la systole du ventricule droit dilaté, il en résultera un obstacle plus ou moins considérable à la circulation veineuse. Le même obstacle peut être produit par toute autre cause qui empêchera les valvules tricuspides de clore exactement l'orifice, qu'il soit dilaté ou non. Deux de ces causes ont déjà été signalées : ce sont le raccourcissement ou l'épaississement des cordons tendineux et l'adhérence partielle ou complète des valvules aux parois du ventricule.

Les cas que rapporte l'auteur viennent à l'appui de cette explication, et, voulant s'assurer si ceux recueillis par d'autres observateurs fourniraient les mêmes renseignemens, il a analysé les 34 cas de maladies du cœur avec hydropisie rapportés dans l'ouvrage de M. Bouillaud, le seul des écrivains sur les maladies du cœur qui ait mesuré avec soin les orifices de cet organe. Voici les résultats de cette analyse :

Orifice auriculo-ventriculaire droit dilaté, avec occlusion incomplète et les valvules quelquefois adhérentes	16 cas.
Valvule tricuspide altérée de manière à ce qu'elle ne pouvait plus fonctionner normalement	4
Raccourcissement de leurs cordes tendineuses produisant le même effet	2
Hypertrophie concentrique du ventricule droit, avec diminution notable de sa cavité	2
Dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, et élargissement des valvules qui leur permet de le fermer	1
Orifice auriculo-ventriculaire droit, et valvule tricuspide à l'état normal	2
Dilatation de l'oreillette et du ventricule droit, mais sans mention de l'orifice	7
	34 cas.

Sur les 34 cas de maladies du cœur avec hydropisie rapportés dans l'ouvrage de M. Bouillaud, il n'y en a donc eu que trois dans lesquels la valvule tricuspide fermât exactement l'orifice du ventricule droit, et pourtant cette coïncidence remarquable lui a échappé; car, dans tout le cours de son ouvrage, il insiste sur l'influence fâcheuse que produisent les rétrécissemens des orifices du cœur sur les troubles de la circulation et les infiltrations séreuses.

Ne pouvant citer les treize observations que l'auteur apporte à l'appui de son opinion, et qui lui sont particulières, nous nous bornerons à en analyser quelques-unes.

Obs. I. — Une femme mariée, âgée de 29 ans, a joui d'une mauvaise santé depuis une attaque de rhumatisme qu'elle eut dans son enfance. Pendant quatre mois, elle souffrit de dyspnée, avec toux et expectoration d'un mucus clair et quelquefois mêlé de sang. Au bout d'un mois, les jambes enflent, et on commença à entendre un léger bruit de souffle dans la région du cœur avec le premier bruit du cœur, lorsqu'elle était excitée ou mise en mouvement, son urine était incoagulable par la chaleur; les veines du cou, d'abord très grosses, offrirent ensuite des battemens très violens; l'ascite apparut, et elle mourut après trois mois de soins.

Autopsie. — Epanchement considérable dans les deux côtés du thorax et dans l'abdomen. Le poumon offrit quelques noyaux d'apoplexie pulmonaire. Le cœur, fortement hypertrophié et dilaté, a bien deux fois le volume du poing. Deux portions de la valvule tricuspide étaient gênées dans leur action l'une étant partiellement et l'autre entièrement adhérente au ventricule droit. L'orifice du ventricule est considérablement dilaté, ayant 5 pouces et demi de circonférence. Un énorme caillot transparent, de la consistance de la gelée, le remplit, s'étendant à la fois dans l'oreillette et dans le ventricule. Tous les autres organes sont à l'état normal.

La seconde observation ne diffère de celle-ci qu'en ce que les veines du cou n'ont point offert de pulsations, mais seulement une fluctuation obscure; le ventricule n'était pas hypertrophié.

Obs. III. — Marie, âgée de 60 ans, a eu, il y a quelques années, une attaque de rhumatisme, et a depuis conservé un peu de toux et une expectoration abondante et limpide. Pendant les derniers sept mois, il s'y joignit de la dyspnée et des palpitations; les veines du cou, très developpées, formaient d'énormes nœuds et n'offraient que d'obscurs battemens. La région du cœur offrait de la matité dans une grande étendue et un bruit de soufflet très prononcé. L'urine ne coagulant pas par la chaleur, il y avait de l'infiltration dans les cuisses et de l'œdème aux chevilles, lorsqu'elle fut enlevée en douze heures par une attaque d'apoplexie.

Autopsie. — Un gros caillot a déchiré l'intérieur de chacun des deux ventricules. Le cœur est énormément dilaté; ses parois, de l'épaisseur ordinaire, sont molles, flasques; leur tissu jaunâtre craque sous les doigts comme le ferait un morceau de poumon. Les valvules n'offrent aucune altération, mais l'orifice auriculo-ventriculaire droit a près de 6 pouces de circonférence, et ne pouvait être clos par la valvule. Les autres organes sont à l'état normal.

Les autres observations ne diffèrent pas assez notablement de celles que nous venons de rapporter pour que nous croyions en devoir reproduire davantage.

SUR LES OPÉRATIONS SOUS-CUTANÉES EN CHIRURGIE; par M. ROBERT HUNTER.

Comme toute invention basée sur les calculs de la théorie, la méthode

---

Nous ne saurions trop faire ressortir à ce sujet l'importance du procédé mis en œuvre par M. Dumoutier, pour reproduire les types des peuples de l'Océanie.

En effet, le moulage, tel qu'il l'a opéré, saisit la physionomie au repos. Ces figures, quoique toutes obtenues par empreinte, en sortent toutes avec des caractères d'expression qui leur sont propres, sans déguisement et sans art, telles enfin que les réclament les besoins de l'anthropologie. Leur comparaison avec les deux bustes artistiques, acquis par M. Dumoutier, pendant le voyage, en fait ressortir tous les avantages, et montre que dans les sciences, les idées les plus simples sont presque toujours les plus fécondes.

Tous ces modèles des peuples de l'Océanie sont d'un grand prix pour la science; mais un intérêt tout particulier se rattache aux aborigènes de la terre de Van-Diemen.

Selon *Return's*, ou statistique d'Hobart-Town, il n'existe aujourd'hui dans cette ville qu'un naturel du pays, cinq enfans de race pure, et quelques metis à New-Town. Quarante individus environ déportés sur l'île Furnaux (détroit de Bass) sont les seuls débris de l'ancienne population de Van-Diemen. Depuis qu'on a voulu les astreindre aux usages européens, on remarque chez ces indigènes un dépérissement rapide, à tel point qu'on n'a constaté qu'un seul cas de naissance durant le cours de l'année 1839. Encore quelques années, et la race de Van-Diemen, qui forme les *tasmaniens* de M. Lesson, les *mélanésiens* de M. d'Urville, et les *mélaniens* de M. Bory-Saint-Vincent, n'existera plus que dans les musées. Les types rapportés de cette terre désolée sont donc une précieuse acquisition.

Plus on étudie la collection faite par M. Dumoutier, plus on apprécie la profondeur des vues émises par M. Dumont-d'Urville sur les peuples de l'Océanie. Pour nous, l'hypothèse que la race noire a donné à ces îles leurs habitans primitifs nous parait réunir en sa faveur tous les degrés possibles de probabilités dans cet ordre de questions.

A la vérité, on peut dire que la difficulté n'est que reculée, puisqu'il reste à établir d'où proviennent eux-mêmes ces premiers habitans.

Au fond, néanmoins, cette dernière question n'est que secondaire. La question principale consiste à déterminer d'abord quelle est la souche mère sur laquelle sont venus se greffer par la marche du temps et des événemens les Hindous, les Moogols, les Chinois et les Arabes.

Or, nous le répétons, cette souche nous parait la race noire, ainsi que l'a établi M. Dumont-d'Urville.

Et nous répétons encore que, d'après les lois physiologiques du croisement des races, les peuples de l'Océanie portent l'empreinte de ces mélanges et de ces combinaisons.

Resterait à rechercher maintenant l'influence que le climat, la religion et l'action des gouvernemens, ont pu exercer sur l'état de ces peuples. Resterait à savoir comment se sont disséminés sur ces différentes îles, et la souche-mère des nations de l'Océanie, et les rameaux de la race cuivrée, sortis des croisemens qui ont pu s'opérer. Resterait surtout à discuter la valeur des filiations si diverses dans leurs principes, et par conséquent dans leurs résultats, de MM. Bory-Saint-Vincent, Lesson et d'Urville.

Mais outre que ce n'est pas ici le lieu de le faire, on conçoit que nous serions

sous-cutanée a son principe et ses applications. Si le principe est irrévocablement posé, appuyé sur des milliers d'observations, admis de tous les hommes de sens et rejeté seulement par ces esprits rétrogrades qui, sur les frontières de la science, semblent exercer, au profit de l'erreur, une douane sévère contre toute importation d'idées, il n'en est pas de même des applications. Le champ de celles-ci est immense et encore indéfini, car il n'a d'autre limite que les *desiderata* de la science et les ressources de l'esprit humain. M. Hunter a surtout dirigé son attention sur les services que cette méthode de récente création lui paraît destinée à rendre dans diverses maladies. Les déductions que lui ont suggérées ses réflexions montrent qu'il a parfaitement compris le but et les moyens de la méthode générale; mais les procédés qu'il conseille ne peuvent passer pour des découvertes, puisqu'il a été devancé dans leur application et même dans leur conception première, soit par M. J. Guérin lui-même, soit par les chirurgiens qui se sont occupés à féconder ses idées. C'est ainsi que la ponction des abcès froids ou des épanchemens articulaires, faite d'abord par M. J. Guérin, a été dernièrement répétée avec succès à l'Hôtel-Dieu par M. Maisonneuve. C'est ainsi que nous avons vu la section des nerfs sous la peau faite à Lyon, par M. Bonnet, dans un cas de névralgie faciale. Il est cependant une proposition de M. Hunter qui a été formulée par lui d'une manière précise, et qui mérite peut-être de prendre rang parmi les applications fructueuses de cette méthode. Pour guérir les érysipèles et diverses éruptions cutanées, il se demande si l'on ne pourrait pas scarifier la surface interne de la peau avec un bistouri obliquement introduit par une petite ouverture.

S'il n'y a rien de tout-à-fait nouveau dans la partie de ce travail que l'auteur présente comme la plus originale, nous trouvons en revanche de précieux documens dans les pages qu'il consacre à la description d'opérations déjà réalisées. Tandis qu'une discussion animée se prolonge en France sur l'efficacité de la myotomie sous-cutanée dans les déviations de l'épine, on n'apprendra pas sans intérêt que cette section a été pratiquée en Angleterre avec les plus heureux résultats. Pour son propre compte, le 6 mars 1841, M. R. Hunter l'avait déjà faite 25 fois. Les sujets qu'il y a soumis offraient tous un degré considérable de déviation latérale avec gibbosité; les uns étaient considérés *comme des cas désespérés*, les autres avaient été assujétis *pendant quelques années* à un autre traitement, sans le moindre bénéfice. L'opération, suivant lui, agit en détruisant l'influence que les muscles exercent sur la persistance de la courbure. Dans quelques cas, la section des muscles a été *instantanément suivie* d'une amélioration manifeste dans l'état et dans l'aspect du dos; chez d'autres sujets ce changement n'a pas été sensible immédiatement.

FONCTIONS DE L'IRIS.

L'auteur de cet article admet dans l'iris deux fonctions distinctes; celles de faire varier les conditions physiques de l'œil, suivant que la vue s'exerce à diverses distances, et celle de prévenir la rétine contre l'abord d'une trop grande quantité de rayons lumineux. Ces deux fonctions résultent, suivant lui, de deux ordres de mouvemens qui méritent d'être séparés, et qui le sont en effet, autant sous le rapport de l'influence qui les commande que sous celui des résultats qu'ils produisent. Pour bien comprendre cette théorie, supposons que l'iris jouit de la propriété de prendre alternativement, dans sa grande et dans sa petite circonférence, un point d'appui fixe pour ses contractions. Lorsqu'on veut éviter l'accès de la lumière, c'est le bord pupillaire qui se contracte seul, l'autre restant immobile. Si, au contraire, ce mouvement de l'iris a pour but le changement de convexité de la cornée qui permet la vision à diverses distances, la circonférence interne est fixe, et, devenant à son tour une sorte de point d'appui, c'est le cercle externe de cette membrane qui se contracte, et attire plus ou moins en dedans la cornée transparente de manière à en modifier la courbure, suivant que l'objet à reconnaître est éloigné ou proche. Ajoutons que le premier mouvement est, pour notre auteur, un mouvement vital ou d'*action réfléchie*, tandis que le second lui semble *animal*, et soumis à l'empire de la volonté.

Ce n'est pas la première fois qu'on a signalé l'influence que la contraction de l'iris exercerait sur la convexité de la cornée. Nous trouvons déjà cette idée émise par M. Jean Mile dans le JOURNAL DE PHYSIOLOGIE de M. Magendie (V. an 1826, t. VI, p. 223). Mais elle était jusqu'ici restée au nombre des hypothèses, et le mémoire que nous analysons ne semble pas fait pour lui donner un rang plus élevé. Nous ne ferons pas remarquer combien il répugne d'accorder à l'iris assez de puissance pour changer la courbure d'une membrane aussi résistante que la cornée. Nous ne rappellerons pas que d'autres théories donnent une explication tout aussi complète et plus rationnelle de l'accommodation de l'œil pour la vue à diverses distances. Il est une objection plus sérieuse à cette doctrine. Le bord pupillaire servant, suivant elle, de point d'appui aux contractions de l'iris, par lesquelles la cornée est tirée en dedans, ces contractions ne peuvent avoir lieu qu'autant que le bord pupillaire est lui-même immobile; car, pour qu'un muscle fasse mouvoir l'une de ses extrémités, il est indispensable que l'autre devienne momentanément fixe. Et cependant *nous conservons la faculté de voir à diverses distances, soit qu'une vive lumière éclaire les corps, soit qu'un demi jour les entoure* (1).

Comment concilier les changemens de largeur de la pupille qui accompagnent ces variations de lumière avec la fixité que la théorie de l'auteur anglais exigerait comme condition indispensable pour permettre la vue à toute distance? Il faut donc supposer de deux choses l'une : ou cette théorie est fausse, ou le phénomène que nous indiquons n'existe pas, c'est-à-dire la faculté de voir à toute distance n'est pas indépendante de la quantité de lumière qui frappe les objets qu'on regarde. Or, nous ne pensons pas qu'on puisse douter de ce phénomène, quand, pour en constater la réalité, il suffit de la plus simple des expériences, il suffit, à proprement parler, d'un seul coup-d'œil.

II. EDINBURG MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai, juin et juillet 1841, contiennent les articles originaux suivans : 1° *Observations chirurgicales*; par M. Syme, (Rien de saillant.) 2° *Sur la laryngite striduleuse*. 3° *Observations de médecine légale*; par M. John Reid. 4° *Cas de squirrhe de l'estomac, probablement congénital, suivi de remarques*;

(1) Pourvu, bien entendu, que le corps soit suffisamment éclairé pour être visible. Muller rappelle avec raison que cette considération, frappe de nullité la théorie où l'accommodation de l'œil est expliquée par le jeu de la pupille.

---

détournés de notre but si nous cherchions à apprécier comme il conviendrait de le tenter les données géographiques, historiques et linguistiques favorables ou contraires à ces filiations.

Toutefois c'est un phénomène bien intéressant à approfondir que celui de la substitution d'une race à une autre, d'une nation à une autre nation.

L'étude de la manière dont elle s'est opérée chez les peuples de l'Océanie serait pour l'humanité un renseignement d'autant plus utile, qu'elle semble s'être opérée autant par l'influence des moyens naturels que par ceux de la force et de l'art.

Ainsi, en suivant l'invasion hindoue, on la voit s'exercer simultanément sur la langue, les mœurs et la religion. Les dieux du fétichisme des habitans primitifs s'enfuient quand la fusion est opérée, et alors les poètes qui, dans toutes les races, sont les premiers historiens, chantent la victoire des uns et la défaite des autres. Lors de l'invasion arabe, le même phénomène se reproduit et se répète avec des circonstances à peu près analogues; et dans les deux cas, c'est toujours une race plus avancée qui prend la place d'une race qui l'est moins.

Mais cette fusion s'opère ici d'une manière graduelle et successive. Ce sont les Hindous qui agissent d'abord sur les Mélanésiens et préparent, pour ainsi dire, ces peuples à recevoir les Arabes, comme à leur tour les Arabes les ont préparés à la civilisation européenne, si supérieure à la leur.

Cette marche concomitante des caractères physiques et moraux des peuples de l'Océanie est d'autant plus intéressante pour la philosophie, qu'elle semble dégagée, en partie, des causes qui la masquent chez les peuples de la race caucasique; quoique chez cette race, et particulièrement dans les rameaux pélasgique et celtique dont nous faisons partie, le mouvement intellectuel paraisse soumis depuis trois milleans à la même loi physiologique.

Encore une observation, avant de terminer, sur les bustes rapportés par M. Dumoutier.

Parmi ces bustes il en est un qui s'écarte visiblement du type normal de la race cuivrée. Chez cet Océanien, moulé à Samarang (île de Java), le crâne est boursoufflé comme dans l'hydrocéphalie, maladie assez commune dans la race caucasique. Ce boursoufflement, qui constitue une anomalie, n'a fait au reste qu'exagérer la disposition globuleuse de la tête qui, comme on le sait, est un des caractères de la race mongole.

Nous quittons la collection si originale et si intéressante des bustes, pour dire un mot des crânes recueillis pendant le voyage de *l'Astrolabe* et de *la Zélée*. Ces crânes, pour la plupart très complets, et au nombre cinquante et un, ont un intérêt d'autant plus grand, qu'ils proviennent en partie des races que les bustes représentent; de sorte que l'on peut suivre, d'après une double comparaison, la série graduelle des perfectionnemens, tant sur la race noire que sur la race cuivrée.

M. Dumoutier eût bien désiré rapporter des squelettes entiers; mais quand il s'agit d'anthropologie, on conçoit l'impossibilité d'arriver à ce résultat par un seul voyage; aux difficultés matérielles que rencontre le voyageur se joint le respect qu'inspirent partout les dépouilles mortelles des hommes. Ce sentiment ne se dresse devant les besoins de la science en tous lieux et chez tous les peuples, civilisés ou non. On doit donc savoir beaucoup de gré à ceux qui, au milieu de ces obstacles, parviennent à en recueillir quelques matériaux.

par M. Th. Williamson. 5° *Luxation du bras, survenue pendant un accès d'épilepsie*; par M. Browne. 6° *Sur la préparation du proto-iodure de fer*; par MM. T... et Smith. 7° *Sur la cause du mouvement ciliaire*; par M. Forbes. 8° *Sur la variété des symptômes qui accompagnent l'empoisonnement par l'opium*; par M. Skac. 9° *Sur l'emploi de la saignée dans la manie*; par M. Browne. 10° *Cas remarquable d'anévrisme de l'aorte*; par M. Ure. (Le sac s'ouvrit dans l'œsophage, et des hémorragies répétées finirent par amener la mort du malade.) 11° *Tumeur fibreuse entourant le nerf sciatique*; par M. Duncan. (Elle pesait 750 grammes et entourait de toutes parts le nerf au névrilemme duquel elle adhérait intimement. On parvint toutefois à l'extirper en laissant le nerf intact.) 12° *Sur l'emploi de l'opium pour arrêter les phlegmasies internes aiguës*; par M. Christison. 13° *Cas de division du tendon d'Achille, avec remarques*; par M. Miller. (Rien de nouveau.) 14° *Sur les sources de l'hémorragie après la lithotomie*; par M. Spence. 15° *Remarques sur l'opération du strabisme et l'action des muscles obliques*; par M. Lietch. (Rien d'intéressant.) 16° *Observations sur l'effet de la contraction des cicatrices et des fausses membranes*; par M. Rose Cormack. 17° *Recherches pathologiques sur la mort subite*; par M. Vose. 18° *Nouvelle opération pour l'extraction des corps étrangers des articulations*; par M. Syme. 19° *Cas de diabète, suivi de réflexions*; par M. Christison. 20° *Sur l'oblitération du cæcum à la suite d'ulcères et d'abcès*; par M. Goodsir. 21° *Cas d'hydrocéphale chronique, traité par la ponction.* 22° *Observations de chirurgie*; par M. Graham. 23° *Cas traités à l'hôpital de Gray*; par M. John Paul. (Trois observations peu intéressantes.) 24 *Fracture compliquée du crâne, avec perte de substance du cerveau*; par M. Douglas. (Le sujet guérit.) 25° *Tumeur enkystée dans l'intérieur du globe de l'œil*; par M. Turner. 26° *Statistique du dispensaire de la nouvelle ville à Edimbourg*; par MM. Omond et Maclagan. 27° *Sur le rapport qui existe entre la contractilité musculaire et le système nerveux*; par M. John Reid. (Les muscles des membres paralysés diminuent de volume. Pour savoir si cette atrophie dépend du défaut d'exercice ou de la cessation de l'influence nerveuse, M. Reid, après avoir coupé les deux nerfs sciatiques à des grenouilles, a fait contracter les muscles d'un membre au moyen du galvanisme, tandis que le membre du côté opposé était laissé en repos; ces contractions artificielles étaient répétées tous les jours. Au bout de deux mois, les muscles du membre qui avait été exercé avaient gardé leur volume primitif, tandis que, de l'autre côté, ils étaient réduits de moitié.) 28° *Abcès de la fosse iliaque*; par M. Charlton. (Rien de nouveau.) 29° *Hémorragie à la suite des opérations*; par M. F. Thomson. (Le treizième jour d'une amputation de cuisse faite à un homme de 46 ans, de bonne constitution, une hémorragie eut lieu par le moignon; on lia la fémorale à un peu moins d'un pouce au-dessous de l'arcade crurale. Le lendemain, retour de l'hémorragie; nouvelle ligature au niveau de l'arcade crurale. Le dix-huitième jour, l'hémorragie reparut encore par la plaie de l'aine et força de lier l'iliaque externe, ce qui mit un terme définitif aux accidens. Cette dernière opération montra que l'incision des deux premières ligatures tenait à une altération du vaisseau causée par la compression qu'exerçait sur lui une tumeur graisseuse située dans son voisinage.) 30° *Abcès chronique de l'hypogastre ayant déterminé une péritonite mortelle*; par M. J. Miller. 31° *Note sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'opium*; par M. W. Henderson. 32° *Sur la dernière épidémie de scarlatine à Liverpool*; par M. Vose. 33° *Description d'une anomalie importante présentée par un enfant né au huitième mois*; par M. Mackay. (L'enfant vécut neuf jours. Au-dessous de l'ombilic existait une ouverture par où passaient l'urine et les matières fécales. A la place de l'anus, une poche faisait saillie d'un pouce environ, et l'on constata après la mort qu'elle était formée par un prolongement du canal rachidien et tapissée intérieurement par sa séreuse. Comme le dit l'auteur, s'il n'y avait pas eu d'ouverture à l'ombilic pour la sortie des fèces, on aurait fort bien pu prendre cette poche pour le rectum imperforé, et être conduit à ouvrir la cavité rachidienne pour donner issue aux matières.) 34° *Amaurose temporaire à la suite de l'extraction d'une dent*; par M. J. Hunter. 35° *Cas de vomissement d'urine*; par M. Henderson. 36° *Deux observations de morve chez l'homme*; par M. Tytler et par M. Graham. 37° *Polypes utérins traités avec succès.* (La teinture de seigle ergoté administrée à doses répétées détermina des contractions utérines qui firent descendre le polype jusqu'à l'entrée du vagin où on put le saisir avec la main.) 38° *Cas remarquable de côma, suivi de paralysie*; par M. Crossfield. 39° *Sur la dysenterie des tropiques*; par M. Robert Lewins. 40° *Sur l'emploi de l'huile de croton dans les maladies nerveuses*; par M. J. Cochrane. 41° *Sur la gangrène sénile*; par M. J. Grigor. (Gangrène du pied; ossification et oblitération, constatée à l'autopsie, de l'artère fémorale.) 42° *Observations sur la chorée*; par M. Wardleworth. 43° *Cas d'hémorragie ayant présenté certaines particularités*; par M. Williamson. 44° *Rétablissement des mouvemens du bras après la résection du coude.* (Les os réséqués furent l'olécrane, avec une partie du cubitus et une partie du condyle externe de l'humérus; les mouvemens ont repris toute leur liberté, et ils ont maintenant tant de force, qu'on ne pourrait distinguer en le voyant se servir de ses deux bras, lequel a subi l'opération.) 45° *Sur la hernie de l'utérus*; par M. Rose Cormack. (Observation très intéressante de hernie de l'utérus, que la GAZETTE MÉDICALE a déjà rapportée avec détails. Voy. GAZ. MÉD., 1840, n. 45, p. 715.)

RECHERCHES DE MÉDECINE LÉGALE; OBSERVATION OU UNE QUANTITÉ DE SANG CONSIDÉRABLE FUT TROUVÉE DANS LE TISSU CELLULAIRE, SANS AUCUNE LÉSION EXTÉRIEURE; par le docteur J. REID, professeur de physiologie.

Huit observations, présentant des exemples d'épanchemens considérables de sang dans les différens tissus, sont rapportées dans cette communication, et offrent toutes un certain intérêt, qui est inséparable de détails, que nous ne pouvons reproduire. Quelques-uns de ces faits auraient surtout de l'importance pour l'étude des différentes modifications que présente le sang, suivant les tissus dans lesquels il est épanché et le temps qui s'est écoulé depuis que l'épanchement s'est opéré, sujet d'un haut intérêt sous le point de vue de la physiologie et de la médecine légale, et qui n'a point encore été traité.

DES VARIÉTÉS OBSERVÉES DANS LES SYMPTÔMES DE L'EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM; par le docteur DAVID SKAC.

Les symptômes produits par une dose vénéneuse d'opium offrent, dans

---

Par leur nombre et leur conservation, les crânes rapportés par *l'Astrolabe* et la *Zélée* paraissent d'un intérêt d'autant plus grand, qu'ils ont été recueillis afin de constater par l'observation les rapports qui peuvent exister entre la forme de la tête et les facultés intellectuelles et morales des peuples de l'Océanie. Ce sujet intéressant, qui faisait partie des instructions reçues par l'expédition, paraît avoir occupé M. Dumoutier d'une manière toute particulière; car, indépendamment des mesures de la tête prises chez un grand nombre d'individus à des degrés divers de civilisation, indépendamment des tableaux synoptiques qu'il a dressés, et qui présentent la configuration des diverses races en rapport avec leur état de civilisation et le développement de leurs facultés intellectuelles, c'est évidemment à la recherche de cet ordre d'idées que nous devons l'exécution et la disposition si heureuse des bustes destinés à en offrir la justification. Joignez à ces crânes et à ces bustes les peintures faites par MM. Goupil, peintre de l'expédition, et Lebreton, chirurgien de *l'Astrolabe*, représentant la physionomie, le costume et scènes de les mœurs des peuplades qu'ils ont visitées; et vous aurez tous les élémens physiques propres à vous éclairer sur l'histoire naturelle des peuples de l'Océanie.

Tels sont les résultats qui, ainsi que nous l'avons dit, donnent un caractère particulier à l'expédition de *l'Astrolabe* et de la *Zélée*, dirigée par M. le contre-amiral Dumont-d'Urville, et ouvrent une voie nouvelle aux recherches de l'histoire naturelle de l'homme.

Dans un moment où la philosophie, l'histoire et la philologie tournent leurs regards vers l'anthropologie, et lui demandent des secours devenus indispensables à leurs travaux, votre commission a pensé qu'il pouvait être utile, en jugeant une expédition si remarquable, de jeter un coup-d'œil sur l'imperfection de cette science, afin d'indiquer les moyens qui lui paraissent propres à en assurer pour l'avenir la marche et les progrès. Considérant en outre que la collection anthropologique, rapportée par l'expédition, est d'une très haute importance pour la science; qu'elle répond au-delà de toute prévision aux *desiderata* indiqués dans les instructions de l'Académie; que dans cette mission, M. l'officier chargé des travaux relatifs à l'histoire naturelle de l'homme a surpassé tout ce qu'on avait fait en ce genre dans les voyages de circumnavigation, votre Commission propose de voter des remercîmens à M. Dumoutier.

— DESCRIPTION HISTORIQUE, THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'OPHTALMIE PURULENTE, observée de 1835 à 1839 dans l'hôpital militaire de Saint-Pétersbourg, avec planches coloriées prises d'après nature; par M. PIERRE FLORIO, docteur en chef de l'hôpital militaire de Saint-Pétersbourg. 1 vol. in-8°, orné de 22 figures coloriées; prix : 7 fr.

Chez H. Cousin, libraire-éditeur, rue Jacob, 21.

la plupart des cas, une analogie frappante. L'époque de leur développement, leur caractère, leur marche, leur durée, sont si uniformes, que toute modification à ce qu'on observe ordinairement dans un cas soumis à un examen médico-légal doit porter le médecin-expert à penser que la mort a probablement été occasionnée par les causes naturelles; il est donc de la plus haute importance d'être familiarisé avec ces variations dont l'auteur a rapporté, dans cette communication, d'assez nombreux exemples puisés, soit dans les recueils périodiques, soit dans des observations qui lui sont propres. Nous allons indiquer sommairement quelques-uns des plus intéressans de ces faits; car ces faits sont la vraie base de la toxicologie et de la médecine légale, qui ont été si souvent induites en erreur par les expériences sur les animaux et sur l'homme bien portant et malade.

L'époque à laquelle la stupeur apparaît à la suite de l'empoisonnement par l'opium varie suivant des circonstances connues. Ainsi, quand l'opium a été pris à l'état solide et à dose vénéneuse, il commence à agir au bout d'une demi-heure à une heure, et pourtant, dans un cas rapporté par M. Desruelles, où 8 grammes d'opium solide avaient été pris, la stupeur était complète au bout de quinze minutes, tandis que, dans celui où la quantité de l'opium ingérée fut la plus considérable qui ait jamais été signalée (32 grammes d'opium solide), la malade put, au bout d'une heure, encore donner au médecin appelé près d'elle les détails de ce qu'elle avait fait. (American medical recorder, xiii, 418.) Lorsque le poison est pris sous forme liquide, il agit avec une bien plus grande rapidité; ordinairement, au bout de dix ou quinze minutes, son action est déjà manifeste, et, au bout d'une demi-heure, un côma mortel a déjà commencé. Dans un cas rapporté par le docteur Cowper, le sujet fut trouvé complètement insensible au bout d'un quart d'heure; tandis que, dans un autre cas (London medical repository, ix, 525), le sujet qui avait pris à minuit une once de laudanum put se coucher, dormir et s'éveiller comme à l'ordinaire. En se levant, il fut pris de vomissemens qui durèrent pendant toute la journée, et ne furent suivis d'aucun autre résultat fâcheux. Dans un autre cas (Ibid.), 3 onces de laudanum produisirent le même effet et sans autres accidens. On a cité des cas où l'ivresse paraît avoir retardé l'action du poison. Un ivrogne d'habitude prit un jour, sous l'influence de l'ivresse, 2 onces de laudanum, et fut pendant cinq heures sans éprouver de stupeur, et on ne put obtenir de vomissemens pendant tout ce temps; il mourut cependant des effets du narcotique. (London med. and phys. journ., xlix, 119.) L'auteur a rapporté, dans l'Edinburgh medical and surgical journal, deux cas, dans l'un desquels le sujet, après avoir pris une demi-once de laudanum, s'endormit pendant plus d'une heure, puis se leva de lui-même pour prendre à boire; au bout de dix heures, il mourut avec tous les symptômes de l'empoisonnement par les narcotiques.

Le vomissement offre la même irrégularité que la stupeur.

Les convulsions manquent souvent et sont quelquefois accompagnées chez l'homme de délire; elles sont ordinairement très violentes. Dans un cas, terminé par la guérison, elles ne commencèrent que le troisième jour, et se compliquèrent de paralysie des bras, qui persista pendant quatre jours.

Dans quelques cas, on a observé de la diarrhée et de violentes coliques, et dans d'autres, la diurèse, bien que le plus souvent ce soient les effets opposés.

On rencontre assez fréquemment d'autres variétés dans l'état du pouls, de la respiration, de la physionomie, des pupilles, enfin et surtout dans l'époque de la mort, qui ordinairement arrive au bout de 7 à 12 heures; mais il y a des cas où la vie s'est prolongée pendant 15, 17 et 24 heures, et d'autres, au contraire, où la vie s'est éteinte 5, 4 et même 3 heures après l'ingestion du poison. Dans le cas rappelé par le docteur Cowper, la mort arriva même au bout d'une heure 20 minutes, bien que le malade qui avait pris 80 grammes de solution sédative d'opium eût reçu, au bout d'un quart d'heure, les secours convenables et qu'on eût évacué l'estomac avec la pompe gastrique. Il est difficile de préciser exactement la plus petite dose qui peut donner la mort à un adulte non habitué à l'usage de l'opium; cette préparation, qui était prise le plus fréquemment dans un but de suicide, l'est presque toujours à une dose très élevée. Le docteur Paris pense que quatre grains peuvent causer la mort, et cette opinion est aussi celle du docteur Christison, qui a vu une personne mourir avec tous les symptômes d'un empoisonnement par les narcotiques, après avoir pris quatre grains et demi d'opium et neuf grains de camphre.

DE LA SAIGNÉE DANS LA MANIE; par le docteur Browne, sur-intendant de l'Asile des aliénés de Chricbton.

L'auteur se plaint qu'en Angleterre les médecins qui sont appelés pour donner les premiers soins aux aliénés, au début de leur maladie, font sur eux un usage immodéré et fort nuisible de la saignée, et que les malades ne sont dirigés sur les asiles qu'après que le médecin a épuisé tous les moyens à sa disposition; aussi, dit-il, rien n'est plus rare qu'un cas de folie aiguë et récente dans les hôpitaux d'aliénés. Mais qu'arrive-t-il de cette circonstance? c'est que, lorsqu'un médecin, même éminent, mais étranger au traitement suivi dans les asiles d'aliénés, est appelé pour un cas récent de manie, il ordonne l'application de la méthode évacuante (*general depletion*) dans toute son extension, la saignée générale, le tartre émétique à doses élevées, les cathartiques actifs et les applications froides sur la tête rasée. Si les symptômes, et spécialement la violence et la rapité du pouls continuent ou reviennent avec la même force, on saignera probablement le malade au bras, ou on ne manquera pas de lui faire une forte application de sangsues ou de ventouses; puis, après avoir employé ces moyens actifs pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, on songera à un asile comme dernière ressource. Quand l'aliéné arrive dans l'établissement, il trouve alors un tout autre traitement, mais qui ne peut réparer le mal qu'a fait le premier; car, presque tous les hommes de valeur qui sont à la tête des grands établissemens d'aliénés sont d'accord pour repousser l'emploi indiscret de la lancette, bien qu'ils ne l'aient pas encore condamné d'une manière suffisamment nette et positive.

La saignée est un moyen d'un facile emploi, et qui procure l'effet que l'on en attend, une tranquillité momentanée; elle fait disparaître ce symptôme si redoutable, la fièvre et la violence. Que faire, d'ailleurs, si on ne saigne pas? Les parens ne sont-ils pas là qui réclament un traitement actif et imposant? Aussi n'est-il pas facile de trouver un aliéné qui n'ait une ou plusieurs cicatrices sur les bras. Si cette pratique était bornée au cas où le pouls très développé et le délire féroce semblent indiquer une inflammation du cerveau, il y aurait au moins une excuse apparente; mais on l'emploie dans la mélancolie, la monomanie, la manie, etc., indistinctement; pour la plus légère marque d'excentricité, comme pour le délire le plus furieux, la lancette semble être le meilleur moyen.

L'auteur attribue à la saignée générale dans la manie les inconvéniens suivans : 1° elle retarde notablement la guérison. Il affirme que les cas où la saignée du bras a été employée sont moins faciles à traiter, résistent opiniâtrement aux autres moyens et ont une durée plus longue que ceux dans lesquels on a suivi une autre méthode. Il a relevé le tableau de 12 cas, pour lesquels il a été appelé cette année, qui ont été, autant qu'on peut l'attendre, dans les mêmes conditions, et dont six avaient été saignés, tandis que les six autres ne l'avaient point été. Les six derniers ont tous guéri; sur les six premiers, trois étaient guéris et les trois autres restaient en traitement. Voici la durée de ces 12 cas :

Non saignés.		Saignés.	
A....	2 1/2 mois.	B....	4 mois.
D....	6 1/2	M....	8
L....	4	R....	16
W....	6	H....	5 1/2
W....	2	N....	14 1/2
P....	3 1/2	D....	20
	24 1/2		68

2° La saignée dispose à la démence. Cet accident serait plus fréquent, d'après M. Browne, dans les cas où la saignée a été employée que dans ceux où l'on s'est abstenu de la faire; et il cite à l'appui d'abord son expérience personnelle, puis les cas où la démence se développe à la suite d'abondantes pertes ou hémorragies.

3° La saignée détermine quelquefois des accidens funestes. L'auteur l'a vu déterminer des convulsions qui se terminaient par la mort. A cette évacuation succède souvent une faiblesse si considérable que, malgré tous les moyens qu'on peut lui opposer, le malade finit par mourir épuisé ou entraîné par quelque affection aiguë. Les cas de ce genre sont très fréquens dans la pratique.

4° Dans le plus grand nombre des cas admis dans les asiles, on est obligé d'avoir recours à un régime nourrissant et généreux, ce qui n'empêche pas le chiffre des aliénés désignés sur les tableaux de mortalité comme morts « d'épuisement » d'être encore très considérable. Dans un asile de Londres, où la saignée et les vomitifs sont employés sur une grande échelle, on a remarqué que l'apoplexie était fréquente chez les

sujets auxquels on a administré les vomitifs après la saignée. Sur 200 saignées pratiquées en peu de temps, 5 seulement ont offert une couenne. La force et la fréquence du pouls, sur lesquelles on s'appuie pour justifier cette pratique, forment un symptôme très décevant, car elles sont plus souvent le résultat d'une perturbation morale et des efforts auxquels se livre le malade que d'un état sthénique du cerveau on de tout autre organe. La rapidité avec laquelle tombe le pouls lorsqu'on force le malade à rester en repos prouve suffisamment l'exactitude de cette observation.

5° L'ouverture de la saignée fournit souvent beaucoup plus de sang qu'on n'en veut retirer, à cause de la difficulté de fermer la veine et d'empêcher qu'elle se rouvre pendant les paroxismes de violence et de fureur. L'auteur rapporte trois exemples de ce genre, qu'il dit avoir observés tout récemment; nous citerons le suivant : un médecin est saigné abondamment pour un délire survenu à la suite d'une chute de cheval; pendant la nuit, il voulut s'habiller, la veine s'ouvrit de nouveau et il saigna jusqu'à la syncope, qui fut promptement suivie de convulsions et de mort.

L'auteur ne nie pas cependant qu'il n'y ait des cas où la saignée est indiquée, et après avoir rapporté l'opinion du docteur Prichard, qui pense que la saignée ne doit être employée que dans deux conditions, lorsque les symptômes se rapprochent de ceux de l'encéphalite, et quand le sujet est pléthorique, il avoue que dans une longue et vaste pratique, il n'a pas vu un seul cas où la saignée locale ne fût infiniment préférable à celle du bras. Depuis peu de temps, il a en dans son service 120 cas d'aliénation, dans aucun desquels il n'a jugé la saignée générale nécessaire, employant exclusivement les saignées locales. Il termine par une conclusion qui, bien que moins pressante pour les médecins de ce côté-ci du détroit, qui en général sont loin de porter dans leur pratique toute la hardiesse des médecins anglais, nous semble pourtant, dans l'état actuel des choses, d'une utilité incontestable pour tous les pays; c'est que les aliénés doivent être conduits le plus tôt possible dans les asiles où l'on peut obtenir leur tranquillité à un prix moins ruineux pour leur santé, et où il y a au moins quelques chances pour que le traitement soit suivi sans interruption et les résultats exactement appréciés.

De l'emploi de l'opium pour arrêter le développement des inflammations internes aigues; par le docteur Christison.

L'opium peut être employé, soit seul, ou combiné avec l'ipécacuanha ou la saignée générale, soit seul, mais à une époque avancée de la maladie, ou avec le calomel et le tartre émétique; mais, dans ces deux dernières méthodes, les bons effets qu'on en obtient dépendent probablement moins de l'opium que du médicament avec lequel il est associé, et elles ont pour effet plutôt de diminuer graduellement la maladie que de l'arrêter tout à coup et complètement, de la juguler, comme cela arrive dans les autres méthodes lorsqu'elles sont employées d'une manière convenable et qu'elles produisent leur effet thérapeutique.

Les inflammations internes dans lesquelles cette action de l'opium est la plus manifeste, sont celles des membranes muqueuses, et surtout le coryza, le catarrhe, la grippe et la dysenterie. Voici quelle est la manière dont M. Christison emploie l'opium dans ces quatre affections.

Le coryza, à qui tant de personnes laissent parcourir sa marche sans l'arrêter, cède le plus souvent au procédé suivant, employé dès le début. On doit, après avoir peu mangé à dîner, s'abstenir de boisson, et prendre, au moment de se mettre au lit, une forte dose de muriate de morphine ou de solution de Battlay, et prendre soin de déjeûner le lendemain matin avant de se lever. A partir de ce moment, le fluide sécrété par la muqueuse nasale est devenu plus épais, et la maladie, on est entièrement guérie, ou au moins n'est plus une source continuelle d'incommodités.

Le catarrhe non fébrile peut être coupé avec la même facilité et par le même moyen employé dès le premier, le deuxième, peut-être même le troisième jour, ou plutôt il paraît passer immédiatement à la période caractérisée par l'expectoration muqueuse. Le catarrhe fébrile peut être aussi arrêté subitement de la même manière, quand il est attaqué dès le premier et quelquefois le second jour. La grippe, traitée dans les mêmes conditions, cède fréquemment aussi, mais avec cette différence pourtant que, bien que les symptômes locaux disparaissent, l'étrange lassitude, l'anxiété et l'ennui qui caractérisent cette affection continuent pendant plusieurs jours que dure la convalescence.

L'opium, combiné avec l'ipécacuanha (poudre de Dover), peut être employé avec beaucoup d'avantage contre l'angine, le catarrhe et le rhumatisme aigu, comme sudorifique, anodin et sédatif. L'un des effets les plus remarquable de ce traitement dans l'angine, est, d'après le professeur Christison, de rompre l'habitude par laquelle cette affection se reproduit si fréquemment chez le même sujet. L'auteur ne pense pas que la poudre de Dover puisse seule, et au début d'une attaque de rhumatisme, la couper, mais attribue une grande activité à cette préparation, lorsqu'elle est employée à la suite d'une forte saignée et portée jusqu'à ce que la syncope soit imminente. Au bout de trente-six ou de quarante-huit heures d'une transpiration abondante produite par ce traitement, le pouls tombe ordinairement à sa fréquence normale, de double qu'elle était avant; l'enduit saburral de la langue diminue; les douleurs sont remplacées par un engourdissement et un état de faiblesse, et, au bout de huit jours, le malade peut quitter son lit. Voici quelles sont les conditions de succès pour cette médication : les intestins, après avoir été évacués au début, s'il était nécessaire, ne doivent être l'objet d'aucune médication tant que dure la transpiration; il faut que la saignée ait été forte et jusqu'à la syncope; que la poudre soit administrée immédiatement après et avant que la circulation ait repris son état d'excitation, ce qui, sans cela, arriverait très promptement; que le traitement soit commencé avant la fin du quatrième jour, et plus tôt s'il est possible; que le rhumatisme soit réellement à l'état aigu et non sub-aigu, ou rhumatisme goutteux.

L'opium est encore employé avec succès dans le traitement des phlegmasies internes, mais à la suite de la saignée portée jusqu'à près de la syncope. Aussitôt après cette dernière, on donne une forte dose d'opium pour amener le sommeil ou calmer les rêveries, qui prennent sa place chez quelques malades. Le résultat de ce traitement, c'est que quand le malade se réveille, la fièvre et les symptômes locaux ont disparu, quelquefois complètement, d'autres fois après seulement la répétition de la même opération, au bout de douze ou de vingt-quatre heures. Les conditions de succès pour cette opération sont les mêmes que celles pour la poudre de Dover. Quant aux préparations opiacées, M. Christison préfère le muriate de morphine, qu'il remplace, s'il n'en obtient pas ce qu'il désire, par les gouttes de Battlay, donnait le premier à la dose de 40 gouttes pour un adulte, et la seconde à celle de 25 ou de 30. Plusieurs observations rapportées à l'appui de ces assertions donnent au travail du professeur Christison un intérêt pratique que nous regrettons de ne pouvoir reproduire.

Sur les sources de l'hémorragie après la lithotomie; par M. Spence.

L'hémorragie après l'opération de la taille doit-elle toujours être attribuée à la maladresse du chirurgien? ou bien est-elle au contraire un accident que la plus grande prudence, que la plus stricte observation des règles de l'art ne peut sûrement conjurer? C'est la seconde manière de voir qu'adopte l'auteur, et le but de son article est de montrer que les irrégularités nombreuses de distribution des artères périnéales exposent les praticiens, même très instruits, à léser ces vaisseaux, dont rien ne peut d'avance faire pressentir le trajet et la situation. Ses observations, qui portent sur près de 73 dissections, sont bornées à ce qui concerne la taille latéralisée.

L'artère honteuse interne, que la plupart des auteurs déclarent absolument à l'abri de toute lésion, y serait, d'après M. Spence, au contraire, très exposée, et il cite en preuve 8 cas, appartenant à Blicke, à Desault, à sir E. Home, à Physick, à M. Lowe Whœler, à M. Crosse. Dans ces exemples, l'opération avait été faite avec le gorgeret tranchant ou le lithotome caché, et presque toujours on put lier l'artère qui avait été ouverte. Nous ne sommes pas persuadé que le vaisseau blessé fût, en effet, la honteuse interne, et nous appuyons cette opinion, contraire à celle de l'auteur, d'abord sur ce que la dissection des parties ne fut pas faite, puis sur les expériences où Béclard et M. Blandin n'ont pas pu parvenir à inciser cette artère, en répétant la manœuvre de la taille, lors même qu'ils cherchaient volontairement et à dessein à produire cette lésion sur le cadavre. Ces diverses observations et nos remarques s'appliquent à des cas où l'artère suivait sa marche normale; il n'en serait pas ainsi dans des cas où, comme l'a vu Monro, l'artère se divisait en trois branches, dont l'une se dirigeait le long de la partie membraneuse de l'urètre vers le bulbe, et dans celui du docteur Allen Thomson, où l'artère, croisant obliquement la partie membraneuse de l'urètre, était placée tout-à-fait au dessous du ligament antérieur de la vessie. La blessure de l'artère eût été ici inévitable, soit au moment où on ouvre l'urètre, soit à celui où l'on incise la prostate.

Les artères hémorroïdales inférieures ne sont pas fort à craindre dans la taille latéralisée, soit à cause de leur situation en arrière et hors des limites où l'incision se renferme ordinairement dans ce sens, soit à cause de leur petit volume. M. Spence a cependant vu plusieurs fois l'artère travers ant l'espace ischio-rectal sans se diviser en branches, circonstance

qui aurait rendu sa lésion plus dangereuse si l'instrument tranchant l'avait atteinte.

L'artère transverse du bulbe est dans les mêmes conditions. L'auteur avoue même que, dans six opérations qu'il a faites sur le cadavre, pour déterminer quelles sont les chances de la léser, il n'a jamais remarqué qu'elle eût été entamée, quoique l'instrument l'eût approchée de très près. Du reste, ce danger serait sûrement évité si, conformément aux sages préceptes de M. Malgaigne, on prenait le parti de ne commencer l'incision des parties molles qu'à 5 ou 6 lignes de l'anus.

Sur un sujet, disséqué en 1837 par M. Spence, l'artère du bulbe naissait comme à l'ordinaire, puis elle se dirigeait en arrière jusqu'auprès de l'anus, d'où elle revenait de nouveau en avant pour gagner le bulbe. Cette disposition l'exposait évidemment à être lésée pendant l'opération.

L'auteur appelle encore l'attention sur une variété importante de l'artère prostatique; elle se divise habituellement avant de pénétrer la glande; mais quelquefois, au contraire, elle vient se placer, sans être ramifiée, à sa surface périnéale, et pourrait donner lieu à une hémorragie considérable, si, comme l'a observé 8 fois M. Spence, elle conservait dans ce point le volume de l'artère du bulbe.

RECHERCHES SUR LA MORT SUBITE; par le docteur VOSE.

L'auteur a résumé dans ce mémoire cinq cas de mort subite, ou plutôt de mort imprévue, et cherche à tirer de la comparaison des phénomènes qui ont précédé la mort, avec des lésions trouvées à l'autopsie, des inductions pratiques d'une certaine portée. L'impossibilité de signaler tous les détails sur lesquels reposent ces indications nous empêche de reproduire ces dernières.

NOUVELLE OPÉRATION POUR L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DES ARTICULATIONS; par M. SYME.

Cette opération que M. le professeur Syme croit devoir appeler *nouvelle*, n'est que l'exacte reproduction de celle qui a été faite le 22 septembre 1840, par M. Goyrand, et que nous avons déjà rapportée avec détails (voy. GAZ. MÉD., 1841, n° 21). L'opération de M. Goyrand a précédé celle de M. Syme de quatre mois et huit jours; et par conséquent nous ne pensons pas que la question de priorité puisse paraître douteuse même à l'honorable chirurgien d'Edimbourg. Les communications entre les deux pays sont aujourd'hui trop multipliées pour qu'on ait le droit de revendiquer en Angleterre la propriété d'une découverte, en alléguant l'ignorance de faits semblables accomplis depuis si longtemps parmi nous. L'honneur de cette ingénieuse application de la méthode sous-cutanée reste donc tout entier à notre compatriote. Du reste, dans le cas de M. Syme, comme dans celui de M. Goyrand il n'y eut pendant toute la durée du traitement aucune inflammation de l'articulation du genou.

CAS DE DIABÈTE SUIVIS DE RÉFLEXIONS; par le professeur CHRISTISON.

Ce travail du savant professeur d'Edimbourg n'est point une histoire complète du diabète; il contient le récit de quatre cas de cette affection, qui ont tous offert de l'intérêt sous quelques points de vue, et que M. Christison met en évidence dans ses réflexions. Voici les principaux points sur lesquels il s'arrête. Le premier et le second de ces faits lui démontrent l'exactitude de l'opinion émise il y a quelque temps par le docteur Macgrigor que l'urée se retrouve fréquemment dans l'urine des diabétiques, où l'on croyait qu'il n'y en avait pas du tout, et même qu'elle y est quelquefois en un excès considérable. Le premier de ces faits est également en désaccord avec une autre opinion, émise par le même pathologiste, que l'on peut toujours retrouver le sucre dans le sang des diabétiques. Bien que l'auteur ait cherché le sucre avec le plus grand soin, et par un procédé qui permet d'en retrouver un millième dans l'urine même la plus épaissie, il n'a pu en reconnaître la moindre trace. Déjà, dans une autre occasion, dix-huit mois plus tôt, il n'avait pas été plus heureux.

L'appétit du diabétique n'est, selon le docteur Christison, que le résultat de la rapidité avec laquelle la digestion s'opère chez lui, et ne doit pas être confondu avec un besoin réel d'alimens; car on peut le régulariser facilement, ce qu'il regarde comme d'une grande importance dans le traitement. L'auteur paraît douter de la possibilité de la guérison des diabètes. Ceux qui pensent que cette affection peut être guérie dans un certain nombre de cas regardent comme guéris ceux où ils sont arrivés à réduire la quantité d'urine à trois pintes par jour, à abaisser sa densité à 1,030, à faire disparaître le goût du sucre et à y retrouver l'urée; le malade, si c'est dans un hôpital, est renvoyé, et comme on n'entend plus parler de lui, on croit qu'il a été complètement guéri. Pour lui, il n'admet qu'il n'y a plus de sucre dans l'urine que quand elle résiste à la fermentation avec le ferment à la température de 22° R., et il pense que plusieurs des guérisons dont on a parlé pourraient bien n'être que des cas de diabète non sucré, *diabetes insipidus*. Cette hypothèse peut seule expliquer comment on a pu trouver des urines d'une pesanteur inférieure à 1,020, 1,015, 1,010; car, sans nier que l'urine puisse, dans le diabète sucré, descendre à cet état, il rapporte n'avoir vu qu'un seul cas où ce liquide fût arrivé à 1,021, et encore chez un sujet qui avait été pendant longtemps soumis au régime animal avec l'opium. Deux cas où une pareille méprise avait été commise se sont présentés récemment à son observation; l'urine des sujets présentait presque tous les caractères physiques de l'urine diabétique, mais ayant trouvé que l'urine n'était chez l'un que de 1,010, et chez l'autre 1,004, il la soumit à la fermentation, qui n'en fit pas dégager la moindre quantité d'acide carbonique à 22° R., et à l'acide nitrique, qui n'y détermina, dans les conditions convenables, la formation d'aucune partie d'acide oxalique. C'étaient deux cas de diabète non sucré, et qui offraient, par cela seul, plus de chances de guérison.

La troisième observation est fort remarquable; car à l'époque où tous les caractères du diabète étaient le plus prononcés et le plus graves la maladie éprouva tout à coup un changement complet; les propriétés diabétiques de l'urine disparurent par degrés et offrirent les caractères les plus opposés, ceux qui appartiennent à la maladie granuleuse des reins. Le malade traîna pendant longtemps dans cet état, l'urine restant pendant plusieurs mois à sa quantité normale, à une pesanteur spécifique de 1010, albumineuse et sans trace de sucre. La mort fut causée par une diarrhée opiniâtre, l'une des affections secondaires qui se développent le plus fréquemment à Edimbourg pendant le cours de la maladie granuleuse des reins. A l'autopsie on trouva un épanchement dans les grandes cavités et une dégénérescence granulense des reins très avancée. On sait que dans les cas où le diabète sucré se termine par la mort, l'urine cesse quelques jours avant la mort de contenir du sucre et revient à l'état normal; mais dans ce cas ce changement s'opéra plusieurs mois avant la mort et ne peut être attribué à l'influence du traitement.

Le quatrième cas rapporté par le docteur Christison n'offre d'intérêt que par les circonstances dans lesquelles la maladie a commencé; et par la rapidité avec laquelle il a marché. Le sujet était un marin qui souffrit beaucoup, en 1838, du froid dans les mers arctiques et qui, au mois de septembre de cette année, à la suite de la pêche aux hareugs où il était resté pendant deux semaines constamment exposé aux variations atmosphériques, sur un bateau découvert, fut pris, après un vomissement de douze heures, d'une soif extrême avec émission considérable d'urine. Le sucre y était en si grande quantité qu'on vuyait quelquefois des cristaux s'y former sur le bord du pot de nuit. Ce sucre pouvait être obtenu par une simple évaporation et était d'une blancheur éclatante et dont le docteur Christison, qui s'est tant occupé de l'étude des maladies des reins, n'avait pas encore observé d'exemples. Telle a été la rapidité de sa marche dans ce cas, que l'auteur le regarde comme du petit nombre de ceux qu'on pourrait appeler diabète aigu.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE; RÉUNION D'UNE PORTION DE DOIGT COMPLÈTEMENT SÉPARÉE; par M. GRAHAM.

Parmi les observations de ce genre, celle-ci est sans doute une de celles qui méritent le plus de fixer l'attention. *Deux phalanges entières* avec les os et les parties molles, réunies après avoir été complètement séparées; c'est assurément là un résultat dont on trouverait peu d'analogues dans l'histoire de l'art. Voici, du reste, le fait que nous livrons textuellement aux lecteurs, sans exprimer les doutes qu'inspire inévitablement un pareil récit, mais aussi sans nous rendre garans de son authenticité.

OBS. — Un menuisier, de moyen âge et en apparence de bonne constitution, se coupa, en fendant du bois avec une hache, le doigt indicateur de la main gauche, entre la première et la seconde phalange. Il ramassa la partie séparée parmi les copeaux, et vint immédiatement à un endroit à peu de distance où je me trouvais en ce moment. Lui ayant demandé la portion de doigt coupée, il la tira de la poche de sa veste, et la mit sur la table. Je la fixai avec deux points de suture et des bandelettes agglutinatives; et le quatrième ou le cinquième jour ayant touché avec des ciseaux l'extrémité du doigt, il perçut distinctement la sensation de ce contact. L'union devint complète, ainsi que le rétablissement des fonctions de la partie qui avait été enlevée.

NOTES SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR L'OPIUM ; par le docteur WILLIAMS HENDERSON.

Six observations de rhumatisme aigu traité par l'opium pris à l'intérieur sont rapportées dans ce mémoire, et dont les résultats sont favorables à cette médication; sur ces six cas, deux fois on fut obligé d'abandonner le traitement pour recourir à un traitement différent, et, dans les quatre autres, la guérison fut amenée assez rapidement pour qu'il ne puisse y avoir de doutes sur l'efficacité des moyens employés. Dans aucun de ces cas l'auteur n'a observé cette disposition à la diarrhée que le docteur Corrigan a dit être un effet de l'usage continué de l'opium dans le traitement de cette maladie, et même il a remarqué que la constipation en était le résultat le plus ordinaire, puisqu'elle est survenue chez quatre des six malades traités, et chez ceux surtout sur lesquels le traitement a le moins produit d'effet, ou qui avaient une disposition à la récidive. Dans deux des cas où le traitement a été suivi de succès, la transpiration a paru y avoir quelque part; mais, dans les autres, c'est seulement à l'action narcotique de l'opium qu'on a pu attribuer son efficacité. Le seul inconvénient que signale l'auteur à cette médication, c'est la facilité avec laquelle elle permet de méconnaître les inflammations internes qui se développent pendant le cours du rhumatisme.

CAS DE VOMISSEMENS D'URINE OBSERVÉS A L'INFIRMERIE ROYALE D'ÉDIMBOURG; par le docteur HELLIDAY DOUGLAS.

OBS. — Mademoiselle Purdie, âgée de 25 ans, domestique, est admise le 3 septembre 1840, se plaignait d'être mal portante depuis six ans, et disant qu'elle avait éprouvé dans les reins de violentes et continuelles douleurs qu'elle attribuait à un effort. A plusieurs reprises elle avait eu de la difficulté à uriner et quelquefois même une rétention complète d'urine pour laquelle on la sondait tous les jours, bien qu'on ne retirât qu'une très faible quantité d'urine foncée, ce qui ne diminuait en rien une sensation de plénitude douloureuse qu'elle ressentait dans la région hypogastrique. En même temps elle avait eu de fréquentes nausées et avait vomi à différentes reprises un fluide transparent, jaune, et ayant le goût de l'urine; elle avait été aussi prise plusieurs fois d'aménorrhée, d'abord pendant un an et dès le début de sa maladie; pendant une de ces aménorrhées elle eut une hématémèse considérable, sans douleur ni sans sensibilité locales et à la suite d'une fièvre elle avait vu ses urines couler avec la facilité et la quantité ordinaires.

Deux jours environ avant son admission elle avait senti ses douleurs de reins augmenter subitement avec une céphalalgie qui cependant disparut au bout de cinq ou six jours. A l'époque de son admission elle n'avait pas rendu d'urines depuis deux jours, les douleurs des reins continuaient très fortes; la pression était douloureuse dans les deux flancs ainsi que sur l'épigastre. Il n'y avait ni céphalalgie, ni aucun trouble des organes de la respiration. Le pouls, d'une force médiocre donnait 60. Le lendemain, des ventouses furent appliquées sur les reins, et de légers laxatifs furent administrés sans soulagement. Le 7 septembre elle rendit 7 onces d'urine acide, pesant 1013 dans laquelle l'ébullition et l'acide nitrique ne produisirent aucun changement appréciable. Le 8, elle se plaint d'une forte pesanteur dans la région hypogastrique; on extrait de la vessie 10 onces d'urine pesant 1020. De nouvelles ventouses sont appliquées sur les reins.

Jusqu'au 19 septembre, elle n'éprouva aucun soulagement malgré les différens moyens employés. La quantité d'urine extraite tous les deux ou trois jours par le cathétérisme variait de 8 à 10 onces. Le 23, elle eut une attaque pendant laquelle elle ressentit le globe hystérique; on lui ordonna 16 grammes de mixture de fer à prendre trois fois par jour. Le 24, elle rendit 18 onces d'urine et vomit 8 onces d'un liquide semblable pour l'apparence et l'odeur à de l'urine. La matière vomie, reçue dans un vase net, fut immédiatement analysée et fournit des cristaux par l'addition d'acide nitrique et l'évaporation graduelle. Ces derniers furent dissous dans une petite quantité d'eau tiède et la solution, après avoir été épurée, fut de nouveau évaporée; à plusieurs reprises il parut de nouveaux cristaux sur la nature desquels il ne put rester de doute.

Au mois d'octobre, cette malade fut prise de fièvre typhoïde intense, bien que d'une courte durée et avec l'éruption ordinaire. Le huitième jour de la fièvre, après avoir rendu les jours précédens une très petite quantité d'urine, elle fut prise d'un nouveau vomissement et rendit encore 16 onces d'urine. Les matières vomies offraient une écume jaune, comme si elles avaient été mêlées avec de la bile; soumises à l'analyse elles fournirent des cristaux de nitrate d'urée.

La convalescence se passa bien et ensuite l'urine varia de 16 à 45 onces; la malade n'eut que deux attaques d'hystérie; les vomissemens ne reparurent plus et les règles continuèrent sans dérangement.

L'auteur de l'observation n'a point vu lui-même la malade rejeter ces matières vomies, mais il dit qu'il est bien certain de l'exactitude de la personne à qui il avait confié le soin de les recueillir et qu'elle-même ne peut être induite en erreur, surtout la seconde fois par la malade, comme on a lieu de le craindre dans tant de cas qui offrent quelque anomalies; car elle était au début de sa fièvre et dans un état qui ne lui permettait pas le moindre mouvement dans son lit.

REMARQUES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE AIGUE DES TROPIQUES; par le docteur R. LEWENS.

Nous ne citerons de ce travail, dont l'auteur nous paraît avoir étudié son sujet dans les localités mêmes où règnent les formes les plus graves de la dysenterie, que ce qui est relatif au traitement employé à Java, et qu'il assure avoir une supériorité incontestable sur toutes les autres médications. Avant qu'on employât ce traitement la mortalité, sous la direction des médecins hollandais et allemands, était considérable à Java; mais les succès du docteur Heyn dans le traitement de cette maladie devinrent si frappans que les salles des dysenteriques furent exclusivement confiées à ses soins par le gouvernement hollandais. Ce traitement consiste à administrer dès le début de la maladie un scrupule de proto-chlorure de mercure. Ce médicament qui, administré à petite dose, agit comme irritant, avait, donné à haute dose, une action si décidée et si immédiate qu'on ne pouvait s'empêcher de le considérer, dans cette condition, comme un sédatif direct. Au milieu des symptômes les plus graves l'administration de 12 décigr. de calomel amenait immédiatement un calme très prononcé qui ne durait que 7 à 8 heures. Alors les accidens reparaissaient et le médecin administrait de nouveau une forte dose de calomel; on distribuait la dose ci-dessus en quatre fois à trois heures de distance. Quand la maladie est opiniâtre, une dose de 3 décigrammes est administrée toutes les trois ou quatre heures avec le plus grand succès. Quand il y a plus de 36 heures que les garderobes sont arrêtées, 12 décigrammes de poudre de rhubarbe sont donnés en une seule fois. Lorsqu'il reste quelqu'irritation dans les intestins, quelques sangsues sont appliquées sur le ventre, et dans tous les cas un vésicatoire enlève l'irritation qui pourrait rester dans les intestins.

L'efficacité de ce traitement est si rapide et si complète que le docteur Lewens pense ne pouvoir l'expliquer par aucune des propriétés connues du sel mercuriel.

EMPLOI DE L'HUILE DE CROTON DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES; par M. COCHRANE.

L'huile de croton avait déjà été administrée contre les affections nerveuses, d'abord par le docteur Ch. Bell et ensuite par le docteur Newbiggens, d'Edimbourg. Des cas d'épilepsie, de sciatique paraissent entre leurs mains avoir été guéris par l'usage de cette préparation, et sans que l'on puisse attribuer cet effet à ses autres purgatifs. Les faits rapportés d'une manière très abrégée dans cette communication viennent à l'appui de ceux recueillis par les observateurs précédens.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE.

DÉVELOPPEMENT DES OS.

M. FLOURENS lit un cinquième mémoire sur le développement des os. (Nous publierons ce travail en entier dans un prochain numéro.)

ALTÉRATION DES EAUX MINÉRALES PENDANT LEUR TRANSPORT.

M. Berriat, maire de Grenoble, consulte l'Académie sur la question suivante. Il existe, à 32 kilomètres de Grenoble, une source d'eaux minérales dont les propriétés médicamenteuses paraissent très prononcées, mais qui sont situées dans un lieu tel, qu'il serait impossible d'y former un établissement thermal. On aurait par conséquent le projet de les amener dans la ville; mais l'administration a d'abord voulu savoir si, une fois arrivées à leur destination, leur température serait encore assez élevée pour qu'elles pussent être avantageusement employées? A ce sujet, M. le maire soumet à l'Académie les questions suivantes :

1° Quelle serait la matière la plus propre à servir de canal pour réduire la perte de chaleur dans le trajet des eaux à 32 kil. de distance?

2° Quelles précautions particulières y aurait-il à prendre pour isoler la conduite des terrains humides, des sources, etc.?

3° Serait-il convenable de faire couler les eaux à canal plein, ou avec une couche d'air?

4° La loi de dispersion du calorique, dans une telle circonstance, est-elle connue, et pourrait-on, au moyen de la perte vérifiée sur quelques centaines de mètres, conclure pour tout le reste du trajet? Leur chaleur à la source est de 58° cent.

M. Arago dit que, si l'Académie jugeait à propos de nommer une commission pour s'occuper de cette question, il s'est assuré que l'administration de Paris mettrait à sa disposition tous les moyens de constater quelles sont les pertes de chaleur que subissent les eaux transportées dans les rues de Paris.

M. Double : Peut-être la température n'est-elle pas la seule circonstance à laquelle il faudrait avoir égard ici, et conviendrait-il également d'examiner les modifications que les eaux éprouveraient dans leur composition pendant ce transport.

MM. Arago, Dumas, Regnault et Double sont chargés d'examiner ce sujet, et de faire un rapport à l'Académie sur les questions posées par M. Berrial.

LITHOTRITIE.

M. Guillon présente à l'Académie deux boîtes contenant des fragmens de calcul qui ont été obtenus par l'emploi d'un instrument de son invention. Au moyen de cet instrument, il parvient à vider la vessie, et par conséquent à extraire tous les fragmens, sans être obligé de le retirer. Ce procédé permet d'achever le broiement en une seule séance, et lors même que les calculs sont volumineux.

Commissaires : MM. Magendie, Larrey et Breschet.

M. Guillon présente encore les fragmens d'un calcul qu'il a extrait par la taille. Cette concrétion s'était formée autour d'un tuyau de pipe qui avait été introduit dans le canal, et dont l'extrémité rompue était tombée dans la vessie.

VER INTESTINAL DU BOA.

M. Bazin, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, adresse un travail intitulé : Sur l'anatomie du bothrydium pythonis (ver intestinal du boa). Ce ver a été trouvé dans un boa qui venait de mourir à bord d'un navire dans le port de Bordeaux. Ce boa avait environ 3 mètres et demi de longueur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE.

M. Dubois (d'Amiens) lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Toulmonde, ayant pour titre : Essai sur la topographie médicale de la ville de Sédan.

Un des principaux faits que nous avons pu saisir dans l'analyse que M. le rapporteur a faite de ce mémoire, c'est que, à l'hôpital de Sédan, le prix de la journée des malades n'est que de 49 centimes. La mortalité y est très considérable, car elle atteint une proportion de 1 sur 4 ou 5 individus, tandis qu'il y a des hôpitaux en France, l'Hôtel-Dieu de Lyon, par exemple, où elle n'est que de 1 sur 11.

Les conclusions du rapport sont :

1° De déposer honorablement le mémoire de l'auteur aux archives.

2° De lui adresser des remercîmens, et de l'inviter à compléter son travail à l'aide de renseignemens plus positifs et plus étendus.

3° D'inscrire son nom sur la liste des membres correspondans.

M. Nacquart : Le rapport que vous venez d'entendre se compose de deux parties : l'une destinée à présenter l'analyse du travail de M. Toulmonde, l'autre, où M. Dubois (d'Amiens) a énoncé les principes d'après lesquels doit être rédigée une bonne topographie médicale. De ces deux parties, la première me paraît peut-être un peu trop empreinte de sévérité ; n'a-t-on pas oublié que l'Académie n'a aucun droit à exercer sur ceux de nos collègues qui envoient des travaux ? Une critique trop rigoureuse pourrait les décourager. La seconde partie mérite aussi le même reproche ; malgré sa forme didactique, elle a tout l'air d'une leçon indirecte ; car dire, à propos d'un mémoire de topographie, comment doivent être conçus les travaux de ce genre, n'est-ce pas dire que celui-ci n'est pas bien fait ?

M. Dubois (d'Amiens) : Je croyais avoir traité M. Toulmonde avec tous les égards qui sont dus à un collègue. Si M. Nacquart veut bien m'indiquer les passages sur lesquels portent ses observations, je m'empresserai de les rectifier. M. Nacquart dit que trop de sévérité dégoûterait d'envoyer des mémoires. Mais si, on admettait ceci, il y aurait aussi, ce me semble, de quoi dégoûter de faire des rapports ; ce serait détruire toute espèce de critique. On me dit que le traité des airs, des eaux et des lieux d'Hippocrate contient toutes les données nécessaires pour dresser de bonnes topographies médicales. D'après cela il n'y aurait donc qu'à proposer le dépôt aux archives, citer Hippocrate, adresser force complimens à l'auteur, et le rapport serait fait.

M. Londe présente quelques observations sur la différence qu'il y a entre l'effet que produisent les déboisemens dans les plaines, et celui qui résulte des déboisemens faits sur les montagnes.

M. Dubois (d'Amiens) : Ce que vient de dire M. Londe est très juste ; mais je me suis borné dans mon rapport à citer ce fait général, signalé par M. Arago, que par suite des déboisemens, les hivers ne deviennent pas plus froids et les étés plus chauds, comme le croit M. Toulmonde, mais qu'au contraire les extrêmes de température tendent alors se rapprocher.

M. Dupuy fait quelques réflexions sur les vices qui règnent dans le mode actuel d'alimentation des bestiaux en France.

M. Larrey demande l'insertion du rapport de M. Dubois (d'Amiens) dans les mémoires de l'Académie.

M. Chervin : M. Toulmonde a été dans le vrai, en signalant les bons effets de la flanelle portée sur la peau ; car, depuis qu'on en fait usage, on a vu diminuer notablement certaines maladies, telles que les rhumatismes ; seulement il n'a peut-être pas présenté une explication rationnelle de son mode d'agir. M. Toulmonde dit aussi que la ville de Sédan a été épargnée par le choléra. Je rappellerai à ce sujet que Lyon est dans le même cas, et cependant les conditions ont été bien plus graves pour cette dernière ville. On sait que les émigrés de Marseille y affluaient par milliers ; ces individus, quittant une ville actuellement ravagée par le choléra, en auraient indubitablement été frappés en certain nombre quelques jours plus tard, s'ils y étaient restés. Ils venaient donc de Lyon avec toutes les prédispositions possibles pour en être atteints ; ils venaient en outre habiter une ville éminemment insalubre, populeuse, à rues étroites, sales, humides. Eh bien ! je le répète, malgré tout cela, le choléra n'a pas paru à Lyon. Je m'associe d'ailleurs à M. Larrey pour demander l'insertion du rapport dans les mémoires de l'Académie.

M. Guibourt, après quelques observations sur la mortalité aux différens âges de la vie, dit qu'il voudrait que, parmi les préceptes à consulter dans l'établissement d'une bonne topographie médicale, le rapport eût posé celui-ci, que pour apprécier exactement la température d'un pays, il faut avoir égard plutôt aux *minima* et aux *maxima*, qu'aux moyennes déduites d'observations nombreuses ; car il est reconnu que de brusques et fortes vicissitudes ont plus d'influence sur la santé publique, qu'une chaleur se maintenant plus longtemps à un degré à peu près le même.

M. Dubois (d'Amiens) : Je reconnais la vérité de ce que M. Guibourt vient de dire relativement à l'appréciation de la température. Quant à la mortalité suivant les âges, il est bien prouvé aujourd'hui que, depuis la naissance jusqu'à 11, 12 ou même 16 ans, suivant les pays, la proportion des décès va en diminuant considérablement ; elle subit ensuite des fluctuations aux autres âges de la vie, mais jamais elle ne revient à ces chiffres extrêmes qu'elle atteint au moment de la naissance et à 11 ans, et qui sont véritablement son maximum et son minimum.

M. Bricheteau : M. Dubois (d'Amiens) a dit que les mesures hygiéniques à prendre contre certaines maladies épidémiques sont différentes, suivant que ces maladies se propagent par contagion ou par infection. Mais nos connaissances sur le mode d'invasion des épidémies sont, je crois, encore trop bornées pour qu'on puisse tirer parti de cette distinction dans l'établissement des mesures sanitaires.

M. Dubois (d'Amiens) : J'ai dit, en effet, que les précautions de police générale à prendre en cas d'épidémie sont différentes, suivant qu'il s'agit d'une maladie née par infection ou communiquée par contagion. Je sais bien que, dans l'état actuel de la science, on n'a pas encore exactement délimité ce qui appartient à l'un ou à l'autre de ces deux ordres d'affections ; mais il y en a cependant quelques-unes à l'égard desquelles le doute n'est plus possible. Et, n'est-il pas vrai, par exemple, que quand la maladie peut se propager par le contact, la meilleure chose à faire, c'est la séquestration des individus et les obstacles apportés aux communications. Si, au contraire, elle est, comme le typhus, due à l'encombrement, il faut disséminer les individus ; et, ainsi qu'on l'a bien dit, mettre, dans ce cas, des cordons de sûreté, ce serait absolument comme si, des individus étant tombés dans un égout, on établissait à l'orifice un cordon pour les empêcher d'en sortir.

M. Bégin : La première partie du rapport n'est qu'une analyse ; elle ne peut donc être insérée que dans les bulletins ; car elle ne présenterait aucun intérêt, séparée du travail dont elle est la critique. Quant à la seconde, M. Dubois ferait peut-être mieux de la revoir et d'en faire la base d'un travail plus étendu et complet sur la même matière.

M. Dubois (d'Amiens) demande lui-même que son rapport ne soit inséré que dans les bulletins de l'Académie.

Cette proposition est votée.

Les conclusions du rapport sont également adoptées.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. Blache présente à l'Académie une pièce recueillie sur une femme de 70 ans, morte à l'hôpital, à la suite de péritonite. Elle portait, dans la fosse iliaque droite, une tumeur qu'on avait jugée de nature squirrheuse. La dissection a montré qu'elle était constituée par un fœtus ossifié et roulé sur lui-même. Il existait vraisemblablement là depuis trente ans ; car c'est à cette époque que la malade faisait remonter l'apparition de la tumeur. Du reste, M. Blache n'a pu déterminer la situation précise de ce fœtus, et savoir s'il était contenu dans la trompe, dans l'ovaire, ou déposé dans le péritoine.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 42. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 16 OCTOBRE 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, an bnreau dn Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Direclenrs des postes et des messageries. — Ou ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LE DÉVEDOPPEMENT DES OS; par M. FLOURENS.

(Cinquième mémoire.)

FORMATION ET RÉSORPTION DES COUCHES OSSEUSES.

On a vn, par mes précédenles expériences (1), quel est le mécanisme précis selon lequel s'opère le développement des os.

Il y a, dans nn os qui se développe, deux faits à expliquer : l'accroissement des parois mêmes de l'os, et l'accroissement dn canal médullaire.

Or, tont os a deux faces, l'nne externe et l'antre interne. Dn côté de l'externe s'ajontent sans cesse de nonvelles conches, addition qui fait l'accroissement des parois de l'os; dn côté de l'interne se résorbent sans cesse des conches anciennes, résorption qni fait l'accroissement dn canal médullaire.

Il y a donc, dans tont os, deux faces à phénomènes inverses et opposés, et, si je pnis ainsi dire, nn *endroit* et nn *envers* : nn *endroit* par lequel il reçoit sans cesse des molécnles nouvelles, et un *envers* par leqnel il perd sans cesse les molécules anciennes.

L'os se forme donc par conches, il se résorbe par conches; mais quel est le mécanisme particulier de cette *formation* et de cette *résorption?* qnestion nonvelle, et dont la solntion réelle, la solntion complète aura été, pour la première fois peut-être, tentée dans ce mémoire.

Je pose en fait qne le véritable rôle dn périnste dans la formation des os, malgré tont ce qui a été écrit sur ce snjet depnis Duhamel, n'est point connn. Pour ce qui concerne la résorption, on est bien moins avancé encore. On ne sait pas même s'il y a nn organe particulier pour ce phénomène. J. Hunter a beau dire qu'*il n'est pas plus difficile de concevoir la résorption par les vaisseaux absorbans que la formation par les artères.* Une explication aussi vague n'explique rien (1).

Sans donte il faut toujonrs poser l'action générale, et des artères pour la formation, et des vaisseaux absorbans, soit lymphatiqnes, soit vei-

(1) Voyez COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, t. x, année 1840, et GAZ. MÉD., même année.

(1) C'est ce qu'Alexandre Macdonald avait déjà senti. Voici ce qu'il dit : *J. Hunterus credit partes solidas absorberi actione, uti vocat, contraria actioni arteriarum qua formantur; et difficultatem fugit dicendo, æque difficile esse animo concipere vasis absorbentibus os removeri, ac arteriis os formari.* Alexandre Macdonald : DISPUTATIO INAUGURALIS DE NECROSI AC CALLO, 1799.

Feuilleton.

LATION MÉDICALE DES CAMPAGNES, VOYAGES, DE M. LE BARON LARREY.

Les grands capitaines d'antrefois employaient les loisirs de leur vieillesse à retracer, pour l'instruction de lenrs jennes successeurs, l'histoire leurs hauts faits et de leurs travaux militaires. Plusieurs d'entre les maîtres de notre art ont imité cet exemple; les uns formulant dans des traités didactiques le produit de leur longue expérience, les autres mêlant les impressions de ta vie militante à l'exposé de leur pratique et dramatisant ainsi la science par son contact avec les événemens du siécle. Les ouvrages d'Ambroise Paré, si heureusement rajeunis par un commentateur récent, ne sont pas seulement une portion vénérable des fastes de la chirurgie; ils ne laissent pas de jeter aussi de vives clartés sur l'état antérieur de la société française; ils joignent à l'intérêt historique de la science un intérêt de chronique. A l'exemple du père de la chirurgie française, le baron Larrey a consigné dans une série de publications les enseignemens d'une pratique qui, après celle de l'immortel huguenot, est assurément la plus remarquable par sa durée et par sa variete. Semblable à son modèle, il n'a pris la plume que pour raconler ce qn'il a vu, ce qn'il a fait; procédé littéraire qui, depuis longtemps, est tombé en désuétnde

M. Larrey a bien partagé sa carrière : l'action d'abord, puis la plnme; l'action depuis 1787, époque où il s'embarqua pour Terre-Neuve comme chirurgien-major de la marine royale, jusqu'à 1815, où il revint de captivité, à peine guéri de ses blessures de Waterloo. Et encore, la période qui s'étend de 1815 à 1840 n'a pas été pour lui repos et loisir; le volnme qui nous suggère ces lignes le fait voir assez. Mais il a su se défendre de l'intempérance littéraire qui entraîne tant d'esprits; il ne s'est assis, pour parler de son cabinet à la postérité, que lorsqu'il a pu s'adosser à une masse imposante de souvenirs et de données utiles. On peut reprocher à M. Larrey sa fidélité à quelques traditions de l'ancienne pratique chirurgicale, sa prédilection pour nn certain ordre de moyens dont il lui plait d'étendre l'emploi, un goût fort naturel ponr les procédés opératoires ou pour les appareils dont il a ennçu en premier lieu l'idée nn l'application; en poursuivant plus lo n une critique qui n'a rien d'essentiel, on trouvera qu'il s'attache, en medecine surtout, avec une conviction décidée, à certains points de vue théoriques, à certains modes de traitement, coutre lesquels les progrès récens de la science fournissent plus d'nn argument plausible; mais il est impossible de refuser à la somme de ses longs travaux une haute signification pratique; les onvrages sortis de sa plume se dénotent par des caractères qui manquent à la plnpart des élucubrations conntemporaines : une vue nette des faits sur tontes leurs faces, un discernement prompt de lenrs élémens pratique, une deduction saine par rapport à ta thérapeutique, et sur toute question qu'il aborde avec detail, la solution franche d'une immense experience. Quand on réfléchit à la grandeur so-

neux (1), pour la résorption. Mais, indépendamment de cette action générale et commune, il faut ici une action spéciale et déterminée; il faut un appareil particulier pour la formation, il faut un appareil particulier pour la résorption; et, je le répète, le premier de ces appareils a été à peine indiqué jusqu'ici, le second n'a pas même été soupçonné encore.

L'opinion de Duhamel sur le rôle que joue le périoste dans la formation des os, est connue de tout le monde. Selon Duhamel, l'os n'est que le périoste ossifié.

J'ai tâché d'établir, dit-il, que les os croissent en grosseur par la sur-addition des couches du périoste, lesquelles en s'ossifiant, forment l'épaississement des parois du canal médullaire (2).

Il dit ailleurs: « Le fait n'est pas douteux; sûrement les lames du périoste s'ossifient et contribuent (3) à l'augmentation de grosseur des os (4). »

Il dit encore: « Les os commencent par n'être que du périoste, car je regarde les cartilages comme un périoste fort épais (5). »

Il dit enfin: « Les os augmentent en grosseur par l'addition des lames très minces qui faisaient partie du périoste avant que d'être adhérentes aux os, avant que d'en avoir acquis la dureté (6). »

Parle-t-il du *cal?* voici comment il s'exprime: « J'ai fait voir, dit-il, que le *cal* n'est point, comme on le croyait, un épanchement de suc osseux, mais qu'on en est redevable à l'épaississement et à l'ossification de plusieurs lames de périoste qui forment une espèce de virole osseuse, laquelle assujettit les bouts d'os rompus; j'ai fait voir que ces lames du périoste qui étaient membraneuses, deviennent ensuite cartilagineuses, et qu'elles acquièrent enfin la dureté des os (7). »

« C'est le périoste, dit-il encore, qui, après avoir rempli la plaie des os, ou s'être épaissi autour de leurs fractures, prend ensuite la consistance du cartilage et acquiert enfin la dureté des os (8). »

Telle est donc l'opinion formelle de Duhamel, l'ossification n'est que la transformation du périoste en os.

J'ai répété toutes les expériences de Duhamel. J'ai vu comme lui, tantôt le périoste entourer les bouts fracturés de l'os, et, en s'ossifiant, former autour de ces bouts fracturés, une sorte de *virole osseuse*; tantôt pénétrer entre ces bouts fracturés, et en s'ossifiant encore, les unir l'un à l'autre par une sorte de continuité osseuse (1). J'ai vu, comme lui, le périoste s'épaissir, se tuméfier d'abord; puis les lames internes de ce périoste tuméfié se transformer en cartilage; et puis ces lames cartilagineuses se transformer en os.

Comment se fait-il donc qu'une opinion si nettement exprimée, et fondée sur des expériences si sûres, n'ait pas été généralement admise, ou plutôt, et à parler plus exactement, comment se fait-il que, à commencer par Haller, elle ait été combattue par presque tous les physiologistes?

Je n'hésite pas à le dire: c'est que ces physiologistes, pour juger l'opinion de Duhamel, se sont bornés à répéter ses expériences, et que ces expériences n'étaient pas à beaucoup près, les plus propres à résoudre la difficulté. Pour mon compte, j'avais déjà répété toutes les expériences de Duhamel, que la plupart de mes doutes subsistaient encore. Il fallait donc agrandir et varier le champ de l'expérience. Il fallait surtout se faire une idée plus juste du mode même des expériences qu'on employait.

Vous fracturez un os, et vous croyez avoir produit un fait simple. Mais vous n'avez pu rompre l'os sans rompre le périoste, et par conséquent les vaisseaux de ce périoste, et très souvent aussi les vaisseaux des parties voisines. De là effusion de lymphe, de sang; puis endurcissement de cette lymphe et de ce sang épanchés; et, en un mot, tout ce qui se rapporte au prétendu *cal provisoire*.

Le véritable *cal* est une portion d'os nouvelle. Et, comme on le verra bientôt, cette portion d'os nouvelle résulte de l'ossification d'une portion du périoste. Le prétendu *cal provisoire* est un fait étranger à la formation de l'os proprement dite. Le prétendu *cal provisoire* n'est que le résultat de la rupture des vaisseaux, soit du périoste, soit des parties voisines.

Pour démêler, pour saisir le vrai mécanisme de la formation du *cal*, ou, à parler plus généralement, de la formation des os, il fallait donc des expériences dans lesquelles on ne touchât ni au périoste, ni aux parties voisines, ni par conséquent aux vaisseaux de ce périoste et de ces parties. Je dis plus: il ne fallait pas même toucher à l'os, du moins à la face de l'os qui répond au périoste. Car, en effet, c'est entre cette face de l'os et le périoste que doivent se passer tous les phénomènes qu'on se propose d'observer.

Or, ce mode expérimental dans lequel on ne touche ni au périoste, ni à la face de l'os qui répond au périoste, ni, à plus forte raison, aux parties voisines, ce sont les expériences de Troja qui me l'ont fourni.

On connaît ces grandes et belles expériences. Troja sciait un os long en travers, un os des membres, par exemple; et puis, portant un stylet dans le canal médullaire de cet os, il en détruisait toute la membrane. Au bout de quelque temps, l'os dont la membrane médullaire avait été

(1) Surtout *veineux*, si l'on en juge du moins par les expériences les plus récentes sur l'absorption.

(2) CINQUIÈME MÉMOIRE SUR LES OS, p. 111. — MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, année 1743.

(3) *Contribuent*, parce qu'il suppose le concours de l'*extension*, laquelle, comme je l'ai prouvé, n'est qu'une supposition gratuite. Voyez COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, t. X, année 1840.

(4) Duhamel, QUATRIÈME MÉMOIRE SUR LES OS, p. 101. — MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, année 1743.

(5) SIXIÈME MÉMOIRE SUR LES OS, p. 315. — MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, année 1743.

(6) QUATRIÈME MÉMOIRE SUR LES OS, p. 88.

(7) TROISIÈME MÉMOIRE SUR LES OS, p. 355. — MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, année 1742.

(8) PREMIER MÉMOIRE SUR LES OS, p. 107. — MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, année 1741.

(1) J'ai quelquefois remarqué, dit Duhamel, que l'épaississement du périoste qui enveloppe les fractures se prolongeait pour remplir l'intervalle qui se trouve entre les bouts d'os rompus, précisément comme j'ai dit que le périoste s'allongeait pour remplir les petites plaies d'os; or, cette interposition est bien propre à rendre l'union de l'os plus exacte qu'elle ne le serait si les os n'étaient assujettis que par la virole osseuse. PREMIER MÉMOIRE SUR LES OS, p. 108. — MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, année 1741.

---

lennelle des théâtres où le baron Larrey a fonctionné avec une activité qui n'a pas été surpassée; quand on songe combien de fois les mêmes problèmes de clinique chirurgicale se sont reproduits sous le regard de sa persévérante attention; quand on repasse en idée la multitude et la variété des opérations qu'il a exécutées et qu'il a fait exécuter par ses nombreux élèves, il est impossible de ne pas s'enfoncer avec confiance dans les souvenirs d'une si colossale pratique, de ne point discuter avec une respectueuse réserve les opinions et les allures d'un pareil maître. Plus s'éloignera de nous cette mémorable époque de combats, de victoires, de désastres, pendant laquelle le génie de la guerre a converti l'Europe entière en un vaste théâtre de clinique chirurgicale, plus aussi grandira l'importance des travaux qui s'y rattachent et l'autorité des préceptes dictés pour ainsi dire du champ de bataille, comme les bulletins de l'Empereur. Jamais peut-être les faits ne se presseront plus aussi serrés, aussi variés, aussi frappans, dans le cadre d'une seule vie; jamais peut-être ne se reproduiront plus les situations et les épreuves où s'est trempé le mâle talent de quelques chirurgiens militaires de ce temps; tous n'ont point borné leur zèle aux œuvres d'ailleurs utiles d'un art mécanique et dépourvu d'induction scientifique; beaucoup ont travaillé de leur intelligence autant que de leurs mains; et ce qui s'est amassé en leur esprit de judicieux trésors d'observation, la pratique lente et monotone de nos jours de paix ne les en aurait pas dotés. C'est là, dans cette formidable chirurgie des camps que Sanson a commencé de se façonner à la sagacité du diagnostic, l'un des traits heureux de son talent; et son digne compagnon d'armes, M. Begin, nous [illegible] l'autre jour encore leurs communes explorations, leurs communes saillies de vives études au milieu des vingt-cinq ou trente mille blessés qui jonchaient la terre de Dresde. Celui qui, depuis l'Egypte jusqu'à Waterloo, a étanché les plaies du vainqueur et du vaincu, celui qui a personnifié trente ans en lui-même l'héroïsme de l'humanité, afin que nul genre de gloire ne manquât à la France en ces temps de magnifique exaltation de sa nationalité, M. Larrey, enfin, rallie autour de lui, dans le passé, la plupart des renommées qui se sont développées dans la chirurgie des armées; les générations d'élèves qu'il a mêlées à ses travaux ont laissé après elles plusieurs noms connus qui sont comme des rayons détachés de son auréole; ce n'est donc pas dans ses ouvrages seulement qu'il faut chercher les élémens d'une juste appréciation de cette grande existence; ces élémens gisent dans une période de près de cinquante années d'une activité non interrompue; si précieux qu'ils soient et si riches d'enseignemens, les ouvrages qu'il a publiés ne résument pas l'homme tout entier, pas plus que ceux que Dupuytren a laissés ne sont l'expression complète de cette autre individualité dont la chirurgie garde l'empreinte.

Le volume qui vient de paraître clôture la série des voyages et campagnes dont l'auteur a tracé la relation. Il contient en outre une nouvelle notice sur l'appareil inamovible, laquelle lui confirme ce qui ne lui est plus disputé, savoir: la propriété de l'idée de cette méthode de traitement, méthode qu'il généralise d'ailleurs pour les plaies aussi bien que pour les fractures, et qui, dans la chirurgie des armées, répond aux besoins impérieux des circonstances exceptionnelles. On retrouve aussi dans ce volume les remarques lues par l'auteur à l'Institut sur la constitution physique des Arabes. Ces remarques acquièrent un intérêt tout particulier par les établissemens que la France a formés depuis dix ans en Afrique; leur justesse a été confirmée par les observations recueillies des officiers de santé

détruite, tombait en nécrose; et, tout autour de cet os nécrosé, il se formait un os nouveau.

Or, dans cette expérience, n'est-il pas évident qu'on ne touche qu'à la membrane médullaire et à la face interne de l'os? On ne touche ni à la face externe de l'os ni au périoste, c'est-à-dire à aucune des parties entre lesquelles doit se passer le phénomène qu'il s'agit d'observer.

Ce sont des expériences faites à la manière de celles de Troja qui m'ont permis enfin de juger, et, si je ne me trompe, de confirmer la théorie de Duhamel. Mais ces expériences ne s'en sont pas tenues là. Tout en me donnant, dans le périoste externe, l'appareil de la formation des os, elles m'ont donné, dans la membrane médullaire ou périoste interne, l'appareil de leur résorption.

Il y a donc, dans les os, un appareil de formation, et c'est le périoste externe; il y a un appareil de résorption, et c'est la membrane médullaire ou le périoste interne; et ces deux propositions sont démontrées, je crois, jusqu'à la dernière évidence par les pièces que je mets sous les yeux de l'Académie.

La pièce n. 1 est la moitié d'un radius de bouc, scié en long.

Ce radius est un os entièrement nouveau; et, dans cet os nouveau, se trouve enfermé de toute part un os ancien, un os nécrosé, un os dont la membrane médullaire avait été détruite.

Voici comment l'expérience qui m'a fourni ce résultat, résultat beaucoup plus complet qu'aucun de ceux obtenus par Troja lui-même, a été conduite. Troja (1), et tous ceux qui ont répété ses expériences, nommément Alexandre Macdonald (2), le plus habile de tous, Troja, dis-je, et tous ceux qui sont venus après lui, commençaient par scier en travers l'os dont ils voulaient détruire la membrane médullaire, c'est-à-dire qu'ils commençaient par pratiquer l'amputation du membre. Il n'y avait donc qu'une portion d'os qui fût conservée, qui fût soumise à l'expérience, et qui par conséquent pût se reproduire. Le reste de l'os et du membre était perdu.

J'ai voulu, dans mon expérience, conserver l'os entier. Je me suis donc borné à pratiquer un trou sur le radius; et puis, portant un stylet, par ce trou, dans le canal médullaire, j'en ai détruit toute la membrane. Ainsi, tout l'os a été conservé, et tout l'os a pu se reproduire.

C'est en effet ce qui a eu lieu. Le radius, conservé tout entier, s'est reproduit tout entier.

Et ce n'est pas tout. Tout comme il s'est formé un os entièrement nouveau, il s'est formé aussi une membrane médullaire entièrement nouvelle.

Quant à l'os ancien, il est enfermé de toute part, comme je viens de le dire, dans l'os nouveau; mais il y est mobile, mais il en est séparé partout par la nouvelle membrane médullaire, et déjà même il est en partie résorbé, en partie détruit par elle; car c'est elle qui, comme on le verra bientôt, constitue l'organe particulier de la résorption des os.

Le radius que je décris ici, examiné de dehors en dedans, et sur la coupe, offre donc, d'abord le périoste, puis l'os nouveau, puis la membrane médullaire nouvelle, puis l'os ancien, et, dans l'os ancien, les débris de la membrane médullaire ancienne, de la membrane médullaire qui a été détruite.

Lors donc qu'on détruit la membrane médullaire d'un os entier, cet os entier meurt, et il se forme tout autour de cet os mort un os nouveau qui l'embrasse de toutes parts.

De plus, l'os nouveau est absolument semblable à l'os ancien; il en reproduit la forme, la structure, et jusqu'aux plus petits détails de forme et de structure (1).

Enfin, il se forme une nouvelle membrane médullaire, tout comme il s'est formé un os nouveau; et l'os ancien, contenu dans l'os nouveau, est peu à peu détruit et résorbé par cette membrane.

La pièce n. 2 est la seconde moitié du radius que je décris; mais on a ôté de cette moitié l'os ancien, l'os nécrosé, l'os qui formait séquestre. Il ne reste donc plus ici que la nouvelle membrane médullaire et l'os nouveau.

Enfin, la pièce n. 3 est ce même os ancien et nécrosé, ôté, comme je viens de le dire, de la seconde moitié du radius nouveau.

Cet os ancien est vu ici par sa face externe. Or, on remarquera d'abord que cette face externe est toute usée, toute corrodée; et l'on remarquera ensuite que le corps seul de l'os subsiste. Les deux extrémités, tant la supérieure que l'inférieure, ont déjà disparu, détruites et résorbées par la membrane médullaire.

La pièce n. 4 est la moitié d'un radius de cochon, scié en long.

L'animal avait été opéré de la même manière que le précédent; mais il a survécu beaucoup moins longtemps à l'expérience. Aussi, d'une part, l'os nouveau n'est-il pas encore entièrement formé; et, de l'autre, la résorption de l'os ancien est-elle beaucoup moins avancée.

On voit, dans l'intérieur de la pièce n. 4, l'os ancien et nécrosé, l'os dont la membrane médullaire a été détruite.

Autour de cet os ancien est une membrane épaisse, laquelle est la membrane médullaire nouvelle; et, entre cette membrane médullaire nouvelle et le périoste, également très épais, se forme l'os nouveau dont l'ossification n'est encore complète que sur quelques points.

La pièce n. 5 est la seconde moitié de ce même radius, dont on a ôté l'os ancien, l'os nécrosé et qui formait séquestre.

Tout, dans la pièce que j'examine en ce moment, est à remarquer.

Dans les points où le nouvel os est déjà formé, cet os nouveau se trouve placé entre le périoste et la nouvelle membrane médullaire. Dans les points où il ne paraît pas encore, ces deux membranes, la membrane médullaire nouvelle et le périoste, sont unies l'une à l'autre, et semblent n'en faire qu'une; et cette membrane, qui paraît unique, est partout très facilement divisible en plusieurs lames ou feuillets distincts.

Enfin, et ceci est plus remarquable encore, à la face interne de la membrane médullaire nouvelle, se voit un tissu d'un aspect singulier, ou

(1) DE NOVORUM OSSIUM, IN INTEGRIS AUT MAXIMIS, OB MORBOS, DEPERDITIONIBUS, REGENERATIONE EXPERIMENTA; 1775.

(2) DISPUTATIO INAUGURALIS DE NECROSI AC CALLO; 1799.

(1) Le radius que j'examine, comparé au radius de l'autre jambe du même animal, s'est trouvé seulement plus gros. C'est qu'il contenait l'os ancien sur lequel il s'était formé.

---

qui y sont attachés à nos troupes; elles témoignent aussi que le chirurgien en chef de l'armée d'Egypte a su agrandir de bonne heure l'horizon de ses recherches bien au-delà des limites du service pratique, et qu'il a porté autour de lui, là comme ailleurs, le regard scrutateur du philosophe. De là, dans les volumes qu'il a écrits, une foule de remarques en dehors du cercle sévère de l'art, une foule d'indications hygiéniques, de réflexions philosophiques, de considérations relatives aux mœurs, aux localités, aux évènemens; il en résulte que l'écrivain, toujours en scène, se livre au lecteur avec la franchise de son naturel et la candeur de ses impressions, ce qui n'est point la seule ressemblance aisée à reconnaître entre les écrits de M. Larrey et ceux des anciens.

Les campagnes et voyages, racontés dans la première partie du volume, sont compris entre deux grandes calamités, la bataille de Waterloo et l'épidémie cholérique qui a ravagé il y a six ans le midi de la France. Dans l'intervalle de ces deux évènemens néfastes, dont l'un clôture ses campagnes, et l'autre ses migrations en temps de paix, l'auteur a visité l'Irlande, l'Écosse, l'Angleterre, plus tard les Pyrénées, où il retrouve, dans un pieux pèlerinage au village natal, le prêtre nonagénaire qui fut son premier maître; car, comme Broussais, M. Larrey a été enfant de chœur; puis il se dirige vers l'Italie, qu'il a parcourue avec nos armées victorieuses, vers Rome, où l'auguste mère de Napoléon, privée de la vue, reconnaît sa voix et salue, avec une tendresse admirable, l'un des légataires de Ste-Hélène; partout il s'informe avec une active curiosité de la dispensation publique des secours sanitaires; hôpitaux, hospices, écoles médicales, amphithéâtres, collections, il veut tout voir, tout apprécier; en Angleterre, surtout, ses investigations s'étendent à tous les détails d'organisation du service et de l'enseignement médico-chirurgical; les établissemens qui s'y rattachent secondairement, et jusqu'aux simples fondations de charité, sont l'objet de son attention spéciale; aussi, à son retour en France, adresse-t-il au ministre de la guerre un rapport sur les casernes et les hôpitaux de l'Angleterre. Les indications que donne M. le baron Larrey peuvent servir utilement de guide à ceux qui projettent une exploration médicale en Angleterre: rendons hommage avec lui à nos confrères d'outre Manche pour l'accueil aussi distingué que senti dont M. Larrey a été l'objet dans toutes les cités, dans tous les établissemens consacrés à l'art; présent à leurs visites dans les hôpitaux, il a été reçu partout comme un maître; ils ont interrogé respectueusement son expérience, réclamé ses conseils, honoré en lui l'un des héros glorieux de notre Iliade impériale; grande leçon pour nous-mêmes, qui n'avons de justice que pour les morts. La verve caustique de l'esprit français nuit beaucoup à l'appréciation publique dans notre pays; il nous coûte de laisser durer les renommées qui se sont édifiées sous notre regard; et comme nos pères ont mutilé, dans un jour de puérile fureur, les statues des saints et les dentelures des ogives de nos cathédrales, ainsi notre sarcasme ou notre ingratitude s'attaque aux gloires contemporaines et les diminue, au grand mécontentement de la postérité.

Revenu de l'Angleterre, M. Larrey part pour la Belgique, où il est chargé d'organiser les ambulances de l'armée belge, d'inspecter les hôpitaux du camp de Diest et ceux des places voisines des frontières de la Hollande. Cette mission, à laquelle il est convié par le roi Léopold, est un hommage rendu à sa vieille expérience; une tabatière au chiffre royal est la récompense qu'il emporte de la Belgique. Un banquier vient d'être fait commandeur de l'ordre de Léopold pour avoir

plutôt une surface toute parsemée de petits mamelons et de petits creux. C'est par cette surface, tour à tour creuse et mamelonnée, que la membrane médullaire nouvelle agit sur l'os ancien, le saisit, le ronge, et finit par le résorber.

Et ce que je dis ici est démontré aux yeux par la pièce n. 6.

Cette pièce n. 6 est l'os ancien, retiré de la pièce même que je viens de décrire.

Or cet os ancien, vu par sa face externe, est tout usé, tout corrodé; et, ce qui paraîtra sans doute plus décisif encore, c'est que partout l'érosion de l'os répond aux points de la nouvelle membrane médullaire à surface tour à tour creuse et mamelonnée; c'est que partout, à chaque creux de l'os répond un mamelon de la membrane médullaire, et à chaque creux de la membrane médullaire une saillie de l'os.

Les pièces que je viens de faire passer sous les yeux de l'Académie montrent :

1° Que la destruction de la membrane médullaire d'un os est suivie, d'abord, de la mort de cet os, et ensuite de la formation d'une membrane médullaire nouvelle et d'un os nouveau;

2° Que l'os nouveau se forme entre la membrane médullaire nouvelle et le périoste;

3° Que cette membrane médullaire nouvelle et ce périoste ne forment d'abord qu'une seule et même membrane, très épaisse, et divisible en plusieurs feuillets;

4° Que la membrane médullaire nouvelle, d'abord unie au périoste, s'en sépare peu à peu, et par l'interposition même de l'os nouveau, lequel, comme il vient d'être dit, se forme entre ces deux membranes;

5° Que le tissu de la membrane médullaire nouvelle, d'abord très épais, très dense, comme on le voit dans les pièces n. 4 et 5, et fort semblable au tissu fibreux du périoste, alors très épais aussi, prend peu à peu une texture plus délicate, plus fine, se creuse de cavités, de mailles, se remplit de sucs, et présente enfin une membrane médullaire nouvelle, tout aussi régulière, tout aussi parfaite que la primitive (1), comme on le voit dans les pièces n. 1 et 2;

Et 6° que la face interne de la membrane médullaire nouvelle, tour à tour creuse et mamelonnée, dissout et ronge peu à peu l'os ancien et finit par le résorber.

La membrane médullaire des os est donc l'appareil de leur résorption.

Tels sont les faits qui résultent des pièces que je viens de présenter à l'Académie. Les pièces qui suivent jettent un jour nouveau sur ces premiers faits; car elles en donnent la succession, la marche, et, si je puis ainsi dire, la génération complète.

Mais je commence par avertir que les expériences auxquelles ces nouvelles pièces sont dues ont toutes été faites à la manière de Troja et de Macdonald, c'est-à-dire qu'on a commencé, sur chaque animal soumis à l'expérience, par pratiquer l'amputation du membre. Après cela, un stylet a été porté dans le canal médullaire de l'os scié en travers, et la membrane médullaire a été détruite.

(1) Et même la structure propre en paraît plus marquée. La nouvelle membrane médullaire, dans les points où elle est entièrement formée, présente tout à fait, par son tissu délicat et *raréfié*, l'aspect de la moelle de *sureau*.

Quatre lapins ont été opérés de la manière que je viens de dire.

De ces quatre lapins, le premier a été tué 72 heures, le deuxième 96 heures, le troisième 7 jours et le quatrième 8 jours après l'opération.

La pièce n° 7 est le tibia du premier lapin, du lapin qui n'a survécu que 72 heures à l'opération.

Je viens de le dire, et il sera inutile de le répéter pour les pièces suivantes, ce tibia avait été scié en travers, et la membrane médullaire en avait été totalement détruite.

Sur la pièce que j'examine, le périoste a été fendu longitudinalement, et détaché ensuite de l'os par la dissection.

Or, sur la face externe et vers le bout inférieur de l'os mis à nu se voit une petite couche blanche, de consistance cartilagineuse. Cette couche cartilagineuse, déjà même ossifiée sur quelques points, est le commencement du tibia nouveau.

Mais ce qu'il importe surtout de remarquer ici, c'est que cette couche cartilagineuse, germe d'un os nouveau, se continue avec le périoste, devenu très épais, qu'elle en émane et qu'elle le suit, on ne s'en détache qu'avec déchirure, quand on fait effort pour l'en séparer.

Dans la pièce n° 8, le fait que j'indique en ce moment se montre avec plus d'évidence encore. Cette pièce est le tibia du lapin qui a survécu 96 heures à l'expérience.

D'abord la couche cartilagineuse a beaucoup plus d'étendue; elle recouvre l'os entier; et, en second lieu, elle se continue de la manière la plus manifeste avec le périoste.

Ainsi donc, lorsque la membrane médullaire d'un os a été détruite :

1° Le périoste, auquel pourtant il n'a point été touché, s'épaissit et se gonfle;

2° Il se forme sur la face externe de l'os ancien une couche cartilagineuse;

3° Cette couche cartilagineuse émane du périoste, et ne peut en être détachée que par déchirure;

Et 4° cette couche cartilagineuse est le premier germe de l'os nouveau.

Ainsi donc, l'os se forme dans le cartilage; le cartilage est formé par le périoste; l'ossification n'est donc que la transformation du périoste en os.

La pièce n° 9 est le tibia du lapin, qui a survécu sept jours à l'opération.

Une portion d'os nouveau est déjà formée vers le bout inférieur de l'os ancien; et ce n'est pas seulement un os nouveau qui reparaît en ce point, c'est aussi une membrane médullaire nouvelle, qui déjà existe, qui déjà a pris sa place, et qui déjà, partout où l'os nouveau est complètement formé, le sépare complètement de l'os ancien.

Enfin, la pièce n° 10, c'est-à-dire le tibia du lapin qui a survécu huit jours à l'opération, offre un os nouveau entièrement formé, et, dans cet os nouveau, une membrane médullaire nouvelle, et, dans cette nouvelle membrane médullaire, l'os ancien, déjà presque (1) partout séparé par elle de l'os nouveau.

(1) Je dis *presque*, parce que, sur cette pièce, la membrane médullaire n'est pas encore, en effet, complètement formée.

---

négocié un emprunt avec bons profits. Heureuse chirurgie! la tabatière devrait figurer avec le caducée dans ton symbole mythologique!

Le volume dont nous signalons rapidement le contenu se termine d'une manière aussi intéressante que difficile à imiter pour ceux qui écriront après M. Larrey l'histoire de leurs exploits chirurgicaux : c'est une galerie par ordre alphabétique de tous les officiers généraux à qui l'auteur a donné des soins sur le champ de bataille ou ailleurs; la galerie est longue, elle n'occupe pas moins de 200 pages; que voulez-vous? Elle commence en Egypte et se prolonge jusqu'à nos jours; et puis, comme M. Larrey s'est trouvé partout, il les a presque tous vus et connus, ces généraux, que l'empereur faisait sortir du sol en le frappant du pied. Ici Nay, Rapp, Augereau, Albuféra, Berthier, Bessières, Cafarelli, Andréossy, Macdonald; ici encore Davoust, Daumesnil, Kléber, Jourdan et tant d'autres, qui avez eu tous, un jour au moins, à remercier Larrey! Ils sont plus de cent qui ont comparu devant lui, l'un pour être pansé, l'autre pour être opéré, qui une balle au flanc, qui un coup de sabre sur le crâne; celui-ci une artère ouverte, celui-là une fracture avec esquilles. Le généreux maître en l'art de conserver à la patrie ses héros ne s'est pas plus lassé de les sauver qu'ils ne se sont lassés, eux, de se faire tuer. Voyez un peu comme il débute en Egypte dans cette clinique périlleuse des champs de bataille, où il finira, hélas! par se confondre avec les blessés, blessé lui-même dans la journée de Waterloo, où le sang que l'on perdait par une noble plaie devait soulager le cœur... Sur la batterie de brèche de St-Jean-d'Acre, il lia la carotide droite au jeune Arrighi, depuis duc de Padoue; puis, c'est le général Alméras, frappé par une balle au bassin, à la bataille des Pyramydes; puis c'est Eugène Beauharnais, dont un projectile laboure la tempe droite au septième assaut de Saint-Jean-d'Acre; Bertrand aussi blessé à la tête à la première bataille d'Aboukir; Lafont-Blaniac atteint à la poitrine, Colbert, Coutel, Cafarelli, Damas, Andressy, etc. Il est là pour environner de soins tous ces guerriers, qui ont compté sur lui; Corbineau, Daumesnil, Laferrière, Latour-Maubourg, glorieux amputés de M. Larrey et sauvés par lui, le colonel de la garde Robsomen, amputé d'un bras et d'une jambe avec le même succès, et Murat, et Jourdan, et Moncey, et Lannes, et Lejeune, et Morand, comment détailler ici les particularités devenues historiques de cette clientèle illustre de tous les champs de bataille. Combien donc a-t-il opéré de soldats, d'officiers obscurs, lui qui, l'instrument à la main, n'avait de préférences que pour les plus grièvement blessés! singulière fortune, qui a introduit le nom de Larrey dans la biographie de ce que la république et l'empire ont eu de plus brave et de plus éminent à la guerre : fortune plus digne encore d'envie, qui lui a permis de multiplier les bienfaits de l'art presqu'autant que la guerre multipliait le ravage! Et pour que cette partie de la vie de l'auteur fût complète, l'ingratitude a été immense comme le dévouement. Tel noble duc de fabrique impériale oublie dans les jouissances du monde la main qui arrêta le flot de son sang, s'échappant par la plaie béante d'une large artère; tel général, sauvé par lui il y a trente ans, s'exerce depuis trente ans à la reconnaissance, sans réussir à l'apprendre! Il semble que l'empereur ait eu le pressentiment de tant d'ingratitudes, et qu'il ait décerné dans son testament l'immortalité au nom de Larrey, en guise de compensation.

On le voit donc, un rapport constant lie la production d'une nouvelle membrane médullaire à la production d'un nouvel os. A mesure qu'il se forme un os nouveau il se forme une nouvelle membrane. Mais d'où provient cette membrane médullaire nouvelle ?

Elle provient du périoste. On a vu, dans les pièces n° 4 et 5, la membrane médullaire nouvelle tenir au périoste. On voit ici, dans les pièces n° 9 et 10, le périoste, parvenu au bout inférieur de l'os, au bout scié, se replier et se porter entre les deux os, l'ancien et le nouveau, pour y former la membrane médullaire. Et cette continuité de la membrane médullaire et du périoste se voit encore mieux dans la pièce n° 11.

On a détaché sur cette pièce le périoste et la membrane médullaire dans une certaine étendue; et, dans toute cette étendue, on voit ces deux membranes se continuer l'une avec l'autre de la manière la plus complète.

Le périoste ne forme donc pas seulement l'os nouveau; il forme, quoique par un mécanisme très différent et particulier pour chaque genre de formation, et l'os nouveau et la membrane médullaire nouvelle.

La pièce n° 12 est une portion de radius de bœuf. Sur cette portion d'os, le périoste avait été entièrement détruit, et il s'y était entièrement reproduit.

On voit sur cette pièce une lame d'os qui se continue avec une lame de périoste. Une même lame est ainsi os sur un point et périoste sur l'autre.

La pièce n° 13 est une portion du tibia d'un lapin, portion d'os sur laquelle il avait été pratiqué un trou.

On voit sur cette pièce, d'un côté, le trou de l'os, qui subsiste encore, et, de l'autre, un prolongement du périoste, qui pénétrait dans ce trou, et qui, en s'ossifiant, l'aurait rempli.

Il ne me reste plus qu'à examiner deux pièces. Ces deux pièces, marquées des n° 14 et 15, sont les deux moitiés du tibia d'un canard.

Sur les animaux de mes premières expériences, c'est la membrane médullaire qui avait été détruite et le périoste qui était resté intact. Aussi, l'os qui s'était formé s'était-il formé du côté du périoste et à l'extérieur de l'os ancien.

Sur le canard dont je parle en ce moment j'ai fait une expérience inverse. La membrane médullaire a été respectée, et tout le périoste a été détruit. Aussi l'os nouveau s'est-il formé du côté de la membrane médullaire et dans l'intérieur de l'os ancien.

Les deux pièces, n° 14 et 15, montrent d'abord le périoste, qui s'est entièrement reproduit et ensuite l'os nouveau contenu dans l'os ancien.

Lorsque le périoste externe a été détruit, la membrane médullaire, ou *périoste interne*, partage donc le privilége du *périoste externe*, et le remplace jusqu'à un certain point pour la reproduction et la formation des os.

Je tire des expériences contenues dans ce mémoire ces trois conclusions générales :

1° Il y a dans les os un appareil de formation, et cet appareil est le périoste;

2° Il y a un appareil de résorption, et cet appareil est la membrane médullaire;

3° La membrane médullaire, ou périoste interne, n'est qu'une continuation du périoste externe.

Je n'ai traité dans ce mémoire que du mécanisme général de la formation des os; je traiterai dans un autre du mécanisme particulier de la formation du *cal*.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

(SUITE.)

DES MALADIES SYPHILITIQUES DU POUMON; par le docteur MUNCK.

Les écrivains du dernier siècle admettaient généralement que l'affection syphilitique exerce une certaine influence sur l'état physiologique du poumon, et même y détermine, dans quelques cas, un état pathologique spécial. Morton, Sauvage, Portal ont admis une phthisie syphilitique; Hoffmann, Morgagni, Todd, Schwartz, Mezza, Saucerotte et plusieurs autres, ont rapporté des cas de ce genre, et la plupart sous le nom de phthisie syphilitique; mais depuis que la signification du mot phthisie a été bornée à l'affection tuberculeuse, on a cessé de parler de la phthisie vénérienne. Quelques modernes cependant ont conservé le souvenir des anciennes traditions sur ce sujet, et parmi eux l'auteur cite le professeur Shroeder, Vander Kolk, d'Utrecht, et les docteurs Graves et Stockes, de Dublin; mais ce n'est plus sous le nom de phthisie que ces cas doivent être désignés; car rien ne démontre que la syphilis puisse déterminer la formation des tubercules; mais l'auteur pense que l'inflammation spécifique, déterminée par le virus, peut frapper la muqueuse bronchique et le parenchyme pulmonaire, ou, en d'autres termes, se manifester sous les formes variées de la bronchite, de la pneumonie et de la broncho-pneumonie. Le docteur Graves, qui s'est surtout occupé des formes chroniques de ces affections, dit qu'il lui serait difficile de désigner celui des tissus du poumon qui en est le plus fréquemment affecté; car, bien que la muqueuse bronchique en souffre souvent, il est probable que le virus vénérien, peut, à la manière des autres effluves, animaux, par exemple, la rougeole et la scarlatine, amener aussi quelquefois la pneumonie.

Le docteur Stokes, qui a décrit spécialement la forme aiguë de ces affections, compare cette dernière à la bronchite qu'on observe pendant la durée des exanthèmes, tandis que la forme chronique, lorsque la périostite du thorax vient se joindre au marasme syphilitique, offre une grande ressemblance à la vraie phthisie pulmonaire. La forme aiguë s'observe souvent à la suite d'une infection, à la suite de laquelle, après un temps plus ou moins long, le malade est pris d'une fièvre continue, et présente tous les symptômes d'une irritation bronchique intense. Au bout de quelques jours, une abondante éruption d'un rouge brun apparaît sur la peau, et l'affection interne disparaît complètement, ou au moins éprouve une diminution considérable. Le docteur Byrne, médecin de l'hôpital Loch (hospice des vénériens de Londres), dit avoir vu fréquemment des malades qui, après avoir eu une première affection vénérienne, et entrant à l'hôpital soit pour une nouvelle infection, soit pour une simple gonorrhée, y étaient pris d'une bronchite intense avec fièvre. L'invasion est subite et les accidens sont si intenses qu'on est le plus souvent obligé de pratiquer une saignée, à la suite de laquelle apparaît une éruption abondante, offrant à la fois les caractères du lichen et des affections squammeuses, en même temps que la poitrine éprouve un calme complet. Le même médecin a observé des faits entièrement opposés, c'est-à-dire qu'il a vu des accidens bronchiques graves et la fièvre continue succéder à la disparition d'une éruption syphilitique. Une saignée et quelques diaphorétiques calmaient tous ces accidens en ramenant l'éruption cutanée.

La bronchite vénérienne chronique peut, comme tous les autres phénomènes secondaires, se montrer à des distances bien différentes de l'infection primitive, et l'auteur affirme ne rien pouvoir nous apprendre de positif sur l'époque à laquelle elle se développe dans l'ordre des autres phénomènes secondaires, sinon qu'elle le fait plutôt à une époque avancée ; il l'a vue quelquefois précéder le mal de gorge, mais le plus souvent elle ne vient qu'après, et comme si le mal gagnait le larynx, puis la trachée, et enfin les bronches.

Dans les premiers temps, les phénomènes sont presque les mêmes que ceux du catarrhe simple; cependant la voix reste plus altérée; il y a dans le larynx un sentiment d'irritation et de sécheresse continuelles, avec une toux fréquente, sèche, fatigante; puis l'irritation et la sécheresse descendent dans la poitrine, et il y a un sentiment de constriction douloureux derrière le sternum; le plus souvent, l'irritation du larynx persiste et détermine une toux brève, fatigante, accompagnée quelquefois de catarrhe muqueux, symptômes qui ont souvent fait croire à l'existence d'une phthisie tuberculeuse et occasioné une erreur fâcheuse dans le diagnostic. Quand la maladie a duré quelque temps, la sécrétion muqueuse fournie par le larynx et les bronches ne tarde pas à présenter les caractères du pus, puis la fièvre hectique s'empare du malade, si déjà elle n'existait pas auparavant.

L'auteur ne fournit aucun document qui lui soit propre sur les altérations que présentent les poumons des sujets qui succombent à ces accidens; il rapporte ceux qui lui ont été communiqués par le docteur Sadowski, de Prague, et qui paraît avoir observé dans les cas de bronchite syphilitique l'ulcération de la muqueuse des bronches. Ces ulcérations ont très peu d'étendue, sont extrêmement nombreuses et couvrent toute la muqueuse, même celle des petites bronches. Le docteur Munck ne cite qu'un seul cas où il ait observé ces ulcérations de la muqueuse bronchique, et qui étaient si nombreuses qu'elles semblaient n'en faire qu'une seule, qui pénétrait jusque dans les plus petites bronches. Très nombreuses dans le larynx et dans les bronches, ces ulcérations avaient laissé la trachée seule intacte. Le sujet était un jeune homme qui, à l'âge de 19 ans, avait contracté, en voyageant, une affection vénérienne, qu'il avait cherché à cacher pendant longtemps. Au bout d'un an de traitement incom-

plet et fort irrégulier, il fut pris de mal de gorge avec éruption cuivrée sur la peau, douleur nocturne, puis une toux continuelle, des crachats purulens, et enfin un amaigrissement et un affaiblissement qui se terminèrent par la mort, deux ans après l'infection. Il cite encore un autre cas des *acta medicorum berolinensium*, pour passer à l'étude de la pneumonie syphilitique, qui lui a paru plus grave que la bronchite de même espèce; elle ne diffère selon lui de la pneumonie simple que par l'historique des cas et par la fréquence des abcès pulmonaires dans le tissu du poumon. Mais ce dernier caractère a besoin d'être confirmé par de nouvelles recherches.

Quant au traitement à employer dans ces cas, M. Munck se borne à conseiller l'emploi du mercure, et surtout celui de l'iode, dont les préparations ont obtenu dans le traitement de la syphilis constitutionnelle un si grand succès entre les mains des médecins anglais; il associe ordinairement la salsepareille à ces deux médications, et assure en avoir retiré les effets les plus avantageux.

TABLEAU STATISTIQUE DES AMPUTATIONS FAITES A L'HÔPITAL DE NORTHERN, A LIVERPOOL, DE MARS 1834 A MARS 1841; par M. EDWARD PARKER.

Ce tableau porte sur 73 cas de maladies spontanées et de lésions traumatiques.

Sur ce nombre total, 20 amputés ont succombé. Mais, en décomposant ce résultat général, nous trouvons que:

Sur 37 amputations de jambe, 28 ont été faites pour des lésions traumatiques; sur ce nombre, 8 sujets ont succombé : 9 pour des maladies spontanées; 3 morts.

Sur 20 amputations de cuisse, 8 pour lésions traumatiques, 2 morts; 12 pour maladies spontanées, 2 morts.

Les 9 amputations de l'avant-bras ont toutes été faites pour lésions traumatiques; 3 morts.

Sur 7 amputations du bras, 4 pour lésions traumatiques, 1 mort; 3 pour maladies spontanées, 1 mort.

En résumé, la mortalité des amputations du membre inférieur a été de 15 sur 57, ou de 1 sur 3 4/5.

Celle des amputations du membre supérieur a été de 5 sur 16, ou de 1 sur 3 1/5.

Dans les amputations faites pour lésions traumatiques, on a perdu 14 malades sur 49, ou 1 sur 3 1/2.

Dans celles qui ont lieu pour des maladies spontanées, on en a perdu 4 sur 24, ou 1 sur 4.

Enfin les amputations primitives ont fourni 8 morts sur 40, ou 1 sur 5, et les consécutives 6 morts sur 9, ou 1 sur 1 1/2.

Remarquons que tous ces résultats confirment les principes depuis longtemps admis dans la science, à part la mortalité plus considérable dans les amputations du membre supérieur, qui n'est ici qu'une circonstance accidentelle.

OBSERVATION D'UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM, TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR L'ÉLECTRICITÉ; par le docteur ERICHSNE.

Le sujet de cette observation est une femme qui avait pris environ une once de laudanum pour mettre un terme à son existence. Après qu'on l'eut fait vomir, on la transporta à l'hôpital, où elle offrit, quatre heures après qu'elle eut pris le poison, une insensibilité complète, qui persista malgré l'administration de fortes doses de café, mêlé avec de l'eau-de-vie et de l'ammoniaque, et malgré les affusions faites sur la face et toute la tête, avec de l'eau froide. Au bout de trois nouvelles heures, l'état de torpeur de la malade semblait plutôt augmenter que diminuer; on eut recours à l'emploi d'un fort appareil électo-magnétique, dont un des poles fut placé sur le front de la malade et l'autre sur la partie supérieure de l'épine dorsale. Au bout de quelques chocs, elle commença à sortir de son état de coma, voulut éloigner les fils conducteurs, et, après une demi heure, avait complètement recouvré la connaissance, et ne la perdit plus. La malade éprouva ensuite divers accidens du côté du système nerveux ou de l'appareil digestif, suites ordinaires de l'empoisonnement par l'opium; mais elle guérit complètement, et sortit de l'hôpital bien portante.

Suivant l'auteur, un autre cas, tout à fait semblable, a été observé tout récemment dans le même hôpital (du Collége de l'Université), et où l'emploi du même moyen, après qu'on avait eu vain essayé toutes les autres médications, fut suivi du même succès.

OBSERVATION D'UN CAS DE PNEUMONIE AVEC SÉCRÉTION D'AIR DANS LA CAVITÉ DE LA PLÈVRE; GUÉRISON; par le docteur DURRANT.

Déjà les docteurs Graves et Stokes, de Dublin, ont publié quelques cas dans lesquels la pneumonie était compliquée de pneumo-thorax, et dans lesquels on n'avait aucune raison de soupçonner qu'il se fût établi de communication entre les bronches et la cavité pleurale. Cependant, comme les sujets de ces observations ont guéri, on n'a pas pu constater si réellement cette communication n'existait pas par l'effet de quelque tubercule isolé et qui se serait ouvert dans cette cavité, ou de quelque rupture accidentelle. Quoi qu'il en soit de ces faits, qui ont été rapportés par les médecins anglais avec peu de développemens, en voici un nouveau qui viendrait les confirmer.

OBS. — L. D., âgé de 34 ans, tempérament lymphatique, est pris, après s'être exposé au froid, d'un frisson qui est suivi de tous les symptômes ordinaires d'une pneumonie aiguë du lobe inférieur du poumon gauche. A l'examen, on trouve les phénomènes généraux et ceux de l'auscultation très tranchés. Déjà la pneumonie était passée à l'état d'hépatisation sur un point autour duquel l'existence de la crépitation indiquait que la maladie continuait à faire des progrès. On avait employé deux saignées du bras, une application de sangsues, l'émétique à haute dose, et, enfin, les vésicatoires. Ces moyens avaient dissipé promptement les symptômes les plus aigus; déjà on entendait la respiration de retour dans la partie du poumon malade, quand, à la suite d'un léger excès dans le régime ou de quelque autre cause, la maladie reparut avec une aggravation notable de tous les symptômes.

La dyspnée était urgente; le pouls, petit, donnait 96; la toux fréquente et déchirante; l'expectoration peu abondante, d'un vert jaunâtre, d'une odeur fétide et muco purulente. La douleur était continue et ne permettait pas au malade de se coucher sur le côté affecté. A la percussion, on trouvait une sonorité tympanitique entre les cinquième et septième côtes du côté gauche, où l'on ne trouvait aucune trace du bruit respiratoire, tandis qu'on le retrouvait sur le reste du poumon, avec quelques bulles de râle muqueux. Sur la partie malade, en avant et en arrière, on entendait une bronchophonie distincte approchant beaucoup de la pectoriloquie. Pendant un jour, on entendit avec chaque battement du cœur un bruit de soufflet peu fort, et qui cessait d'être perceptible à peu de distance du cœur.

Le malade fut de nouveau soumis au traitement par l'antimoine, qui amena une légère amélioration dans quelques symptômes; mais la toux, la douleur de côté et la fétidité de l'haleine continuèrent encore; le pouls, de 90 à 100, était petit et irritable. La lésion locale était restée au même degré, et au-dessous de l'angle de l'omoplate gauche, on entendait une égophonie imparfaite.

On eut recours de nouveau à une application de sangsues, suivie d'un vésicatoire, puis à un traitement mercuriel combiné avec la digitale, la poudre de Dover et l'iodure de potassium. Le mercure eut bientôt réagi sur l'économie et détermina en peu de temps l'ulcération des gencives, une éruption cuivreuse sur les jambes et la salivation. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes diminuèrent graduellement, l'égophonie passant à la bronchophonie, et le bruit vésiculaire normal revenant graduellement dans la partie du poumon qui avait été malade. Le malade a fini par guérir complètement, bien qu'avec lenteur.

Bien qu'il nous paraisse très difficile d'émettre un avis sur ce fait, dans l'absence de plusieurs points dont la connaissance eût été utile, cependant nous croyons pouvoir dire, sans crainte de nous tromper, que, dans ce cas, le pneumo-thorax n'a point été le produit d'une sécrétion, car l'odeur fétide des crachats indiquait que ces derniers venaient d'une cavité où ils étaient restés quelque temps en contact avec l'air atmosphérique, et où ils avaient déjà subi un commencement de putréfaction. Ils n'ont pu arriver au-dehors qu'en passant par les bronches et au moyen d'une communication entre la cavité thoracique et ces bronches elles-mêmes. On ne pourrait repousser cette conclusion qu'en supposant que, dans ce cas, il y aurait eu, ou gangrène pulmonaire, ou dilatation des bronches; mais la position superficielle de la cavité, indiquée par la résonnance très marquée entre les cinquième et septième côtes gauches, et l'invasion subite des accidens, ne permettent d'adopter aucune de ces deux hypothèses.

III. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros d'avril, mai, juin et juillet 1841, contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Tumeur adipeuse de l'utérus*; par M. Murphy. 2° *Observations sur les globules du pus et sur la structure des tubercules*; par M. Gulliver. 3° *Luxation des côtes*; par M. West. (Nouvel exemple de luxation des deux dernières côtes, survenue chez un enfant de 17 ans, à la suite d'une chute sur le dos, de 40 à 50 pieds de hauteur. Nous ne faisons que mentionner ce cas; car l'autopsie n'ayant pas été faite, la lésion reste bien douteuse, ou du moins sa réalité est contestable. On peut cependant le comparer à ceux que nous avons déjà rapportés dans la GAZ. MÉD., 1841, n° 26, p. 400.) 4° *Traitement des tu-*

meurs des gaines synoviales par la ponction sous-cutanée et la compression; par M. Williams. (Heureuse application d'une opération dont la convenance a déjà été prouvée par de nombreux succès.) 5° *Affection tuberculeuse au début, avec hémoptysie; avantages du seton*; par M. Bowen Thompson. 6° *Imperforation de l'hymen*; par M. Lane. 7° *Fracture simultanée des deux jambes; à droite fracture simple, à gauche fracture compliquée de plaie; amputation de la cuisse gauche, guérison*; par M. Houston. (L'auteur dit que lorsqu'une fracture a lieu près d'une articulation, si celle-ci n'est pas tuméfiée, il y a lieu de croire que la solution de continuité ne s'étend pas jusqu'à la surface articulaire de l'os; car, si cela était, un épanchement sanguin se formerait dans la membrane synoviale, et viendrait révéler l'existence de cette complication.) 8° *Situation vicieuse du testicule*; par M. Trayer. (Le testicule, chez un enfant, était placé entre la cuisse et le scrotum : il avait été pris pour une hernie, et l'auteur dit qu'en le refoulant, on sentait qu'il ne remontait point le long du canal inguinal. L'observation ne contient pas d'autres détails.) 9° *Sur la préparation du vin chalybé*; par M. Donovan. 10° *Extraction des corps étrangers du conduit auditif*; par M. G. Carpenter. (L'auteur a réussi plusieurs fois à opérer le déplacement de corps étrangers que rien n'avait pu ébranler jusque-là, à l'aide de quelques injections d'eau froide.) 11° *Sur l'action des poisons*; par M. Jame Blake. 12° *Observations sur l'hydrocéphale aiguë*; par M. H. Kennedy. 13° *Sur l'administration du sulfate de quinine*; par M. Donovan. 14° *Clou introduit dans le globe de l'œil*; par M. O'Beirne. 15° *Péritonite mortelle*; par M. Lane. 16° *Sur les tumeurs congénitales du bassin*; par M. Stanley. (Faits manquant de développemens suffisans.) 17° *Observations pathologiques sur les maladies de l'oreille*; par M. J. Toynbec. 18° *Observations sur l'eau de laurier-cerise*; par M. Donovan. 19° *Observation de régénération du col du fémur à la suite d'une fracture intra-capsulaire*; par M. Beever. (La femme mourut quatre ans après avoir eu le col du fémur fracturé, et on trouva que les deux fragmens absorbés en grande partie étaient unis par des liens fibreux de nouvelle formation. Il y avait en outre une grande quantité de matière osseuse autour du grand trochanter et de la tête fémorale; et c'est ce que l'auteur donne comme une régénération du col.) 20° *Anévrisme de la sous-clavière droite, pour lequel on lia cette artère en dedans du muscle scalène*; par M. Partridge. 21° *Cas d'encéphalite mortelle avec hémiplégie, déterminée par l'ingestion de cantharides, en vertu d'une prédisposition causée par un anévrisme de la basilaire et de la carotide interne*; par M. Kingston. 22° *Deux cas de déplacement du tendon de la longue portion du biceps*; par M. J. Soden; (Dans un cas, le déplacement du tendon était la seule lésion existante; il avait été produit par une chute; dans l'autre, il y avait en même temps luxation du bras en avant.) 23° *Deux anévrismes de l'artère mésentérique supérieure, dans l'un desquels une jaunisse fut produite par la pression du sac*; par M. Wilson. 24° *Cas de péritonite mortelle par suite de l'ulcération et de la perforation de la vésicule biliaire*; par M. William Bell. 25° *Quelques observations sur la pneumonie aiguë, et principalement sur celle du lobe supérieur*; par M. H. Kennedy. 26° *Cas de chirurgie*; par M. Amstroug. (Rien d'intéressant.) 27° *Des sources et du mode de propagation des fièvres continues dans la Grande-Bretagne et dans l'Irlande*; par M. W. Davidson. 28° *Blessures de la tête*. (Dans une discussion soulevée au sein de la société chirurgicale d'Irlande sur le diagnostic des fractures du crâne, presque tous les assistans sont tombés d'accord que l'écoulement de sérosité par l'oreille annonce l'existence d'une fracture à la base du crâne; c'est donc une nouvelle confirmation de la valeur que possède ce signe, qui a été d'abord indiqué par M. Laugier, et que plusieurs membres de la société ont dit avoir aussi observé dans des circonstances semblables.) 29° *Rhumatisme chronique de l'articulation temporo-maxillaire*; par M. Smith. (Parmi les altérations que l'auteur attribue à cette maladie, et qui sont toutes celles des tumeurs blanches, il place l'allongement de la branche du maxillaire, qui serait causé par l'hypertrophie de l'os, et amènerait une déviation de la bouche, en poussant la mâchoire vers le côté sain). 30° *Cas d'hydrocéphale*; par M. Stanley. 31° *Accouchement difficile*; par M. O'Grady. (Accouchement de trois enfans qui ont vécu.)

IMPERFORATION DE L'HYMEN; par M. LANE.

OBS. — M. Lane fut appelé, en 1837, auprès d'une femme âgée de 35 ans qui n'avait jamais été réglée. Elle avait déjà pris beaucoup de remèdes pour rétablir le flux menstruel, mais leur effet s'était constamment borné à augmenter son malaise qui consistait en douleurs dans la region utérine, devenant plus vives tous les mois. Cette femme ayant consenti, non sans beaucoup de difficultés, à se laisser examiner, on trouva l'hymen imperforé. Il était en même temps très épaissi et tellement distendu, qu'il laissait pénétrer le doigt dans le vagin, à une grande profondeur. La malade éprouvait des douleurs semblables à celles de l'accouchement. La membrane étant devenue saillante et tendue au moment d'un violent accès de souffrance, M. Lane en profita pour y faire une incision d'un pouce et demi environ. Il s'écoula près de trois gallons (12 pintes) de sang, dont la première partie avait l'aspect du goudron, mais qui recouvrait ensuite, à mesure qu'il sortait, sa fluidité et sa couleur ordinaire. La femme fut parfaitement guérie, et, dix mois après l'opération, elle accoucha heureusement d'un enfant bien constitué.

Cette observation nous semble remarquable par la rapidité de la guérison, malgré la simplicité du traitement. On sait que des accidens graves surviennent souvent à la suite de l'évacuation d'une aussi grande quantité de sang, ce qui a donné lieu à divers procédés destinés à faire que sa sortie s'opère d'une manière lente. Il est digne d'attention que le succès ait couronné la conduite du chirurgien dans un cas où cette précaution a été négligée, dans un cas surtout où l'ancienneté de la maladie, la quantité du sang épanché, et sa décomposition déjà commencée, devaient faire craindre que son extraction instantanée ne fût suivie des symptômes fâcheux qu'on a plusieurs fois observés dans des conditions assurément moins graves.

CLOU INTRODUIT DANS LE GLOBE DE L'ŒIL; par M. O'BEIRNE.

L'observation suivante est remarquable par les circonstances insolites qui l'ont accompagnée; et nous la rapportons d'autant plus volontiers, que le nom de son auteur est une garantie suffisante de l'exactitude des détails.

OBS. — Une femme vint à l'hôpital de Richmond, disant que deux heures auparavant, en secouant un tapis, un clou qui y était resté attaché, avait été lancé avec force contre son œil droit. Le choc avait causé une sorte de syncope et quelques nausées; et peu de temps après, elle avait trouvé sur son tablier une matière comme glaireuse, que l'on supposa être le cristallin. Au moment de son admission, il y avait gonflement des paupières et chémosis qui cachait presque entièrement la cornée. Cependant la portion de cette membrane, qu'on pouvait voir, présentait une dépression d'où sortait un peu de sang. Il n'y avait aucune trace de corps étranger; et la malade affirmait d'ailleurs que le clou avait été retrouvé sur le coin du tapis.

Malgré le traitement anti-phlogistique le plus actif et combiné avec une révulsion énergique sur le tube intestinal, l'inflammation et les douleurs allèrent en augmentant pendant environ quinze jours, et il se forma même une escarre au centre de la cornée. Déterminé par la persistance des accidens à agir, M. O'Beirne fit à la cornée une ponction qui donne issue à une quantité considérable de matière séro-purulente. Cette évacuation soulagea beaucoup la malade. Mais le chirurgien avait senti, pendant l'opération, l'extrémité de son instrument heurter contre un corps dur. Dès lors, il conçut des soupçons sur la véracité du récit de la malade, et effectivement, le jour suivant, il reconnut, à l'aide d'une sonde, la présence d'un corps métallique dans l'intérieur du globe oculaire. L'extraction en fut faite avec quelque difficulté, et l'on constata que c'était un clou de trois quarts de pouce de longueur, et avec une tête large et aplatie. Ce qu'il y a de singulier, c'est que la partie de ce clou qui se présentait en avant, et qui sortit par conséquent la première, était la pointe. L'amélioration fut considérable et instantanée; toute inflammation disparut bientôt, et la malade put sortir, l'œil de ce côté demeurant, à la vérité, impropre à la vision.

Voilà un nouvel exemple de la force avec laquelle les corps étrangers sont quelquefois lancés contre le globe oculaire. L'auteur, pour montrer combien cette force a dû être ici considérable, rappelle la position que le clou occupait dans l'œil, sa pointe regardant en avant, et conclut avec raison que, sans doute, il avait pénétré par la tête, un des bords minces et tranchans de celle-ci ayant déchiré la cornée. Il nous semble d'ailleurs que le mode de projection peut parfaitement expliquer cet effet. L'action de secouer un tapis se rapproche beaucoup de celle de faire claquer un fouet, et l'on sait quelle rapidité ce genre de mouvement imprime à l'extrémité du corps qui est ainsi déployé. Pour n'en citer qu'un exemple, on se rappelle qu'un homme étant mort du tétanos à la suite d'une plaie de l'avant-bras faite par un coup de fouet, Dupuytren constata à l'autopsie que la mèche du fouet avait pénétré à travers la peau et l'aponévrose, jusqu'au nerf cubital avec lequel il la retrouva en contact.

On peut d'ailleurs affirmer d'une manière absolue que tous les corps introduits entre les paupières sont mus par une force de projection extrêmement grande. Il faut bien, en effet, qu'il en soit ainsi; pour qu'ils puissent pénétrer avant que les paupières se soient fermées; car on sait combien ce mouvement d'occlusion est rapide, et comme il succède d'une manière presque instantanée à la sensation qui nous en fait connaître la nécessité. C'est de cette manière seulement, c'est par cette excessive vitesse des corps étrangers, qu'on parvient à s'expliquer comment, malgré leur petit volume, ils pénètrent dans la cornée à une assez grande profondeur; ce dont nous avons journellement un exemple dans les par-

celles très ténues de fer qui s'introduisent si fréquemment dans l'œil des forgerons, et s'implantent le plus souvent dans l'épaisseur même des lames de la cornée.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE; LIGATURE EN DEDANS DES SCALÈNES; MORT; par M. PARTRIDGE.

OBS. — Un homme de 38 ans, de faible constitution, exerçant une profession qui exigeait de fréquens mouvemens des bras, commença, il y a près de dix mois, à ressentir des douleurs au-dessous de la clavicule droite; elles s'étendirent bientôt au côté correspondant du cou, à l'épaule; puis il s'y joignit de l'engourdissement du bras, et enfin une tumeur pulsatile apparut au-dessus de la clavicule. Reçu à l'hôpital du Collège-Royal, le 1er février 1841, on diagnostiqua un anévrisme de l'artère sous-clavière droite, s'étendant du bord externe du scalène antérieur, qu'il paraissait même dépasser, derrière la clavicule et dans l'aisselle, jusqu'au petit pectoral. Après un scrupuleux examen, on crut pouvoir assurer que la sous-clavière était saine en dedans des scalènes. Le pouls, aux deux poignets, était plein, égal et régulier. Le membre supérieur droit était un peu atrophié. On saigna le malade quatre fois dans l'espace de douze à quinze jours.

Le 20 février, M. Partridge fit l'opération de la manière suivante : une incision de trois ou quatre pouces fut pratiquée à la peau le long de la clavicule, et terminée à la partie moyenne du bord supérieur du sternum. Après avoir divisé le tendon sternal du sterno-mastoïdien et une portion de ses insertions claviculaires, ainsi que les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, on découvrit l'artère sous-clavière au fond de la plaie. Elle parut volumineuse mais saine d'ailleurs, et on la lia avec un fort fil; à l'instant même toute pulsation cessa dans la tumeur et au poignet. Le soir même, écoulement de 4 onces de sang fourni par une veine divisée pendant l'opération, et qu'on fut obligé de lier pour arrêter l'hémorragie. Une soif vive se manifeste et s'accompagne de douleurs au niveau du côté droit du sternum, le pouls et la respiration deviennent accélérés. Ces symptômes vont en augmentant, malgré une saignée et une application de sangsues, et le malade meurt quatre jours après l'opération. Le pouls s'était rétabli au poignet droit.

AUTOPSIE. La dissection confirma le diagnostic qu'on avait porté sur l'état des artères. Le sac anévrismal débordait en dedans le côté externe du scalène antérieur, de telle sorte qu'il eût été impossible de placer la ligature au niveau du bord externe de ce muscle ou même derrière lui. Le nerf vague, le récurrent, ainsi que la plèvre, étaient restés intacts.

Outre d'anciennes adhérences, on trouva sur la plèvre pulmonaire du côté droit un peu de lymphe plastique récemment épanchée. Les deux poumons offraient au sommet quelques tubercules crus. Le cœur, la crosse de l'aorte et le tronc inominé étaient sains, bien que volumineux. Aucune veine n'était enflammée.

Ce fait est instructif, mais il le serait bien davantage, si l'auteur avait donné plus de détails sur le lieu précis où a porté la ligature, et sur l'état où se trouvaient les branches collatérales qui naissent en si grand nombre dans cette portion de l'artère sous-clavière. Etaient-elles oblitérées ou perméables? Le laconisme du récit nous réduit à des conjectures sur ce point, ainsi que sur la véritable cause de la mort, qu'il aurait été cependant d'autant plus important de connaître ici, qu'il s'agissait d'un cas où le traitement nous semble avoir été conduit d'après les véritables principes de l'art.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA PNEUMONIE AIGUE, ET SPÉCIALEMENT SUR CELLE QUI OCCUPE LE LOBE SUPÉRIEUR DU POUMON; par M. KENNEDY.

La pneumonie du lobe supérieur a appelé parmi nous l'attention de quelques médecins qui avaient cru reconnaître, les uns que l'inflammation du lobe supérieur du poumon était plus grave; les autres, qu'elle s'accompagnait plus fréquemment des symptômes cérébraux; d'autres enfin, qu'elle passait plus fréquemment à l'état chronique. Mais l'application de la statistique à ce point spécial de pathologie n'a encore permis de rien établir de certain sur ces différentes questions; car les mêmes résultats numériques n'ayant pas été observés par tous les observateurs, les derniers ont supposé que ceux qui avaient relevé les premières observations s'étaient trompés, parce que, depuis qu'on a appliqué avec rigueur la méthode numérique à la médecine clinique, on s'est appuyé sur ce principe faux que les mêmes malades présentent toujours, dans certaines limites, les mêmes formes. L'auteur anglais ne cite pas, à l'appui de ce qu'il avance, de nombreuses séries de faits, mais il en cite quelques-uns, et se sert, pour exprimer sa pensée, des mots toujours, souvent, quelquefois. Nous allons donc présenter, sur quelques-uns des faits principaux, la manière de voir de M. Kennedy, qui, au reste, ne manque pas d'originalité.

La pneumonie du lobe supérieur est ordinairement très rapide et trop souvent funeste, et c'est la forme dans laquelle les altérations offrent le plus d'uniformité. L'augmentation de volume dans la pneumonie, qui a été la cause de tant de discussions, n'est jamais plus visible que quand le lobe supérieur est seul le siége de l'inflammation; le motif qu'en donne l'auteur, c'est que l'inflammation de ce lobe est accompagnée d'une infiltration plus considérable de lymphe dans son tissu que dans celui d'aucune autre partie du poumon. Dans cet état, ce lobe ressemble plutôt à une masse de lymphe jaune qu'à une portion de poumon malade. La marque des côtes est plus fortement imprimée à la suite de l'inflammation sur ce lobe que sur aucune autre partie du poumon. Les traces de la pleurésie y sont aussi beaucoup plus fréquentes et les adhérences bien plus nombreuses. Cette dernière circonstance peut néanmoins être attribuée à la moindre motilité de cette partie du poumon.

Quand le lobe supérieur est seul enflammé, l'altération qu'on trouve presque toujours est l'hépatisation grise, qu'on devrait plutôt appeler l'hépatisation jaune. Il semblerait même que la maladie n'y passerait pas par le ramollissement rouge qu'on suppose toujours précéder l'hépatisation grise; aussi l'auteur assure avoir fréquemment trouvé, dans les cas où tout le poumon était affecté, le lobe supérieur à l'état d'hépatisation grise, quand tout le reste était à celui de ramollissement rouge. Dans les cas contraires, la pneumonie avait commencé par les parties inférieures; dans ce dernier cas aussi, il a trouvé quelquefois la face antérieure de ce lobe affectée, et la face postérieure libre, *et vice versa*. A cette occasion, l'auteur émet, sur la différence qui existe entre l'hépatisation grise et l'infiltration purulente, une opinion que nous devons signaler; au lieu de les confondre en une seule et même lésion, comme on le fait généralement depuis les travaux de Laënnec, il les considère comme deux lésions entièrement distinctes, sous le point de vue des caractères anatomiques, des signes physiques pendant la vie et surtout des symptômes généraux. Dans l'une, le poumon est solidifié et donne lieu aux signes physiques ordinaires, mais sans aucune trace de râle, tandis que dans l'autre il y a toujours un râle à crépitation aiguë. Dans l'une, il y a une fièvre inflammatoire, ou peut-être d'irritation, tandis que dans l'autre il y a une fièvre, avec dépression des forces, adynamique. Dans l'une, la maladie se termine le plus souvent par la guérison, dans l'autre par la mort. En outre, on sait que, quand une maladie analogue à l'infiltration purulente vient à affecter un autre organe, ou une autre partie du corps, cet organe reprend rarement après la guérison ses fonctions primitives, tandis que les points du poumon qui ont passé à l'état d'hépatisation grise reviennent souvent tout à fait à leur état normal, ce qui porte à douter de l'identité de l'hépatisation grise et de l'infiltration purulente. L'erreur est venue dans cette circonstance de ce que l'on a paru supposer que l'infiltration purulente était nécessaire pour sa résolution; mais rien n'est moins démontré. La lymphe qui constitue l'hépatisation grise est en partie absorbée et en partie éliminée par la muqueuse bronchique sous forme de crachats. Lorsque la pneumonie passe à ce que l'on pourrait appeler l'état chronique, le poumon, au lieu de se ramollir, passe à l'induration. Dans un cas, observé récemment, tout le poumon était induré, et le lobe supérieur surtout ressemblait plutôt à une masse squirrheuse qu'à une portion de poumon malade. C'était aussi la partie la moins colorée.

Comme pour le reste du poumon, dans la pneumonie du lobe supérieur, c'est le côté droit qui est le plus fréquemment affecté.

Parmi les complications de la pneumonie, l'une des plus graves est l'apparition des symptômes cérébraux, et cette complication paraît être et plus fréquente et plus grave à la fois dans la pneumonie du lobe supérieur. Dans quelques cas, il est vrai, ces symptômes sont simplement sympathiques; mais dans le plus grand nombre, ils dépendent d'une lésion réelle du cerveau, lésion qui consiste en un épanchement, non pas seulement de sérosité, mais de lymphe aussi, et en grande quantité. Cette lésion l'auteur dit l'avoir trouvée dans tous les cas où la maladie s'est terminée par la mort. Quant aux moyens de distinguer les cas où les symptômes cérébraux ne sont que sympathiques de ceux où ils dépendent d'une lésion cérébrale; il n'en indique aucun, et même il dit n'avoir pas observé de cas du premier genre.

La respiration puérile, que le docteur Stokes a décrite comme représentant une première période de la pneumonie, ce qui paraît exact dans un certain nombre de cas est très rarement observée dans la pneumonie du lobe supérieur, en raison même de la rapidité avec laquelle marche la maladie, laquelle ne permet que bien rarement d'observer ce signe, qui n'est que d'une courte durée.

Les phénomènes généraux sont toujours plus marqués et plus graves dans l'inflammation du lobe supérieur du poumon que dans celle d'une autre partie du même organe, et d'une égale étendue; l'idiosyncrasie a moins d'influence sur ces symptômes, qui offrent peu de variations.

LE PRONOSTIC de cette affection est nécessairement peu favorable, car

la terminaison en est souvent funeste. Voici les causes auxquelles les auteurs attribuent la gravité comparative de cette pneumonie. Le trouble que ce lobe, lorsqu'il est malade, détermine dans les fonctions du reste du poumon : le plus grand diamètre des vaisseaux sanguins qui le pénètrent; la contiguité de la partie malade et du gros tronc du nerf phrénique et de la huitième paire; enfin la fréquente complication de l'affection cérébrale dont on a déjà parlé.

Diagnostic. — Une seule affection peut être confondue avec la pneumonie du lobe supérieur, c'est le développement de tubercules dans ce même lobe. Dans quelques cas même et surtout chez les enfans, ce n'est pas sans difficulté qu'on arrive à cette distinction et comme les moyens de l'établir ne peuvent être puisés que dans une connaissance approfondie du mode de développement et de la marche des deux maladies, nous ne signalerons pas les circonstances sur lesquelles le diagnostic doit être appuyé.

Le traitement de la pneumonie du lobe supérieur offre peu d'indications différentes de celles des autres formes de la même maladie, traitement sur lequel l'auteur présente d'assez grands développemens, critiquant avec esprit et raison quelquefois, les méthodes tant vantées parmi nous et établissant comme une règle générale que les moyens antiphlogistiques doivent être employés de manière à ce que leurs effets se suivent sans interruption et ne soient pas interrompus par des réactions on suivis d'un affaiblissement trop considérable des forces vitales. Dans le traitement de la pneumonie du lobe supérieur spécialement, il pense que la saignée locale doit être la règle et la saignée générale l'exception; il recommande surtout de tenir le malade dans la position assise, afin d'empêcher autant que possible les congestions pulmonaire et cérébrale.

IV. PROVINCIAL MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les cahiers d'avril, mai, juin et juillet 1841 sont composés des articles originaux suivans : 1° *Amaurose partielle guérie par la section des muscles droits*; par M. J. Adams. 2° *Cas de rétrécissement du vagin*; par M. Toogood. (La dilatation avec l'éponge préparée n'ayant pas réussi, il fallut inciser la partie rétrécie.) 3° *Gangrène sénile*; par M. Bullev. (Mortification qui s'arrêta d'elle-même au tiers inférieur de la jambe; élimination des parties sphacélées; guérison. D'après cette heureuse terminaison, et l'absence d'ossification aux artères du membre, l'auteur est porté à attribuer la gangrène à l'influence du froid.) 4° *Blessure du bras, amputation dans l'articulation scapulo-humérale; guérison*; par M. Key. 5° *Anévrisme dans l'aine, pour lequel l'artère iliaque externe fût liée*; par sir A. Cooper. (Ce cas, tiré de la pratique d'A. Cooper, remonte à près de 40 ans. L'opération fut faite en plaçant deux ligatures à 3/4 de pouce de distance, et en coupant l'artère dans leur intervalle. Quel que soit le jugement qu'on croie devoir porter sur cette pratique, suivant nous, beaucoup trop dédaignée aujourd'hui, nous ferons remarquer qu'il n'y eût aucune hémorragie, bien que, quatre jours après l'opération le malade eût été pris d'un délire et d'une agitation telle qu'il fallut le surveiller pour l'empêcher de se jeter hors de son lit.) 6° *Cas de déchirure de la partie supérieure du vagin et du col utérin, traitée avec succès*; par M. Toogood. (Les détails manquent pour permettre d'assigner la cause de la rupture qui, dans les deux cas, ne fut constatée qu'après l'accouchement. Dans l'un des deux, les anses intestinales faisaient saillie à l'intérieur du vagin. Rien de particulier dans les moyens de traitement.) 7° *Hernie étranglée et opérée*; par M. Greenbow. (Rien d'intéressant.) 8° *Observation de laryngite striduleuse à l'appui de l'emploi de l'oxide de zinc dans cette maladie*; par M. Joh Waters. 9° *Tribut à la pathologie des enfans*; par M. Hennis Green. 10° *Torticolis spasmodique gueri par l'opération*; par M. Radcliffe Hall. 11° *Cas d'hydropisie de l'amnios*; par M. Toogood. (Il y avait en même temps hydropisie ascite chez la mère.) 12° *Remarques sur l'emploi du sulfate d'alumine et de potasse*; par M. Lynch. 13° *Toux spasmodique dépendant d'une irritation spinale*; par M. Winter. 14° *Colique des peintres, traitée par l'eau chaude*; par M. John Wilson. 15° *Tentative de suicide*; par M. Hare. (Plaie pénétrant dans l'intérieur du larynx et du pharynx, suture, guérison.) 16° *Lésion des vertèbres cervicales*; par le même. (Le sujet avait fait une chute de cheval. L'auteur attribue à un déplacement des vertèbres, des symptômes qui résultent vraisemblablement de la maladie appelée *luxation spontanée*, nom qui comprend toutes les nuances d'altérations depuis l'inflammation simple jusqu'à la destruction du tissu osseux. L'extension continuée pendant plus de deux mois mit un terme aux accidens, mais les bons effets de ce moyen doivent plutôt, suivant nous, être rapportés à l'immobilité qui l'accompagna qu'à son influence sur la prétendue luxation traumatique des vertèbres.) 17° *Deux cas de ligature de la sous-clavière pour des anévrismes de cette artère*; par M. Skey et M. Halton. (Ces observations sont rapportées avec trop peu de détails pour qu'il y ait intérêt à en présenter l'analyse; la ligature fut faite au-dessus de la tumeur et en dehors des scalènes; les malades guérirent sans accidens.) 18° *Sur le bruit que présentent les artères dans la chlorose*; par M. Shute; 19° *Incontinence d'urine résultant d'une escarre de l'urètre*; par M. Toogood. (Il y avait, dit l'auteur, communication du vagin avec la vessie, produite par la pression du levier pendant l'accouchement. La guérison fut obtenue par l'emploi de la sonde à demeure. Le succès d'un mode de traitement aussi simple nous porterait à croire que la fistule existait seulement à l'urètre ou tout au plus au col de la vessie.) 20° *État de la santé publique à Birmingham*. 21° *Note sur une disposition héréditaire chez les femmes d'une famille à avoir des grossesses multiples*; par M. H. Baynes. 22° *Remarques sur les nouvelles opérations faites pour guérir ou diminuer le bégaiement avec une appréciation de leurs résultats définitifs*; par MM. Bennet Lucas. (L'auteur a pratiqué toutes les opérations récemment proposées contre le bégaiement, et il dit n'avoir jamais obtenu que de l'amélioration; encore ne l'a-t-il observée qu'à la suite de l'excision des amygdales et de la luette. Avant d'admettre ces conclusions, il faudrait des renseignemens plus détaillés que ceux qu'il a donnés sur la nature du bégaiement chez les sujets soumis à l'opération, soit sur la manière dont l'opération elle-même a été exécutée.) 23° *Luxation du coude avec un déplacement singulier du radius*; par M. Bulley. 24° *Tumeur enkystée du sein, guérie par absorption*; par le même. (Le kyste s'était rompu spontanément, et son contenu, épanché dans le tissu cellulaire, y avait déterminé de l'inflammation et une petite ouverture. On fit une ponction qui donna issue à un liquide sébacé mêlé avec du pus; la malade guérit.) 25° *De l'acide hypurique et de son analyse chimique*; par M. Ure. 26° *Sur les maladies du rectum*; par M. Toogood. (Faits de procidence du rectum, de tumeurs polypeuses et de rétention de matières durcies : rien de bien intéressant). 27° *Recherches sur les causes de la proscription du tabac dans le traitement de l'asphyxie*; par M. Asbenheim. 28° *Sur l'amaurose et les affections douloureuses qui accompagnent le strabisme*; par M. Adams. (Travail destiné à exposer les signes de l'affaiblissement de la vue que présente souvent l'œil dévié.) 29° *Sur l'usage du spéculum*; par M. Toogood. (L'auteur signale les avantages de cet instrument qui, à ce qu'il paraît, est encore repoussé par beaucoup de praticiens en Angleterre.) 30° *Traitement du bégaiement*. (L'auteur établit que les différences entre les espèces de bégaiement sont nombreuses, et qu'elles ne dépendent pas uniquement des lésions des organes de la parole, mais tiennent aussi à la variété des tempéramens individuels. Chez deux bègues, l'infirmité a été notablement diminuée par un traitement interne composé, dans un cas, de calomel, dans l'autre, de rhubarbe, d'aloès et de fer.)

Amaurose partielle guérie par la section des muscles droits; par M. J. Adams.

La maladie à laquelle M. Adams donne le nom d'amaurose partielle n'est autre chose que cette disposition à la fatigue des yeux, qui constitue une incommodité si générale et si pénible. Le sujet de son observation est une femme de 22 ans qui ne pouvait regarder longtemps des objets ténus avec l'œil droit, sans que sa vue ne fût troublée et qu'elle n'éprouvât de la douleur dans l'œil. M. Adams lui coupa d'abord le muscle droit interne, le 1er mars 1841, et comme malgré le bénéfice qu'elle avait retiré de cette opération, la vision restait encore un peu confuse, et que d'ailleurs la déviation de l'axe oculaire avait amené la diplopie, il divisa, quinze jours après, le droit externe. La vue gagna encore, et la diplopie cessa immédiatement.

Le chirurgien anglais déclare qu'il se borne à enregistrer ce fait, et qu'il ne hasardera aucune théorie avant d'avoir réuni un plus grand nombre d'observations semblables. Nous l'imiterons en cela; chacun d'ailleurs voit les rapports et les différences que son opération offre avec la section des muscles droits, proposée et faite par M. J. Guérin pour la cure de la myopie (V. Gaz. Méd. 1841, n° 12), et avec la division des muscles petits obliques, pratiquée par M. Bonnet, de Lyon, en février 1841, pour la disposition à la fatigue des yeux. (Voyez Gaz. Méd. 1841, n° 14 et 36.)

Cas de torticolis spasmodique guéri par l'opération; par M. Radclyffe Hall.

Les applications des méthodes vicieuses ont peut-être autant contribué aux progrès de la médecine que les exemples de guérisons obtenues sui-

vant les préceptes de l'art; de sorte que, loin de blâmer ceux qui livrent à la publicité l'histoire de leurs fautes, on leur doit au contraire de la reconnaissance. Voilà ce qu'on entend répéter tous les jours. Cette maxime est juste; mais lorsque l'erreur, au lieu d'être involontaire, est calculée; lorsqu'il y a, si je puis le dire, préméditation; lorsqu'au lieu d'avouer sa méprise, l'auteur cherche à la justifier et à l'ériger en principe, la critique reprend ses droits, et elle est même tenue de les exercer dans toute leur rigueur. L'observation suivante offre l'exemple de l'application d'un de ces procédés qui nous semblent assez vicieux pour qu'on doive les signaler d'une manière toute particulière, chaque fois que l'occasion s'en présente.

Obs. — Un homme de 60 ans, sujet depuis trente ans à des accès d'épilepsie qui revenaient environ tous les quinze jours, s'aperçut, il y a environ huit ans, d'une légère difficulté dans le mouvement de rotation de la tête à droite. Cette difficulté augmenta, et la tête devint peu à peu tournée de telle manière que le menton correspondait à l'épaule gauche. Il pouvait la redresser par un effort volontaire; mais, pendant le peu d'instans qu'elle demeurait maintenue dans sa position naturelle, elle était vacillante jusqu'à ce qu'elle revînt à son attitude anormale par un mouvement saccadé. Les muscles sterno-mastoïdien et trapèze gauche étaient atrophiés; le sterno-mastoïdien droit, au contraire, était proéminent et tendu. Tel était l'état du malade en avril 1841.

Une incision d'un pouce et demi de longueur fut faite à la peau, *obliquement en travers du sterno-mastoïdien droit*, à trois pouces de son insertion inférieure. Une sonde fut passée *sous les fibres musculaires, et, après les avoir divisées*, on ferma la plaie. Il n'y eut aucune amélioration sur le moment, mais, trois jours après, on constata que le malade pouvait tenir sa tête droite pendant plus longtemps qu'auparavant. Cet état fit chaque jour de nouveaux progrès, et il sortit à peu près guéri au bout d'un mois, aucun moyen mécanique n'ayant été mis en usage.

Nous ne nous arrêterons pas à discuter avec l'auteur si le torticolis provenait ici de la contracture du sterno-mastoïdien droit, ou, comme il le croit, de la paralysie du sterno-mastoïdien gauche. Quelque probable que soit la première hypothèse, d'après l'épilepsie dont était affecté le malade, d'après les contractions brusques et violentes qu'il offrait lorsqu'on voulait redresser la tête, d'après l'épithète de *spasmodique* que l'auteur lui-même a placée en tête de son observation, peu importe qu'il y eût paralysie ou contracture, car la section n'en était pas moins indiquée. Reste donc à examiner le procédé, et l'on s'étonnera sans doute de voir encore pratiquer, en 1841, la section *à ciel ouvert* du corps charnu du muscle et de la peau qui le recouvre, au lieu de la division sous-cutanée du tendon. L'auteur a pressenti ces reproches, et il cherche à défendre sa conduite de la manière suivante : « J'ai préféré l'ancien mode opératoire à la méthode sous-cutanée, d'abord à cause du sexe de l'individu et du peu d'inconvéniens qu'offrait chez lui une cicatrice du cou. En outre : 1° on peut ainsi couper toutes les fibres sans risquer de causer les lésions auxquelles la proximité de la carotide expose dans la section sous-cutanée; 2° on ménage aussi le feuillet du fascia cervical qui forme la paroi profonde de la gaîne du muscle; ce dont on n'est point sûr dans la méthode sous-cutanée; 3° enfin, la division sous la peau expose à blesser les veines, ce qui, quoique pouvant n'avoir aucune conséquence fâcheuse, rend probable la formation d'un trombus. »

Ainsi, le danger de blesser la carotide, la crainte d'un trombus, et l'incertitude où l'on est de ménager la gaîne du muscle, voilà les trois objections qu'on fait valoir contre une méthode qui compte ses succès par le nombre de ses applications. Nous ne prendrons pas la peine de les réfuter, c'est un soin que nous laissons au lecteur. Nous tenons seulement à constater quels sont les misérables retranchemens à l'abri desquels les partisans de l'ancienne méthode sont aujourd'hui forcés de se réfugier.

Luxation du coude avec un déplacement singulier du radius; par M. Bulley.

Les luxations du radius en avant sont très fréquentes; celles du cubitus en arrière ont également été plusieurs fois observées; mais il n'existait pas encore dans la science d'exemples où ces deux lésions se fussent trouvées produites simultanément sur le même individu. A ce titre, l'observation suivante, quoique manquant de quelques détails essentiels, mérite d'être attentivement étudiée.

Obs. — Un homme de 28 ans, bien portant et vigoureusement musclé, tomba sur la main, du haut d'un éfourceau. Lorsqu'il se présenta à l'hôpital, le membre était considérablement raccourci, et il souffrait des douleurs excessives qui s'étendaient principalement dans la direction du nerf cubital. En le relevant, on avait placé l'avant-bras dans une légère flexion, attitude qui lui paraissait la moins incommode. Toute tentative faite pour l'étendre ou pour le fléchir au-delà provoquait une vive souffrance. Le cubitus avait été poussé en arrière et faisait saillie sur la surface postérieure de l'humérus, l'apophyse coronoïde étant située sur la cavité destinée à loger l'olécrane. Le tendon du triceps était très tendu, ainsi que ceux du biceps et du brachial antérieur. La tête du radius avait subi un déplacement curieux; croisant le cubitus, elle était placée un peu au-dessus et en dehors de la place que l'apophyse coronoïde occupe dans l'état naturel, à la partie antérieure de l'articulation. On pouvait aisément la sentir dans ce lieu, les parties molles n'étant que fort peu tuméfiées.

Comme il était impossible de fléchir l'avant-bras, on fit l'extension sur lui dans la position où il se trouvait, et, après quelques efforts, la réduction du cubitus fut obtenue; mais le radius resta immobile au côté interne du bras, et sur la partie antérieure du cubitus.

La flexion était difficile et douloureuse, parce que la tête du radius était pressée contre le condyle interne; cependant M. Bulley parvint enfin à exécuter ce mouvement en comprimant graduellement cette tête avec les doigts, et en la repoussant de dedans en dehors à sa place naturelle. Le malade put alors plier le coude, et la réduction se trouva ainsi faite, sans qu'il y eût aucune tendance à la reproduction du déplacement. Repos au lit, 10 sangsues autour de l'articulation. Les douleurs le long du nerf cubital persistèrent encore quatre à cinq jours; mais tous les accidens disparurent enfin, et le malade put reprendre, au bout de dix-sept jours, ses occupations habituelles.

De l'acide hippurique et de ses réactifs; par le docteur A. Ure.

L'auteur rappelle d'abord qu'au mois de janvier dernier il signala, dans un mémoire présenté à la Société médico-chirurgicale, la modification importante que produit sur la sécrétion urinaire l'introduction dans l'estomac d'une certaine quantité d'acide benzoïque ou d'un benzoate soluble. L'urine rendue deux heures après cette ingestion fournit, si on la traite par un douzième d'acide muriatique, un abondant précipité de beaux cristaux d'un rouge foncé, qui, examinés au microscope, présentent la forme d'un prisme à quatre pans terminé par un sommet dihèdre. Ces caractères appartiennent précisément à l'acide que contient l'urine du cheval, de la vache et des autres animaux granivores, et que Liébig a appelé pour cela acide hippurique.

Dans ce singulier changement d'élémens, qui est produit par la chimie vitale, nous voyons un produit organique, l'acide urique, composé de 8 atômes d'azote et de 10 de carbone, remplacé par un autre, l'acide urique, qui ne comprend pas moins de 18 atômes de carbone, et 2 seulement d'azote. En examinant cette urine, on reconnaît qu'elle ne contient plus de traces d'acide urique, ni d'aucun de ses sels; il est évident qu'il a été remplacé par l'autre acide.

Le point important pour la pratique médicale que présente le premier résultat, c'est que les sels que ce nouvel acide forme avec les bases ordinaires des fluides organiques, comme la soude, la potasse et l'ammoniaque, sont tous extrêmement solubles.

L'hippurate de soude se dissout dans deux parties d'eau à 60° Fah., tandis que l'urate de soude qui forme les concrétions goutteuses est presque aussi insoluble que l'acide urique lui-même, et il ne faut pas moins de 4,000 parties d'eau pour en dissoudre une. L'hippurate d'ammoniaque est à peine et moins soluble que l'hippurate de soude; l'hippurate de chaux le moins soluble de ces sels l'est cependant encore dans 18 parties d'eau.

L'application pratique de ces données a déjà eu de grands avantages dans le traitement de certains états morbides de l'urine qu'on observe chez les sujets calculeux ou goutteux, par l'emploi fait à propos de l'acide benzoïque ou d'un benzoate, et en proportionnant la dose à l'état de la sécrétion rénale que l'on constate auparavant par l'analyse, on peut remplir le but indiqué avec une exacte précision, et sans aucun danger de nuire à la santé générale des sujets, ni d'irriter les organes urinaires. Il est bien entendu que cette méthode de traitement n'empêche pas l'emploi des autres moyens, de ceux surtout qui relèvent de l'hygiène.

Comme l'acide benzoïque pourrait irriter la gorge, à moins qu'il ne fût administré à l'état liquide, et comme il n'est soluble que dans une grande quantité d'eau, on se trouvera bien de l'administrer avec le phosphate ou le biborate de soude qui le rendent plus soluble, sans rien changer à ses propriétés. Ainsi, quatre parties en poudre du premier de ces sels ou une partie et demie de sucre faciliteront la dissolution d'une partie d'acide benzoïque dans une petite quantité d'eau distillée; on n'éprouve pas la même difficulté avec le benzoate d'ammoniaque et de potasse.

Le phosphate de soude tient en dissolution non seulement l'acide benzoïque, mais encore l'acide hippurique; ce qui est de quelque importance, puisque tout excès de ce dernier acide que contiendrait l'urine sera maintenu en dissolution au moyen du phosphate neutre de soude ou du triple phosphate de soude et d'ammoniaque qui existe naturellement dans cette sécrétion. Ces phosphates produisent cependant un effet très différent sur l'acide nitrique, car il le changent promptement en urate de soude

en privant le sel de la moitié de sa base, et le transformant en bi-phosphate.

Ce fait, que l'auteur dit avoir observé récemment, et qui n'avait pas encore été signalé, lui paraît donner une explication rationnelle de la formation de l'urate de soude. Ainsi, toutes les fois que le rein fournit une quantité surabondante de phosphate soluble d'un côté et d'acide urique de l'autre, il doit évidemment en résulter un excès d'urate de soude.

Comme on a dit qu'il était très difficile de distinguer ces deux acides (hippurique et benzoïque) l'une de l'autre, M. Ure met en opposition leurs caractères particuliers. Nous les reproduisons ici.

ACIDE BENZOÏQUE.	ACIDE HIPPURIQUE.
Cristallise en aiguilles hexagonales ou en lames blanches, diaphanes, perlées, flexibles.	Il cristallise en prismes à quatre pans avec sommets dièdres.
Est soluble dans deux parties d'éther.	Est très peu soluble dans l'éther.
N'éprouve rien de l'action de l'acide nitrique.	Traité par l'acide nitrique et évaporé jusqu'à siccité, il produit, par l'addition de l'ammoniaque, une belle couleur pourpre.
Chauffé avec trois fois son poids d'hydrate de chaux, il produit simplement du benjoin.	Chauffé avec trois fois son poids de chaux hydratée, il fournit une certaine quantité d'ammoniaque.
BENZOATE D'AMMONIAQUE.	HIPPURATE D'AMMONIAQUE.
Exposé à une forte chaleur, il fond et s'évapore en vapeur d'acide benzoïque, sans laisser aucun résidu.	Exposé à la chaleur, il fond et prend une couleur rouge léger, et forme un résidu acide qui, après avoir été dissous dans l'eau, et, soumis à l'évaporation, fournit des cristaux rouges ayant les propriétés de l'acide hippurique.
BENZOATE DE POTASSE.	HIPPURATE DE POTASSE.
Brûle, sans émettre aucune odeur aromatique.	Chauffé jusqu'à décomposition exhale une odeur d'amande amère.

Après tout, l'éther sulfurique fournit le meilleur moyen de distinguer ces deux acides par la facile solubilité de l'une et la solubilité difficile de l'autre dans ce menstrue.

RECHERCHES SUR LES CAUSES DE LA PROSCRIPTION DU TABAC DANS LES CAS D'ASPHYXIE; par le docteur ASHENHEIM.

L'auteur s'élève contre l'abandon que l'on a fait à Paris, à Londres, à Hambourg des fumigations de tabac dans le traitement de l'asphyxie, tandis qu'à Amsterdam elles sont encore rangées parmi les moyens les plus énergiques, et il attribue cet abandon à ce qu'on a plutôt suivi les idées théoriques qu'écouté les leçons de l'expérience. C'est aussi en s'appuyant sur les faits qu'il combat cette opinion, et outre ceux contenus dans l'examen de la société d'Amsterdam et ceux qui furent cités dans la discussion qui eut lieu sur ce sujet; il en rapporte quelques autres encore peu connus, et cite des expériences qui lui sont personnelles, et desquelles il résulte que les fumigations de tabac répandent dans l'intérieur du corps une douce chaleur qui ne peut être nuisible, et qu'elles sont le moyen le plus énergique pour ranimer la chaleur animale qui s'éteint si rapidement chez les noyés.

EFFICACITÉ DE L'OXIDE DE ZINC DANS LES CAS DE SPASME DE LA GLOTTE par le docteur Wolers.

Quelle que soit la nature réelle du cas que nous allons analyser, que ce soit la laryngite stridulente, la convulsion croupale, l'asthme thymique, il est certain que les cas de ce genre sont quelquefois accompagnés d'accidens graves et sont assez souvent désignés par des praticiens peu jaloux de l'exactitude de leur diagnostic comme des cas de croup.

OBS. — Un enfant, âgé de 10 mois, n'ayant encore que deux dents, doué du reste d'une bonne constitution, a eu une attaque de dysenterie qui n'a duré que huit jours et dont il a parfaitement guéri; il a une petite toux accompagnée pendant la nuit d'un sifflement et qui le fait s'éveiller subitement comme s'il était effrayé, alors il y a quelquefois de la toux; mais d'autres fois il aspire l'air comme s'il y avait quelque obstacle grave à la respiration et après de longs efforts il trouve enfin de longues inspirations avec un sifflement aigu. Les mêmes accidens se présentent pendant le jour quand il est irrité; il n'y a du reste rien de remarquable, sinon que les selles qui viennent régulièrement sont d'un blanc sale. Il n'arrive rien de nouveau jusqu'au 2 janvier, époque où j'assistai à une des attaques déjà indiquées. La respiration s'arrête tout à coup sans être précédée de toux, la face devient pourpre et au bout de 20 secondes, de longues respirations accompagnées de cris se font entendre, ainsi que l'expiration, mais avec un cri différent; au bout du même temps la respiration reprend son cours, mais très accéléré, la figure du malade étant toute bouleversée; puis il lui prend une toux violente avec une supersécrétion de mucosités. L'auscultation et la percussion n'offrent rien d'anormal. La bouche et l'arrière-bouche n'offrent aucune trace d'injection ni d'altération, mais par suite d'un vice de conformation, il y a absence de la luette et du voile du palais. Et l'on voit entre les os du palais une fissure triangulaire de 4 lignes de longueur. Chaleur de la peau normale, pouls presque sans fréquence.

Un émétique, suivi d'un léger purgatif, calma les accidens pendant deux jours au bout desquels l'enfant est pris en jouant d'une suffocation imminente. Pendant une minute la respiration reste suspendue, puis arrivent les inspirations sonores et les expirations précipitées, la décomposition des traits, la lividité de la face, la saillie des yeux, les extrémités supérieures et inférieures dans un état de contraction permanente, puis un cri aigu et violent à la suite duquel l'enfant s'endort pendant 3 heures durant lesquelles il eut encore plusieurs fortes attaques. La voix est peu changée, la déglutition s'opère sans difficulté, les sécrétions alvines ne contiennent toujours aucune trace de bile. L'emploi du calomel et des moyens précédens n'empêche pas les accès d'augmenter depuis le 2 janvier jusqu'au 14. Ce jour là il éprouve une attaque qui dura cinq minutes et est accompagnée de convulsions générales et d'une violence extrême. On le plonge immédiatement dans un bain tiède où des pressions successives avec les mains, sur le sternum et l'épine facilitent le retour de la respiration. Quelques sangsues appliquées au haut du cou, des purgatifs, des incisions pratiquées sur les gencives n'empêchent pas les attaques d'augmenter de fréquence et de durer jusqu'au 19 où il y en eut 50 dans les 24 heures. Alors on commença à administrer l'oxide de zinc à un sixième de grain, avec un demi-grain de scammonée et un gros de mercure avec la chaux toutes les deux heures, puis au bout de deux jours à un quart de grain de zinc, et puis à un grain jusqu'au 28, avec une très légère amélioration dans les attaques qui devinrent moins fréquentes et moins longues.

Le 2 février, la dose est portée un demi-grain toutes les trois heures, le 9 à trois grains toutes les quatre heures, avec continuation de l'amendement. Les selles ont à peu près repris leur couleur normale.

Le 28, l'amélioration continuant, le zinc est porté à trois grains et demi toutes les quatre heures. Ce traitement, dont on avait retranché depuis quelque temps le mercure dont l'action s'était manifestée sur la bouche, est continué jusqu'au 22 mars, époque où le petit malade, tout à fait guéri, est envoyé à la campagne pour y prendre des forces.

L'auteur pense avec raison que cette affection était purement spasmodique, comme l'épilepsie et la chorée, et ne se rattachait à aucune altération cérébrale organique, ainsi qu'il est démontré par la guérison et par l'observation qu'il avait faite qu'on pouvait retarder, empêcher même complètement les accès en offrant à l'enfant d'agréables distractions.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE.

PRESBYTIE.

M. Cazenave, de Bordeaux, adresse à l'Académie un paquet cacheté concernant une nouvelle espèce de lunettes pour guérir la presbyopie sénile ou consécutive à l'opération de la cataracte.

INTRODUCTION DE SANGSUES DANS LES VOIES AÉRIENNES.

M. GUYON donne quelques détails sur *l'hæmopis vorax*, espèce de sangsue, dont, pendant son séjour en Afrique, il a pu constater plusieurs fois la présence dans le larynx et la trachée-artère de l'homme et des animaux. Un bœuf qu'on abattit avait 12 de ces annélides dans la bouche et l'arrière-bouche. Il en avait en outre 5 sur l'épiglotte, 4 dans les ventricules du larynx, et 6 à la naissance de la trachée-artère. Douze heures après la mort du bœuf, les sangsues ne s'étaient pas encore détachées, et on fut obligé, pour les faire tomber, de les toucher avec le doigt mouillé d'alcool. Ces mêmes sangsues, ayant été appliquées sur des lapins et des poules, y prirent avec une grande rapidité. Quelques-unes étaient très petites filiformes; et c'est dans cet état qu'elles s'introduisent chez l'homme comme chez les animaux. M. Guyon envoie à l'Académie quelques-unes de ces annélides qu'il a conservées vivantes. Il en a aussi observé plusieurs fois sur des chevaux.

AGENS DE L'OCCLUSION DE LA GLOTTE.

M. Longet adresse un extrait d'un mémoire ayant pour titre: RECHERCHES

EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DE L'ÉPIGLOTTE, ET SUR LES AGENS QUI DÉTERMINENT L'OCCLUSION DE LA GLOTTE DANS LA DÉGLUTITION, LE VOMISSEMENT ET LA RUMINATION.

De tout temps, parmi les organes nombreux qui constituent l'admirable appareil de la déglutition, avait figuré l'épiglotte que l'on s'accordait à regarder comme destinée à fermer l'accès du larynx aux alimens solides ou liquides, lors de leur passage de la bouche dans le pharynx. Néanmoins, jusqu'en 1813, aucun physiologiste n'avait excisé ce fibro-cartilage, afin de savoir quel trouble fonctionnel en résulterait. A cette époque fut pratiquée l'excision de l'epiglotte et dans le mémoire auquel je fais allusion (1), il est dit que cette opération ne gêne en rien la déglution, *pas même celle des liquides* qui, comme les alimens solides, ne sauraient tomber dans les voies respiratoires *à cause de l'occlusion de la glotte*, occlusion du reste déjà signalée par les deux Albinus (2), Ferrein (3), Haller (4), Ludwig (*Gottlieb*) (5), etc.; et ne pouvant dépendre, dit-on, *que de la contraction des muscles intrinsèques du larynx*. Or, j'ai fait, dans ces derniers temps, sur des moutons et sur des chiens, une série de recherches dont les résultats me paraissent justifier les assertions suivantes.

La cavité sus-glottique du larynx surmontée (chez l'homme et les mammifères, de l'épiglotte et en partie bordée par les replis arythéno-épiglottiques), représente une sorte de vestibule dont l'accès est défendu aux alimens solides ou liquides qui n'y pénètrent jamais que par surprise : aussi, en touchez-vous la muqueuse, habituée au seul contact de l'air, une toux convulsive éclate avec violence.

Dans le second temps de la déglutition, ce vestibule, qui tend à s'effacer latéralement, se ferme, en haut, par l'application de la base de la langue et de l'épiglotte, et, en bas, par le rapprochement immédiat des cordes vocales.

Plusieurs causes préviennent donc l'introduction des alimens solides ou liquides dans les voies aériennes : 1° le mouvement ascensionel du larynx en avant, combiné avec celui de la langue, en arrière, dont la base s'applique en partie sur l'orifice laryngé supérieur; 2° l'épiglotte qui, placée entre celui-ci et la base de la langue, suit le mouvement qu'elle lui imprime (6), et pour ainsi dire se moule sur l'ouverture supérieure du larynx ; 3° l'occlusion de la glotte ; 4° enfin l'exquise sensibilité de la muqueuse qui revêt l'espace sus-glottique. Cette sensibilité spéciale, donnant lieu à une résistance d'une autre nature que celle opposée par les causes précédentes, figure, en quelque sorte, une sentinelle dont le rôle est d'avertir l'animal que, dans cet espace, s'est glissé un corps autre que de l'air, et de provoquer une toux expulsive de ce corps étranger.

Ces diverses conditions protectrices ont-elles la même importance ? Leur concours est-il indispensable à la déglution, ou bien, en l'absence de quelques-unes d'entre elles, celle-ci est-elle encore possible ? La suppression de telle condition qui laisse complètement libre la deglutition des solides, permet-elle encore entièrement celle des liquides ? Tels sont les problèmes que nos expériences tendent à résoudre.

Mais, disons d'abord qu'elles mettent au jour un fait digne d'intérêt, et dont jusqu'à présent l'existence ne nous paraît pas avoir été soupçonnée par les physiologistes, savoir : *au second temps de la déglutition, l'occlusion de la glotte continue à s'effectuer, après la paralysie de tous les muscles intrinsèques du larynx;* d'où il résulte que les mouvemens de la glotte, dans la déglution, semblent être indépendans de ceux qu'elle exécute dans la respiration. Pour obtenir ce résultat, je réséquai (sur quatre moutons et sur six chiens), les deux nerfs récurrens, et, des nerfs laryngés supérieurs, je n'excisai que le rameau interne et les filets des muscles crico-thyroïdiens, en laissant intacts ceux des muscles constricteurs pharyngiens inférieurs. Alors, la trachée fut ouverte largement, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde, ce qui me permit de constater, à chaque mouvement de déglutition, l'occlusion complète de la glotte : cette occlusion fut également observée, pendant chaque nausée ou chaque vomissement, sur les chiens dans les veines desquels j'avais injecté une solution de 0,20 d'émétique ; enfin, chez un mouton, dans un mouvement accidentel de rumination (7), je vis la glotte se fermer hermétiquement lors du passage de l'aliment, du pharynx dans la bouche, et quand l'animal avala de nouveau, la glotte se ferma de rechef. Dans tous ces cas, la matière alimentaire ne pénétra point dans la trachée.

En recherchant la cause de cette occlusion, indépendante des muscles intrinsèques du larynx, qui tous avaient été d'avance paralysés, je découvris qu'elle n'était pas due davantage à l'action des muscles thyro-hyoïdiens que j'enlevai, mais bien à l'influence persistante des constricteurs pharyngiens inférieurs qui, embrassant les lames divergentes du cartilage thyroïde, pliaient fortement, à chaque mouvement de déglutition, ces lames l'une sur l'autre, en rapprochant les lèvres de la glotte et en pressant les muscles extérieurs à cette ouverture.

Déterminons maintenant, par l'expérimentation, l'importance relative des causes qui préviennent la chute des alimens solides ou des liquides dans les voies respiratoires :

A. ASCENSION DU LARYNX EN AVANT ASSOCIÉE AU DÉPLACEMENT DE LA BASE DE LA LANGUE. — En réfléchissant aux moyens que je pourrais mettre en usage pour abolir des mouvemens aussi complexes, auxquels concourent des muscles si nombreux, je ne tardai pas à reconnaître qu'il me faudrait diviser non seulement *les nerfs hypoglosses*, *le nerf masticateur* (racine motrice du trifacial), mais encore les filets *du facial* qui se rendent aux muscles styliens et au ventre postérieur du digastrique, le *rameau pharingien* du spinal, qui anime surtout les constricteurs pharyngiens supérieur et moyen, et enfin les *quatre nerfs laryngés* qui envoient des filets aux constricteurs inférieurs du pharynx. Dès-lors, je dus renoncer à une entreprise aussi difficile, tout en admirant les précautions multiples prises par la nature pour obvier, à l'aide *de ce premier moyen*, à l'un des plus graves accidens de la déglutition, au passage des alimens dans les voies aériennes. Toutefois, je pus m'opposer en partie à l'ascension du larynx, en le retenant fortement en bas, et gêner les mouvemens de la base de la langue, en maintenant au-dehors l'extrémité antérieure de cet organe avec un lien qui le traversait; la déglutition d'un bol alimentaire très mou et placé à l'isthme du gosier fut fort difficile et suivie d'une toux assez vive, mais plus marquée encore chez les animaux dépourvus d'épiglotte.

B. USAGE DE L'ÉPIGLOTTE DANS LA DÉGLUTITION. — L'excision *complète* de l'épiglotte, chez six chiens, m'a démontré que si les alimens solides passent facilement sans cet opercule, *il n'en est pas de même des liquides dont la déglutition est suivie d'une toux convulsive*. D'où provient cette différence? Les solides, aidés dans leur glissement sur la base de la langue par le mucus qui la lubréfie, ne laissent sur elles aucune trace de leur passage; au contraire, les gouttes de liquide qui s'écoulent, après la déglutition, le long du plan incliné de la base de cet organe, tombent nécessairement dans le vestibule sus-glottique d'où elles sont expulsées par une toux violente (1) : il en résulte que, à l'état normal, l'épiglotte, une fois redressée, remplit l'office d'une digue qui, prévenant cette chute fâcheuse, dirige les liquides dans les deux rigoles latérales du larynx. Du reste, on conçoit facilement qu'un pareil usage ne réclame pas l'intégrité de l'épiglotte, et que les résultats contradictoires, signalés en pathologie et en physiologie expérimentale, dépendent de la destruction ou de l'excision plus ou moins complète de ce fibro-cartilage (2).

L'ablation totale de l'épiglotte ne m'a pas paru changer la voix d'une manière essentielle (3).

C. RÔLE DE LA SENSIBILITÉ DE LA MUQUEUSE SUS-GLOTTIQUE. — Son importance peut être démontrée de la manière suivante : 1° Si l'on coupe (sur un chien ou sur un mouton) les deux nerfs récurrens et les filets des muscles crico-thyroïdiens, de manière à paralyser tous les muscles intrinsèques du larynx, et à laisser intacts les rameaux laryngés internes qui président *exclusivement* à la sensibilité de la muqueuse laryngienne et sus-glottique (4), en faisant boire l'animal avec précaution, on ne voit rien passer dans la trachée; seulement si quelques gouttes de liquide arrivent dans le vestibule sus-laryngien, la toux les rejette au-dehors ; 2° sur un autre animal (chien ou mouton) excise-t-on de plus les rameaux sensitifs dont il s'agit, quoique l'occlusion de la glotte continue, comme dans le cas précédent, on aperçoit parfois quelques gouttes tomber dans la trachée; car l'animal n'étant plus averti à temps de la présence du liquide, l'occlusion de la glotte est quelquefois trop tardive, et n'arrive qu'après le passage de ce dernier; ou bien encore l'animal, au lieu d'exécuter une expiration brusque, fait inconsidérément une inspiration qui facilite l'introduction du corps étranger dans ses voies aériennes.

D. DEGRÉ D'IMPORTANCE DE L'OCCLUSION DE LA GLOTTE, AU SECOND TEMPS DE LA DÉGLUTITION. — Elle n'est point indispensable pour prévenir cette introduction lors de la déglutition des alimens solides ou même des *liquides versés avec grande précaution*; car j'ai vu déglutir des animaux, quoique je maintinsse écartées, à l'aide des deux branches d'une pince à disséquer, les lèvres de la glotte et rien n'est tombé dans la trachée-artère.

CONCLUSIONS. — 1° L'ascension du larynx en avant et le déplacement de la base de la langue sont des conditions essentielles de protection pour les voies respiratoires;

2° Les animaux (mammifères), auxquels on a excisé l'épiglotte, avalent, sans inconvénient, les alimens solides; mais cet opercule est nécessaire pour diriger, dans les deux rigoles latérales du larynx, les gouttes de liquide qui, après la de-

---

(1) MÉMOIRE SUR L'USAGE DE L'ÉPIGLOTTE DANS LA DÉGLUTITION, par M. Magendie. 1813.

(2) Albinus (Sigfridus). HISTOR. MUSCULORUM. 1734. l. III, c. 58, p. 236. Albinus (Fridericus), DE DEGLUTITIONE. 1840, p. 28, IN COLLECT. HALLERI DISPUT. ANATOM. t. VII.

(3) Ferrein. MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, an. 1741. p. 424 et 425, et la note 426.

(4) Haller. ÉLÉM. PHYSIOL., p. 87, t. VI.

(5) Ludwig (Gottlieb). INSTIT. PHYS. § 370, COLON. ALLOBROG. 1785.

(6) La culbute de cet opercule en arrière, a été successivement attribuée par Galien à l'action mécanique du bol alimentaire; par Albinus, au deplacement de la base de la langue, et par M. Magendie au refoulement en arrière qu'éprouve le paquet graisseux qui recouvre l'épiglotte, lorsque le cartilage thyroïde élevé s'engage derrière le corps de l'os hyoïde. Des expériences directes sur les animaux vivans m'ont appris que la véritable cause de ce renversement de l'épiglotte réside dans l'élévation du larynx en avant, et le mouvement de la base de langue en arrière.

(7) Le plus souvent cette fonction, quoique commencée, se supprime brusquement sous l'influence d'une vive impression; aussi ai-je vainement attendu pour observer de nouveau, sur trois autres moutons, le curieux phénomène qu'un de ces animaux m'avait accidentellement offert.

---

(1) La trachée étant ouverte, on peut s'assurer qu'en effet le plus souvent rien ne tombe dans ce conduit.

(2) J'ai vu un chien, auquel depuis deux jours j'avais excisé l'épiglotte en totalité, déglutir les liquides *sans tousser*. A l'autopsie, je trouvai un gonflement de la base de la langue qui proéminait sur l'ouverture laryngée supérieure tout en la laissant libre en haut et en arrière : ce gonflement pathologique remplaçait donc momentanément l'épiglotte. Ce fait intéressant m'engagea à conserver les animaux jusqu'à parfaite guérison; aussi, depuis plus de trois semaines, je réserve, à l'Ecole pratique, deux chiens auxquels chaque jour je fais boire du lait, en présence de plusieurs autres personnes, et la toux ne manque jamais de suivre la déglutition de ce liquide.

(3) Je reviendrai sur ce sujet dans un mémoire plus étendu.

(4) Voir notre mémoire SUR LES FONCTIONS DES NERFS ET DES MUSCLES DU LARYNX, dans la GAZ. MÉD. (juillet 1841.)

glutition, s'écoulent le long du plan incliné de la base de la langue, et pour prévenir leur chute dans le vestibule sus-glottique.

3° Quand, par surprise, des liquides ou des parcelles d'alimens se sont glissés dans cet espace, la sensibilité spéciale de la muqueuse qui le revêt donne lieu à une toux qui les entraîne au-dehors ; si cette sensibilité est abolie par la section des laryngés internes, l'animal, au lieu d'une expiration, pourra exécuter une inspiration qui facilitera l'introduction du corps étranger dans ses voies aériennes.

4° L'occlusion de la glotte n'est point indispensable pendant le second temps de la déglutition, et la glotte fermée n'est que la dernière barrière que la nature a opposée au passage des solides et des liquides dans les voies respiratoires.

5° Cette occlusion de la glotte continue à s'effectuer (1) après la paralysie de tous les muscles intrinsèques du larynx ; d'où il résulte que les mouvemens de la glotte, dans la déglutition, sembleut être indépendans de ceux qu'elle exécute dans la respiration.

Développement des os.

M. Flourens lit un sixième mémoire sur le développement des os, ayant pour titre Formation du cal. (Nous insérerons prochainement ce travail en entier.)

Contagion de la peste.

A propos du dernier travail de M. Aubert, M. le ministre du commerce écrit la lettre suivante :

L'Académie aura sans doute remarqué que le système de quarantaine proposé par M. Aubert a pour point de départ la détermination de la plus longue durée qu'on puisse attribuer à l'incubation de la peste.

Cette durée, s'il était possible de la constater d'une manière certaine, serait en effet la mesure du temps de liquidation ou de quarantaine que devraient subir les provenances des pays suspects de peste. Aussi l'administration a-t-elle cherché depuis plusieurs années à obtenir des notions positives à cet égard. Malheureusement les faits et les opinions qu'elle a recueillis ne conduisent à aucun résultat qu'on puisse regarder comme définitif.

M. le ministre envoie à l'Académie deux pièces qui peuvent jeter quelques lumières sur la question. L'une est une lettre de M. le consul de France à Malte, annonçant que la peste avait été apportée au lazaret de Malte par un bâtiment turc chargé de badgis ; depuis, un autre navire turc est arrivé avec des hadgis et la peste. Trois hadgis, trois marins et un batelier maltais sont morts sur le bâtiment turc; deux seulement ont été frappés sur le navire autrichien, un passager et un matelot; la ville, au reste, n'a couru aucun danger.

Jusqu'ici, on avait remarqué [qu'il] n'y avait plus de nouveaux cas, une fois le bâtiment ancré dans le port : d'où l'on avait conclu, que la peste n'est pas contagieuse loin du foyer d'infection. Cette fois, des individus sains ont vu la peste se déclarer chez eux plusieurs jours après leur entrée au lazaret. Un batelier maltais qui avait aidé au débarquement des Hadgis et de leurs effets prit la peste en se mettant en rapport avec ces passagers. Il avait communiqué avec eux le 17 mai; le 7 juin seulement la peste se déclara, et le 10, il succomba avec tous les symptômes caractéristiques, un bubon entre autres. Son père qui l'a soigné et ne l'a pas quitté d'un instant est demeuré sain et sauf.

L'autre pièce est un extrait d'une lettre de l'intendance sanitaire de Marseille, du 18 août 1841. Le comité de santé de Malte, par une circulaire du 5 août, avait signalé l'arrivée dans le lazaret de cette île, le 18 juillet, de 72 nouveaux pèlerins musulmans venus d'Alexandrie sur un brick ottoman. L'état de ce navire paraissait bon puisque pendant 37 jours de traversée il n'avait eu ni mort ni malades, sauf 5 pèlerins atteints d'affections chroniques, constatées telles par les médecins attachés à l'administration sanitaire. Cependant les 13, 18 et 21 juillet, trois individus sont morts, deux pèlerins et un matelot, sans aucun symptôme de peste.

Le 24, c'est-à-dire 16 jours après l'arrivée de ce bâtiment, un matelot meurt avec tous les symptômes les plus caractéristiques de la peste.

Saillie de l'œil consécutive à la strabotomie.

M. Baudens fait part à l'Académie d'un moyen qu'il a imaginé et pratiqué pour remédier à la saillie que fait le globe de l'œil à la suite des opérations de strabisme et surtout de celles où on a coupé plusieurs muscles. Dans ces cas, en examinant avec attention l'œil saillant, on s'aperçoit que la paupière inférieure est refoulée en bas; ce qui, en démasquant une grande partie de la cornée, pourrait faire croire que l'œil est dévié en haut. Pour s'assurer du contraire, il suffit de saisir avec de petites pinces un pli des tégumens de l'angle interne de la paupière inférieure, afin de la tendre en la portant en dedans et en haut. On voit alors que le globe n'est pas plus élevé de ce côté que de l'autre.

L'opération consiste à former un pli de la peau dans l'angle interne de l'orbite et à quelque distance de la muqueuse pour respecter les points lacrymaux, et à exciser avec des ciseaux courbes ce repli en haut et en bas, ainsi que dans l'angle orbitaire. On doit prolonger cette excision un peu plus en dehors sur la paupière inférieure que sur la supérieure. Quand on s'est assuré que la dénudation cutanée est suffisante, on réunit dans l'angle interne, les paupières supérieure et inférieure par trois points de suture dont l'externe doit comprendre un peu plus de peau que les deux autres (2).

(1) Par l'action des constricteurs pharyngiens inférieurs.

(2) Quelques jours avant que M. Baudens eût fait part de cette opération à l'Académie, nous y avions eu recours pour la même cause, en présence de MM. les docteurs Kuhn et Dechambre. L'auteur ignorait sans doute que nous l'eussions précédé dans cette voie, et nous n'avons d'autre but en l'annonçant que de nous réserver le faible mérite de l'avoir été inspiré par personne.

(Note du Réd. en chef.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 octobre. — Présidence de M. Barthélemy.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Guérison de l'épilepsie chez un chien par l'acide hydro-cyanique.

M. Bouley lit un rapport sur un travail de M. Levrat, vétérinaire à Lausanne, relatif à une observation d'épilepsie guérie chez un chien au moyen de l'acide hydro-cyanique. Voici le fait : un chien déjà âgé était sujet à des accès d'épilepsie très répétés et violens. Sa maîtresse, voulant s'en débarrasser, demanda à M. Levrat de lui indiquer un moyen pour le faire périr. Ce médecin fit avaler à l'animal 4 grammes d'acide hydro-cyanique qui avait été conservé à l'abri de la lumière, et qu'il mêla à 8 grammes d'alcool. Le chien tomba à l'instant sur le carreau comme frappé de la foudre, et M. Levrat se retira croyant l'avoir tué, lorsqu'il apprit le lendemain que, demi-heure environ après l'ingestion du poison, l'animal était revenu à lui. Depuis lors il est parfaitement guéri de ses accès d'épilepsie, et ne conserve qu'un léger tremblottement des ailes du nez. M. Levrat se demande si l'on ne pourrait pas proposer cette substance comme remède contre l'épilepsie.

M. le rapporteur ne met pas en doute la nature de la maladie décrite par M. Levrat, mais il dit que peut-être l'épilepsie était, dans ce cas, symptomatique d'une affection gastrique. On serait du moins autorisé à le croire, lorsqu'on songe que l'épilepsie est ordinairement incurable chez les animaux. Quant à l'effet du médicament, on sait que l'état morbide atténue l'action des poisons les plus violens. D'ailleurs l'alcool ajouté à l'acide hydro-cyanique devait en avoir affaibli l'énergie, et M. Bouley a calculé que, grâce à ce mélange, l'acide ne figurait guère que pour 1/81 dans la quantité du liquide avalé.

Les conclusions sont d'adresser à l'auteur une lettre de remercîmens.

M. Dupuy : Je crois que l'acide dont s'est servi M. Levrat avait été décomposé; car, dans les expériences que j'ai faites avec cet agent, toujours il a déterminé la mort d'une manière très prompte. Je dirai à ce sujet que, sur le cadavre d'un chien épileptique, j'ai trouvé que les ganglions qui partent de la moelle étaient ramollis d'un côté et indurés de l'autre. Je regrette que M. Levrat ait oublié de dire si le chien dont il s'agit a vomi après l'ingestion de l'acide.

M. Chevallier : J'ai été témoin d'un fait à peu près analogue : un chien qu'on voulait détruire a avalé en deux fois 8 grammes d'acide hydro-cyanique; chaque fois il tomba, mais, en définitive, il a survécu.

M. Castel dit qu'il importe surtout de déterminer quel a été ici le mode d'action du poison sur la maladie, et il pense qu'il a agi comme résolutif.

Amputation sus-malléolaire.

M. Velpeau lit un rapport sur un mémoire adressé par MM. Arnal et Martin, qui a pour titre : De l'amputation sus-malléolaire de la jambe, comparée a l'amputation au lieu d'élection.

L'historique de l'amputation sus-malléolaire, dit M. le rapporteur, peut se diviser en deux périodes bien distinctes, l'une qui finit à 1840, et l'autre qui s'étend depuis cette époque jusqu'à nos jours. L'amputation des membres n'étant autrefois pratiquée que dans les cas de gangrène, on ne faisait la section des parties que dans le point précis où le mort se séparait du vif, sans autre guide que cette ligne de démarcation. Ce ne fut qu'après la découverte de la ligature des artères que les chirurgiens, désormais en possession d'un moyen capable de prévenir les hémorragies, purent choisir le lieu où il convenait de couper le membre. Ambroise Paré, le premier, donna l'exemple de cette conduite : ce fut lui qui fixa, pour la jambe, le lieu d'élection à cinq travers de doigt au-dessous du genou, et cette doctrine a traversé trois siècles et s'est perpétuée jusqu'à nous, sans presque soulever d'objections, quoique de temps à autre quelques chirurgiens se fussent demandé si une telle pratique n'était pas l'effet de la routine, plutôt que le fruit d'une théorie rationnelle.

Lowdham mentionna le premier, en 1679, l'amputation sus-malléolaire.

En 1684, Van Solingen conseilla formellement l'amputation de la jambe à sa partie inférieure.

Verdicin, en 1684, discute aussi la question de savoir si elle doit être préférée au procédé ordinaire, et il parle déjà de la jambe artificielle et de ses avantages.

Ravaton, en traitant de l'amputation de la jambe, dit qu'il faut la couper aussi bas qu'on le peut ; il cite même un de ses malades qui, ayant été opéré de cette manière, put continuer de travailler et de marcher.

En 1740, Bromfield la pratiqua pour une gangrène du pied, et la faculté de marcher se rétablit si bien qu'on pouvait à peine distinguer quelle était la jambe amputée.

Whyte dit qu'en 1769 le hasard lui suggéra l'idée de mettre en usage ce mode opératoire, qu'il y procéda en faisant une incision circulaire, et que le succès fut tellement complet que le malade marchait très bien, quoique la machine dont il se servait fût très imparfaite.

Alanson et B. Bell ont également préconisé cette opération, et ont vu la cicatrisation du moignon se faire en un temps très court, en 16 et 21 jours.

Vacca Berlinghieri faisait l'amputation sus-malléolaire toutes les fois que la hauteur à laquelle remontait la lésion le permettait.

En 1829, Salémi publia sur ce sujet un mémoire étendu ; mais, du reste, il n'y citait aucun fait qui lui fût propre.

Moi-même, Messieurs, ajoute M. Velpeau, en 1831, je disais que l'opération exécutée à la partie inférieure est moins grave que lorsqu'on la fait dans le lieu d'élection, et qu'on n'est pas en droit d'affirmer qu'il soit impossible de construire des machines avec assez de perfection pour simuler la portion de membre détruite, et permettre de marcher en laissant à peine apercevoir la difformité.

Malgré cet ensemble d'autorités et le nombre non moins imposant des exemples de guérison qui confirment leur témoignage, cette opération est encore repoussée par quelques sommités chirurgicales de notre époque, et presque tous les praticiens de province, suivant en cela les erremens de leurs maîtres, amputent la jambe exclusivement dans le lieu d'élection.

Voici les propositions que MM. Arnal et Martin établissent en faveur de l'amputation sus-malléolaire :

1° Elle est d'une exécution plus prompte et plus facile que celle faite suivant la méthode ordinaire.

2° Elle cause moins de douleur.

3° Elle est moins souvent accompagnée de la gangrène du lambeau, si fréquente dans la méthode ordinaire.

4° Elle expose moins aux hémorragies consécutives.

5° La fièvre traumatique qu'elle provoque est plus légère, moins orageuse.

6°. La cicatrisation est plus rapide.

7° En raison de la prompte guérison de la plaie d'amputation, celle-ci est moins sujette à être affectée de pourriture d'hôpital.

8° On remarque moins ordinairement à sa suite la conicité du moignon.

9° Les malades sont plus rarement atteints de résorption purulente.

10° Enfin, après la guérison, le malade est moins exposé aux accidens de pléthore générale, et il peut se servir plus librement de son membre.

Aucune des objections élevées contre ce procédé, continuent MM. Arnal et Martin, n'a de fondement réel. C'est tout à fait à tort qu'on lui a reproché de produire la nécrose des tendons, les fusées purulentes et une infériorité marquée, sous le rapport de la commodité du membre mutilé, pour la station et la marche.

MM. Arnal et Martin ont réuni 97 observations d'amputation sus-malléolaire, empruntées à la pratique de 25 chirurgiens et prises dans les conditions les plus diverses de sexe, d'âge, de maladies, de pays ; sur ces 97 cas, il y a eu 87 succès complets ; la proportion des guérisons aux décès serait donc comme 1 est à 9. En d'autres termes, on ne perdrait qu'un opéré sur 10, tandis qu'ils tiennent de Dupuytren que l'amputation de la jambe au lieu d'élection coûte la vie à 1 sujet sur 4. Ils sont donc bien en droit de s'étonner de la résistance que l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles rencontre encore parmi les chirurgiens. Peut-être la plupart d'entre eux sont-ils arrêtés par la difficulté de trouver ensuite des moyens prothétiques convenables ; et c'est là, il faut l'avouer, un inconvénient sérieux, car les membres artificiels mal construits gênent la progression, ou ne permettent du moins au malade de marcher qu'en fauchant et en soulevant l'épaule à chaque pas.

Reprenons maintenant, dit M. Velpeau, les propositions des auteurs une à une, pour mieux apprécier la valeur de chacune d'elles.

Le manuel opératoire est effectivement plus facile et un peu plus prompt dans l'amputation sus-malléolaire ; cependant la différence n'est pas aussi considérable que le prétendent MM. Arnal et Martin. Les temps à exécuter sont aussi nombreux dans ce procédé que dans l'autre, et certainement la dissection de la peau est ici plus délicate que ne peut l'être la section des muscles dans l'amputation près du genou.

Il en est à peu près de même de la douleur, qui, de nos jours, est rarement portée assez loin pour devenir une source réelle de dangers ; il est vrai de dire toutefois que l'amputation à la partie inférieure en détermine un peu moins.

Quant à la gangrène du lambeau, MM. Arnal et Martin disent qu'elle s'observe fréquemment après l'amputation ordinaire : sans doute ils ont voulu entendre par là l'ulcération de la peau, qui arrive parfois au niveau de l'angle antérieur du tibia, mais ce n'est qu'un accident sans importance. D'un autre côté, la gangrène n'est pas aussi rare qu'on le dit, dans l'amputation au-dessus des malléoles, puisque M. Lenoir a imaginé un procédé ayant spécialement pour but de la prévenir. Moi-même, je l'ai observée trois fois sur dix opérés ; mais il y avait à la vérité des circonstances particulières qui pouvaient l'expliquer. Ainsi, dans un cas, l'opération fut faite pour une affection qui avait déterminé l'oblitération des veines du membre ; une autre fois, le pied et les parties voisines avaient subi une forte contusion ; dans la troisième observation, une hémorragie avait forcé de tamponner, et d'exercer par conséquent une compression assez forte sur la peau du moignon.

Pour ce qui est relatif à l'hémorragie, nous ne croyons pas qu'elle soit plus commune dans un cas que dans l'autre.

Fièvre traumatique. L'amputation sus-malléolaire n'en produit habituellement qu'une très modérée.

Inflammation et suppuration consécutive. Nous ne pouvons admettre que l'amputation sus-malléolaire expose moins que l'autre à ces accidens ; car nous avons plusieurs fois pu constater le contraire.

Cicatrisation. On ne peut s'empêcher de reconnaître que la cicatrisation est beaucoup plus prompte à la suite de cette opération, et on peut compter, en règle générale, qu'elle a lieu dans l'espace de vingt à trente jours.

Pourriture d'hôpital. Il n'y a que peu de différence sous ce rapport entre les deux opérations que nous comparons.

Conicité du moignon ; nécrose. Ces accidens sont aujourd'hui si rares, qu'on ne peut guère savoir dans quel cas ils se sont montrés le plus souvent. D'ailleurs, dans l'un comme dans l'autre, les mêmes causes seraient aptes à les produire.

Phlébite ; infection purulente. Nous déclarons que cette fâcheuse complication est *infiniment* plus rare après l'amputation sus-malléolaire. Sur 10 cas, nous ne l'avons observée qu'une seule fois, et encore le malade dont il s'agit était-il placé dans des circonstances toutes particulières.

Le moignon résiste en général aussi bien à la fatigue qu'après la section du membre au lieu d'élection, et les douleurs sympathiques n'y sont pas plus communes. Quant à la pléthore consécutive, ce n'est pas ordinairement en considération de cet effet secondaire que l'on calcule la valeur des divers procédés d'amputation.

La revue que nous venons de faire montre déjà que les auteurs du mémoire n'ont pu se défendre d'une certaine exagération dans leur apologie de l'amputation sus-malléolaire, et dans la critique qu'ils ont faite de la méthode ordinaire. Cette exagération doit nous faire craindre qu'ils ne soient tombés dans le même défaut, relativement à leur statistique, et cela est fort possible ; car, n'ayant pas pratiqué l'opération eux-mêmes, ils n'ont pu que réunir des faits propres à d'autres chirurgiens. Or, il en existe quelques-uns dans la science qui leur ont échappé. D'après le résultat de nos opérations, dit M. Velpeau, et les renseignemens que nous ont transmis plusieurs de nos collègues, nous pourrions dresser aussi une statistique dans laquelle la proportion des morts serait de 1 sur 7 ou 8, chiffre un peu différent de celui donné par MM. Arnal et Martin.

Voici, en définitive, les avantages et les inconvéniens propres à l'amputation sus-malléolaire. Quant au manuel, elle présente quelques difficultés pour disséquer la peau et pour bien égaliser les surfaces osseuses. Elle expose aussi à l'angioleucite, à l'inflammation des gaînes fibreuses, aux fusées purulentes, etc. La rétraction consécutive des muscles du jarret peut entraîner la jambe dans la flexion, effet qui serait ici un inconvénient, tandis qu'il serait au contraire plutôt heureux que nuisible après l'amputation dans le lieu ordinaire. Du reste, la ténotomie triompherait aisément de cette déviation du membre.

Les avantages réels de cette opération sont de deux ordres. D'abord, elle compromet moins la vie, la réaction est moins vive et la guérison plus prompte. En second lieu, elle conserve l'usage du genou, rend la marche plus facile et la difformité beaucoup moins apparente. Quant à ce dernier avantage, il faut bien reconnaître qu'on ne peut l'obtenir qu'à l'aide d'un mécanisme très compliqué, fort coûteux, et qu'on pourrait difficilement parvenir à se procurer et même à faire convenablement réparer en province.

De ce qui précède, nous tirons les conclusions suivantes :

1° L'amputation sus-malléolaire est notablement moins dangereuse que celle qu'on pratique au lieu d'élection.

2° Il est possible d'adapter aux membres qui ont subi cette opération des moyens prothétiques qui permettent de marcher et dissimulent la difformité.

3° Le membre artificiel qui offre le plus d'avantages est celui qu'a imaginé et que fabrique M. Martin.

4° Avec ce membre, on pourra se livrer à la marche, s'asseoir, se lever, monter, descendre, se livrer en un mot à tous les mouvemens que nécessitent les habitudes de la vie sociale.

5° Pour les individus qui ne pourraient parvenir à se procurer un membre artificiel bien construit, c'est encore une question que de savoir si l'amputation sus-malléolaire devrait être préférée à l'autre.

6° Ce serait une découverte du plus haut intérêt que de trouver un mécanisme peu coûteux et remplissant toutes les conditions voulues pour permettre les mouvemens de la jambe.

Nous proposons en conséquence d'adresser des remercimens aux auteurs et de renvoyer leur mémoire au comité de publication.

M. Gimelle : Au retour de la campagne de Russie, on reçut aux Invalides environ 30 ou 34 militaires blessés auxquels la jambe avait été amputée au-dessus des malléoles. Eh bien ! ils éprouvèrent tous de vives douleurs dans le moignon, des ulcérations difficiles à guérir se déclarèrent sur la cicatrice ; bref, les accidens consécutifs furent tels que 21 ou 22 d'entre eux se décidèrent à subir l'amputation au lieu d'élection pour se débarrasser de ce moignon incommode. Un de ces soldats, auquel son chirurgien avait refusé de couper de nouveau la jambe, déchirait de ses propres mains la cicatrice afin de se mettre dans un état tel qu'on ne pût s'abstenir de faire droit à sa demande. Voilà des résultats bien capables de faire naître le doute sur la supériorité de la méthode qu'on vient de préconiser devant vous. On dit qu'elle détermine une réaction moins forte ; mais est-ce 5 ou 6 pouces de plus ou de moins qui peuvent causer une bien grande différence ? On a cité des chiffres ; je ne prétends point les contester, mais je puis leur opposer des résultats tout aussi beaux, dus à l'emploi du procédé ordinaire. Sur 34 amputations de jambe faites au lieu d'élection, M. Pasquier, aux Invalides, n'a perdu qu'un seul malade.

On voulut un jour essayer une des nouvelles jambes artificielles de M. Martin sur un invalide qui, jusque là, s'était servi d'un pilon. Cet homme ne put la supporter, et il vint demander à genoux qu'on voulût bien le débarrasser de cet instrument de torture. Sans doute, j'avoue que ces membres artificiels présentent un aspect agréable ; j'admets encore que les personnes qui ont de la fortune pourront trouver dans le changement d'appareils prothétiques un moyen de tromper leurs souffrances ; mais je persiste à dire que tout homme qui préférera son repos à la beauté du coup-d'œil devra donner la préférence à l'amputation dans le lieu ordinaire.

M. Larrey : Je suis étonné que M. Velpeau, qui a déployé une si grande érudition, n'ait pas songé à consulter la relation de mes campagnes. Il aurait pu y voir, et cela dans un volume qui vient de paraître récemment, l'histoire d'un général auquel on fit l'amputation à la partie inférieure de la jambe, pour le tétanos, et qui succomba. Il aurait aussi pu y voir que sur 10 amputations faites au lieu d'élection, j'ai guéri 8 ou 9 opérés. J'ai eu, avant M. Pasquier, 19 succès sur 20 opérations de ce genre. Lorsqu'au contraire vous amputez près des malléoles, vous ne pouvez espérer la réunion par première intention ; car il faut, pour que la plaie se ferme, que les extrémités osseuses s'usent, s'arrondissent, ce qui est nécessairement très long. D'ailleurs c'est de tous les procédés celui qui

est le plus souvent suivi de nécrose, à raison de la texture spongieuse des os que l'on divise. Il pourra réussir chez les jeunes sujets, car chez eux toute opération est suivie de succès, mais pratiqué sur des adultes il ne donnera que de mauvais résultats. En amputant au bas de la jambe, et par conséquent dans le voisinage de la lésion, on sera très souvent exposé à laisser dans le moignon quelque partie altérée. Le chirurgien ne doit pas avoir en vue la coquetterie de son malade, mais sa conservation. Eh bien! je le répète, par ce procédé, il y a réellement moins de chances de guérison que lorsqu'on ampute près des condyles du tibia.

M. Velpeau : Je suis sincèrement affligé d'avoir pu contrarier M. Larrey en ne mentionnant pas ses ouvrages; mais M. Larrey a tort de croire que je ne les ai pas lus. Ils contiennent des documens trop précieux dans toutes les questions de chirurgie, pour qu'on puisse m'accuser d'une pareille omission. Mais les objections qu'il a faites contre l'amputation sus-malléolaire ayant été déjà présentées par d'autres auteurs, je n'ai pas cru qu'il fût nécessaire de le prendre à partie dans cette circonstance. Il me semble qu'il y a entre cette amputation et l'ancienne une différence que ne saisissent pas bien mes adversaires. Dans celle-ci, on détruit la fonction du genou, et dès lors le malade ne pourra marcher qu'en fauchant, et s'il reste assis, son membre fera en avant une saillie fort désagréable à voir. Par le nouveau procédé, les mouvemens du genou sont conservés, et peut-on nier que ce ne soit là un grand avantage, surtout quand cet avantage n'est pas acheté trop chèrement? Toute la question est donc là : sous le rapport de la perfection des mouvemens qu'elle permet à sa suite, l'amputation sus-malléolaire a la supériorité, et d'autre part, elle ne compromet pas plus la vie des malades. Elle ne la compromet pas plus, la théorie seule devrait le faire pressentir, et j'ai prouvé tout à l'heure, par des chiffres, qu'elle est en réalité moins dangereuse. On a opposé des chiffres aux nôtres; M. Gimelle dit que sur 34 amputés près du genou, il n'en a perdu qu'un seul. Je lui en fais mon compliment bien sincère; mais il faut convenir que les choses ne se passent pas ainsi dans les autres hôpitaux. D'ailleurs quelle confiance peuvent inspirer des statistiques aussi restreintes. Rien n'est trompeur comme ces résultats basés sur un petit nombre de cas. Ainsi, dans la campagne d'Alger, sur 29 amputés de la jambe, au lieu ordinaire, on en a vu mourir 24, puis immédiatement après et dans les mêmes conditions, on en a sauvé 19 sur 20. Laquelle de ces deux proportions méritait de faire loi? La mortalité des amputations de jambe n'est pas appréciée partout de la même manière, et nous savons qu'à l'Hôtel-Dieu de Lyon et de Paris on regarde 4 morts sur 10 ou 11 opérés comme un résultat très heureux. En somme, il est bien reconnu aujourd'hui que dans l'amputation au lieu d'élection, la proportion des morts est de 1 sur 4 ou 5, tandis que dans l'amputation sus-malléolaire elle est d'environ 1 sur 10. Il y a donc là un avantage très digne d'attention, car c'est quelque chose, ce me semble, que de perdre la moitié moins de malades. N'y eût-il que cette considération, ce serait certes, à mes yeux, un motif suffisant pour donner la préférence à cette opération, dans les conditions voulues, bien entendu. On a dit que la guérison n'avait lieu que chez les enfans; on a contesté la possibilité du rétablissement du membre. Je puis affirmer que 5 individus que j'ai soumis à cette opération ont recouvré l'usage de leur membre au point qu'on peut à peine deviner s'ils ont subi une amputation. Une dame, à qui je l'avais faite, m'ayant abordé dernièrement dans la rue, je ne pouvais la reconnaître, car rien dans sa démarche ne différait de celle des autres personnes. Elle a pu aller cet hiver au bal et danser; je ne dis pas qu'elle ait fait des entrechats, mais elle a pu accepter plusieurs contredanses. M. Blandin vous a montré ici, il y a trois ou quatre ans, une de ses malades qui, pourvue d'un membre artificiel de M. Martin, marchait librement, montait, descendait, s'asseyait, etc. M. Gimelle a cependant cité un fait opposé à ceci; il a parlé d'un invalide qui n'avait pu supporter la jambe mécanique; mais est-ce là une objection bien sérieuse? je ne le pense pas; vous savez d'abord que les invalides n'attachent pas un grand prix à se délivrer de leur difformité. Mais il y a plus; l'homme dont il s'agit était amputé depuis longtemps; depuis longtemps il faisait usage du pilon et était habitué à porter son genou fléchi. L'articulation n'était donc plus dans des conditions qui pussent lui permettre de se prêter à l'extension. C'était une charnière rouillée, et chacun sait combien les mouvemens d'une jointure sont difficiles quand elle a longtemps conservé la même attitude. Que prouverait d'ailleurs un seul fait? Cet homme n'a pu supporter l'appareil, mais mille autres ne s'en servent-ils pas tous les jours sans aucun inconvénient? Je conviens cependant que si un homme n'était pas assez riche pour se procurer un membre artificiel, ou même s'il avait besoin de rester debout une grande partie de la journée, ce serait une question que de savoir si on devrait l'amputer au-dessus des malléoles, et on ne devrait s'y décider qu'après l'avoir bien informé des suites de cette opération. Mais pour les gens riches et qui ne sont pas astreints à des travaux pénibles, elle est dans tous les cas parfaitement applicable. M. Martin a amené ici, et vous pourrez le voir tout à l'heure, un individu qui a été amputé des deux jambes, et auquel il a appliqué deux de ses membres artificiels avec tant de succès, que, malgré sa double mutilation, cet homme peut se tenir debout et marcher.

M. Gimelle : Je persiste à dire que les malades qui ne voudront pas être exposés ultérieurement à éprouver des douleurs dans le moignon devront se faire amputer au lieu d'élection, et non pas au-dessus des malléoles. Quant à la mortalité, ce n'est pas l'opération qui la détermine, elle tient à la nature de la maladie pour laquelle on pratique l'amputation; par conséquent, il importe peu qu'elle soit faite quelques pouces plus haut ou quelques pouces plus bas.

M. Velpeau : Le point capital, dans cette discussion, c'est la proportion des morts; eh bien! elle est évidemment moins forte après l'amputation sus-malléolaire. M. Gimelle prétend que les opérés ne succombent qu'à cause de la maladie pour laquelle on les ampute. On avait déjà cherché à établir autrefois que jamais on ne meurt de l'opération, mais bien d'une maladie interne; admettons-le, j'y consens, mais la question sera toujours de savoir quelles sont les opérations qui donnent le moins de chances de voir se développer ces maladies internes qui emportent les amputés. Or, vous ne pouvez nier que l'amputation sus-malléolaire n'ait l'avantage sous ce rapport.

M. Larrey : J'ai vu un prince allemand qui avait été amputé de la jambe au lieu d'élection, et qui, grâce à un membre artificiel habilement construit, marchait aussi bien qu'il aurait pu le faire avec les appareils dont parle M. le rapporteur.

M. Bouvier : La question qui se discute est complexe; elle est chirurgicale et physiologique. Je ne la traiterai pas sous le premier point de vue, et l'on comprend facilement pourquoi. Quant aux fonctions du membre, le fait qu'a cité tout à l'heure M. Gimelle, d'un invalide qui ne put supporter une jambe mécanique, n'est pas aussi probant qu'il le semble d'abord. Il paraît, je n'affirme rien, et M. Gimelle pourra relever mes observations si elles sont erronées, il paraît que ce militaire désirait avoir la croix, et qu'il a dit qu'avec la nouvelle jambe mécanique il n'aurait pas l'air assez estropié; il paraît aussi que c'était chez lui un parti pris de ne pas vouloir se prêter à l'essai qu'on lui proposait, et que ce n'aurait été seulement après l'avoir portée quelques heures, qu'il serait venu rendre sa mécanique. Dans l'appareil de M. Martin, la jambe amputée repose par toute sa surface, et le poids du corps est supporté à la fois par l'ischion qu'un bourrelet circulaire embrasse largement et par les condyles du tibia; il y a donc parité de condition entre ce mode de support et celui qu'on donne aux sujets qui ont été amputés de la cuisse; or, tout le monde sait que, chez ces derniers, la station et la marche sont faciles.

M. Gimelle : Je me borne à rétablir le fait auquel M. Bouvier a fait allusion : l'invalide dont il est question vint demander, les larmes aux yeux, qu'on le débarrassât de cet instrument de torture; il n'y avait pour lui ni espoir d'avoir la croix ni perspective d'aucune récompense de ce genre; c'était un homme de sens, parfaitement capable de raisonner ses actions.

M. Bouvier : Mais quel genre de souffrances causait l'appareil? Sous quel rapport l'appelait-il un instrument de torture?

M. Gimelle : L'appareil causait assez de douleur pour qu'on ait été obligé de l'enlever.

M. Bouvier : Au moins faudrait-il savoir combien de temps après son application le malade a commencé à s'en plaindre?

M. Gimelle : Je n'ai pas de renseignemens positifs sur ce point.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

MALADIE DE LA PROSTATE.

M. Leroy d'Etiolles met sous les yeux de l'Académie la vessie d'un malade sur lequel existait une tuméfaction saillante du troisième lobe, ou lobe pathologique de la prostate. M. Leroy d'Étiolles se demande s'il n'aurait pas été convenable d'en pratiquer l'extirpation.

La séance est levée à cinq heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDE DES PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX DE LA VIE OU RECHERCHES SUR LA VITALITÉ, L'ORGANISATION, LES RACES HUMAINES ET ANIMALES, LES FORCES OU PUISSANCES NATURELLES ET MORBIFIQUES QUI ACCOMPAGNENT LES MANIFESTATIONS DE LA VIE, POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU RÈGNE ANIMAL ET DE PROLÉGOMÈNES AUX LOIS PHYSIQUES QUI LE GOUVERNENT; par le docteur Gabillot. — 500 pages in-8°. Paris, 1841, chez Fortin et Masson, rue et place de l'Ecole-de-Médecine.

De toutes les questions qui peuvent occuper l'esprit de l'homme, il n'en est pas de plus élevée ni de plus intéressante que celle de la vie, surtout quand on la considère dans toutes ses manifestations et en dehors des accidens qui appartiennent à l'existence individuelle; car l'histoire de la vie, nous dirons avec M. Gabillot, c'est celle de l'univers; et quel plus vaste et plus digne sujet pour la méditation de l'homme, qui peut s'arrêter pour quelques instans aux attraits ou aux soucis de la vie pratique? Aussi, loin d'être étonné du grand nombre d'écrivains qui se sont livrés à cette étude, nous le serions plutôt de leur petit nombre, si nous ne savions toute l'incertitude des voies par lesquelles on cherche à pénétrer dans ces régions élevées, et si des insuccès aussi fréquens n'avaient dû retenir bien des athlètes prêts à entrer dans la lice. Malgré tant d'essais infructueux, quelques écrivains se hasardent de temps en temps dans cette périlleuse entreprise. Si de nos jours quelques médecins croient étudier les maladies en ne s'occupant que des lésions anatomiques qui souvent n'en sont qu'un résultat fort éloigné, pouvons-nous être étonnés que tant d'hommes, à l'occasion, par exemple, de chaque nouvelle découverte dans l'étude des phénomènes électro-magnétiques, aient prétendu que l'électricité et le calorique étaient la cause des phénomènes vitaux?

La théorie formulée par M. Gabillot ne doit pas être confondue avec

celles dont nous venons de parler, et qui ne supportent pas un examen sérieux; selon lui, la chaîne entière des créations se fonde avec une force moléculaire organisatrice identique. Cette force reposerait sur la nature des molécules, de la matière et surtout sur la réaction de celles-ci, réaction qui va jusqu'à produire les manifestations de la vie les plus éclatantes. Pour lui, la vie ne précède pas les élémens organisateurs, mais elle naît avec l'agrégation moléculaire et disparaît avec elle. Il n'admet donc pas de principe vital, inséparable des molécules organiques qui ne sont vivifiées que par les élémens extérieurs. La même matière serait douée de toutes les propriétés vitales qui n'ont besoin, pour se manifester, que de quelques conditions extérieures; elle est donc la chose la plus importante dans l'organisme tandis que les formes et les forces n'y occuperaient qu'un rang secondaire. La vie ne serait, pour M. Gabillot, qu'une extension des lois physiques.

Nous ne chercherons pas à reproduire les argumens apportés à l'appui de ces opinions que nous ne faisons connaître que très incomplètement. Si elles ne sont pas aussi neuves et aussi solidement établies que le pense leur auteur, leur développement lui a fourni des chapitres que le lecteur parcourra avec intérêt sur quelques-unes des parties qui se rattachent à l'étude de l'organisme et des lois physiologiques auxquelles il est soumis.

VARIÉTÉS.

— Nous donnons ici, sans commentaire, et le rapport adressé au roi par le ministre de l'instruction publique sur l'utilité d'une mesure que réclamait depuis longtemps l'état des études médicales en France, et l'ordonnance qui en prescrit l'exécution, nous réservant de revenir sur cette modification opportée au cours des études médicales lorsque nous connaîtrons les mesures complémentaires qui doivent en assurer le succès.

RAPPORT AU ROI.

Sire,

Au milieu des progrès de l'enseignement médical en France, il a paru qu'un complément utile pouvait être ajouté à l'instruction pratique des élèves. Déjà, dans l'ordre actuel des études, chaque année, après des concours et des examens dont le mode est réglé par l'administration des hospices, un certain nombre d'élèves de la Faculté de Paris sont appelés, sous le titre d'internes et d'externes, à un service régulier près des malades. Cette institution, généralement appréciée, ne peut qu'être maintenue avec les conditions qu'elle présente et les avantages qu'elle assure. Mais, à part ce service spécial, et pour le bien de l'instruction autant que pour ménager des auxiliaires de plus à la charité publique, j'ai pensé, d'après des témoignages irrécusables, qu'il conviendrait de faire du stage dans les hôpitaux une condition générale des études en médecine, et de l'imposer pour un temps limité à tous les aspirans au doctorat.

Les professeurs de la Faculté de Paris, consultés sur ce point, ont d'un avis unanime recommandé cette mesure, en indiquant les connaissances indispensables et trop souvent négligées qu'elle ferait acquérir aux élèves. D'autre part, la facilité de la mettre en pratique et d'en concilier l'exécution avec le maintien de l'ordre le plus parfait, a été reconnue par le conseil général de l'administration des hospices qui a pris à ce sujet une délibération formelle et motivée que M. le ministre de l'intérieur a récemment approuvée.

Les deux autres Facultés de médecine du royaume, que j'avais également consultées, n'ont pas été moins favorables à l'application de cette mesure dans les hôpitaux des villes où elles sont établies, et je me suis assuré de l'assentiment et du concours qu'y prêteraient les autorités locales.

Dans ce système, Sire, dont le Conseil royal de l'instruction publique a reconnu l'utilité, nul ne pourrait être reçu docteur par une des facultés de médecine s'il n'avait suivi, pendant une année au moins, le service d'un hôpital. Pour le simple élève en médecine, ce stage commencerait après les neuf inscriptions prises; ceux qui auraient obtenu préalablement l'emploi d'élèves externes, pourraient faire compter leur service dans les hôpitaux à dater de leur entrée en fonction sous ce titre. Des formes seraient prescrites pour assurer et constater l'accomplissement de cette obligation, et une disposition réserverait la faculté d'imposer la même épreuve aux élèves des nombreuses écoles préparatoires de médecine et de pharmacie que Votre Majesté, sur ma proposition, a successivement constituées par des ordonnances spéciales. Le nombre des étudians pour lesquels le stage pratique dans les hôpitaux deviendrait obligatoire pourrait ainsi se répartir d'une manière plus conforme aux besoins de ces établissemens, en même temps qu'une condition précieuse d'instruction et d'expérience serait ajoutée partout aux études médicales.

Je ne doute pas, Sire, que l'ensemble de ces dispositions dans un véritable intérêt des études médicales n'obtienne l'approbation de Votre Majesté, et j'ai l'honneur de lui remettre un projet d'ordonnance qui a pour objet de les réaliser.

Je suis avec un profond respect,

Sire,

De Votre Majesté,

Le très-humble, très-obeissant et dévoué serviteur,

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique, grand-maître de l'Université,

VILLEMAIN.

A la suite de ce rapport vient l'ordonnance suivante :

ART. 1er. A partir du 1er janvier 1843 nul ne pourra obtenir le grade de docteur dans l'une des facultés de médecine du royaume, s'il n'a suivi pendant une année au moins, soit en qualité d'externe, soit comme simple élève en médecine, le service d'un hôpital.

ART. 2. Le stage prescrit par l'article précédent commencera, pour les élèves en médecine, après leur neuvième inscription prise. Les quatre inscriptions subséquentes ne leur seront délivrées que sur l'attestation du directeur de l'hospice, constatant qu'ils ont rempli avec assiduité, pendant le trimestre expiré les fonctions auxquelles ils auront été appelés pour le service des malades.

ART. 3. Les élèves qui auront obtenu au concours le titre d'externes, pourront faire compter leur temps de stage dans un hôpital à partir de leur entrée en ladite qualité.

ART. 4. Les externes, comme tous les autres élèves, seront tenus de justifier par certificats trimestriels, délivrés en la forme indiquée art. 2, de leur assiduité dans les hôpitaux pendant l'année de stage prescrite par la présente ordonnance.

ART. 5. Il sera statué ultérieurement sur les mesures à prendre pour rendre ces mesures applicables aux élèves des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie légalement établies.

— M. le docteur François, officier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie de médecine, vient de mourir à Beaurepaire (Isère).

— On annonce aussi la mort de M. Cullerier, chevalier de l'ordre de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie de médecine, chirurgien en chef de l'hôpital du Midi, décédé en sa maison de campagne, à Brunoy, le 10 octobre 1841, à l'âge de 59 ans.

TESTAMENT; ALIÉNATION.

L'individu qui a donné des signes d'aliénation mentale peut valablement tester, si le mois suivant il est revenu à la raison, quoiqu'il ait été atteint de paralysie.

Tel est l'esprit d'un arrêt que vient de rendre en appel la Cour royale de Douay, à l'occasion d'un fait qui ne peut manquer d'intérêt pour le médecin légiste. Le tribunal d'Arras avait annulé le testament du sieur N., comme fait par un individu qui n'était pas sain d'esprit, en se fondant sur les signes d'aliénation mentale que le testateur avait donnés un mois avant la confection du testament, et qui, d'après la nature de sa maladie, devaient être considérés comme constituant une aliénation mentale incurable. Une consultation avait en effet été rédigée en ce sens par trois docteurs de la Faculté de Paris, et dont l'opinion, dans ces sortes de questions, est d'une grande autorité. Les motifs de cet arrêt s'appuient surtout sur ce que quelques actes momentanés de démence ne sont point un motif suffisant pour affirmer qu'au bout d'un mois le sujet n'ait pas recouvré assez de raison pour tester, et sur ce que l'hémiplégie qu'il avait éprouvée ensuite n'avait altéré que son physique, sans affaiblir ses facultés intellectuelles, et lui avait laissé l'entier usage d'une volonté libre et réfléchie, ce qui ressortait de l'acte même dans lequel il avait retracé ses dispositions dernières.

— Un autre arrêt rendu, il y a peu de temps par la Cour royale de Riom, sur une affaire qui offre quelque analogie avec la précédente, doit être aussi de quelque intérêt pour le médecin légiste. Cet arrêt a été rendu en appel d'un jugement du tribunal de première instance de Gannat, qui est dit avoir mal jugé. Il ressort de cet arrêt que :

La validité de la donation faite au conjoint, en contrat de mariage, peut être attaquée pour cause de démence du donateur, bien que la validité de l'engagement de la personne dans le mariage ne soit pas contestée.

Mais pour faire annuler cette donation, il ne suffit pas que le donateur ait été interdit longtemps après pour cause de démence; il faut prouver la démence notoire au temps de la donation même.

Les motifs de cet arrêt que réforme le jugement du tribunal de Gannat, reposent sur ce que ce tribunal avait confondu avec l'aliénation ou plutôt la démence, qui ne permet pas de stipuler des conventions ni de contracter un état dans lequel un homme doué d'une intelligence bornée, d'un esprit faible et inculte, conserve cependant l'intelligence du bien et du mal, l'entente ordinaire des choses de la vie, et peut comprendre la portée de son engagement.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 43. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 23 OCTOBRE 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MALADIES MENTALES.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES HALLUCINATIONS PAR LE DATURA STRAMONIUM; par M. J. Moreau (de Tours), médecin de l'hospice de la Vieillesse (hommes).

(Suite. — Voir le n° 41.)

DEUXIÈME PARTIE.

Avant d'exposer les détails du traitement que j'ai suivi, je dois établir parmi les hallucinations les distinctions que nous avons indiquées précédemment, et que les auteurs ont négligées jusqu'à ce jour, à cause de l'importance secondaire et purement symptomatologique qui leur était attribuée. Ces distinctions portent, non pas sur les caractères *psychiques* des hallucinations et des illusions, mais *sur leurs rapports* avec l'état général intellectuel de l'halluciné.

1° Les hallucinations sont simples, isolées, sans autre trouble de l'intelligence. Les malades en ont conscience et n'en sont jamais dupes. Ce genre d'anomalie mentale se rencontre assez fréquemment dans les hospices d'aliénés.

2° Elles se compliquent de désordres intellectuels plus ou moins étendus, affectant plus particulièrement le type ou la forme de la monomanie. Elles ont précédé ces désordres; elles en sont le point de départ; elles les excitent et les entretiennent.

3° D'autres fois, loin d'avoir provoqué le délire, elles semblent en être la conséquence. Par leur origine, par leur nature, elles se rattachent aux idées fixes, qui ont d'abord dominé le malade. Dans ce cas-ci, elles ne sont vraiment qu'un symptôme. Cela n'est pas dans les cas qui précèdent, où elles sont la principale lésion intellectuelle.

Dans les deux premiers cas, lorsque le traitement est direct, spécial, la guérison est possible. Elle est au moins douteuse dans le dernier cas, car les hallucinations pourront être anéanties, mais le délire continuera, et par la persistance de la cause, tôt ou tard, elles finiront par reparaître. C'est encore ce qui arrive lorsqu'on a affaire à des hallucinés en *démence*. La démence est comme un rempart, qui les rend à peu près inexpugnables. Nous avons traité onze hallucinés par le *datura*.

Chez huit d'entre eux, les hallucinations étaient *primitives*; quatre (sur ces huit) avaient la conscience plus ou moins nette de leur délire. Tous ceux-là ont guéri.

Chez les trois autres, qui sont restés rebelles au traitement, les hallucinations étaient *consécutives*, ou compliquées d'un profond état de démence.

Voici les faits :

Je n'ai rien à dire de l'action du datura sur l'homme sain et des propriétés thérapeutiques qui lui ont été reconnues avant nous. Je ne saurais rien ajouter à ce qu'en ont dit MM. Trousseau et Pidoux dans leur savant Traité de thérapeutique et de matière médicale. Je me

Feuilleton.

COMPTE-RENDU MÉDICO-CHIRURGICAL DES TRAVAUX DU 9e CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE, TENU A LYON EN SEPTEMBRE 1841;

Partie chirurgicale, par M. Petrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon; partie médicale, par M. Barrier, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Paris.

PARTIE CHIRURGICALE.

Un fait d'une heureuse signification vient de s'accomplir à Lyon; le neuvième congrès scientifique de France avait choisi cette ville pour théâtre. La seconde capitale du royaume a dignement compris le rôle élevé qu'elle devait prendre dans l'émancipation intellectuelle des provinces, et l'institution me semble y avoir trouvé une justification éclatante.

Ce fut une inspiration utile et féconde que celle qui, en 1833, poussa M. de Caumont à donner, à Caen, un premier rendez-vous aux amis du progrès. Une expérience de neuf années est venue largement déposer en faveur de cette louable entreprise; et, certes, disons-le d'abord, il ne s'agit point ici de l'insurrection des villes départementales contre la métropole; ce n'est point le cri d'armes d'une sorte de croisade provinciale contre la suzeraineté de Paris. A quoi bon la tentative d'une pareille lutte, propre tout au plus à renouveler la fable des Titans voulant escalader l'Olympe?

En transportant tour à tour sur divers points de la France des centres mobiles d'action scientifique, l'institution du congrès crée une vie nouvelle pour les provinces; elle les élève à une existence spéciale et indépendante; en apportant un public instruit et compétent, elle réchauffe le zèle des travailleurs solitaires par des encouragemens éclairés, que rien ne saurait suppléer; elle improvise une grande académie, aussi imposante qu'impartiale, qui harmonise et honore le travail; elle forme, comme on l'a dit, un tournoi, dont l'intelligence fournit et la carrière et le champ-clos, et où la joûte révèle de jeunes renommées, destinées à grandir. Il est incontestable qu'elle sème des germes d'idées et d'études utiles, et qu'elle développe, dans les contrées qu'elle visite, une émulation insolite, qu'on voit se communiquer aux villes qui envoient des députés. Enfin, c'est une action hautement civilisatrice qu'elle exerce, en réunissant sous la bannière de la science, par les liens d'une heureuse confraternité, des hommes qu'elle rallie de tous les points de l'Europe, et à qui elle apprend à se connaître, à s'estimer et à s'éclairer réciproquement. Sous ces divers rapports, l'institution du congrès me semble appelée à de longues et honorables destinées; elle viendra provoquer et soutenir l'essor de l'esprit scientifique, de manière à influer puissamment sur la culture et le progrès des connaissances humaines en France; et peut-être, comme l'ont dit MM. Haime et de la Saussaye, lui est-il réservé de changer un jour de face la position intellectuelle des départemens.

Ces réflexions, que m'a inspirées le neuvième congrès tenu à Lyon, ont dû na-

contenterai de rappeler que déjà l'essai en avait été fait dans le traitement de la folie par quelques auteurs, entr'autres par Storck, Schneider, Bernard, etc. Les résultats en ont été contestés, et l'opinion, flottant entre les assertions les plus opposées, et qui toutes néanmoins avaient la prétention de s'appuyer sur l'expérience, est restée indécise et le médicament est tombé dans un profond oubli.

Il est vrai de dire que ni la spécialité d'action dont jouit le médicament, ni le genre de la maladie contre laquelle il était employé, ni les circonstances psychiques ou pathologiques qui devaient modifier son action et son emploi, n'avaient été pris en considération par les expérimentateurs que le seul empirisme paraît avoir guidés.

Nous avons exposé, au commencement de ce travail, les vues théoriques qui nous ont engagé à combattre les hallucinations par le datura; nous devons leur donner maintenant la sanction des faits.

Nous avons employé le datura (extrait aqueux) en pilules et dissous dans une potion d'eau de menthe :

1° A dose modérée et successivement croissante;
2° A dose élevée;
3° A dose très forte, ou *perturbatrice*.

Les effets généraux du médicament, son action médicatrice, ont varié comme son mode d'administration. Il en a été de même de la marche des maladies et de leur terminaison. En conséquence, nous rangerons nos observations en trois séries.

PREMIÈRE SÉRIE (TROIS OBSERVATIONS [1]).

EMPLOI DU DATURA A DOSE PEU ÉLEVÉE.

Obs. I. — Emmanuel P. est âgé de 31 ans, d'un caractère triste, morose, timide à l'excès. Il n'y a point d'aliénés dans sa famille, mais son père avait l'habitude de l'ivresse. P. affirme n'avoir jamais abusé de la boisson, bien que, chaque fois qu'il a du chagrin, il éprouve un singulier penchant à s'y livrer.

Emmanuel, jugeant très bien son état, est venu de lui-même à l'hospice. Il attribue sa maladie à des peines de cœur. Il y a deux mois, il a été pris d'insomnie, de palpitations, de maux d'estomac, de maux de tête, qui lui semblaient provenir de secousses, de coups qu'il aurait reçus sur le crâne. Il tombe dans la tristesse et l'abattement. Il a peur de tout, se défie de tout le monde. Il cesse de travailler et recherche la solitude. Quelques jours après, hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale.

La nuit, et quelquefois pendant le jour, Emmanuel entend des voix inconnues, qui le traitent de la manière la plus indigne, l'appelant scélérat, gueux, assassin. Une fois, l'une d'elles lui a crié avec force : « Je suis ton père, que tu as fait mourir de chagrin; ne me reconnais-tu pas? » Et en ce moment il crut voir près de son lit le spectre de son père, mort il y a peu d'années.

La situation du malade n'avait pas changé lors de son entrée à la Ferme Ste-Anne. Le 3 décembre 1840, je prescrivis l'*extrait de datura* à la dose de 10 décigrammes matin et soir. Les premiers jours, E... se plaint de légers étourdissemens, d'un peu de trouble dans la vue. Le matin, la lumière lui fait mal aux yeux. Il dort, mais d'un sommeil interrompu par des rêves bizarres, tels qu'il ne se souvient pas d'en avoir jamais fait. A ces rêves se mêlent souvent ses hallucinations habituelles. Ces effets du médicament, dont j'avais eu soin cependant de l'avertir, l'effraient, il craint de perdre tout à fait la tête et je ne le décide qu'avec peine à en continuer l'usage. Peu à peu, les nuits deviennent plus calmes, le sommeil profond. Plus de rêves, plus d'hallucinations. E... en témoigne son contentement, est moins sombre, plus communicatif, se livre avec assiduité aux travaux de la ferme. Cependant, le mieux est loin d'être absolu. Je regrette de voir le malade à peu près indifférent à sa situation. Cette apathie est l'indice d'une perversion des affections morales. Je redoute une sorte de démence *affective* au début contre laquelle toute médication devra échouer. Cet état persiste jusqu'au mois de mars de l'année suivante où il paraît enfin sortir de sa torpeur. E... me prie instamment de lui rendre la liberté. J'attends encore n'étant pas suffisamment rassuré sur la solidité de sa guérison. Enfin mes craintes ne tardèrent pas à s'évanouir et je lui accordai sa sortie le 19 mai 1841.

Le malade dont il vient d'être question a été soumis à mon observation depuis son entrée à Bicêtre jusqu'à sa sortie de Ste-Anne. Sa santé physique ne m'a jamais offert le moindre dérangement. Ce n'est qu'en le pressant de mes questions que j'ai eu connaissance des quelques troubles de l'innervation qui avaient précédé l'explosion du délire. Combien de malades en sont là! Combien de faits de ce genre serviront de base aux théories des partisans des maladies de l'âme ou des *dérangemens de la raison*, auxquels il faut absolument des « *congestions cérébrales*, des *paralysies*, de *l'agitation*, *de la loquacité*, etc., » pour croire aux lésions physiques dans la folie!

La durée de la maladie, certaines prédispositions héréditaires, et par dessus tout l'*imminence de la démence* étaient des circonstances bien défavorables et qui laissaient peu d'espoir d'une guérison spontanée. Cette guérison a été obtenue après un mois de traitement par le datura.

Obs. II. — M... (Hyacinthe), commissionnaire à médaille, est envoyé à Ste-Anne dans les premiers jours de novembre 1840. Il était à Bicêtre depuis une dixaine de jours. Déjà il avait séjourné dans cet hospice depuis le mois de mars de la même année jusqu'au mois d'octobre. Il en sortit non guéri, sur les instances réitérées de sa femme. Des chagrins, peut-être quelques excès de boisson qui étaient en dehors de ses habitudes, mais auxquels il s'était livré pour s'étourdir, la suppression brusque d'un cautère.... : telles sont les causes probables de la maladie. Au début : hallucination de l'ouïe et de la vue, violens emportemens contre les personnes que le malade soupçonne en être cause.

14 novembre. M... est calme, mais dominé par les hallucinations et les conceptions délirantes qui l'avaient rendu la terreur de sa femme, de sa fille et de tous ceux qui l'entouraient.

Il accuse sa femme d'infidélité; il entend sa voix; elle lui apparaît partout où il se trouve, dans son dortoir, dans les champs, etc.

M..., qui raisonne avec justesse sur tous les sujets étrangers à son délire, n'apprécie en aucune manière les hallucinations dont il est le jouet. La santé physique est irréprochable. Le cautère, qui avait été rétabli dès les premiers jours de son entrée à Bicêtre est sec depuis longtemps.

(1) Ces observations et les suivantes ont été recueillies à la *Ferme Ste-Anne*, dont le service provisoire m'a été confié pendant plusieurs mois. Les malades appartenaient à la première section (aliénés) de Bicêtre, dont M. le docteur F. Voisin est médecin.

Je suis heureux de trouver ici l'occasion d'exprimer au savant confrère et collègue que je viens de nommer combien je lui sais gré de l'obligeance noble et désintéressée qu'il a mise à favoriser mes essais thérapeutiques. L'auteur des Causes morales et physiques des maladies mentales, De l'homme animal, De l'éducation des idiots, etc., est assez fort et assez généreux pour ne pas craindre de voir en aide à ceux qui veulent travailler. Il pense que le travail ne doit pas être *monopolisé*, et qu'il ne suffit pas de faire le bien, mais qu'il faut encore, si on le peut, mettre les autres à même de le faire comme vous; autrement on aurait peut-être droit de suspecter la pureté des motifs qui vous font agir, malgré vos protestations de n'avoir en vue que le *plus grand bien* des malades.

turellement s'offrir à l'esprit de tous ceux qui, comme moi, en ont religieusement suivi les séances. Jamais congrès en France n'a été plus brillant et plus nombreux; le compte-rendu de la session pourra seul, en énumérant les douze cent cinquante signataires, dire toutes les notabilités qui s'y sont rendues. Je remarquerai seulement que la plupart des sociétés savantes de la France y avaient des délégués, et que l'Italie, la Savoie, la Suisse et l'Allemagne y comptaient de nombreux et illustres représentans.

Les autorités locales nous ont de concert prêté leur bienveillant appui. On doit beaucoup à M. le docteur Terme, maire de la ville, que le congrès, par reconnaissance, a nommé président d'honneur.

Lyon a eu l'idée d'associer, par des fêtes, le peuple de la cité à l'œuvre de la science. La session s'est ouverte, le 1er septembre, par une messe en musique de Bethoven, dans la cathédrale de St-Jean; elle s'est close le 12 par une réjouissance publique; et, au milieu de sa durée, un jour a été consacré à une excursion scientifique à Vienne, en bateaux à vapeur, aux acclamations des populations voisines, accourues sur les deux rives du Rhône, pour saluer notre passage; et ici je ne saurais peindre l'accueil solennel de l'antique cité des Allobroges, dont l'histoire et la haute origine sont écrites, siècle par siècle, dans les beaux monumens que chaque âge lui a légués en passant.

La physionomie générale du congrès a été imposante et animée; un auditoire attentif se pressait aux séances. Lyon, ralliant ses représentans dans les sciences et les lettres, s'était mis à l'œuvre avec ardeur, et donnait l'exemple. Soit zèle, soit curiosité, chacun était empressé, et la session a été soutenue avec une activité qui ne s'est pas démentie. Les travailleurs étaient répartis en six classes, et le soir l'assemblée générale prenait connaissance de l'ensemble des travaux par la la lecture de rapports sommaires sur les diverses séances de la matinée; voici l'ordre et les attributions de chacune d'elles :

1re section : Zoologie, minéralogie, botanique.
2e — Agriculture, industrie, commerce.
3e — Sciences médicales.
4e — Histoire, archéologie.
5e — Littérature, beaux-arts, philosophie.
6e — Physique, chimie, mathématiques, astronomie.

Je bornerai cette revue à la troisième section, dont j'ai eu l'honneur d'être nommé secrétaire; c'est donc, en quelque sorte, un devoir que je viens remplir. J'envisagerai ses travaux sous le point de vue chirurgical, laissant à d'autres le soin d'achever le tableau. Cette esquisse, bien qu'incomplète, suffira peut-être pour témoigner combien les séances ont été pleines, et les communications variées. Le bureau de la troisième section était ainsi composé :

Président : M. Viricel, ex-chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

Vice-présidens : MM. Mathias Mayor, de Lausanne, Bertini, président de la Faculté de médecine de Turin; Bonnet, professeur à Besançon.

Secrétaires : MM. Bonnet, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu; Prougier, secrétaire-général de la Société de médecine; Pétrequin; P. Brun.

J'entre en matière par la pathologie du système osseux; et, sans m'astreindre à la succession historique des séances, j'aborde une question à l'ordre du jour :

20 novembre. Chaque jour, soir et matin, prescription de 10 centigrammes d'extrait de datura; infusion de tilleul pour boisson.

Le 22. Pesanteur de tête, rêvasserie, nuits agitées, chaleur à la gorge, bouche sèche et pâteuse le matin. Rien de nouveau, quant aux hallucinations, si ce n'est que le malade paraît y attacher moins d'importance et ne pas s'en inquiéter autant. Je lui permets de voir sa femme qui m'assure n'avoir pas trouvé son mari aussi bien depuis le commencement de sa maladie. J'augmente la dose du *datura* de 5 centigrammes, matin et soir.

26 novembre. Depuis hier, c'est-à-dire *cinq jours* après le commencement du traitement, les hallucinations n'ont pas reparu. M... reconnaît qu'il en a été sottement dupe pendant plusieurs mois. Il se dit guéri; mais au reste, il s'en rapporte complètement à moi et attend avec confiance.

Vu l'ancienneté de la maladie, j'ai continué la prescription jusqu'au 1er décembre. L'amélioration signalée précédemment n'a pas cessé de faire des progrès. M... a vu plusieurs fois sa femme, sa fille, diverses personnes de sa connaissance. Son bon sens n'a pas été en défaut un seul instant. Jugeant bien la position dans laquelle il avait été depuis près d'une année, il a attendu avec résignation que je lui délivrasse son billet de sortie. Il y a six mois que M. a quitté l'hospice. Il a repris son travail habituel; je l'ai revu plusieurs fois depuis; sa santé est parfaite.

La promptitude avec laquelle quelques centigrammes d'extrait de datura ont fait justice d'une maladie qui avait près d'un an de date, et contre laquelle tout traitement avait échoué, l'absence complète de tout symptôme physique, tels sont les traits les plus saillans de l'observation que nous venons de rapporter.

Obs. III. — C..., est à St-Anne depuis deux mois environ. Il n'est resté que très peu de jours à Bicêtre. Il dit être malade depuis plusieurs mois, sans pouvoir assigner l'époque précise à laquelle le mal a commencé. Il serait également fort en peine de dire quelle en est la cause, à moins que ce ne soit une trop grande assiduité à son travail.

Il se passe peu de jours que C... n'entende des voix d'individus avec qui il a eu des relations d'affaires. Il n'a jamais compris ce que lui disaient ces voix dont il n'a été dupe que peu de temps, lorsqu'elles ont commencé à se faire entendre. Il lui semble même qu'elles ne parlent pas toujours français. Elles sont plusieurs, des petites, des grosses dans tous les tons. Les premiers jours, c'étaient de simples cris inarticulés, ou bien « je croyais, dit le malade, qu'on me soufflait dans les oreilles. » J'engage C... à prendre matin et soir une pilule de 10 centigrammes de datura. Après cinq jours de traitement, les hallucinations ont cessé.

C... m'assure que la susceptibilité de nerfs dont il s'était plaint était tout à fait calmée, que ses imaginations l'avaient quitté et qu'il se sentait en état de reprendre son travail.

Le deuxième jour il avait eu des étourdissemens, un peu de trouble dans les idées, dans la vue. Il avait senti des douleurs passagères, comme des crampes dans les jambes, quelques palpitations. Le mieux s'étant maintenu pendant près de deux mois, je lui accorde sa sortie.

Nous trouvons dans l'observation qu'on vient de lire un fait physiologique sur lequel j'appellerai l'attention. Au début de la maladie, C... croyait qu'on lui *criait*, qu'on lui *soufflait* dans les oreilles. Si l'on prend la peine de bien interroger les malades, on verra que le même symptôme s'est manifesté chez le plus grand nombre des hallucinés. Très souvent c'a été là le point de départ ou mieux la *forme embryonique* des hallucinations. Diriger contre de pareils désordres un traitement tout moral, n'est-ce pas, je le demande, commander aux bruissemens qui se produisent parfois dans les vaisseaux sanguins de cesser? A moins d'avoir la puissance *mystérieuse* des magnétiseurs, je ne puis croire que personne puisse opérer ce miracle.

DEUXIÈME SÉRIE. (DEUX OBSERVATIONS.)

EMPLOI DU DATURA A DOSE ÉLEVÉE.

Obs. IV. — R... (Louis), ouvrier terrassier, a déjà éprouvé, vers la fin de l'année 1839, des accidens à peu près semblables à ceux qui, cette fois, ont nécessité son isolement dans un hospice d'aliénés. Il avait éprouvé de violens chagrins, et, pour s'étourdir, il avait, selon son expression, *un peu forcé* sur l'eau-de-vie. Une nuit qu'il était couché dans la même chambre que plusieurs de ses camarades, il entend tout à coup des voix qui lui semblaient partir de tous les coins de la salle. Elles l'accusent de crimes imaginaires, lui annoncent qu'il sera pendu, qu'il aura le poignet droit coupé comme un parricide. Louis, glacé d'épouvante, s'étonne de voir tout le monde autour de lui dans le plus profond sommeil. Il se recouche, convaincu qu'il est dupe de quelque rêve fâcheux. Sa tête est à peine posée sur l'oreiller qu'il éprouve de forts bourdonnemens d'oreille, et que les voix se font entendre avec plus de force que la première fois. Il éveille ses camarades, les interroge, et bientôt ne doute plus que sa tête, ainsi qu'il le disait, ne soit tout à fait détraquée. Pendant plus de cinq mois, les voix ne cessèrent de le poursuivre jour et nuit. Louis n'interrompit point pour cela ses occupations, et peu à peu, avec le temps, il finit par ne plus rien entendre.

Vers le mois de décembre 1841, les mêmes hallucinations l'assaillirent de nouveau. Louis, depuis bien longtemps, avait repris ses habitudes de sobriété et n'avait pas le moindre excès de boisson à se reprocher. Il se livra à des actes d'extravagance qui le firent enfermer à Bicêtre. A son entrée à Ste-Anne, les hallucinations n'ont rien perdu de leur intensité et l'obsèdent jour et nuit.

27 janvier. Je prescris une potion gommeuse avec addition de 25 centigrammes d'extrait de stramoine, à prendre par petites cuillerées le soir en se couchant. Léger mal de gorge, bouche pâteuse et sèche, enchifrènement, frissons par tout le corps. Louis s'endort fort tard, et cette fois pas une voix ne vient troubler son sommeil.

28 janvier au matin. Il se plaint de bourdonnemens d'oreille.

29. Dans la soirée, au moment de s'endormir, il a encore entendu des voix; il a moins bien dormi que la nuit précédente et a beaucoup rêvé.

28. Le matin, à la visite, Louis vient au-devant de moi: « Je vais mieux, me dit-il; mais je retomberai si vous ne me donnez pas une autre potion. » J'accède à sa demande. Mêmes effets généraux que ceux indiqués plus haut. Les hallucinations se taisent et il n'en est plus question pendant trois jours et trois nuits consécutifs.

2 février. Des bourdonnemens, des voix confuses ont encore inquiété le malade, toujours immédiatement avant de s'endormir. Nouvelle potion; la dose du datura est portée à 30 centigrammes.

3 février. A partir de cette époque, le malade n'a cessé de jouir de la tranquillité la plus parfaite. La santé physique n'est pas moins bonne que la santé morale.

Le 15 février, je lui offre sa sortie; mais, sur sa demande d'attendre encore pour être plus sûr qu'il ne retombera pas, je le garde jusqu'au 26 du mois suivant.

J'ai revu ce malade il y a une quinzaine de jours; sa santé était toujours bonne.

J'ignore si quelques excès de boisson ont été pour beaucoup dans la maladie dont Louis a été atteint; mais je prie qu'on ne perde pas de vue que le premier accès a duré plus de cinq mois, et que le deuxième, auquel certainement on ne pouvait donner une origine semblable et qui

---

de l'extension et de la demi-flexion dans le traitement des fractures du fémur. M. Mathias Mayor pense que le plus grand obstacle à la manœuvre et au maintien de la réduction se trouve dans la résistance musculaire; et, les fléchisseurs représentant la plus forte puissance, on triomphe de la principale difficulté en les mettant dans le relâchement à l'aide de la demi-flexion, comme il est d'ailleurs d'usage en Angleterre et en Allemagne. L'ingénieux chirurgien de Lausanne lui associe la suspension, avec un appareil mécanique qui facilite la traction et la contre-traction; suspension qui soulage beaucoup le malade sans nuire au traitement.

M. Bonnet, s'étant mal trouvé de la demi-flexion, a expérimenté sur le cadavre, et reconnu que la section des muscles n'empêche pas les déplacemens; ceux-ci sont en raison du degré de la flexion, qui, en faisant basculer les surfaces articulaires, détermine des changemens de rapport. La demi-flexion relâche, il est vrai, les fléchisseurs; mais elle tend le triceps fémoral qui, ayant les faisceaux les plus courts et les plus fibreux, supporte le moins cette traction. En somme, la théorie et la pratique s'accordent en faveur de l'extension.

M. Davat, d'Aix-les-Bains, étudiant *les fractures de la clavicule*, remarque que le poids du membre produit dans l'omoplate une sorte de rotation qui fait chevaucher les fragmens; dès lors il prend son point d'appui sur le scapulum, qu'il considère comme le pivot de l'aiguille représentée par la clavicule; il soulève l'épaule avec une pelote appliquée sous l'aisselle, et montée sur un pied que supporte un baudrier placé comme sur un porte-enseigne. Des bretelles et des lanières assujettissent cet appareil, que l'auteur dit avoir employé trois fois avec succès.

Ici se range une communication de M. Pravaz sur le *diagnostic et sur le traitement des luxations congéniales du fémur*. Je m'abstiens de faire ici l'analyse de ce mémoire qui vient d'être présenté à l'Académie de médecine, et dont la plupart des journaux de médecine donnent un extrait.

M. Mayor a interjeté appel par devant le congrès de Lyon, du jugement porté par l'Académie de médecine de Paris contre l'emploi de la machine de M. Louvrier, pour la *rupture artificielle des ankyloses angulaires.* Il signale les succès des rebouteurs, les guérisons survenues par accident, etc. Il assimile cette rupture aux opérations sous-cutanées, et la compare aux fractures artificielles; il pense qu'elle est indiquée dans les cas où l'orthopédie a échoué, où la maladie est locale, où la soudure ne peut se détruire que par la mécanique, etc. Il reconnaît que cette opération, qui peut rendre de grands services, a besoin d'être mieux réglée; mais elle veut être jugée par l'expérience, et non à coups de majorité.

M. Niepce, de Mâcon, cite un cas d'ankylose guérie par une chute, avec retour des mouvemens.

M. Louvrier, de Pontarlier, présente et démontre sa machine, qu'il fait fonctionner devant l'assemblée.

Une courte discussion s'engage: M. Pravaz nie qu'il y ait analogie entre ces ruptures articulaires et une fracture. M. Reybard demande ce qui se passe, si la soudure est complète et osseuse. M. Rougier insiste sur les délâbremens musculaires. M. Ripault, de Dijon, rappelle qu'on a vu l'artère poplitée se rompre. M. Pouillain ajoute que, l'ankylose étant la terminaison heureuse d'une affection aussi grave que la tumeur blanche, on risque de reproduire la maladie première, et il relate deux observations où cette manœuvre a nécessité l'amputation dans

avait quatre ou cinq semaines de date, a été arrêté après six jours de traitement.

Obs. V.—C..., âgé de 45 ans, fils naturel, n'a connu que sa mère, qui jouissait d'une bonne santé. Il a reçu quelque éducation, a servi vingt ans, est décoré. Il s'est beaucoup adonné aux femmes, n'a point abusé de la boisson. En 1835, il tombe malade pour la première fois. Insomnie, rêves insolites, besoin irrésistible d'aller et venir, de se quereller avec tout le monde. Quinze jours après, étant à son travail, il est surpris d'entendre des voix qui l'insultent, lui reprochent des crimes qu'il n'a point commis, le menacent de l'assassiner. Saisi d'épouvante, il s'élance dans la rue et demande aux personnes qu'il trouve si elles n'entendent pas ces voix. Le trouble de son esprit est manifeste; on l'arrête, et il est conduit à Bicêtre.

Après cinq mois de traitement, C... recouvre la santé, et, sur sa demande, il reste encore un an à l'hospice en qualité d'infirmier.

En janvier 1837, il est pris d'un nouvel accès, qui, comme le premier, est précédé d'une longue insomnie et présente les mêmes symptômes. Cet accès dure huit mois.

Au mois de mars dernier (1841), troisième accès semblable en tout point aux deux précédens. C..., qui pendant son service d'infirmier avait appris à connaître le phénomène si bizarre des hallucinations, et qui, cette fois, était sur ses gardes, chercha à combattre celles qu'il éprouvait de nouveau, et lutta avec succès pendant une quinzaine de jours. Il finit pourtant par en être complètement dominé. Une nuit, il est éveillé par la voix de son chien couché au pied de son lit. Cet animal, auquel C... était fort attaché, lui demandait à boire et lui annonçait qu'il avait résolu de le quitter parce qu'il avait pris en horreur la vie qu'il menait. C... lui donne à boire et le prie instamment de ne pas quitter son maître.

Le lendemain, étant à dîner avec son patron, des voix lui crient que l'on a mis du poison dans son potage; il en accuse son patron, s'enfuit de la maison, et le lendemain est arrêté par des sergens de ville. Conduit au corps-de-garde, il est de plus en plus importuné par les voix. La nuit, il est éveillé par un grand bruit et il voit entrer dans sa prison une vieille femme de sa connaissance, toute habillée de blanc, qui lui apporte à manger (il était à jeûn depuis plus de trente heures.)

C... était dans cet état de délire lors de son arrivée à la Ferme, le 28 mars. Il se persuadait en outre que, lorsque nous causions ensemble, je l'*entendais* penser. La constitution de cet homme est robuste. Il assure n'avoir jamais fait de maladie sérieuse et jouir présentement d'une excellente santé physique. (Potion avec 25 centigrammes d'extrait de stramoine, à prendre en se couchant.)

20 mars. Effets généraux à peu près nuls. Quelques voix seulement se sont fait entendre le lendemain soir au moment de s'endormir. (Nouvelle potion; 30 centigrammes d'extrait.)

21. Pendant la nuit, pesanteur de tête, trouble des idées, rêvasseries, visions de toute sorte; abattement, faiblesse musculaire extrême. *Pas une seule voix* n'est venu l'inquiéter, et, à partir de ce jour, C... peut être considéré comme guéri. Il apprécie bien sa position antérieure, ne s'imagine plus qu'on l'entend penser. Cependant, il se défie de lui-même. Si la voix d'une personne quelconque vient frapper son oreille, il n'est bien sûr de n'être pas le jouet d'une hallucination qu'après s'être assuré de la présence de cette même personne. Cette défiance ne tarde pas à cesser, et C... est rendu à la liberté après un mois de convalescence.

Si nous résumons cette observation, nous y trouvons comme faits principaux: des hallucinations primitives, un délire lypémaniaque consécutif, de l'insomnie avant l'explosion de la maladie, pas d'autre trouble physique apparent, deux accès antérieurs dont l'un dure cinq mois, l'autre huit; quelques jours de traitement par le datura ont étouffé le troisième presque à son début.

TROISIÈME SÉRIE. (TROIS OBSERVATIONS.)

EMPLOI DU DATURA A DOSE TRÈS ÉLEVÉE OU PERTURBATRICE.

L'emploi du datura à dose *perturbatrice* exige une prudence extrême. Il ne faut pas perdre le malade de vue un seul instant, afin de veiller sur les effets croissans du remède, sur la marche des phénomènes, les combattre s'ils menacent de dépasser la limite. Ainsi fait, ce genre de traitement ne doit inspirer aucune crainte, et son incontestable efficacité engage à le tenter.

On verra, du reste, par les observations qui suivent, que le hasard a été mon premier guide, et j'ignore si, abandonné à ma seule inspiration, j'aurais osé aborder un mode de médication qui, il faut l'avouer, peut effrayer au premier abord.

Obs. VI. — Un jeune malade, quelques jours après son entrée à la *Ferme*, me fit remettre une lettre dont il me suffira d'extraire quelques passages pour donner une idée du genre de folie qui avait nécessité son isolement. « ... Rendez-moi » donc la liberté pour que je puisse travailler activement à l'anéantissement de » tous les rois. Je veux régénérer le genre humain, je suis destiné à mourir à la » tête d'une puissante république. Dès l'âge de 8 ans, j'ai eu l'idée comme Romu- » lus de bâtir une ville dans une forêt de la Lorraine, qui est mon pays na- » tal... etc. »

Comment ces idées de régénération, de puissance lui sont-elles venues à l'esprit, M... l'explique en ajoutant que: « depuis vingt ans des *visions* célestes m'ont annoncé les choses les plus extraordinaires concernant les rois de la terre et mon changement en nourrice... etc., etc. »

M... a déjà séjourné dans l'hospice en 183... Les symptômes d'aliénation étaient peu tranchés. Les médecins qui le traitaient sont restés dans le doute.

Aujourd'hui M... est dans un état continuel d'excitation. Il est occupé, une bonne partie de la journée, à écrire ce qu'il appelle sa correspondance avec le roi des Français, avec le prince de Metternich, avec le pape. Lorsqu'on l'envoie aux champs, il contemple les nuages dans lesquels il voit apparaître des signes miraculeux, des legions d'hommes armés. Il entend la voix des anges qui lui annoncent ses futures grandeurs, l'encouragent dans ses projets.

Plusieurs fois il lui est arrivé de grimper dans les arbres et d'attacher aux plus hautes branches son mouchoir de poche, afin de correspondre avec ses partisans....

Pendant un mois que M... a passé à Bicêtre, son état n'a point varié. Dix jours après son arrivée à la *Ferme* je le soumis à l'usage du datura à doses fractionnées (10 centigr.).

Dès les premiers jours du traitement, M... éprouve de la somnolence, un peu de constriction à la gorge, il lui semble qu'une *calotte de plomb* (pour me servir de ses expressions) lui comprime les tempes, *l'abasourdit*... Du reste, il dort mieux, et par conséquent les visions de la nuit le laissent un peu plus tranquille; l'excitation générale a baissé graduellement, et même, par momens, fait place à un peu de mélancolie... Les convictions délirantes sont les mêmes.

Vers la fin du mois de janvier (le traitement durait depuis 17 jours) de nouvelles hallucinations se joignent aux premières. Pendant la nuit, étant parfaitement éveillé, le malade voit des cercueils rangés autour de son lit, des spectres se tiennent auprès, debout, un cierge à la main et chantant la prière des morts... « Toute cette fantasmagorie me fait horriblement peur, me disait M..., je n'ai jamais eu cela à Bicêtre; renvoyez-y moi, je ne plus rester ici. »

Cependant, à partir de cette époque, l'état du malade s'est progressivement et rapidement amélioré. M... ne convient pas d'abord avoir été dupe des étranges hallucinations dont nous avons parlé, mais il s'efforce de les justifier, d'expliquer ce qu'il appelle son erreur. Je le mets en rapport avec d'autres malades hallucinés

un cas, et amené la mort dans l'autre. Cette machine ne devrait jamais figurer dans un arsenal de chirurgie.

M. Pétrequin a vu sur le cadavre une ankylose angulaire résister à des efforts méthodiques qui occasionnèrent une fracture à quelques centimètres de l'article, et l'angularité persista.

M. Niepce, de Mâcon, rappelant toute l'utilité des recherches entreprises pour guérir une infirmité aussi fâcheuse que le bégaiement, cherche dans l'étude des causes comment l'art peut en triompher. Le psellisme ne saurait provenir d'une faiblesse du système moteur de la langue, car parfois il guérit spontanément dans la vieillesse où tous les organes s'affaiblissent. Il croit devoir plutôt l'attribuer, avec Dieffenbach, au spasme des muscles. C'est surtout quand la langue pèche par un défaut de longueur, que les procédés de MM. Amussat, Baudens, Bonnet, etc., lui paraissent pouvoir réussir. La méthode allemande aurait plus de chances de succès que la méthode française, mais on ose à peine conseiller le mode de glossotomie de Dieffenbach à cause des accidens hémorragiques qu'il entraîne, comme le chirurgien de Mâcon l'a lui-même éprouvé. M. Niepce fait une ponction sous-mentale, où il glisse de petits ciseaux pour diviser d'un seul coup les génio-glosses et les génio-hyoïdiens. Il a ainsi obtenu plusieurs cures.

M. Bonnet fait voir que la glossotomie a éclairé l'histoire du bégaiement; il le divise en trois espèces, à savoir: par difficulté, 1° dans les mouvemens de la langue, avec projection de cet organe entre les dents, répétition des sons, etc. — 2° Dans l'inspiration, avec une sorte d'essoufflement, et des inspirations intempestives, etc.—3° Dans l'expiration, comme par exemple chez ceux qui font un arrêt avant de parler. C'est surtout dans la première catégorie qu'on peut recourir à l'opération. Il y a aussi des bégaiemens complexes, dus à la réunion de ces trois causes; la chirurgie peut les améliorer et non les guérir. La section des génio-glosses, en permettant à la langue de se porter en haut, remédie aux vices de la parole qui consistent en de faux mouvemens de cet organe; et l'on voit souvent cesser les convulsions des joues et des lèvres qui leur sont subordonnées. L'auteur insiste en terminant sur les avantages du procédé qu'il a inventé pour effectuer la division des génio-glosses par une ponction sous-cutanée.

M. Mayor avance que ceux qui ont opéré le plus de bègues n'ont pas encore d'opinion arrêtée; tel est M. Amussat qui a réussi dans des cas très graves, et échoué dans de très simples.

M. Richard de Laprade se plaint de ce qu'on a confondu l'effet antispasmodique et l'effet mécanique de l'opération.

M. Pétrequin cherche à montrer, par l'analyse des sons élémentaires, que, si la section des génio-gloses agit d'une manière empirique sur le spasme nerveux, elle modifie mécaniquement le psellisme en régularisant les mouvemens de la langue en haut et en avant, et même un peu en arrière, spécialement pour les lettres b p, d' t, l m n, v f, y ch, s z, et enfin r q gh, etc. Voilà pour la guérison immédiate; M. Pétrequin n'oserait encore se prononcer sur les récidives.

M. Bonnet communique ses recherches sur le *traitement de la myoipe*. Il rappelle que la doctrine ancienne sur le mécanisme de cette vue, qu'on attribuait à une disposition anatomique inhérente à l'œil, a été renversée par la strabotomie, qui, guérissant à la fois cette infirmité et la loucherie, lui a donné l'éveil

et il entreprend de leur faire sentir l'extravagance de leurs idées. L'excitation première est tout-à-fait tombée; M... travaille avec assiduité ou cherche à se distraire en jouant aux cartes, au loto, avec ses compagnons d'infortune.

Malgré ces signes certains de son retour à la raison, le malade n'en continue pas moins l'usage du datura. Un peu d'excitation se faisait encore remarquer à de longs intervalles, et je n'avais pas encore l'entière conviction que M... fût complètement débarrassé de ses hallucinations.

Un incident, amené par l'irréflexion et l'étourderie du malade, vint modifier le traitement et donner lieu à des résultats dont je dus tenir compte par la suite.

Persuadé qu'il n'avait plus besoin d'aucun remède, M..., au lieu de prendre les pilules qu'on lui remettait matin et soir, en conserva cinq qu'un beau matin il avala toutes d'un coup. Deux heures après M... éprouve des nausées, des vomissemens; une forte constriction à la gorge, une horrible pesanteur de tête, des picotemens dans les yeux. Sa vue est trouble, les oreilles lui tintent avec une force extraordinaire. Il ressent alternativement un froid glacial et une vive chaleur dans tous les membres, ses jambes fléchissent, ainsi que ses mains, elles sont agitées par un léger tremblement. Lorsque ces accidens commencent à se calmer, « une foule d'idées extravagantes (c'est lui-même qui s'exprime ainsi) me passèrent par la tête, je me croyais prince, empereur, riche à millions: je crus entendre comme autrefois la voix des anges; j'étais tout étourdi du bruit qui se faisait autour de moi, et heureusement tout cela n'a pas duré longtemps, mais je me promets bien de ne pas recommencer l'expérience. »

Dans la soirée, il ne restait guère de tous ces symptômes d'intoxication qu'une faiblesse générale qui se faisait sentir principalement dans les extrémités inférieures.

Le lendemain nous trouvons le malade parfaitement calme et plus sensé que jamais. « J'avais douté jusqu'ici, nous disait-il, de la puissance de la médecine; mais d'après ce que je viens d'éprouver, je me garderai bien d'en douter encore. »

Du reste, à dater de cette époque, M... n'a plus eu d'hallucinations d'aucune espèce, a pris part avec une louable activité aux divers travaux de la Ferme. De temps à autre il m'a témoigné le désir de recouvrer sa liberté, mais sans se rendre jamais importun. Ces jours derniers (fin d'avril) je lui ai permis d'aller faire visite, accompagné d'un garçon de service, à une personne de sa connaissance qui s'était intéressée à lui durant son séjour à Paris. C'était une première épreuve dont il s'est fort bien tiré. Nous sommes au 20 juin, la convalescence dure depuis plus de trois mois; je me dispose à lui accorder sa sortie définitive.

Obs. VII. — L... est âgé de 45 ans. Depuis huit ans il est sujet à des attaques d'épilepsie. Un oncle maternel, un cousin aliénés. Son grand père est mort en état de manie furieuse. Son père est mort à 62 ans, paralytique. Sa mère, depuis son retour d'âge, est sujette à des étourdissemens qui vont jusqu'à la syncope, et a, de temps en temps, des *visions*.

L... a toujours eu un caractère violent, emporté. Il avoue que, pour une cause insignifiante, sa colère peut aller jusqu'à la fureur. Etant au service, un maître d'escrime le dissuada d'apprendre à faire des armes, à cause de la violence de son caractère. Un jour, il souffleta son fourrier, parce que celui-ci lui parlait *avec hauteur*.

Les accès d'épilepsie, jusqu'à l'époque de son entrée à la Ferme, ou un peu auparavant, étaient très rapprochés. A deux reprises, les grandes attaques ont été suspendues durant trois semaines. Les vertiges se renouvelaient à peu près chaque nuit.

Il y a onze ans, c'est-à-dire trois ans *avant* les accidens nerveux, L... est pris tout à coup d'hallucinations. Etant dans un champ, à faucher, la tête nue exposée à un soleil ardent (c'était au mois de juillet), il entend une voix qui lui crie : sauve-toi ; il lui semble qu'on lui donne un coup violent sur l'estomac. Il voit un homme qui tourne une mécanique.

Ces hallucinations, ou d'autres analogues, se renouvelèrent assez fréquemment par la suite. L... les appréciait à leur juste valeur. Sa raison n'était pas autrement dérangée.

L'aliénation mentale n'est bien manifeste que depuis deux ans.

Quelques heures avant que l'accès épileptique se déclare, L... cherche, d'un œil inquiet, tout autour de lui; il entend des voix qui partent de dessous les pavés, qu'il lui semble voir s'agiter, s'entrechoquer. Les oreilles lui tintent; ses yeux se couvrent de nuages que des étincelles sillonnent de temps à autre.

Fréquemment dans la nuit, qu'il survienne ou non des vertiges, le malade fait les rêves les plus extraordinaires; il se croit transporté sur des montagnes entourées de précipices; il voit des lacs, des rivières, entend le mugissement des torrens, le chant de oiseaux, se croit poursuivi par des bêtes féroces, des hommes armés qui l'appellent à grands cris, lui font des menaces. Réveillé en sursaut, la plupart de ces *imaginations* le poursuivent encore et le portent à des actes de folie. L... se persuade qu'il est sous l'influence d'un magicien, d'un être invisible qui est l'auteur de toutes ses extravagances.

Le 10 janvier 1841, le malade a été soumis à l'usage du datura à petites doses. (10 centigrammes d'extrait matin et soir.) Les effets ont été complètement nuls les cinq premiers jours.

Les trois jours suivans, le malade négligea de prendre ses pilules; puis un soir il s'avisa de les avaler toutes d'un coup. La dose du médicament se trouva ainsi portée à 6 décigrammes. Peu après, il est pris d'étourdissemens, sa vue se trouble, des nuages lui passent devant les yeux, il a froid, ses mains, ses pieds sont glacés; bouche sèche et pâteuse, sentiment de constriction à la gorge. L... est saisi de terreur; il essaie de se lever, il chancelle et retombe sur son lit. Il sent que ses idées se troublent, que sa tête l'abandonne...

Le lendemain, à la visite, il a l'air égaré, absolument comme s'il venait d'avoir une forte attaque d'épilepsie. Il paraît comprendre les questions que nous lui adressons, mais il lui est impossible d'y répondre avec précision, et parvient difficilement à articuler quelques mots. Un léger tremblement agite tout son corps; il hésite en marchant, son attitude est celle d'un homme ivre ou d'un individu atteint d'une paralysie générale très avancée.

Ces divers accidens ne tardent pas à perdre de leur intensité; le soir ils étaient complètement ou presque complètement dissipés.

La nuit d'après, le malade a dormi d'un sommeil calme et profond. Plus de rêves, plus d'hallucinations.

Il en est de même les jours suivans. Chaque matin, L... nous répète qu'il ne s'est jamais aussi bien porté, que sa guérison est certaine; il ne sait comment nous exprimer sa joie et sa reconnaissance.

Un mois après, il est envoyé à Ste-Anne. Jusqu'au 17 janvier, son état ne subit aucune modification. A cette époque, quelques prodrômes d'épilepsie viennent à se manifester, L... retombe dans ses rêves d'autrefois, parle seul la nuit, appelle sa femme, ses enfans; il quitte son lit et ne peut plus le retrouver, prend les vêtemens d'un autre malade pour les siens; il s'inquiète et me témoigne la crainte de redevenir malade.

Enhardi par les heureux résultats dont nous avions été redevables au hasard, j'administrai l'extrait de datura à la dose d'un grain (5 centigrammes) chaque demi-heure. Après la neuvième dose, les symptômes d'intoxication avaient acquis une assez grande intensité; ils ne différèrent en rien des précédens, si ce n'est par une faiblesse générale plus marquée et par un profond assoupissement qui dura près d'une heure et demie.

Le succès de la médication ne fut pas moins prompt, ni moins complet que la première fois. Depuis ce temps, L... n'a cessé de jouir d'une santé physique et morale à peu près irréprochable. A deux ou trois reprises, la nuit, il a éprouvé quelques vertiges, qui, du reste, n'ont altéré en rien le bon état habituel de sa santé morale.

J'ai prolongé autant que j'ai pu le temps de sa convalescence. J'ai dû enfin céder à ses sollicitations et le rendre à sa famille. Il a quitté Ste-Anne le 10 mai dernier.

Obs. VIII. — G..., âgé de 54 ans, couvreur, entré à la Ferme le 26 février 1841. Aucun membre de sa famille n'a été atteint de maladie mentale. Son père est mort à 82 ans, jouissant de toutes ses facultés.

Pendant sa jeunesse, caractère sombre, défiant, habitudes d'ivrognerie qui ont cessé peu à peu avec les progrès des années.

Il y a cinq ans, chute d'un premier étage, accidens cérébraux, coma qui ne se

---

sur la part qu'y prend l'appareil musculaire. Ce rapprochement a éclairé la théorie de l'accommodation oculaire pour la vision à diverses distances, et confirmé l'expérience de Muller, qui compare l'organe à une lunette d'opéra, qu'il faut allonger pour les objets rapprochés, et raccourcir pour les points éloignés. M. Bonnet, faisant l'expérience directe sur les yeux d'un lapin albinos, a pu, par la compression du globe, changer le foyer optique. Quel muscle a ce pouvoir ? C'était d'abord le grand oblique, selon M. Phillips ; les droits, suivant M. Guérin ; le petit oblique, d'après M. Bonnet ; enfin, M. Pravaz a prouvé, dit l'auteur, que tous sont influens. La myopie n'est que l'accommodation permanente à la vision des objets rapprochés; et la pratique ayant fait voir que, quelque muscle qu'on divise, le résultat désiré est obtenu, M. Bonnet a cherché le lieu le plus commode et choisi l'insertion orbitaire du petit oblique, qu'il détache par une ponction sous-cutanée. Ses opérations ont agrandi la sphère visuelle des myopes, au double pour la lecture et au triple pour les objets éloignés.

M. Bonnet a appliqué le même mode de myotomie au traitement de la *disposition à la fatigue des yeux*, dont il a rattaché la cause à l'action musculaire. L'expérience clinique a réalisé ses vues ; les résultats ont été des plus marqués, et l'auteur espère que cette opération s'introduira dans la pratique générale comme remède efficace à une infirmité aussi funeste que désagréable.

M. Emile Chevé (de Paris) combat la théorie de l'accommodation, en disant qu'il se fait des changemens, non dans la forme des yeux, mais seulement dans leur position, d'après les angles visuels adaptés aux diverses distances ; il n'est même besoin d'aucun changement de ce genre dans un seul œil qui peut voir simultanément les objets rangés par ordre sur une même ligne.

Pour M. Niepce, l'action des obliques n'est pas suffisamment démontrée; ils lui paraissent servir à diminuer la convexité de la cornée. Comment concevoir des myopies acquises à 50 ans? Il croit que l'aponévrose oculaire joue un grand rôle sur la vue ; car, dans un cas, il lui a suffi de la débrider pour modifier considérablement une myopie.

M. Rendet confirme la doctrine de l'accommodation, en ce que l'éréthisme nerveux augmente la myopie, qui devient moins intense avec le retour du calme. Il a observé que les myopes qui ne portent pas constamment des lunettes cessent plus ou moins de l'être avec l'âge; lui-même est un exemple de cette amélioration.

M. Dupasquier s'élève énergiquement contre les charlatans qui prétendent guérir avec des lunettes, et la myopie et la plupart des maux d'yeux.

M. Pravaz reconnaît que l'éréthisme nerveux influe beaucoup sur la vue courte, et c'est ainsi qu'il explique comment les bains d'air comprimé, qui sont un sédatif nerveux, diminuent certaines myopies. Il ajoute que les muscles obliques, de concert avec les droits, opèrent l'élongation du sphéroïde représenté par l'œil, et servent de la sorte à la vision des objets rapprochés. En combinant au contraire leur action avec l'orbiculaire palpébral, ils contribuent à retenir en arrière le globe pressé en avant par les paupières; et, en concourant à son aplatissement de manière à diminuer son diamètre antéro-postérieur, ils coopèrent à la vision des objets éloignés. On sait que, pour voir plus loin, il suffit de cligner, c'est-à-dire de contracter le muscle orbiculaire. L'anatomie comparée montre qu'il existe une membrane clignotante très développée chez les oiseaux de haut vol; elle est destinée au même usage; et l'auteur annonce que la myotomie pourra remédier également à la presbyopie.

dissipe qu'au bout de plusieurs heures, et pour faire place à un délire furieux.

A dater de cette époque, la *bizarrerie*, l'excentricité de son caractère, sont de plus en plus marquées, et ses camarades le regardent comme *timbré*. G... fuit la société, devient paresseux et ne travaille que tout juste pour ne pas mourir de faim.

Au mois de décembre dernier (1840), G... est tout à coup saisi de terreurs imaginaires. Poursuivi par des voix menaçantes, il se lève de son lit, sort de sa chambre et se met à courir tout nu au milieu de la rue.

La police dut intervenir et provoquer sa réclusion à Bicêtre.

Le jour même de son entrée (22 février), G... nous paraît apprécier avec assez de justesse sa position. « J'éprouve, nous disait-il, des terreurs dont je ne puis me rendre compte ; j'entends, principalement la nuit, des voix qui m'accablent d'injures, me menacent, m'annoncent des malheurs ; il me semble quelquefois que ma tête résonne comme une cloche, ou bien comme si je la tenais plongée dans un seau d'eau. Je sais bien que ce sont des illusions, il y a plus de six mois que je les ai, je ne comprends pas comment j'ai pu m'en effrayer au point de commettre des extravagances... »

La santé générale est excellente, sauf un peu d'insomnie.

27 février. Prescription de 5 centigrammes d'extrait de stramoine, à prendre d'heure en heure.

Les premiers symptômes d'intoxication ne se manifestent qu'une demi-heure après la cinquième dose. Bouche pâteuse, envie de dormir, picotement des yeux, accélération du pouls, qui se déprime de plus en plus. Un peu plus tard : impossibilité d'avaler, constriction à la gorge, vue trouble, presque cécité, frisson par tout le corps, extrémités bleuâtres, voix faible ; le pouls est devenu lent, petit ; somnolence. Je cesse d'administrer le datura ; 5 décigrammes avaient été pris.

Quelques heures après, de tous les symptômes signalés ci-dessus, il ne restait qu'une faiblesse générale assez prononcée, un peu d'étourdissement et de froid aux extrémités.

La nuit a été excellente, le sommeil calme et profond ; point de rêves, point d'hallucinations.

Le jour suivant, même état. Le mieux se maintient ainsi jusqu'au 1er mars. A cette époque, G... ayant eu, deux nuits de suite, de nouvelles hallucinations, peu durables cependant, et seulement *quelques minutes* avant de s'endormir, je lui prescrivis une nouvelle potion avec 25 centigrammes de datura, à prendre par petites cuillerées avant de se coucher. La nuit a été exempte d'hallucinations, mais il en est survenu de nouvelles la nuit d'après.

4 mars. Troisième potion de 15 centigrammes de datura.

Depuis ce moment, immédiatement avant de s'endormir, quelques voix se sont fait entendre à trois ou quatre reprises, et puis ont cessé irrévocablement.

G., qui se trouvait bien à la Ferme, ne m'a demandé sa sortie que vers la fin d'avril.

Il est sorti le 11 mai.

Le traitement par le datura n'a pas été invariablement heureux. Il a échoué complètement, ou à peu près, sur deux malades dont il nous reste à rapporter les observations. Ces malades, cependant, nous avaient paru dans des conditions de curabilité assez favorables. Quelle a pu être la cause de notre insuccès ? Chez les deux malades dont il s'agit, on observe un fait moral pathologique que nous avons signalé précédemment, et dont il importe de tenir compte ; les hallucinations n'étaient pas *primitives*, comme chez ceux qui font l'objet des huit premières observations ; mais elles étaient *consécutives* au délire, nées de lui, enfantées par l'aberration des idées, des conceptions, le désordre des affections, etc. Serait-ce là l'obstacle contre lequel ce remède, si efficace dans d'autres circonstances, serait venu et devait venir échouer ? Ce serait une preuve de plus de la spécificité d'action du datura, action qui se trouverait ainsi comme renfermée dans certaines limites psychologiques. Impuissante contre les *conceptions délirantes*, les hallucinations auxquelles elle aura imposé silence ne tarderont pas à être reproduites et comme ressuscitées par ces conceptions. Quoi qu'il en soit, toujours est-il que nous ne saurions découvrir d'autre différence essentielle, fondamentale, entre les hallucinés guéris par le datura, et ceux qui n'en ont éprouvé qu'un soulagement momentané.

OBS. IX. — De vifs chagrins occasionnés par des querelles domestiques et une profonde misère, les fatigues d'une longue route, entreprise à pied durant les chaleurs de l'été, avaient depuis plus de six ou sept mois déjà porté de graves atteintes aux facultés morales d'un pauvre ouvrier cordonnier nommé C..., lorsqu'on l'amena à Bicêtre le 18 octobre 1840.

Après quelques jours de traitement, C... parut guéri ou du moins franchement convalescent, et fut transféré à la Ferme-Sainte-Anne.

Le mieux moral auquel on avait cru était le résultat de la dissimulation. Dans l'espoir de se soustraire au traitement qu'il subissait avec une extrême répugnance, craignant surtout, comme il l'avoua depuis, qu'on ne lui appliquât de nouvelles ventouses à la nuque, de nouveaux vésicatoires aux jambes, etc., ainsi qu'il arrive à beaucoup de malades, C... avait feint habilement de renoncer à toutes ses idées extravagantes qu'il semblait prendre plaisir à censurer et à tourner en ridicule.

Une dizaine de jours après son arrivée à la Ferme, C... reçut la visite d'un beau-frère auquel je donnai des instructions propres à mettre en défaut l'astuce du malade dont la bonne foi commençait à m'inspirer quelques doutes.

Le délire reparut dans toute son étendue, sous toutes ses formes. Depuis son entrée à Sainte-Anne comme durant son séjour à B... C... n'a cessé d'être en butte à une multitude d'illusions, d'hallucinations de tous les sens qui faussent son jugement, dominent sa volonté, sans cependant l'entraîner à aucun acte extravagant.

Ses compagnons d'infortune, au milieu desquels il vit, sont des agens de police chargés d'épier jusqu'à ses moindres démarches ; on le prend pour un autre, pour quelque scélérat, quelque assassin caché dans l'hospice. On lui coupera la tête, on le sciera en deux, on le plongera vivant dans du plomb fondu.... etc. Des voix lui font entendre ces menaces jour et nuit. S'il s'avise de leur demander pour quelle raison, les voix répondent en ricanant « que c'est parce qu'il n'a pas vu un Dieu nouvellement descendu parmi les hommes. » Ces mêmes voix lui ont annoncé que la petite fille qu'il aime tendrement a été assassinée ; qu'il ait à creuser sa fosse dans le champ voisin, où on l'envoie travailler tout exprès pour cela.

Le sommeil est à peu près nul ; à cela près la santé physique est à l'état le plus normal.

21 nov. — Je prescris 10 centig. d'ext. de datura matin et soir.

24 nov. — Depuis avant-hier il est survenu une vive excitation. Le malade parle seul, à haute voix, toujours poursuivi par ses hallucinations. Le matin, à la visite, je le trouve d'une gaîté folle, dont lui-même s'étonne et qu'il cherche en vain à s'expliquer.

La pupille est notablement dilatée.

Le pouls est vif, accéléré, la peau sèche et chaude. Depuis deux jours sentiment de constriction à la gorge.

La nuit dernière il a ressenti, dans diverses parties du corps, des douleurs qui passaient avec la rapidité de l'éclair.

Il a *rêvassé* toute la nuit. Il a vu de gros chats noirs s'élancer sur son lit, faire mille gambades ; puis il s'est vu entouré de chasseurs qui l'ont criblé de coups de lance.

Même prescription. (extr. 20 cent.)

26 nov. — L'excitation signalée précédemment est moins vive. Les hallucinations ont été moins nombreuses et n'ont eu lieu que pendant la nuit. Le malade s'en inquiète moins. « Si je suis malade ainsi que vous l'affirmez, il faudra bien que cela finisse. — Au reste, vous le voyez, j'engraisse à vue d'œil, cela prouve que je n'engendre pas la mélancolie ; ma folie, si folie il y a, n'est pas une folie triste... » — Mais vous n'étiez pas ainsi il y a peu de jours, n'avez-vous plus les mêmes sujets de chagrin, ne vous insulte-t-on plus, ne vous fait-on plus de me-

---

M. Ripault (de Dijon) croit que la ténotomie oculaire ne peut encore être jugée, comme de date trop récente ; il craint les récidives du strabisme, à cause de la tunique albuginée de Taylor, qui, en réunissant les tendons, pourra ramener la déviation. La strabotomie lui paraît avoir un autre inconvénient dans les chances de lésion de la branche ethmoïdale.

M. Pétrequin fait à l'art médical une application des méthodes philosophiques dans un travail intitulé : DE LA VALEUR DE L'OPÉRATION DU STRABISME, ET DE SON INFLUENCE SUR LES PROGRÈS RÉCENS DE LA CHIRURGIE. L'efficacité de la myotomie dans le strabisme est jugée par l'expérience. Il cherche à apprécier son influence sur les progrès actuels et ultérieurs de la science. La strabotomie n'est point une opération de complaisance : elle corrige une difformité ; il fait observer surtout qu'elle améliore la vision sous le double rapport de la *netteté* et de la *portée* de la vue. Dès-lors, elle établit l'importance des muscles de l'œil dans l'accomplissement de la fonction visuelle, et comble un *desideratum* de la physiologie, qui n'envisageait guère l'action musculaire qu'au point de vue des mouvemens du globe. Elle a ainsi mis en relief les corrélations fonctionnelles du système moteur de l'organe et de son système sensitif, et révélé cette remarque féconde qu'il y a non seulement sympathie, mais réciprocité d'action. Il n'est donc plus admissible que tout réside dans la densité des humeurs et dans la disposition organique des surfaces oculaires : et cette première conquête en physiologie a conduit à une seconde en chirurgie, à savoir que, s'il existe des myopies curables avec le strabisme qui les complique, c'est-à-dire dans lesquelles le spasme musculaire va jusqu'à la déviation de l'axe optique, l'analogie indique qu'il peut y avoir des myopies dues à la même cause, sans qu'il y ait défaut d'équilibration des puissances motrices. Là se trouvent à la fois la source et la justification des recherches récentes sur le traitement chirurgical de la myopie. L'idée radicale part de la strabotomie, qui dévoilait en même temps la cause et le remède, comme l'expérimentation clinique est venue le mettre irréfragablement en lumière.

Le progrès ne s'est pas arrêté là : le principe général qui a dirigé pour la myopie s'est appliqué à un état particulier de l'œil, digne de toute l'attention des praticiens, et sur lequel la science était bien pauvre avant les recherches précitées de M. Bonnet. Il s'agit d'une disposition spéciale de cet organe à ne pouvoir supporter aucun exercice prolongé, à se lasser par la moindre application, et à devenir plus ou moins inhabile à remplir les fonctions que la nature lui a dévolues ; état morbide que M. Pétrequin nomme kopiopie, ou ophthalmokopie, de ὤψ et ὀφθαλμός, œil ; et κοπιάω, se fatiguer. La lassitude oculaire complique souvent le strabisme, et cède avec lui à l'opération : il y a donc, si non identité, du moins analogie dans leur nature : il y a donc, dans la tension spasmodique qui produit la loucherie, une résultante qui s'adresse à l'ophthalmokopie, comme tout à l'heure à la myopie : en définitive, un principe commun domine ces affections, diverses dans leur forme, et similaires à leur origine. M. Pétrequin relate quelques cas de guérison à l'appui de l'influence des muscles ophthalmiques sur cet état de la vue, influence qu'il cherche à démontrer également par l'étude des paralysies, par l'histoire des borgnes, par une expérience nouvelle sur le droit externe pour produire à volonté la kopiopie, etc. Ces rapprochemens et ces inductions de la théorie puisent un argument sans réplique dans l'expérimentation directe de M. Bonnet par la section du petit oblique.

naces ? — Oh ! je suis à peu près débarrassé de tout cela ; je n'entends plus rien la nuit ; on ne me parle plus de mon enfant. Cependant quelques-unes des personnes avec qui je vais travailler aux champs me disent encore des injures ; mais je ne leur en veux pas, on les fait agir. — Ne comprenez-vous pas que tout cela est le fruit de votre imagination malade ? — C'est bien possible, vraiment, mais je ne le crois guère. — Dormez-vous ? — Très bien, mais je rêve toujours ; je n'ai plus vu de chats, plus de chasseurs, mais un petit oiseau qui n'a cessé de voltiger autour de ma tête et qui me donnait des coups de bec sur les yeux.

Même prescription. (20 cent. d'ext.)

L'état du malade est demeuré à peu près stationnaire jusqu'au 5 janvier, époque à laquelle il y eut un mieux si marqué, que je regardai la guérison comme assurée.

Mes espérances furent déçues.

Le 14 janvier, dans la nuit, C... a éprouvé tout-à-coup une violente excitation. Il s'est levé, s'est mis à marcher autour de son lit. « On veut que je meure, s'écriait-il, eh bien ! tuez-moi, je suis las de vous entendre toujours dire la même chose. »

Le lendemain il m'avoua que les sifflemens du vent au travers des croisées lui avaient semblé autant de voix menaçantes qui lui annonçaient sa mort ; il y distinguait aussi comme les éclats de rire d'un grand nombre de personnes. S'il appuyait sa tête sur l'oreiller, aussitôt de petites voix flûtées l'injuriaient, lui faisaient les plus sinistres prédictions. Il cessait de les entendre en se mettant sur son séant. Des cadavres ont entouré son lit et lui ont fait signe de se lever et de les suivre ; un d'eux s'est levé et lui a soufflé *un air froid* qui lui a donné de grands *étourdissemens* et lui a fait croire qu'il allait mourir.

Je suspends le datura, craignant que ce médicament ne fût en partie, sinon exclusivement, la cause des phénomènes que je viens de signaler.

La nuit suivante (15 janvier) a été beaucoup plus calme. Le surlendemain, il y eut encore un peu d'excitation ; mais plus de 36 heures s'écoulèrent sans qu'il survînt d'hallucination d'aucune sorte.

Le troisième jour (18 janvier), le délire reparaît tout-à-coup, et avec une brusque intensité. Il a de ses mains creusé la fosse dans laquelle on doit le jeter après qu'on l'aura *fumé* comme un pourceau.

Quand je m'approche de lui, et avant que je lui aie adressé la parole... « Oh ! oh ! me dit-il, ce n'est pas la peine de crier si fort, je vous entends bien. — Mais je n'ai pas encore ouvert la bouche. — Cela ne m'empêche pas de distinguer parfaitement ce que vous me dites : *Tu ne guériras pas, tu seras pendu, on te fumera ; tu voudrais bien te faire passer pour un Dieu.* »

A dater de cette époque (18 janvier), craignant de fatiguer le malade, je cesse toute espèce de traitement. Les désordres de l'intelligence ne subissent aucune modification importante jusqu'au 15 février.

Dès lors, trouvant la santé physique dans l'état le plus normal, et même un certain embonpoint (symptôme toujours défavorable et présageant la démence) commençant à se manifester, je résolus de soumettre le malade à une méthode de traitement plus énergique, à la méthode *perturbatrice*.

Je prépare, avec 15 grains d'extrait de datura, de l'eau de menthe et du sirop de gomme, une potion, dont je lui fais prendre une cuillerée à bouche, de demi-heure en demi-heure ; c'était un grain environ (5 centigr.) d'extrait pour chaque dose.

Peu après avoir pris la quatrième cuillerée, le malade se plaignit d'un peu de pesanteur au front, de picotemens dans les yeux, d'un léger mal de gorge. Il se sentait étourdi, avait la bouche pâteuse et sèche, de l'enchifrènement. Un peu d'hébétude dans le facies. Pouls accéléré, profond, parfois irrégulier.

Ces symptômes vont en augmentant, et acquièrent, après la dixième cuillerée, une intensité, qui me force à arrêter l'administration du remède. Les plus saillans sont un vif sentiment de constriction à la gorge, l'impossibilité absolue d'avaler une seule miette de pain, des frissons par tout le corps. Les extrémités sont froides, les ongles bleuâtres. La vue est extrêmement trouble, la voix est faible et rappelle celle des cholériques, le malade se tient difficilement sur ses jambes ; insensiblement il s'endort sur un banc, appuyé contre le mur. Son sommeil paraît calme. A peine l'en retire-t-on en le secouant assez fortement qu'il s'assoupit de nouveau.

Cet appareil redoutable de symptômes se dissipe graduellement. Vers onze heures du soir, il ne restait plus guère qu'une faiblesse générale.

Le malade a dormi d'un sommeil profond, qu'aucun rêve n'est venu interrompre, ainsi que cela arrivait à peu près constamment.

Le lendemain, il restait un peu de faiblesse dans les extrémités inférieures ; c'était tout. C..., paraissait apprécier avec justesse les hallucinations dont il était le jouet depuis si longtemps, et dont je le débarrassais, ainsi qu'il le disait, quand je voulais, mais seulement pour un instant, et sans que je pusse les empêcher de revenir plus tard. Cependant son bon sens n'en restait pas moins faussé sur beaucoup d'autres points. Je dus craindre le retour des premiers désordres. Ce retour ne se fit pas attendre, et encore aujourd'hui le malade, dont la santé est sans doute notablement améliorée, semble fort éloigné d'une guérison radicale.

Obs. X. — D... est entré à Bicêtre le 5 septembre 1840. Le mauvais état de ses affaires (il était doreur sur bois), l'état de détresse dans lequel il se trouva plongé lui, sa femme et ses enfans, paraissent être l'unique cause de sa maladie qui date déjà depuis deux ou trois mois. Exposé à des terreurs continuelles, il cessa de travailler, assurant que sa dernière heure était venue, qu'il n'avait plus que quelques instans à vivre, que sa femme devait chercher un autre mari qui pût la faire vivre ainsi que son enfant, etc. ; on a résolu de le perdre ; on veut lui ôter le pain de la main, le forcer à faire banqueroute. Jour et nuit la voix d'individus avec qui il avait eu des altercations, et qu'il accusait d'avoir causé sa ruine, retentit à ses oreilles. Cette voix lui rappelle le sujet de leurs dissidences, le traite de filou, de voleur. D... entre dans de violens accès de colère et peu après tombe dans l'abattement.

Tel était encore, ou à peu de chose près, l'état moral de D... lorsqu'il me fut envoyé à Ste-Anne, le 23 novembre 1840.

En dépouillant l'observation de ce malade, j'y trouve consignés une foule de détails qu'il serait fastidieux de rapporter ici. Il me suffira d'en donner un résumé exact.

A partir du 26 novembre 1840, jusqu'au 17 janvier 1841, D... a pris des pilules de 5 centigrammes d'extrait de stramoine dont le nombre a été élevé successivement de 2 à 6 par jour.

Dès les premiers jours, les hallucinations disparurent ; mais il survint une vive excitation, un état voisin de la manie, qui fit bientôt place à un état de calme et une tranquillité d'esprit due évidemment à un retour incomplet vers la raison, et qu'expliquerait assez bien du reste, la cessation de l'un des phénomènes morbides le plus capable d'entretenir le désordre des idées.

Vers la fin de décembre, les hallucinations reparurent pendant plusieurs jours, puis, dans la nuit du 12 au 13 janvier et à chaque fois l'état général du malade empira. D... se levait pendant la nuit, parlait à haute voix, semblant s'entretenir avec différens individus. Je le surprenais dans les cours, au réfectoire, gesticulant et parlant seul.

Depuis cette époque, D... m'a répété presque chaque jour qu'il n'entendait plus de voix, ni le jour, ni la nuit.

Cependant, l'état des facultés intellectuelles, jusqu'à ce jour du moins (1er avril), ne s'est point amélioré d'une manière stable. Par deux fois, il est vrai (au commencement de février et vers le milieu du mois de mars), j'ai vu, plusieurs jours de suite, le malade si complètement raisonnable, appréciant sa situation passée avec tant de bon sens, envisageant toutes choses sous leur véritable jour, etc., que je l'eusse renvoyé de l'hospice si j'avais été certain qu'il eût trouvé de l'ouvrage en rentrant chez lui. D... me demandait instamment sa sortie ; il s'affecta vivement de ne pouvoir l'obtenir.

Aujourd'hui, les rémittences sont plus courtes et plus éloignées ; mais les hallucinations n'ont point reparu. D..., malgré l'ancienneté de la maladie, sa gravité même, nous paraît encore susceptible de guérison. L'intelligence n'a point baissé. S'il est possible de prévenir le retour des hallucinations, ou du moins de

---

Poursuivons : cette loi, si fertile en résultats, devait conduire à d'autres découvertes. M. Pétrequin, considérant que la faiblesse de la vue qu'on observe chez la plupart des louches n'est, en définitive, qu'un premier degré d'amblyopie, et que cette asthénie visuelle, souvent très prononcée, cède à l'opération, a été conduit expérimentalement à conclure que certaines amauroses pouvaient reconnaître pour cause première l'état spasmodique d'un ou de plusieurs muscles de l'appareil ophthalmique, et que la myotomie serait ici d'une application efficace, comme dans la myopie et la kopiopie. Il a réalisé cette prévision théorique sur deux amaurotiques, et il ajoute tenir de M. Sperino, de Turin, par l'entremise de M. Bertini, l'histoire d'une opération analogue qui confirme sa doctrine. (Voy. Gaz. Méd., 11 septembre 1841.)

Analysant tous ces divers résultats, M. Pétrequin en trouve la source commune dans une activité insolite imprimée à la fonction sensitive ; et, réfléchissant qu'un surcroît de vitalité fonctionnelle entraîne inévitablement un surcroît de vitalité organique, il donne une extension particulière au problème, en montrant que les phénomènes en subordination directe des propriétés organiques de l'économie peuvent subir une modification profonde ; il cite le fait d'une fille qui devint louche à la suite d'une cataracte traumatique laissant à la longue passer la lumière à travers une trouée non centrale ; la strabotomie, pratiquée par l'auteur, redressa l'œil et améliora considérablement la vue, en imprimant à l'organe une activité fonctionnelle qui hâta le travail de la résorption. Dans ce fait, il trouve le germe d'une innovation, en faisant voir la corrélation créée ici par la nature entre la déviation strabique et la déviation de l'axe optique ; et il a été conduit à établir, à l'exemple de M. Cunier, un *strabisme artificiel* en bas, *substitutif d'une pupille artificielle*, chez un mineur dont la cornée était opaque dans ses deux tiers inférieurs. (Voy. Gaz. Méd., 1841, n. 37.) L'entropion a fourni à l'auteur une autre application de l'idée-mère qu'il développe en transportant, comme MM. Cunier et Philips, à la thérapeutique de la contracture du palpébral, d'où résulte ce qu'il appelle un *entropion musculaire*, la myotomie sous-cutanée par un procédé particulier. (Voy. Gaz. Méd., 1841, p. 587.)

Il termine son analyse à ces divers exemples, dans la pensée qu'ils suffiront pour démontrer la marche et la méthode à suivre, à la fois pour apprécier les acquisitions de l'art, et arriver à des découvertes ultérieures, et pour faire voir les liens philosophiques qui unissent le principe général et ses diverses conséquences dans la série de leur évolution.

Dans une communication *sur l'enseignement de l'anatomie*, M. Chevé a exposé sa méthode pour abréger le temps et diminuer les dégoûts de cette étude, en appelant l'intelligence au secours de la mémoire, et initiant préalablement aux dissections par des démonstrations figurées sur le tableau, de même qu'on apprend la géographie d'un pays avant de le parcourir, afin d'en faire le voyage avec plus de fruit et de célérité. A l'aide de quelques traits improvisés, il enseigne en quelque sorte l'anatomie avant d'avoir vu le cadavre, faisant souvent deviner à l'élève les formes et les organes par leur destination. Comme accessoire, il a, pour certaines difficultés, des formules mnémotechniques. Il termine en fournissant quelques exemples (qu'une analyse ne saurait reproduire) appliqués à l'étude anatomique des muscles de la bouche, des os du carpe, etc.

On avait posé cette question : « En arrivant aux organes, le sang est vermeil ; lorsqu'il en sort, il est noir. Cette couleur est-elle constamment la même ? Ne

les combattre toujours avec le même succès, nous devons croire que les convictions délirantes, elles aussi, disparaîtront irrévocablement.

Je ne le regardais sans doute pas comme solidement guéri ; mais le retour au sein de sa famille, s'il n'eût pas dû y retrouver la misère et le chagrin, n'aurait pu que confirmer le mieux existant.

Si nous résumons les observations qu'on vient de lire, nous trouverons pour faits principaux du traitement par le datura, que :

1° Sur 10 hallucinés qui, s'ils ne pouvaient être déclarés incurables, se trouvaient dans des conditions plus ou moins fâcheuses, 7 ont guéri ; un huitième ne présente pas encore toutes les garanties désirables ; 2 n'ont éprouvé, durant le traitement qu'une amélioration passagère.

2° Chez les huit premiers, les hallucinations ont précédé les conceptions délirantes ; le contraire avait eu lieu chez les deux derniers.

3° La maladie durait depuis deux mois, trois mois, six mois (chez deux malades), neuf mois, deux ans ; deux malades avaient eu des accès de plusieurs mois de durée.

4° Les guérisons ont été obtenues en quatre, sept jours, un mois (par la dose modérée) ; en cinq, huit, quinze jours (par la dose élevée) ; en vingt-quatre heures (par la méthode perturbatrice).

5° La convalescence a été de un mois (pour trois malades) ; de deux mois (pour deux malades), de trois mois, de quatre mois.

En terminant ce mémoire, il n'est pas hors de propos de poser cette question :

Quels résultats doit-on attendre de la médication par le datura, employé contre des hallucinations liées, soit comme cause, soit comme effet, à un état de *manie* ou de *monomanie chroniques*?

Je manque de faits pour répondre d'une manière précise et expérimentale à cette importante question.

Les cas de manie ou de monomanie chronique simples *non compliqués* de démence sont excessivement rares. Presque toujours l'affaiblissement des facultés morales, dans leur ensemble ou séparément, vient, après quelques années, imprimer son funeste cachet aux deux genres de délire que je viens de nommer et faire désespérer de la guérison. Présentement dans la division dite des chroniques (1re section), à Bicêtre, sur près de cent malades, un seul, vieillard de 62 ans, monomaniaque halluciné, laisse quelques doutes sur l'affaiblissement de ses facultés.

En théorie, le succès est probable. Les guérisons que nous avons obtenues dans les affections *non chroniques* et qui ont fait l'objet de ce travail, nous portent à croire que le datura pourra être de quelque efficacité dans les cas surtout où les hallucinations auront été primitives et constitueront encore le fait le plus saillant du délire.

En effet, la médication paraît s'adresser directement à la modification cérébrale, dont les phénomènes si remarquables des hallucinations et des illusions sont *l'expression*, ou pour m'exprimer plus rigoureusement, sont *le produit* intellectuel.

En la détruisant, ne supprime-t-elle pas un fait physiologique anormal, tombé accidentellement dans l'intelligence, et dès lors ne peut-elle provoquer une réaction salutaire, si la démence n'a pas rendu cette réaction impossible ? et cette réaction ne serait-ce pas la guérison ?

Mais la longue durée des hallucinations ne serait-elle pas une condition fâcheuse qui la soustrairait à l'action du datura? Le fait que nous allons relater, s'il ne détruit pas complètement nos craintes à cet égard, sera de nature du moins à les affaiblir beaucoup.

B... est un vieux malade relégué depuis plusieurs années parmi les incurables. Aux symptômes les mieux caractérisés d'une profonde démence, se joignent de nombreuses hallucinations.

Presque toutes les nuits B... entre dans de violens accès de colère, se lève, secoue son lit avec force, met sens dessus dessous paillasse et matelas pour donner la chasse à cinq cent mille ennemis qui s'y sont blottis pour le tourmenter, troubler son sommeil par leurs cris, leurs menaces, en faisant un bruit affreux. Il ne se recouche que lorsqu'il les a vus prendre la fuite.

Après neuf jours de traitement par le datura, pris à la dose de 10 centigrammes matin et soir, les hallucinations cessèrent. C'est du moins ce que nous autorisa à penser et le dire même du malade et celui des infirmiers, qui ne le voyaient plus se lever la nuit, remuer son lit, en un mot, faire son manège accoutumé. Cependant, chose digne de remarque, B... n'en persistait pas moins à croire que ses ennemis étaient toujours cachés sinon dans son lit comme auparavant, peut-être dans quelque coin du dortoir, mais sans oser se montrer et troubler encore son sommeil. Les hallucinations avaient été détruites, mais la raison qu'elles avaient faussée en conservait toujours l'empreinte. La moindre cause ne pouvait manquer de les reproduire, et c'est ce qui arriva en effet peu de temps après.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LE CAS DE MONSTRUOSITÉ PAR INCLUSION, DE M. MATHIEU ; par M. LESAUVAGE, professeur à l'École secondaire de médecine de Caen.

Monsieur,

J'ai vu dans les numéros du 28 août et 4 septembre, de votre journal, qu'une discussion avait eu lieu au sein de l'Académie de médecine, à l'occasion d'un rapport fait par M. Gerdy sur une observation du docteur Mathieu, chirurgien de l'hôpital de la Charité-sur-Loire. Il était question d'une opération de gastrotomie pratiquée pour un cas de grossesse extra-utérine. L'auteur avait avancé que le fœtus extrait de la cavité abdominale, était enfermé dans une seule membrane, l'amnios ; mais M. le rapporteur n'ayant point admis la possibilité d'un tel fait, c'est sur ce point litigieux qu'a d'abord roulé la discussion, qui bientôt s'est étendue à diverses particularités sur l'ovologie, dont quelques-unes ont été assez singulièrement controversées.

Il paraît que la discussion fut terminée sans aucun résultat. Les faits mis en avant n'ont pas été débattus suffisamment pour que leur valeur fût déterminée, et c'est, pour ma part, ce que je regrette beaucoup ; je devais sans doute attacher une grande importance à ce qu'il me fût démontré que l'amnios pouvait exister en l'absence du chorion ; que cette membrane n'est pas nécessaire à la formation et au développement du

---

peut-elle varier suivant la condition de repos ou d'activité de certains organes ? Y a-t-il des faits qui puissent faire établir cette différence ? »

M. Brachet suppose qu'en passant à travers nos organes, la composition du sang ne saurait être identiquement la même dans tous les points de l'economie, car il ne cède pas les mêmes élémens à tous les appareils ; la théorie indique qu'il doit être modifié differemment par les fonctions differentes du foie, des poumons, des reins, etc. Et cependant, l'analyse chimique ne s'accorde pas avec la physiologie ; les changemens intimes qui s'opèrent alors lui échappent ; il y a lieu de croire que c'est surtout la vitalité de ce fluide qui se modifie. Le sang n'est pas chargé seulement de porter les matériaux de la nutrition et des sécrétions ; il porte encore le principe de l'incitation organique ; il se passe là un phénomène vital : les fonctions actives de certains appareils altèrent sa couleur ; dans la phlébotomie, M. Brachet l'a vu jaillir moins noir d'un bras paralysé que d'un bras sain et en mouvement ; c'est que, dans un cas, la musculation épuisait le liquide, et que, dans l'autre, la fibre était inhabile à le convertir. Dans la course, la circulation s'accélère comme la respiration, pour satisfaire le besoin plus grand d'hématose ; il pourrait survenir une asphyxie à la fois par insuffisance des poumons et par épuisement du sang dans les muscles en suractivité. Dans les exercices forcés, le liquide artériel est moins rouge, moins incitateur, et engorge les organes ; il faut quelque temps pour rétablir l'equilibre. Cela explique pourquoi la chair des animaux qu'on a fatigués est moins bonne et plus noire, etc. L'auteur termine par quelques corollaires sur l'hygiène et la mesure des exercices gymnastiques dans l'enfance, etc., et en concluant que le sang perd de ses qualités physiques et physiologiques : 1° par les matériaux qu'il fournit à la nutrition et aux sécrétions ; 2° par l'incitation vitale qu'il porte aux organes.

M. Ripault, de Dijon, présume que le phénomène précité tient plus à l'inervation qu'à l'action musculaire.

M. Gérard cherche à démontrer que *les nerfs de la vie organique peuvent ressentir l'influence d'une excitation portée sur les nerfs de la vie animale, et vice versâ*, en partant de ce fait que les aiguilles ou pôles d'une pile qui agissent 1° sur les nerfs cardiaques ; 2° sur la paroi auriculaire du ventricule correspondant, font entrer en mouvement les muscles intercostaux du même côté. De cette etroite sympathie, non seulement entre les organes et les systèmes d'organes, mais encore entre les appareils et la charpente animée qui les protège, il tire cette conséquence thérapeutique que, en mettant en rapport un pôle avec les nerfs intercostaux, et l'autre avec les diaphragmatiques, on reussirait à réveiller du même coup, sans toucher au cœur, et la contractilité de cet organe, et le jeu des parois thoraciques dans les cas de mort apparente, d'asphyxie ou de lipothymie prolongee, et cela pourvu qu'on ait le soin de dégorger par une saignee préalable, suivant l'avis de Nysten, le centre circulatoire du sang noir qui l'encombrerait et qui l'empêcherait d'obéir au stimulus galvanique, en annihilant sa sensibilité.

M. Ripault expose ses recherches *sur quelques phénomènes organiques qui persistent quelque temps après la mort.* Il rappelle qu'on a vu la caloricité continuer indépendamment des milieux ambians. Il s'attache surtout aux actes de sécrétion et d'excrétion : il remarque que jamais la vésicule biliaire n'est vide sur le cadavre, à part les cas de mort violente et subite ; il en est de même de la vessie : est-elle vide à la fin de l'agonie? on y trouve plus tard de l'urine. C'est

placenta, et qu'enfin elle se prolonge sur le cordon ombilical, et ce ne sont pas les seules assertions qui ont dû me paraître fort singulières, quoique la plupart se rencontrent dans les ouvrages les plus modernes. Alors, il faut en convenir, j'aurais été forcé de reconnaître qu'à tort j'avais regardé comme l'expression de vérités anatomico-physiologiques incontestables les deux propositions suivantes, énoncées dans mon mémoire sur les annexes du fœtus humain.

1° *Aucune membrane exhalante ou sécrétante n'est libre par ses deux surfaces ; l'une d'elles est toujours unie à un système cellulo-vasculaire simple ou parenchymateux ;*

2° *Aucune substance vasculaire d'un corps organisé ne saurait être à nu* (Richard, ANALYSE DU FRUIT) ;

3° Enfin j'aurais été conduit à admettre, comme on l'aurait avancé dans la discussion, que l'anatomie comparée n'avait rien à démêler avec la structure des annexes du fœtus humain ; qu'il avait été loisible à la nature de les organiser d'une manière exceptionnelle et sans aucune analogie avec ce qu'on observe chez les mammifères.

Mais j'abandonne, pour le moment du moins, les réflexions que peuvent suggérer ces nouveautés. J'ai seulement en vue d'appeler l'attention sur une particularité importante de l'observation de M. Mathieu, qui aurait passé à peu près inaperçue.

Il est dit dans votre compte-rendu qu'après avoir exactement exploré l'abdomen, qui était comme divisé en deux tumeurs, l'une au-dessous du diaphragme, l'autre beaucoup plus bas, il (M. Mathieu) fit une longue incision sur la ligne médiane, et commença par ouvrir la poche supérieure qui contenait des os et des cheveux, qu'il regarda comme les débris d'un fœtus. D'après des renseignemens fournis par M. Mathieu lui-même, il y a dans cet énoncé une erreur de faits, car ce praticien ne reconnut par le toucher et n'ouvrit la tumeur sous-diaphragmatique qu'après avoir extrait de la poche principale le fœtus et le placenta. On a commis une erreur bien plus grave lorsque l'on a prétendu que M. Mathieu avait affirmé que la première tumeur était renfermée dans l'amnios du second fœtus. (ARCH. GÉN. MÉD.)

Les expressions de M. Mathieu sont très positives : « Après l'extraction du fœtus et du placenta, je dirigeai mon attention sur la tumeur sous-diaphragmatique. Elle était lisse, polie, d'une couleur d'un gris foncé. Elle contenait des cheveux longs de neuf pouces, une masse ramollie au milieu de laquelle était une pièce osseuse qui paraissait avoir appartenu à la tête, et une portion de peau sur laquelle les cheveux étaient implantés. »

Cette description ne peut laisser aucun doute sur l'existence d'un nouveau cas de monstruosité par inclusion, ou d'énadelphie abdominale, comme je l'ai nommée (1). La tumeur était isolée, lisse et polie à sa surface ; elle était donc enveloppée par le péritoine, conséquemment elle se trouvait en dehors de cette membrane. Cette dernière circonstance, la position de la tumeur dans la partie supérieure et gauche de l'abdomen, et cette particularité qu'elle ne renfermait que des débris informes de fœtus, constituent les conditions essentielles de l'énadelphie abdominale. (ENDOCYMIE, I.-G. St-Hilaire.) On ne peut donc pas dire qu'il existait une double grossesse extra-utérine, mais qu'il y avait tout à la fois une grossesse de ce genre et une énadelphie ; qu'enfin les débris contenus dans la poche sous-diaphragmatique provenaient d'une tante, d'une sœur de la mère du fœtus renfermé dans la poche principale. Je dis positivement une tante ; car, ainsi que je crois l'avoir suffisamment établi, toute monstruosité par inclusion ne peut survenir que quand les deux embryons sont contenus dans un même chorion ; et cette disposition, qui est devenue ma loi première des monstruosités formées de la réunion de deux individus complets ou incomplets, entraîne comme conséquence cette autre loi, également fondée sur l'observation : quand deux individus sont enfermés dans un même chorion, il y a toujours identité de sexe.

L'observation du docteur Mathieu, au point de vue que je viens de signaler, sera donc, pour la science, d'une haute valeur, puisqu'elle offre réunis, avec leurs caractères normaux, deux cas bien singuliers, et sur la distinction desquels il importe d'établir des idées positives. Ainsi que je l'ai fait connaître dans mon mémoire sur les monstruosités, on a considéré comme appartenant à des grossesses extra-utérines des faits de monstruosité par inclusion, et, depuis, nous avons vu, en 1836, le docteur Roux (du Var) décrire, comme un nouveau cas du genre de ces monstruosités, ou une énadelphie abdominale, ainsi qu'il l'a nommée, une tumeur abdominale, que plus tard deux de ses confrères, MM. Vincenty et Denisy, se sont opiniâtrés à présenter comme une grossesse extra-utérine. (COMPTES-RENDUS DES SÉANCES DE L'INSTITUT, ann. 1836, pages 136 et 434.) Il serait sans doute déplorable qu'un tel débat fût reproduit à l'occasion d'un fait semblable, s'il se rencontrait chez une jeune fille, puisqu'il pourrait porter une atteinte grave à l'honneur et à la réputation d'une famille.

De tous les caractères qui peuvent conduire à la distinction dont nous venons de faire sentir l'importance, celui qui ressort de la tumeur fœtale par rapport au péritoine est assurément le plus positif. Dans toute grossesse extra-utérine abdominale, le fœtus est situé au milieu des intestins, à l'intérieur même de la cavité péritonéale, ou, si l'on veut, en contact immédiat avec sa surface exhalante ; tandis que, dans toute monstruosité par inclusion, la poche fœtale est toujours placée en dehors du péritoine, et immédiatement en rapport avec sa surface celluleuse, distinction bien tranchée, qui mérite d'être prise en considération.

Recevez, etc.

(1) MÉM. SUR LES MONSTR. PAR INCLUSION, etc. Institut, 1839.

NOTE SUR LES EAUX THERMALES DE L'ALGÉRIE ; par M. le docteur GUYON.

HAMMAM BÉNI-KÉCHA (PROVINCE DE CONSTANTINE).

Au pied et au sud de Bou-Cherf, chaîne de montagnes qui court E.-O., à une demi-heure du camp de Ma-Allah, route de Constantine à Sétif, sourde l'eau thermale connue sous le nom d'*Hammam Béni-Kécha*. Elle apparaît sur le sol par des sources assez multipliées, dans un rayon d'environ 40 mètres ; trois seulement sont reçues dans les bassins, aussi au nombre de trois, de forme rectangulaire, et qui paraissent de construction romaine, notamment celui où sourde la source principale. C'est le

---

un reste de sensibilité organique qui préside à ce phénomène sans participation de la circulation rénale. Tout ne meurt pas en même temps dans l'économie. On a dit du cœur *ultimum moriens ;* il serait plus vrai de dire *primum moriens ;* car beaucoup de phénomènes lui survivent. Le centre de l'organisme continue à agir par une sorte de mouvement idio-organique. Tout cela, au reste, est sans bénéfice pour l'économie qui est épuisée ; ce sont des phénomènes éphémères et sans portée pour la vie ; et il n'y a aucun danger à consommer l'inhumation au temps prescrit ; la sensibilité est éteinte, l'être n'*existe plus*.

M. Peysson rappelle qu'on a vu les cholériques se réchauffer après la mort, et M. Devay qu'un médecin de Bordeaux a fait connaître une éruption posthume de petite-vérole.

M. Levrat aîné a fait connaître quatre observations d'*asphyxie mécanique chez les femmes enceintes*, qu'il attribue au refoulement du diaphragme et des poumons par le développement morbide du système utérin ; ces accidens qu'il différencie de ceux de l'ascite et de l'éclampsie, cèdent à l'écoulement des eaux amniotiques. Deux ordres de moyens peuvent être opposés : les premiers, ou prophylactiques, consistent à combattre l'irritation du tube digestif où l'auteur place la cause première de cette hydropisie ; les deuxièmes, ou curatifs, se rapportent à la ponction utérine si la délivrance est impraticable.

Une des substances les plus actives au pouvoir de l'art obstétrical, le seigle *ergoté*, a été l'objet de recherches nouvelles de la part de M. Bonjean de Chambéry. Il a constaté, par de nombreuses expériences : 1° que l'ergot recueilli le premier jour de sa formation, n'a point les propriétés toxiques qu'il possède, récolté à partir du sixième jour ; 2° qu'une chaleur de 100° produit le même effet que la récolte trop hâtive ; 3° que la fermentation lui enlève aussi cette propriété ; 4° que le seigle ergoté ancien, piqué et avarié, ne perd rien sous ce rapport, etc. Toutes circonstances importantes pour expliquer les insuccès suivant les divers modes d'administration.

La chimie a révélé à M. Bonjean deux principes actifs bien différens :

1° L'un, qui agit comme un poison, est l'*huile ergotée*, d'une consistance épaisse, d'une saveur âcre, d'une couleur jaunâtre, soluble dans l'éther froid et dans l'alcool bouillant ; elle possède des propriétés toxiques à un haut degré ; l'auteur estime que 12 grammes de cette huile équivalent à 32 grammes de seigle ergoté ; mais il a reconnu qu'à une température de 80 à 100°, elle perd ses qualités vénéneuses et se convertit en résine. Il vaut donc mieux, sous ce rapport, la préparer par l'éther à froid.

2° *L'extrait aqueux d'ergot* s'obtient en traitant par l'eau, la poudre soit telle quelle, soit déjà épuisée de son huile ; il est brun, d'une consistance épaisse, et offre un goût de pourri. Il est soluble dans l'eau ; on peut en former des potions, des sirops, des bols, etc. Il n'est point toxique, mais jouit de propriétés hémostatiques très prononcées ; ce qui avait engagé l'auteur à l'appeler *extrait hémostatique* ; mais il me semble que nommer un produit encore peu étudié d'après un seul de ses effets, serait une méthode défectueuse. M. Blanc, d'Aix-les-Bains, a retiré d'excellens effets de cet extrait, dans un cas de métrorrhagie abondante et rebelle. On l'a donné à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour. M. Bonjean pense qu'il pourrait convenir dans les pertes sanguines, soit simples, soit puerpérales, dans le flux de sang, etc. Il insiste sur l'utilité réelle qu'il y aura en thérapeutique à séparer deux principes actifs aussi différens, et à

bassin dans lequel se baignent les Arabes : les deux autres, plus ou moins gorgés de boue, sont hors de service.

L'apparence romaine des bassins, les pierres de taille, en grand nombre disséminées dans les environs, les restes de chambres pratiquées dans le roc du voisinage, tout atteste que là était un établissement thermal. Hammam-Béni-Kécha, vraisemblablement, et ainsi que je le disais déjà dans une RELATION MÉDICALE DE L'EXPÉDITION DES PORTES-DE-FER, en 1839, était la station romaine connue sous le nom de *Fons Camerata*, fontaine voûtée, indiquée dans la TABLE de Pentinger, comme étant à 23 milles de Mileu, sur la route de Sétif, distance qui est à peu près celle qui existe entre Milah, l'ancienne Mileu, ou *Mileva*, et les sources dont nous parlons.

Ces sources se font jour à travers un terrain de travertin, qui leur doit sa formation. Ce terrain contient beaucoup de corps organisés végétaux. L'eau est très salée, en cela fort semblable à l'eau de mer. A sa sortie des bassins, elle se réunit dans un ruisseau, qui, dans la saison des pluies, va se joindre à un cours d'eau du voisinage : dans l'été il se perd dans les terres, à peu de distance des sources. L'eau qui le parcourt est d'un blanc-bleuâtre ; elle y dépose un sédiment de même couleur. Du sel en grande quantité tapisse les bords du ruisseau, mais seulement dans la saison des chaleurs, alors que ces bords, qui étaient couverts d'eau l'hiver, se trouvent en contact avec l'air. Ainsi qu'il résulte de son analyse, que nous donnons plus loin, l'eau contient du fer, mais il paraît y avoir été plus abondant autrefois qu'aujourd'hui, à en juger par la couleur fortement ocreuse de ses dépôts anciens. La forme conique de ceux-ci, forme qu'il est encore facile de reconnaître, semble indiquer qu'ils se sont précipités à une époque où la température de l'eau était voisine de l'ébullition. On peut donc supposer que, dans les temps passés, Hammam Béni-Kécha était, en tout points, ce qu'est aujourd'hui Hammam Meskoutin, dont les eaux, par leur haute température, comme par les dépôts qu'elles forment, feront toujours l'admiration des voyageurs. Aussi a-t-on lieu de s'étonner qu'on n'ait encore rien rencontré qui les signale dans les auteurs anciens, d'autant plus que dans le voisinage étaient de grandes cités, telle que Calama, et que des événemens militaires importans s'y sont fréquemment passés sous la domination romaine.

Les sources d'Hammam Béni-Kécha répandent une assez forte odeur d'hydrogène sulfuré, qui les décèle au voyageur quelque temps avant d'y arriver. Nous n'avons pu y prendre nous même, lors de notre passage au camp de Ma-Allah, l'eau nécessaire pour en faire l'analyse ; mais M. le docteur Cardailhac (1), qui séjourna après nous sur les lieux, s'est chargé de ce soin, et c'est à lui que nous devons de pouvoir présenter aujourd'hui une analyse de l'eau d'Hammam Béni-Kécha. Elle a été faite par un chimiste distingué, M. Tripier, à qui la science est redevable de l'importante découverte de l'arsenic dans les eaux d'Hammam Meskoutin. Mais avant de rapporter l'analyse de l'eau qui nous occupe, indiquons d'abord sa température.

(1) Jeune médecin, plein de zèle et de dévouement, à qui les excellens services et la belle conduite dans les expéditions de la province de Constantine ont mérité d'être mis à l'ordre de l'armée par M. le lieutenant général baron Galbois, commandant supérieur de la province.

TEMPÉRATURE DE L'EAU D'HAMMAM BÉNI-KÉCHA, THERMOMÈTRE CENTIGRADE, CELLE DE L'ATMOSPHÈRE ÉTANT DE 29°, MÊME ÉCHELLE.

45° à la source principale ou source de droite ;
40° à la source de gauche (1),
38° à la source la moins abondante, située tout près de la dernière.

ANALYSE.

Acide carbonique libre, *des traces*.	
Chlorure de sodium	12 40
— de calcium. } — de magnésium	01 00
Sulfate de chaux	01 80
Carbonate de soude	00 20
— de chaux	00 50
— de strontiane, *des traces*.	
— de magnésie, *des traces*.	
Oxide de fer	00 02
Matière organique azotée, qui se précipite en combinaison avec l'oxide de fer, au contact de l'air, *des traces*.	
TOTAL	15 92

Les sources d'Hammam Béni-Kécha sont très fréquentées par les Arabes de la contrée ; il en vient même, assure-t-on, des contrées voisines. On y recourt, en général, pour des maladies chroniques, qui, chez les Arabes, sont, pour la plupart, des maladies de la peau et du système osseux. L'Arabe, si sujet à la teigne dans son enfance, a presque toujours la gale le reste de ses jours. Il est très sujet à la carie, qui, chez lui, est souvent le produit de causes externes, telles que fractures et luxations, ce qui, de suite, donne une idée peu favorable de la chirurgie arabe. La carie, par causes internes, n'est pourtant pas rare parmi les indigènes, Arabes, Kabyles et autres, et nous en rencontrons assez souvent des cas sur le littoral. De son côté, M. Cardailhac, pendant son séjour dans la province de Constantine avec le 62e de ligne, signalait, dans ses rapports, des caries provenant de causes internes, chez des individus des deux sexes de la tribu des Ammers ; il y signalait aussi un ostéosarcôme remarquable de l'une des deux jambes, sur un homme de la même tribu. Cette affection, que notre jeune confrère a reproduite par le dessin, était la suite d'un coup de feu. Partout en Algérie, ce genre de blessures témoigne aussi, pour sa part, du manque de connaissances chirurgicales chez les individus qui se livrent à l'art de guérir parmi les indigènes.

Les *Ammers* dont nous venons de parler est la tribu qui occupe le territoire de Sétif ; elle est remarquable par de grandes tailles, de belles formes, de belles têtes et de belles dents. C'est à cette même tribu que Shaw attribue une coutume qui ferait assez peu l'éloge de ses mœurs, si elle existait réellement : elle n'existe pas, et nous avons dit ailleurs com-

(1) Nous appelons source de droite la source qui se présente sur la droite, et source de gauche celle qui se présente sur la gauche, lorsque, pour visiter Hammam Béni-Kécha on s'y rend de la route de Constantine, c'est-à-dire du sud au nord.

débarrasser, par l'analyse, l'extrait aqueux hémostatique de l'huile ergotée qui est toxique.

M. Mouchon remarque que Samuel Wright connaissait déjà l'huile d'ergot, et qu'il l'employait à la dose de plusieurs goutes.

M. Bonjean répond que la découverte en remonte à 1814 ; mais il croit en avoir le premier spécifié les propriétés, et il revendique en sa faveur la distinction capitale qu'il a établie entre les deux principes précités.

M. Gubian étudie *l'influence de l'allaitement sur la santé des femmes*. L'allaitement est une loi de la nature. La mère et son enfant ne doivent pas se séparer brusquement après la couche ; ce sont deux êtres destinés à rester encore unis et dépendans. Plusieurs mères ont été punies pour avoir enfreint ce précepte. Les contre-indications sont rares ; dans quelques cas d'atrophie des mammelles et d'absence de fluxion laiteuse, la succion a réussi à l'auteur. La faiblesse de la mère n'est souvent que relative et apparente, et l'allaitement vient rétablir l'harmonie en stimulant le jeu fonctionnel des organes. Dans quelques maladies de poitrine, il exerce une heureuse influence en créant une sorte de révolution naturelle, de même que dans certaines affections de l'utérus et de ses annexes. Chez les filles mères, qui n'ont pu nourrir, les maladies ultérieures remontent souvent à cette cause, ainsi que chez les femmes mariées à qui les plaisirs du monde ont fait oublier cette loi de la nature. Dans les campagnes, où presque toutes les femmes allaitent, il est digne de remarque que les lésions utérines sont infiniment plus rares que dans nos villes. Le travail de la lactation est un accessoire utile et une crise naturelle de la fièvre de lait ; c'est une espèce d'émonctoire plein d'avantage chez les femmes lymphatiques où il modifie la constitution aqueuse du sang. On peut dire que le nouveau-né, en suçant la vie avec le lait, assure l'existence de sa mère, et lui rend ainsi bienfait pour bienfait. L'auteur termine en émettant le vœu qu'on ouvre des salles d'asile pour que les femmes indigentes puissent, à l'abri du besoin, remplir, dans sa plénitude, ce devoir de la maternité.

M. Bienvenu, insistant sur l'utilité des questions relatives à la *syphilis*, résume ce que lui a appris une expérience de douze années, sur environ 15,000 vénériens soignés à l'hospice de l'Antiquaille, où il a réformé le mode de traitement. Il s'élève contre les inconvéniens du mercure administré à haute dose. Il a expérimenté avec fruit la méthode endermique. Le chlore ne lui a pas paru avoir les hautes vertus que la presse médicale lui a attribuées en 1823. L'auteur préfère combiner l'usage du chlore et du mercure, et il a constamment retiré les plus prompts et les plus heureux résultats de lotions fréquemment répétées avec une solution de chlorure de chaux et de deuto-chlorure hydrargyrique, évitant ainsi la salivation et prévenant le bourgeonnement des ulcères. Sur 600 malades soumis à son observation longtemps encore après leur guérison, il n'a constaté que quatre cas de récidive. Il désirerait qu'un certain temps fût toujours accordé à la convalescence, dans les hospices spéciaux, pour consolider la cure, et que des visites au spéculum, plus complètes et plus fréquentes dans les lieux de prostitution, vinssent donner plus de garanties à la santé publique.

M. Bravais d'Annonay recherche *quel est le régime le plus utile aux malades affectés de diabète sucré*. Il part, avec M. Bouchardat, de Paris, de cette loi chimique, que les matières gommeuses et féculentes peuvent se convertir en sucre quand elles se trouvent dans certaines conditions de température et de fermentation, et il prescrit l'usage exclusif d'une nourriture animale chez les dia-

ment il faut interpréter ce que le voyageur anglais a pu voir à cet égard. C'est une nouvelle preuve de la difficulté de pénétrer dans les habitudes et dans les mœurs d'un peuple qui sera, longtemps encore, un grand sujet d'étude pour l'Européen.

SOURCES DE MA-ALLAH (PROVINCE DE CONSTANTINE).

Les sources de Ma-Allah, au nombre de trois (1), se rencontrent sur la route de Milah à Djémillah, à une demi-heure sud des sources thermales qui ont fait le sujet de notre dernier article dans cette feuille. Elles ne tarissent jamais, même dans les plus fortes chaleurs, ce qui les rend bien précieuses pour les habitans de la contrée. Elles s'écoulent dans un ruisseau voisin, qui porte ses eaux dans l'est, recevant, sur son passage, un autre ruisseau formé par les sources d'*Hammam Béni-Hécha*.

L'existence, en toutes saisons, des sources de Ma-Allah, la limpidité parfaite, la fraîcheur, toutes les bonnes qualités enfin de l'eau qu'elles fournissent (2), ont valu à celle-ci le nom de Ma-Allah, qui veut dire *Eau divine, Eau de Dieu*, nom qui a été donné par extension à la contrée entière.

Les deux principales sources sont ombragées par des peupliers et des ormes magnifiques, de la plus vigoureuse végétation, de même que des pruniers, des grenadiers et des figuiers surtout, avec lesquels ils forment un oasis de peu d'étendue, il est vrai, mais fort agréable. C'est une station naturelle pour le voyageur dans cette partie aride de la province, et c'est elle qui paraîtrait avoir déterminé l'emplacement du camp qu'on avait élevé un peu plus au nord (3). Sa fraîcheur était vivement recherchée par les troupes du camp, mais c'était chose dont il fallait user sobrement, car elle est funeste à plus d'un militaire. C'était surtout pendant le sommeil qu'elle était plus à redouter, ainsi que l'avaient remarqué nos troupes, qui considéraient comme très pernicieux de s'endormir dans l'oasis, nous citant, à l'appui de cette opinion, lorsque nous le visitâmes, M. le docteur Antonini et moi, l'exemple de tels et tels des leurs, qui, ayant commis cette imprudence, ne s'étaient éveillés que déjà aux prises avec le frisson de la fièvre. De là la défense qui avait été faite aux troupes d'approcher de l'oasis, défense qui avait été levée quelque temps après, puis presque aussitôt rétablie (4).

L'ombre, la fraîcheur de l'oasis devaient être d'autant plus à craindre pour les troupes de Ma-Allah, qu'elles étaient soumises, dans leur camp, à une température très élevée. Cette température tenait, d'une part, à l'habitation des tentes, ce que les troupes de Ma-Allah avaient de commun avec celles de la plupart des autres camps de l'Algérie, et, de l'autre, à la mauvaise position du leur, situé sur le revers méridional d'une chaîne de montagnes, le Bou-Cherf, qui le privait de l'influence favorable des vents du nord. C'est dans la température dont nous parlons que nous avons vu, mon ancien collègue et moi, la principale cause des maladies qui, à l'époque de notre passage à Ma-Allah, du 18 au 19 octobre 1839, venaient de sévir parmi les troupes du camp.

La reconnaissance, par nos troupes, de la position de Ma-Allah, remonte au 4 mai 1839; mais elle ne fut occupée que vers la fin de la première quinzaine de juillet. Les premières troupes du camp furent deux compagnies du 23e de ligne, 3e bataillon. A la date du 17 juillet, leur état sanitaire était satisfaisant : on n'y observait encore que quelques accès de fièvre intermittente simple, dont le germe pouvait venir d'ailleurs. Mais, dès le 30 du même mois, le camp était déjà plein de malades, sans un officier de santé pour les soigner, celui qui leur avait été affecté, M. le docteur Liagre, partageant le sort général. Depuis, transporté à Constantine, dans un état déplorable, il faillit y succomber à une dyssenterie qui avait succédé à sa maladie primitive.

Les deux compagnies du 23e reçurent l'ordre de se porter en avant, sur Sétif; elles furent remplacées par deux autres du 17e léger. Pendant huit jours, ces compagnies n'avaient fourni aucun malade ; elles commencèrent à en fournir depuis en tel nombre que, quinze jours après leur arrivée, elles étaient hors de service, officiers et soldats. D'après les rapports faits sur cet état de choses à M. le commandant supérieur de la province, des ordres furent donnés pour que la compagnie qui paraissait la plus maltraitée fût immédiatement relevée. Elle fut remplacée par une compagnie d'élite du même régiment; on l'avait envoyée à Ma-Allah comme à un poste d'honneur. Elle y arriva le 9 septembre, et s'y porta bien jusqu'au 19, époque à laquelle elle commença à fournir des malades dans la progression suivante : le 19, 1 malade; le 20, 2 malades; le 21, 5 malades, et ainsi de suite, par gradation, jusqu'au 26, jour où l'officier de santé du camp signalait, dans ses rapports, 42 malades qui étaient alités et avec la fièvre. « Aujourd'hui, 26 septembre, nous écrivait cet officier de santé, 42 malades sont alités et avec la fièvre. » Il ajoutait : « Et tous avec les mêmes symptômes que les chasseurs des deux autres compagnies. »

Une compagnie du bataillon turc, la 4e, qui, depuis la première quinzaine d'août, partageait, avec les compagnies françaises, le service du camp, n'était pas moins affligée par les maladies. Son commandant, dans une note sur ses différens campemens dans la province, en 1839, s'exprimait ainsi sur son campement de Ma-Allah : « Le 9 août, je partis pour Ma-Allah, l'effectif de ma compagnie étant alors de 80 hommes : quinze jours après, je comptais 40 fiévreux; un mois après, tout le monde était malade, moi à la tête. Je perdis 8 hommes, et j'en évacuai 53 sur Constantine, où je rentrai le 1er septembre. A cette époque, il ne me restait plus que 24 hommes, qui tous étaient malades, à l'exception d'un seul, qui était un nègre (1). »

Les malades que fournissait le camp de Ma-Allah étaient évacués sur Milah et sur Constantine, au fur et à mesure qu'ils se présentaient et que

(1) L'une d'elles, située à l'ouest des deux autres, sourde dans le lit même d'un ruisseau dont il va être parlé, de sorte qu'elle ne paraît que lorsque les eaux de ce ruisseau sont très basses.

(2) Leur température était de 18° 1/2 centigrades le 18 octobre 1839, de 5 à 6 heures du soir, la température ambiante étant alors de 23°, même échelle.

(3) Il a été supprimé dans ces derniers temps, lors de l'expédition de M. le général Négrier sur Emsilah.

(4) Les officiers seuls y pénétraient, et comme leur santé se maintenait, ce qu'on pouvait attribuer à la précaution qu'ils avaient de ne pas s'y reposer, et surtout, de ne pas s'y endormir, on leva alors la défense qui avait été faite aux soldats, mais en leur recommandant les précautions qu'ils devaient prendre. Toutefois, bientôt après, soit que ces précautions eussent été négligées ou non, un grand accroissement de malades étant survenu, l'entrée de l'oasis fut, de nouveau, interdite aux troupes.

(1) Cette exception est un enseignement dont la science pourrait tirer parti.

bétiques. M. Bouchardat, qui a beaucoup insisté sur cette conversion des substances, a cru reconnaître que la quantité de sucre contenue dans les urines était en raison directe du pain dont le malade se nourrit. M. Bravais formule ainsi la règle à suivre : privation absolue du pain, du riz, des pommes de terre, etc. ; pour alimens, des viandes rôties, du chocolat sans sucre, des herbages, tels que les épinards, la chicorée, etc.; pour boisson, du bouillon gras, de la bière, du thé coupé, du lait à la glace, etc. Il ajoute l'administration de l'opium à l'intérieur, des lavemens camphrés, etc. Il rappelle que l'application de ces vues de la chimie a déjà procuré quelques cures, et il cite à l'appui l'observation d'un malade atteint de diabète sucré, qu'il guérit par la privation, pendant quatre mois et demi, de toute substance renfermant de la fécule, de la gomme ou du sucre. Les urines qui s'élevaient à 9 litres en vingt-quatre heures, diminuaient à partir du quinzième jour, pour se réduire à 4 et à 3 litres. Le sucre diabétique suivit la même proportion décroissante : l'analyse chimique qui, dans le principe, indiquait 20 grammes de sucre pour 3 litres d'urine, n'en trouva plus tard que 23 grammes sur 6 litres, c'est-à-dire 1/150 dans le premier cas, et moins de 1/300 dans le second. M. Bravais insiste sur la nécessité qu'il y a de continuer le régime précité pendant quelque temps encore après la guérison.

Le programme portait : « Quels sont, dans le traitement des pierres de la vessie, les cas d'application de la taille et de la lithotritie ? »

M. Viricel résume succinctement les résultats de sa longue pratique. Après avoir rappelé que c'est chez les rhumatisans et les goutteux, et aux deux époques extrêmes de la vie, dans l'enfance et dans la vieillesse, qu'on rencontre le plus fréquemment l'affection calculeuse, il donne une explication ingénieuse de l'influence qu'exercent sur son développement les travaux sédentaires, comme par exemple, chez les hommes de cabinet, où la station assise détermine à la longue le relâchement du muscle releveur de l'anus, et permet au bas fond de la vessie de s'abaisser au-dessous du niveau du col, à l'urine de séjourner dans ce cul-de-sac, et à la stase du liquide de favoriser l'agrégation des molécules salines. Il discute au point de vue pratique la question de prééminence entre les deux procédés opératoires, et procédant par voie d'exclusion, il professe qu'on ne doit pas recourir à la lithotritie quand il se rencontre quelque grave obstacle à l'introduction des instrumens; c'est ainsi que les rétrécissemens indurés de l'urètre, des tumeurs adjacentes qui en diminuent le calibre, les engorgemens volumineux de la prostate, les tumeurs de l'excavation pelvienneuse et les inflammations adhésives qui ne permettent pas à la vessie de se développer, etc., lui paraissent autant de circonstances qui contr'indiquent le broiement. L'expérience lui a démontré tout le danger qu'il y a dans la dilatation brusque de l'urètre; et, malgré les succès de M. Ségalas, il regarde l'étroitesse du canal chez les jeunes sujets comme une cause d'exclusion. Il discute l'influence fâcheuse des fongosités du col de la vessie, de l'hypertrophie de la couche musculeuse et de sa structure à colonnes, de l'enchâtonnement des pierres, etc. Il fait voir les dangers attachés aux calculs très durs et très volumineux, qui rendraient les manœuvres plus difficiles et plus longues, et à l'irritabilité trop grande de la poche urinaire qui l'empêcherait de rien supporter, etc. Il remarque que l'état normal et physiologique du malade souvent ne permet pas la taille dans les circonstances contraires à la lithotritie, et que d'ailleurs la plupart de ces contr'indications doivent diminuer avec le temps, à mesure que les calculeux, moins effrayés, viendront de meilleure heure

les circonstances le permettaient. On ne conservait au camp que ceux qui, par la gravité de leur état, eussent eu trop à souffrir dans ce transport. C'est donc dans les établissemens sur lesquels étaient dirigés la plupart des malades du camp de Ma-Allah, qu'eut lieu la plus grande mortalité produite par cette localité. Seize hommes du 23e qui y moururent donnèrent lieu à cette remarque, qu'ils étaient les plus forts et les plus vigoureux du régiment (1). Du reste, en 1839, les troupes employées dans la province de Constantine étaient entièrement composées d'hommes de choix, d'hommes qui avaient été reconnus, d'après une visite des officiers de santé des corps, les plus propres, par leur constitution comme par leur bonne santé habituelle, à supporter les privations et les fatigues des camps. Le résultat de cette mesure, contraire à ce qu'on en avait espéré à Ma-Allah et ailleurs, ne nous servira pas peu à étayer nos idées sur la nature des maladies de l'Européen dans les camps de l'Algérie. Disons, par anticipation, que, dans leur production, on a fait jusqu'à ce jour une trop large part au climat, aux localités, aux marais, ou plages considérées comme tels, négligeant, sinon tout à fait, du moins beaucoup, celle due à des circonstances qui ne sont pas inaccessibles au pouvoir de l'homme (2).

Le camp de Ma-Allah, à notre passage sur ce point, du 18 au 19 octobre, n'était plus occupé que par des troupes turques, qu'on aurait pu croire plus propres que les nôtres à supporter l'influence défavorable de la localité; mais, et ainsi que nous l'avons vu, elles eurent le même sort, éprouvèrent les mêmes revers. L'un de leurs officiers, celui que j'ai déjà eu l'occasion de citer, a même remarqué que, chez les Turcs comme chez nos compatriotes, la maladie s'attaquait aux plus robustes, et principalement à ceux qui, dans le cours de leurs travaux (3) avaient fait preuve de plus d'énergie. « J'ai remarqué, nous écrivait cet officier, que les hommes les plus robustes, et principalement ceux qui avaient déployé le plus d'énergie pendant le cours de leurs travaux, avaient été atteints de la fièvre les premiers. »

Nous ne pouvons terminer ce que nous venons de dire sur l'état sanitaire du camp de Ma-Allah, en 1839, sans rappeler que cette année s'est fait remarquer, sur tous les points de l'Algérie, par des maladies à la fois plus multipliées et plus graves que les années précédentes, et qu'elle ne peut être considérée que comme une année exceptionnelle dans l'histoire de la salubrité générale du pays. Les Arabes eux-mêmes, en 1839, se sont ressentis du fâcheux état sanitaire des troupes en Algérie. Et, pour ne parler ici que des Arabes du territoire de Ma-Allah, ces Arabes furent alors assaillis par des maladies qui coïncidaient avec celles du camp français. Leur scheick disait, sur la fin de septembre, à un officier supérieur alors sur les lieux, qu'il avait perdu plus de 80 hommes depuis un mois. De son côté, M. le docteur Beaucamp, chargé, à la même époque, du service de santé des troupes de Ma-Hallah, nous écrivait, sous la date du 26 septembre, qu'il ne rencontrait que des fiévreux dans les tribus où il était souvent appelé. « Appelé souvent dans les tribus, dit M. Beaucamp, je n'y vois que des fiévreux. » C'est à cet officier de santé que nous devons le plus de documens sur la topographie et sur les maladies du camp de Ma-Allah, où, d'un autre côté, il a si bien répondu, en zèle et en dévoûment, à tout ce qu'on pouvait attendre de lui.

(1) Ils en étaient les *Hercules*, selon les propres expressions de leur colonel.

(2) Sur ce point de l'hygiène du soldat en Afrique, comme sur d'autres, M. le docteur Antonini possède de nombreux et précieux documens, fruit de ses études particulières et de sa correspondance active avec ses collaborateurs de l'armée.

(3) Le bataillon turc était employé au fauchage des foins sur différens points de la province.

CHUTE SUR LE PÉRINÉE; DECHIRURE DU CANAL DE L'URÈTRE; OPÉRATION; FISTULE URINAIRE GUÉRIE PAR LE RETRAIT DE LA SONDE; observation communiquée par M. PINJON, D. M. à Chamelet (Rhône).

En livrant à la publicité l'histoire du fait suivant, je me propose trois buts. En premier lieu, de faire connaître quelle étendue, quelle gravité peuvent avoir les déchirures du canal de l'urètre et des parties voisines; secondement, de faire ressortir les légères modifications que j'ai fait subir à l'opération qui était indiquée; enfin de justifier l'opinion des médecins qui ont proscrit les sondes à demeure dans le traitement des fistules urinaires.

OBS. — Dans le courant du mois d'octobre dernier, M. Chaufret, âgé de 50 ans, propriétaire à Grand-Ris, hameau de Colonge, en sortant de son lit, à quatre heures du matin, se disposait à descendre à un étage inférieur au moyen d'une mauvaise échelle, quand, le pied lui glissant, il tomba à cheval sur le premier échelon. Sur le moment, il éprouva peu de douleur, se releva avec facilité et sortit de la maison; mais bientôt il se sentit défaillir et rentra. Les douleurs furent d'abord légères. N'ayant pas uriné depuis la veille, il essayait de satisfaire le besoin qu'il en éprouvait; mais vainement il fit tous ses efforts, il ne rendit que quelques gouttes de sang. Les moyens usités dans le pays pour les violences de toute nature furent employés; la douleur augmenta et dans le milieu du jour s'étendit au bas-ventre et aux lombes; le scrotum se tuméfia, ainsi que le périnée. Alors M. Chaufret comprit la gravité de sa position et m'envoya chercher à huit heures du soir.

Je le trouvai couché sur le dos, les cuisses relevées et écartées, poussant sans cesse de profonds gémissemens, accusant des douleurs très vives au bas-ventre et au périnée, que j'examinai. Une tumeur, du volume d'un œuf de poule, occupait l'espace compris entre le scrotum et l'anus; elle était bleuâtre, douloureuse au toucher, sans pulsations; la température de la peau n'y était pas plus élevée que dans d'autres points du corps; les bourses étaient fortement gonflées, surtout du côté gauche, et le scrotum ecchymosé dans une grande étendue. L'orifice du canal de l'urètre était fermé par un caillot de sang desséché. La tension du bas-ventre indiquait un état de réplétion de la vessie, confirmée par la sensation éprouvée par le doigt introduit dans le rectum. Il fallait agir promptement; de minute en minute les douleurs augmentaient, l'anxiété devenait plus vive.

J'introduisis le cathéter à plusieurs reprises dans le canal sans succès; chaque fois que son extrémité arrivait à la base de la verge elle se perdait dans une vaste poche résultant du broiement des tissus sous-cutanés; abandonnée à son propre poids, elle se dirigeait vers le sommet de l'ischion droit. J'essayai inutilement de retrouver l'ouverture de la portion inférieure de l'urètre, en dirigeant la sonde vers la partie supérieure et moyenne de la glande prostate et en soutenant celle-ci à l'aide du doigt placé dans le rectum. Mes recherches, malgré les plus grands ménagemens, n'amenèrent que beaucoup de douleur et l'issue d'une assez grande quantité de sang. Je prescrivis un grand bain et des fomentations émollientes, et après cela de nouvelles tentatives de cathétérisme n'eurent pas plus de succès. Alors je me décidai à pratiquer l'opération. Je plaçai d'abord une sonde en gomme élastique dans le canal, jusqu'au niveau de la déchirure et la

---

implorer les ressources de l'art.

M. Bonnet insiste sur les progrès que la lithotritie a fait faire au diagnostic des affections calculeuses spécialement en ce qui regarde les propriétés physiques des calculs, il estime que les contr'indications au broiement proviennent moins du volume et de la dureté des pierres, que de la prédisposition individuelle du sujet. Il rapporte à l'appui l'observation de deux malades dont les pierres présentaient un très grand diamètre et beaucoup de dureté, et chez lesquels la lithotritie a été mise en usage avec succès.

Des recherches spéciales sont venues éclairer l'histoire du *goître endémique*. M. Gosse, de Genève, reconnaissant que le corps thyroïde, siége de la tumeur goîtreuse, jouit d'ailleurs de fonctions très obscures, pense qu'il agit comme *diverticulum* du sang par rapport au cerveau dans la stase veineuse des jugulaires, et diminue ainsi les congestions cérébrales que tendent à développer certains actes physiologiques et morbides. Le goître est, pour lui, un effet du tempérament lymphatique exagéré; il est remarquable que ses causes portent bien plus sur l'économie entière, qu'uniquement sur la glande, comme l'humidité des vallées, le défaut d'aération, les localités qui ne reçoivent pas les vents du nord, l'insolation incomplète; et, suivant l'auteur, les chaleurs humides et concentrées qui prédisposent aux congestions encéphaliques, etc. A Sion, par exemple, où la plupart de ces conditions se trouvaient réunies, depuis qu'on a rasé les murs et commencé à assainir la ville, le goître et le crétinisme ont perdu de leur fréquence. Remarquons aussi que, dans la vallée du Rhône, près du Simplon, depuis la coupe des forêts, on a vu l'affection thyroïdienne diminuer avec l'humidité. On a été conduit à assigner le sommet d'une montagne à un hospice pour le crétinisme. L'hérédité se borne à une simple prédisposition. Les qualités physiques et chimiques des eaux peuvent contribuer à le produire; mais, suivant M. Gosse, cette étiologie n'est ni générale, ni spécifique, car il n'y a pas partout identité entre la cause et l'effet. L'hygiène et la prophylaxie se déduisent des considérations précédentes; pour traitement, l'auteur veut qu'on sale les eaux, et qu'on administre des toniques pour modifier le tempérament lymphatique qui est l'apanage des goîtreux.

M. Boussingault a signalé comme cause la non aération suffisante de l'eau potable, et il en attribue les variations à la différence de pression atmosphérique, toujours moindre sur les montagnes. M. Davat a répété l'expérience, il a trouvé que la nature des terrains ajoute un élément nouveau au problème; ainsi à St-Jean de Maurienne où les eaux roulent sur des terrains primordiaux et granitiques, il a trouvé pour l'aération, une moyenne au-dessous de l'ordinaire. Il faut donc ajouter à la hauteur des lieux, l'influence particulière du sol; ce qui expliquera les différences qu'on observe dans la Maurienne et dans le Valais.

M. Domenget, de Chambéry, rapporte, d'après M. Hecker, de Berlin, que dans une caserne située sur une montagne en Silésie, la plupart des soldats de la garnison devenaient goîtreux.

M. Chapeau croit, avec M. Prevost, de Genève, que les eaux des hautes montagnes, comme celles de neige, causent le goître, parce qu'elles sont très pures, et ne contiennent aucun atôme de brôme ni d'iode, à l'inverse des eaux qui, dans un long cours en contact avec des corps organiques et inorganiques, renfermant des iodures et des brômures, ont pu se charger d'une certaine quantité de ces principes, propres à prévenir l'hypertrophie de la glande thyroïde.

fis maintenir dans cette position par un aide. J'incisai la tumeur périnéale dans à peu près toute sa longueur; il en sortit une grande quantité de sang et d'urine infiltrée dans le tissu cellulaire. Progressivement j'avançai par de nouveaux coups de bistouri jusque sur l'extrémité de la sonde; alors après avoir épongé le sang et nettoyé la plaie, je découvris l'orifice de la portion prostatique de l'urètre. La déchirure s'étendait jusque là; un nouveau canal semblait commencer entre les lobes de la prostate; il n'existait pas un lambeau qui pût rappeler la continuité de cette portion de l'urètre avec celle qui se terminait à l'union des deux branches du corps caverneux. C'est dans cet espace, qui s'étendait au loin de chaque côté vers les ischions, que s'était perdue la sonde dans mes tentatives pour arriver à la vessie par le cathétérisme. Ayant ainsi trouvé l'orifice de la portion inférieure du canal, je pus facilement procurer à l'urine son écoulement; il s'opéra avec grande abondance et le soulagement fut instantané. Il ne me resta plus qu'à maintenir la sonde à demeure, placer une mèche entre les lèvres de la plaie pour empêcher la réunion trop rapide des tégumens, et appliquer sur le tout un bandage en T.

Pendant les premiers jours, la plaie marcha vers une guérison rapide; il y eut peu de fièvre, pas de douleurs. Au bout de douze jours, M. Chaufret ressentit quelques cuissons en urinant; des mucosités puriformes s'écoulaient par la verge. Je changeai la sonde, un léger soulagement s'en suivit. La plaie allait chaque jour de mieux en mieux; au bout de dix-huit jours, il ne restait plus qu'un pertuis étroit par lequel suintait une suppuration peu abondante; jamais, malgré nos recherches les plus minutieuses, nous ne nous étions aperçus du passage de l'urine dans ce point.

Le dix-neuvième jour, la sonde fut bouchée par des mucosités épaisses; de vives douleurs survinrent, et pendant un effort du malade l'urine s'échappa entre le canal et la sonde, ainsi que par la plaie. Les espérances que je commençais à nourrir d'une guérison sans fistule urinaire s'évanouirent; le changement de sonde ne rétablit pas l'état primitif, l'urine continua de suinter abondamment par la plaie à chaque émission. Le malade se plaignait de jour en jour davantage des douleurs occasionnées par la sonde, douleurs que rien ne pouvait calmer. Il était toujours plongé dans de cruelles appréhensions, en songeant aux souffrances qui l'attendaient à la prochaine évacuation urinaire. Plusieurs fois il me dit : « Je crois que si je n'avais pas cette sonde, je n'aurais plus de mal. » Voyant tous les moyens que j'employais pour fermer cette fistule sans résultat avantageux, je me décidai à satisfaire son désir, me rappelant les préceptes et les observations publiés par MM. Monteggia, Andreini (1), Mercier (2). J'avoue que cette décision me coûta beaucoup, tant sont profondes les impressions des premiers enseignemens! Bientôt j'eus lieu d'être très satisfait. Le surlendemain, M. Chaufret me dit que depuis que la sonde était sortie, il se trouvait en paradis; que pas une goutte d'urine ne s'était échappée par la plaie; il commençait à se lever.

Huit jours après, il n'y avait plus de solution de continuité; un mois et demi s'était écoulé depuis le jour de l'opération.

J'ai vu depuis très souvent M. Chaufret, la guérison est demeurée complète sous tous les rapports.

J'ai trouvé dans des recueils périodiques plusieurs observations de déchirure du canal de l'urètre produites par une chute sur le périnée. Dans aucune, il n'est dit que les désordres aient été aussi étendus que dans celle que je rapporte. Dans le plus grand nombre des cas, on a pu parvenir à la vessie par le cathétérisme. L'opération a été pratiquée dans le cas cité par M. Howship (3); mais les détails de cette observation sont trop insuffisans pour qu'il soit possible de juger de l'étendue de la maladie. Quant au procédé suivi dans l'opération, il a été, à mon avis, justement blâmé. Pourquoi le chirurgien anglais, au lieu de pratiquer la ponction, n'a-t-il pas cherché à donner issue à l'urine par le canal lui-même, puisqu'il a fallu plus tard rétablir son cours par ce passage? C'est pratiquer deux opérations graves quand une seule devait suffire; c'est manquer aux règles fondamentales de la bonne chirurgie. Habituellement, après l'incision du périnée, on introduit la sonde dans la vessie par la portion inférieure du canal, pour faire écouler l'urine; après cela, on retire la sonde, on la repasse dans la portion supérieure, puis de nouveau dans la portion inférieure. J'ai cru plus simple, plus expéditif, de l'introduire d'abord, pour me guider pendant l'opération, et de la faire pénétrer après dans la vessie.

Il est inutile d'ajouter quelque chose, je pense, à la simple narration du fait, pour démontrer l'avantage qui est résulté pour le malade du retrait de la sonde. Il y avait douleurs aiguës, issue de l'urine par la fistule; aussitôt cette soustraction opérée, plus de douleurs, l'urine reprend son cours normal. La guérison a été prompte, elle a été le résultat évident de l'enlèvement de la sonde; cependant je ne doute pas que, dans les cas analogues à celui que je viens de rapporter, il soit indispensable de laisser la sonde jusqu'à l'époque où la solution de continuité n'ait plus qu'une très petite étendue, afin qu'elle s'oppose à une réunion vicieuse.

(1) Gaz. Méd., p. 597, année 1838.
(2) Journ. des conn. médico-chirurg., année 1840.
(3) Gaz. Méd., p. 218, année 1838, d'après The Lancet.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE.

EFFET D'UN ENDUIT IMPERMÉABLE APPLIQUÉ SUR LA PEAU.

M. Breschet lit, au nom de M. Becquerel et au sien, un mémoire sur la détermination de la température des tissus organiques de plusieurs mammifères, et particulièrement des lapins, dont on a rasé le poil et recouvert la peau d'un enduit imperméable, composé de colle forte, de suif et de résine, accompagné de quelques expériences sur la température du sang artériel et du sang veineux.

Suivant MM. Breschet et Becquerel la mort des animaux dont on a rasé les poils et couvert le corps d'un enduit qui s'oppose à la transpiration est due à l'asphyxie. Ils ont cherché à déterminer expérimentalement les variations de température qui surviennent chez les animaux depuis l'instant de l'application de l'enduit jusqu'à la mort. Il devait sembler naturel de penser qu'en empêchant l'évaporation de la transpiration, la température des tissus devrait très sensiblement s'élever; et que, par cette élévation de la chaleur de tout le corps, il se développerait une forte fièvre, aux accidens de laquelle l'animal finirait par succomber. Mais c'est le contraire qui a eu lieu. Ainsi, sur un premier lapin, préparé pour l'expérience, et qui marquait 38° avant d'être rasé et enduit de la mixture, dès que la mixture fut sèche, la température, dans les muscles de la cuisse et de la poitrine, n'était plus que de 32°. Une heure après, le thermomètre était descendu à 24°,5. Sur un autre lapin, préparé avec plus de soin, dès que l'enduit fut sec, la température du corps n'était plus que de 3° supérieure à celle du milieu ambiant, qui, ce jour-là, était de 17°. Une heure après, l'animal mourut.

Les auteurs se sont ensuite efforcés de déterminer la différence de température qui existe entre le sang artériel et le sang veineux. C'est avec de petits thermomètres, placés dans les oreillettes du cœur, que ces expériences ont été faites sur

M. Ordinaire, de Mâcon, expose sa méthode pour le *traitement de la teigne faveuse*. Le principe fondamental est la dépilation du cuir chevelu; la teigne faveuse est essentiellement une maladie des bulbes pilifères. Il pratique l'arrachement avec des bandelettes étroites recouvertes d'un mélange d'amidon (80 grammes), de poix de bourgogne (125 grammes), et de vinaigre (1 litre). Cette pâte desséchée adhère tellement aux cheveux qu'on les arrache en enlevant les bandelettes; la dépilation de la totalité de la tête s'effectue en plusieurs temps, et chaque opération est suivie de frictions d'huile pour calmer et modifier le cuir chevelu. On continue l'usage des bandelettes jusqu'à ce que la peau soit redevenue nette. Le nombre des applications varie de 15 à 30, et la durée moyenne du traitement est de 2 à 3 mois. L'auteur prescrit un régime, de l'exercice, et, suivant le besoin, des purgatifs, des vésicatoires, un cautère, etc. Il n'a pas trouvé de teignes rebelles à son traitement; il confirme la supériorité de sa méthode par les nombreux succès qu'en ont obtenus MM. Baumès et Bonnet. M. Baumès a ajouté un peu de térébenthine au mélange; sur 50 teigneux, il n'a eu qu'une rechute. La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été d'environ 5 mois. M. Ordinaire fait observer qu'après la guérison les cheveux reparaissent beaux et fournis.

L'expérience que, depuis deux ans, M. Pétrequin fait à l'Hôtel-Dieu, de la méthode précitée, vient en confirmer les avantages. Les lotions d'eau vinaigrée après chaque dépilation lui ont paru modifier utilement le cuir chevelu, et les bains sulfureux aider à la cure, chez les individus scrofuleux ou rachitiques. La durée du traitement a varié de 1 mois à 5; ceux des malades qu'il a pu suivre ne lui ont pas offert de récidive.

(*La partie médicale à un prochain numéro.*)

— La médecine des passions, ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion; par J.-B.-F. Descuret, docteur en médecine et docteur ès-lettres en l'Académie de Paris, médecin du bureau de bienfaisance du douzième arrondissement. Un volume in-8° de 800 pages. Prix : 8 fr.; papier cavalier vélin, 11 fr.

Division de l'ouvrage. — Première partie : Des passions en général; définition des passions; leur siége; leurs causes; leur séméiologie; leur marche; complication et terminaison; leurs effets sur l'organisme, sur le corps social; leur traitement médical, législatif et religieux; des passions et de la folie dans leurs rapports entre elles et avec la culpabilité; des passions chez les animaux. — Deuxième partie : Des passions en particulier : Passions animales, de l'ivrognerie, de la gourmandise, de la colère, de la paresse, de la peur, du libertinage. Passions sociales : De l'amour, de l'orgueil et de la vanité, de l'ambition, de l'envie et de la jalousie, de l'avarice, de la passion du jeu, du suicide, du duel, de la nostalgie. Passions intellectuelles : Manie de l'étude, de la musique, de l'ordre, des collections du fanatisme artistique, politique et religieux.

A Paris, chez Béchet jeune et Labbé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, n. 4.

des chiens. Constamment elles ont donné des résultats semblables, c'est-à-dire une élévation de quelques fractions de degré en faveur du sang de l'oreillette gauche.

SUR LA MYOTOMIE OCULAIRE PAR LA MÉTHODE SOUS-CONJONCTIVALE.

M. J. GUÉRIN présente un mémoire sur la myotomie oculaire par la méthode sous-conjonctivale, dont il lit l'extrait suivant :

Le mémoire que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie est trop étendu pour que je puisse en donner une lecture complète. Les développemens dans lesquels j'ai été obligé d'entrer sur l'anatomie des enveloppes et des muscles de l'œil, et sur la physiologie de ses mouvemens; les descriptions des instrumens et des procédés que j'emploie, ne sont pas de nature à être exposés dans cette enceinte. Je me bornerai donc à donner une idée aussi succincte que possible de la méthode sous-conjonctivale, des principes sur lesquels elle repose, des procédés qui lui sont propres, des résultats qu'elle produit, et des avantages qu'elle offre, comparativement aux autres méthodes de myotomie oculaire.

La méthode sous-conjonctivale consiste à faire la section des muscles de l'œil sous les enveloppes fibreuses et muqueuses qui les recouvrent. Cette méthode n'est pas seulement caractérisée par des particularités d'exécution manuelle, mais elle repose sur des principes essentiels; elle a un but; elle emploie des moyens, elle produit des résultats qui lui sont propres. C'est une application de la méthode générale que j'ai fait connaître sous la dénomination de méthode sous-cutanée. Bien que les muscles de l'œil ne soient pas en réalité placés sous la peau, ni atteints en traversant cette dernière, ils sont logés sous des tégumens, et la méthode sous-conjonctivale va les diviser avec les conditions et suivant les principes de la méthode sous-cutanée. Or, son but est de soustraire la plaie au contact de l'air; ses moyens consistent à faire de petites ouvertures au fascia sous-conjonctival, ou au moins des ouvertures extérieures qui ne correspondent pas, après l'opération, aux plaies musculaires, plus profondément situées. Enfin, ses résultats sont d'affranchir la plaie de tout travail d'inflammation suppurative, et de lui procurer, comme à toutes les plaies sous-cutanées, le bénéfice de l'organisation immédiate.

Dans cette vue, j'ai imaginé deux procédés :

Le premier, ou procédé par *dissection*, consiste à détacher, à l'aide d'une petite incision, la conjonctive et le fascia sous-conjonctival, le plus près possible de leur insertion oculaire, dans une étendue suffisante pour découvrir le muscle à diviser. Celui-ci étant mis à nu, au moyen du renversement de la portion détachée du fascia, on le soulève sur une des branches mousses des ciseaux courbes, ou sur un crochet mousse, et l'on en fait la division dans un point plus ou moins éloigné de son insertion oculaire. Cette section opérée, la portion du fascia renversée est remise en place, de manière que la plaie extérieure ou membraneuse cesse de correspondre à la plaie intérieure ou musculaire. C'est même là le caractère essentiel du procédé, celui qui le différencie complètement des méthodes ordinaires, et qui permet de le rattacher à la méthode sous-conjonctivale, dont il réalise d'ailleurs, dans le plus grand nombre des cas, les avantages.

Le second procédé, ou procédé par *ponction*, est celui qui remplit, de la manière la plus rigoureuse et la plus précise, toutes les conditions de la méthode. Il consiste à faire une ponction au fascia sous-conjonctival soulevé sur le côté du muscle à diviser; à introduire, par cette petite ouverture, un myotome doublement coudé, à extrémité mousse, à l'aide duquel on fait, sous les membranes de l'œil, la section d'un des muscles droits. Ce procédé réalise de tout point les principes de la méthode; il agit hors du contact de l'air; il opère sous les tégumens et par une très petite ouverture; il affranchit la plaie de tout travail d'inflammation suppurative, et lui procure constamment le bénéfice de l'organisation immédiate.

Ces deux procédés ne sont pas indistinctement appliqués. Le premier convient surtout pour la section des muscles droit supérieur, inférieur et externe, et pour celle des muscles obliques; il est principalement indiqué dans le cas où il importe de détacher le fascia dans une plus ou moins grande étendue, et de détruire ainsi tout ce qui peut retenir l'œil bridé dans une direction vicieuse, comme dans les cas de strabismes très anciens et d'un degré très considérable. Le procédé par ponction est préférable pour la section du droit interne, et dans des cas de strabismes moins anciens et d'un degré moins prononcé. On remarquera toutefois que, par le fait, ce dernier procédé est le plus fréquemment mis en usage. Sur 171 opérations de strabisme que j'avais pratiquées à l'époque où j'ai rédigé ce mémoire, j'ai eu recours 45 fois au procédé par dissection et 126 fois au procédé par ponction. On trouvera, du reste, dans mon mémoire, tous les détails relatifs aux conditions différentielles qui règlent l'emploi de l'un ou de l'autre de ces deux procédés.

On trouvera également dans mon mémoire l'exposition des principes qui m'ont permis de poser des indications précises relatives aux cas où la méthode sous-conjonctivale doit intervenir, aux cas où elle n'est pas applicable, à ceux où elle guérit complètement, à ceux où elle ne produit que des améliorations; mais je résumerai ici en peu de mots les avantages immédiats et les avantages consécutifs d'un ordre plus matériel, qu'il est plus facile de mettre en regard des résultats propres aux autres méthodes de myotomie oculaire.

Des 171 opérations de strabisme dont j'ai parlé, 79 ont été pratiquées en ville et 92 en public à l'Hôpital des Enfans. Je ne ferai porter que sur ces dernières les résultats que je vais présenter, parce qu'ayant été vues et suivies par un grand nombre de médecins, elles offrent un caractère d'authenticité qui répond plus directement et plus complètement aux attaques dont ma pratique a été l'objet. Sur ce nombre de 92 opérations, il y en 69 dont les résultats datent déjà d'assez loin pour pouvoir être sûrement appréciés aujourd'hui. 55 ont été pratiquées pour des strabismes convergens, 8 pour des strabismes divergens, et 6 pour des strabismes obliques.

I. AVANTAGES IMMÉDIATS. — Le premier avantage immédiat de la méthode sous-conjonctivale est de reposer sur une connaissance plus exacte des rapports anatomiques de l'œil avec ses muscles et ses enveloppes, ce qui la conduit à une exécution plus prompte et plus régulière. Sur nos 92 cas, la durée moyenne de chaque opération n'a pas dépassé deux minutes, tandis que, dans un grand nombre d'opérations pratiquées par d'autres méthodes, cette durée a été fréquemment de huit à dix minutes, et même de un quart d'heure. Cette différence tient surtout à la connaissance précise de l'espace occupé par le tiers antérieur de chaque muscle droit, espace auquel j'ai donné le nom de *loge musculaire*.

2° L'opération est moins pénible, moins douloureuse, car elle substitue à une large ouverture, à une dissection étendue du fascia de l'œil, une simple piqûre et, dans les cas les plus rares, une petite plaie linéaire.

3° La méthode sous-conjonctivale ne donne jamais lieu au moindre accident inflammatoire, et permet généralement, dès le troisième jour, l'exercice de la vision au moyen de lunettes. Par les méthodes ordinaires, il n'est pas rare de voir se développer des accidens inflammatoires plus ou moins graves, nécessitant des traitemens antiphlogistiques longs et énergiques, qui n'ont pas toujours empêché la suppuration et même la perte entière de l'œil.

II. AVANTAGES CONSÉCUTIFS. — Les avantages consécutifs de la méthode sous-conjonctivale sont plus faciles encore à constater, car ils peuvent être observés en tout temps, chez tous les sujets opérés par cette méthode, comparativement avec ceux qui l'ont été par les autres méthodes. Ces avantages peuvent être rapportés à cinq principaux :

1° Par les méthodes ordinaires, la cicatrisation de la plaie est longue et presque toujours traversée par la production de petites excroissances muqueuses qu'il faut exciser pendant plusieurs mois. Par la méthode sous-conjonctivale, au contraire, la cicatrisation est immédiate, et elle n'a pas offert ces productions dans les 9/10 des cas.

2° Chez les sujets opérés par les méthodes ordinaires, la caroncule est plus ou moins complètement détruite, l'angle interne de l'œil déprimé, excavé; l'œil paraît plus ouvert par suite de cette destruction. Chez les sujets opérés par la méthode sous-conjonctivale, la caroncule est parfaitement conservée; l'angle interne de l'œil reste ce qu'il était avant l'opération, et l'on n'aperçoit aucune dépression, aucune trace quelconque de la cicatrice.

3° Chez les sujets opérés par les méthodes ordinaires, il y a presque toujours une saillie plus ou moins prononcée de l'œil opéré; cette ophthalmie fait un contraste désagréable avec l'œil sain. Cela tient à la dissection large des enveloppes fibreuses de l'œil et à son déchaussement pour aller à la découverte du muscle. Chez les opérés par la méthode sous-conjonctivale, il est extrêmement rare de rencontrer cette différence de saillie des yeux, parce que, en effet, on conserve les liens de l'œil, qu'il n'est pas nécessaire de diviser.

4° Chez les opérés par les méthodes ordinaires, il est très commun d'observer l'abolition partielle et même totale du mouvement de l'œil dans le sens du muscle divisé, ce qui fait que, lorsque le sujet regarde de côté, l'œil opéré reste fixe ou à peu près, tandis que l'œil sain prend la direction qui lui est imprimée par la volonté. Cette circonstance donne au regard des sujets quelque chose d'étrange, d'hébété, et l'apparence d'un strabisme tout particulier pendant les mouvemens latéraux des yeux. Cette grave imperfection, que je n'ai pas constatée 2 fois sur 100, par la méthode sous-conjonctivale, tient exactement à la manière différente de procéder des deux méthodes. Les méthodes ordinaires professent qu'il faut éviter la réunion des deux bouts du muscle divisé, dans la crainte des récidives; plusieurs ont même établi en principe la nécessité d'exciser une portion du muscle. Ce principe et cette pratique ont pour effet de faire cicatriser et adhérer le bout postérieur du muscle sur un point plus ou moins postérieur du globe oculaire; d'où une perte de mouvement proportionnelle à la réduction de longueur du muscle opéré et au raccourcissement de l'arc de cercle qu'il peut faire décrire à l'œil en se contractant. Il arrive encore, ainsi que nous l'avons constaté, même alors qu'on n'avait pas pratiqué l'excision d'une portion du muscle, que le bout postérieur ne se soude pas au globe oculaire, mais reste adhérent au fascia, ou se retire dans sa gaîne; et il en résulte une perte à peu près complète du mouvement dans le sens du muscle opéré. La méthode sous-conjonctivale a pour principe, au contraire, de favoriser de tous ses efforts la réunion des deux bouts du muscle divisé. Ses procédés, en respectant les parties qu'il est inutile de diviser, laissent à la matière de la cicatrice une route facile, une espèce de canal dans lequel le sang et la lymphe plastique, fournis par les deux moignons, vont à la rencontre l'un de l'autre et rétablissent la continuité du muscle. Les résultats de cette méthode sont d'accord avec ses principes.

5° Un dernier inconvénient des méthodes ordinaires, et qui ne le cède en rien aux précédens, est celui-ci : par suite du déchaussement considérable de l'œil, par suite du défaut de réunion des deux bouts du muscle divisé, l'œil opéré reste plus ou moins dévié en sens contraire de la difformité. Il y a donc presque toujours un certain degré de strabisme consécutif substitué au strabisme qu'on a trop corrigé. Ce défaut, que j'ai rencontré chez la grande majorité des opérés par les méthodes ordinaires, est masqué au premier abord par une apparence de redressement passager dont il importe de bien connaître le mécanisme. Ces méthodes n'opèrent ordinairement qu'un œil à la fois, bien que les deux yeux soient généralement atteints, à des degrés différens, de la difformité. Le résultat de l'opération est de produire du côté opéré un excès de redressement, tandis que, du côté non opéré, il reste un certain degré de déviation. Ce qui manque à un côté équivaut, en quelque façon, à ce qu'il y a de trop de l'autre. En effet, comme dans le regard attentif, les deux yeux s'érigent vers l'objet regardé, l'œil opéré et trop divergent parcourt, en se portant en dedans pour se redresser, un arc de cercle égal à celui que parcourt, en se portant en dehors, l'œil qui n'a pas été opéré, et qui reste atteint d'un certain degré de convergence. Le premier cède ainsi au second ce qui lui manque, et les deux yeux paraissent parfaitement redressés pendant le regard actif. Mais si on les observe quand le sujet ne regarde pas, lorsqu'il est distrait, on s'aperçoit aisément que les deux yeux sont déviés d'une certaine quantité : l'œil opéré un peu en dehors, l'œil non opéré un peu

en dedans. Les sujets ont toujours l'air de regarder de côté. Aucun des opérés par la méthode sous-conjonctivale n'a offert cet inconvénient.

Ainsi, sous le rapport de la durée de la cicatrisation, des traces de l'opération, de la dimension et de la saillie des yeux, de leurs mouvemens et de leur direction, la méthode sous-conjonctivale ne donne lieu à aucun des inconvéniens que je viens de signaler, et ses résultats sont au contraire empreints de ce degré de perfection que l'on doit toujours chercher à atteindre. Mais ces avantages, est-il vrai qu'elle ne les obtienne qu'au prix d'inconvéniens graves?

On a dit que cette méthode est d'une exécution *difficile, peu sûre, dangereuse même*, et qu'elle favorise *les récidives*.

Nous allons répondre en peu de mots à chacune de ces allégations.

La *difficulté* de l'opération ne pourrait être invoquée comme une objection sérieuse, que si ses résultats n'étaient pas constamment supérieurs à ceux d'autres méthodes réputées plus faciles. Car, on n'a jamais vu considérer dans les arts, et surtout en chirurgie, la difficulté d'une méthode, quand elle est réellement meilleure, comme une raison de lui en préférer d'autres moins bonnes. S'il était vrai, en effet, que la méthode sous-conjonctivale fût d'une exécution plus difficile que les méthodes vulgaires, la facilité de ces dernières entraînerait l'inconvénient grave de favoriser la production de résultats fâcheux, grossiers ou imparfaits. Mais la méthode sous-conjonctivale n'est pas plus difficile que les autres méthodes; elle exige seulement des connaissances plus rigoureuses, et une plus grande habitude de manier l'instrument, parce qu'elle est plus anatomique, plus délicate et plus précise.

On a déclaré la méthode sous-conjonctivale *peu sûre*, et l'on a trouvé le préjugé favorable à cette allégation. On est plus certain, a-t-on dit, de ce qu'on fait, de ce qu'on coupe, en voyant les parties sur lesquelles on opère, que quand on opère sous la peau ou sous les membranes de l'œil; et beaucoup de personnes ont répété cela sans examen ni preuves. Donnons de suite la mesure de ce que vaut cette objection, en disant que sur 92 opérations faites en public (je ne parle pas de celles qui n'ont eu pour témoins que quelques confrères et amis), sur 92 opérations faites à l'hôpital des Enfans, en présence de tous ceux qui ont voulu les voir, il ne m'est pas arrivé une seule fois de ne pas diviser le muscle en totalité. Ce résultat que j'atteste hautement, parce qu'il n'a pas à craindre de contradiction, devrait suffire. Mais on peut aussi aisément s'en rendre raison; qu'il est aisé de le reproduire, en procédant avec les notions et les principes de la méthode. Je l'ai déjà dit, la méthode sous-conjonctivale ne procède pas au hasard, ou à peu près; elle est guidée par des notions d'anatomie topographique et de rapports d'une grande rigueur. Elle sait qu'à tel point déterminé du fascia sous-conjonctival, correspond la *loge musculaire*; elle sait que, cette loge une fois ouverte, il est impossible de ne pas glisser entre le globe oculaire et le muscle; elle sait que le muscle chargé sur l'instrument résiste, que sa section s'annonce par un bruit de craquement, par la sensation d'une résistance vaincue; elle a en outre un caractère rigoureux s'il en fut, bien plus rigoureux que tous ceux que donne la vue proprement dite; c'est que, lorsque le muscle est divisé, le mouvement qu'il desservait est aboli; et ce n'est qu'à la condition de cette abolition de mouvement que la méthode sous-conjonctivale regarde la section du muscle comme complète, comme certaine. Je le répète, ce caractère seul donne à la méthode une rigueur de certitude, que ne donnerait pas la simple vue; ce qui m'a fait dire avec une apparence paradoxale, que je suis plus certain de couper complétement le muscle sous ses membranes, qu'à découvert, sans le voir qu'en le voyant: car tous les chirurgiens savent, qu'il est fort difficile d'apercevoir au milieu d'une plaie sanglante tous les élémens qu'elle renferme.

La méthode sous-conjonctivale, au lieu d'être *plus dangereuse* que les méthodes ordinaires, n'expose pas comme elles, ainsi que nous l'avons déjà dit, aux accidens inflammatoires. Quant aux accidens dont l'exécution opératoire serait susceptible, ils sont complétement chimériques. L'instrument à l'aide duquel la méthode sous-conjonctivale divise le muscle est tout-à-fait mousse. Le danger viendrait donc de la ponction faite au fascia avec un instrument acéré; mais ici l'opérateur agit à découvert, comme dans les autres méthodes. La ponction est l'analogue de l'incision commune à toutes ces méthodes; et jusqu'ici il ne nous est pas plus arrivé de blesser l'œil en faisant cette opération, dont le siége et la direction mettent entièrement le globe oculaire à l'abri, qu'il n'est arrivé à personne que je sache, d'ouvrir l'œil dans les incisions pratiquées à ses enveloppes fibreuses, par les méthodes ordinaires. Je le répète, jamais en aucun temps, dans aucun cas, la méthode sous-conjonctivale n'a donné lieu au plus petit accident qui dût légitimer l'imputation de dangereuse, qu'on a dirigée contre elle...

Enfin, cette méthode ne *favorise* pas les *récidives*. Répondons d'abord par les faits. Sur 92 opérations que j'ai pratiquées publiquement à l'hôpital des Enfans, il n'y a eu que 6 récidives, ou plutôt 6 guérisons incomplètes, lesquelles ont eu leurs motifs très rationnels dans certaines conditions spéciales, comme l'âge très avancé des sujets, le degré extrême de la difformité, etc. Cette proportion de succès immédiats, me paraît de nature à justifier la méthode du reproche, d'exposer à des récidives; et peut-être que les autres méthodes, si elles réglaient leur compte de la même manière seraient surprises de n'avoir pas des résultats aussi satisfaisans.

Quoi qu'il en soit, je dois immédiatement expliquer comment il se fait qu'en favorisant la réunion des deux bouts du muscle divisé, circonstance que les autres opérateurs appréhendent si fort, et regardent sans doute comme le motif *à priori* de leur prévention contre ma méthode, nous n'avons cependant presque jamais eu de récidives dues à l'insuffisance de la cicatrice. Dès le troisième et même le second jour, nous assujétissons l'œil ou les yeux opérés à une position constante ou presque constante qui maintient les deux bouts du muscle divisé dans un écartement tel que le tissu intermédiaire acquière toute la longueur dont il a besoin. Ce résultat, nous l'avons réalisé par l'usage de lunettes garnies et fermées de manière à intercepter le jour de toutes parts, excepté dans une portion d'un des deux verres, correspondante au côté dans le sens duquel il importe de ramener et de maintenir l'œil dévié. Cette pratique ne nous a jamais fait défaut; elle est, à nos yeux, aussi indispensable qu'elle est certaine dans ses résultats; car, sans son concours, nous aurions à craindre le retour de la difformité, par suite du retrait de la cicatrice; et avec son concours, nous pouvons profiter en toute sécurité du bénéfice de la réunion des deux bouts musculaires, par la substance intermédiaire de nouvelle formation.

Tels sont les avantages de la méthode sous-conjonctivale comparés aux méthodes ou procédés ordinaires de myotomie oculaire. J'aurai donné une confirmation irréfragable de ces avantages, en ajoutant que depuis quelques mois déjà plusieurs chirurgiens partisans des méthodes primitives, et assez mal disposés d'abord pour la méthode sous-conjonctivale, ont avoué la plupart des imperfections que nous avons signalées dans les résultats de leur pratique, et se sont insensiblement rapprochés de nos principes et de notre manuel opératoire. Il faut bien le reconnaître toutefois; en perfectionnant graduellement leurs méthodes, ils n'ont pas eu du tout co vue d'imiter la nôtre; car ils n'en ont pas dit mot. Mais, s'ils n'ont pas cru sincèrement se rapprocher de la méthode sous-conjonctivale, celle-ci n'en est pas moins flattée, et ne leur doit pas moins de reconnaissance pour le pas qu'ils ont fait instinctivement vers elle.

Ce mémoire est renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner comparativement les divers procédés d'opération de strabisme.

CARACTÈRES DES RACES HUMAINES.

A propos du rapport de M. Serres sur la collection d'antropologie, recueillie par *l'Astrolabe* et *la Zélée*, M. Virey écrit à l'Académie que les différences qui ont été signalées entre les divers peuples peuvent toutes s'expliquer par la proposition suivante: la seule position du trou occipital, et son rapprochement du voile du palais, offre la mesure du degré de perfection et de l'intelligence comparative des races humaines.

Plus le système cérébro-rachidien se centralise à mesure que l'individu se redresse debout naturellement, plus l'animalité s'élève à l'humanité, plus le cerveau se développe, plus les mâchoires se raccourcissent, plus l'angle facial s'ouvre, comme l'a montré Camper. Cela est manifeste dans la série ascendante de l'humanité, etc. On peut marquer les degrés hiérarchiques remontant des nègres et des Papous aux Malais, déjà soupçonnés d'être un produit métis. On arrive ensuite aux races successivement plus civilisables des Chinois et autres Mongoles pour atteindre la race supérieure blanche, dont les rameaux indous et arabes font partie, mais dont les tiges pélasgiques et celto-germaniques blondes sont les plus nobles et les plus intellectuelles.

MESURES SANITAIRES CONTRE LA PESTE.

M. Aubert donne quelques explications en réponse à la lettre adressée dans la dernière séance par M. le ministre du commerce: les faits qu'elle contient sembleraient contredire ce qu'a avancé M. Aubert, savoir: que jamais la peste ne s'est déclarée sur un bâtiment après son arrivée dans le port. M. Aubert fait seulement observer que cette proposition, qu'il a émise, repose sur une expérience de 124 années; qu'il a compulsé les archives de tous les lazarets, et que jamais il n'avait été jusqu'ici observé rien de semblable à ce qu'annonce M. le ministre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

AUTOPLASTIE.

M. Blandin présente, au nom de M. Fabrizzi, de Modène, un mémoire sur une opération de rhinoplastie, que ce chirurgien a pratiquée par la méthode italienne. M. Blandin propose de présenter à l'Académie une analyse de ce travail. Cette offre est acceptée avec empressement.

M. Villeneuve lit un rapport sur un cas de tumeur fibreuse de l'utérus, de ténia et de cancer du rectum, dont l'observation a été envoyée par M. Seurre.

PROPHYLAXIE DU CROUP.

M. Gauthier de Claubry fait un rapport sur un mémoire de M. Mazières, relatif à la fréquence du croup et à un moyen facile de préserver les enfans de cette maladie. L'auteur dit que le croup est extrêmement fréquent à Laigle; mais M. le rapporteur ne croit pas qu'on puisse regarder cette assertion comme suffisamment démontrée. En effet, la nature de la maladie a été constatée d'une manière un peu vague, et même M. Mazières a, dans quelques cas, établi son diagnostic d'après ce seul signe que les enfans avaient une *toux lugubre*. Quant au moyen préservatif, il consisterait à placer les sujets chez lesquels on craint l'invasion du mal hors des courans d'air et loin des portes et des fenêtres.

Les conclusions sont d'adresser des remercîmens à l'auteur et de déposer son travail aux archives.

M. Bouvier désirerait que M. le rapporteur se fût prononcé sur la valeur des faits relatés par M. Mazières.

M. Gauthier de Claubry répond que son mémoire ne contient que des assertions sans détails, des faits rapportés d'une manière très sommaire.

M. Bouvier: Il est constant, du moins d'après le témoignage de M. Mazières

que, dans plusieurs familles, dont il cite les noms, et où plusieurs enfans étaient déjà morts du croup, il a suffi de changer le mode d'aérage des appartemens pour empêcher la maladie de reparaître.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

TRAITEMENT DU CROUP.

M. GAUTHIER DE CLAUBRY lit un rapport sur un cas de croup, observé par M. Séétand, médecin à Chalus (Haute-Vienne), et traité avec succès par l'émétique à haute dose. L'auteur propose ce moyen comme très efficace dans des cas semblables. Mais, d'après M. le rapporteur, l'observation est trop incomplète pour qu'on puisse se prononcer avec certitude sur la nature de l'affection et, par conséquent, sur l'opportunité du médicament.

Les conclusions du rapport sont d'adresser à l'auteur une lettre de remercîmens et de déposer son travail aux archives. (Adopté.)

PESTE.

M. DELAPORTE lit un mémoire sur la peste orientale dans les différentes parties de l'empire ottoman.

(Commissaires : MM. Pariset, Kérandren et Larrey.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

UN MOT SUR CETTE QUESTION : PEUT-ON DÉTERMINER, AU MOINS JUSQU'A UN CERTAIN POINT, LA CAUSE DE PRÉDILECTION DE L'AFFECTION TUBERCULEUSE POUR LE POUMON, DEPUIS L'ÉPOQUE DE LA PUBERTÉ JUSQU'A L'AGE DE 15 A 40 ANS, ET PAR SUITE EXPLIQUER LA FRÉQUENCE PROGRESSIVE DE LA PHTHISIE DANS LE SIÈCLE OU NOUS SOMMES? par le docteur P. CHÉNEAU. — Paris, 1841.

Il n'est pas de question plus importante que celle de l'origine des tubercules et de la cause qui détermine leur production; sous quelque point de vue qu'on la considère, elle ne le cède en intérêt à aucune autre; qu'on pense au nombre des victimes que frappe cette maladie, à leur âge, alors qu'ils allaient rendre à la société les sacrifices qu'ils lui avaient coûtés, et prendre une part active aux travaux et aux jouissances de la vie, et on reconnaîtra que c'est un de plus grands maux qui pèsent sur l'espèce humaine. Aussi que de nombreux travaux sur ce sujet, que de recherches sur le moyen d'en prévenir le développement! Malheureusement on s'est plutôt occupé de rechercher les moyens de guérir la maladie que de connaître la cause qui la produit. Cette partie de la question qu'il fallait examiner d'abord n'a pas été et n'a pu être encore traitée d'une manière complète. On rencontre les opinions les plus opposées et soutennes par des hommes également éclairés. Qui pourrait affirmer, appuyé sur des preuves incontestables, que la phthisie pulmonaire est plus fréquente de nos jours, et que sa fréquence augmente avec les progrès de l'état social? Qui pourrait dire pourquoi cette maladie est plus fréquente dans certaines contrées que dans d'autres, et si cette plus grande fréquence dépend du degré de la température ou de ses variations, ou de quelques autres conditions atmosphériques, ou enfin des conditions sociales? En attendant que ces questions aient été décidées, et elles ne le seront que par des travaux faits sur des masses considérables de faits et par des recherches statistiques suivies pendant longtemps sur de vastes surfaces et avec la sanction de l'administration; en attendant que les gouvernemens conçoivent l'importance on trouvent le temps de s'occuper de cette grande question, il est quelques points qui peuvent être éclairés par des études particulières. Tels sont ceux que discute M. Chéneau dans le mémoire que nous avons en ce moment en main, et qui mérite de fixer l'attention des hommes de l'art.

L'opinion commune attribue à l'activité comparative dont jouissent les organes aux différens âges de la vie, la disposition qu'ils ont à devenir le siége de la sécrétion tuberculeuse. Ainsi les tubercules ne seraient aussi fréquens dans le cerveau, pendant les premières années de l'existence, que parce que pendant ce temps l'encéphale a une activité qu'il ne retrouve plus à aucune époque de la vie. Ensuite vient le tour des organes abdominaux, qui, dans l'enfance, sont doués d'une si grande activité; laquelle donnerait lieu aux tubercules mésentériques; enfin, après la puberté, le développement que prend l'appareil pulmonaire chez les deux sexes appellerait dans les poumons cette sécrétion tuberculeuse qui, à un âge plus avancé, disparaît ou diminue considérablement et se porte sur des organes spéciaux, l'estomac, les intestins, l'utérus, les mamelles, la prostate, etc. Cette espèce de classification des maladies tuberculeuses, bien qu'assez satisfaisante, laisse cependant beaucoup à désirer. M. Chéneau ne s'occupe, dans son mémoire, que de la phthisie pulmonaire, et si la théorie qu'il expose pour la production était vraie, les bases de la classification dont nous venons de parler se trouveraient renversées. Voici comment il l'expose lui-même: « La phthisie pulmonaire affecte de préférence les individus de quinze à quarante ans; c'est un fait bien reconnu. Quelle est la cause de cette prédilection? voilà toute la question, et voici sur quoi je m'appuie pour la résoudre:

» Jusqu'à la puberté, et surtout dans l'âge tout-à-fait tendre, la nature ne cherche que la conservation de l'être et son accroissement. La vie toute matérielle de celui-ci se trouve concentrée dans les organes réparateurs, et est tout assimilatrice; les dérangemens fonctionnels de ces organes devaient donc favoriser davantage les circonstances qui président au développement tuberculeux; et, en effet, les tubercules sont alors plus fréquens dans les ganglions mésentériques et dans les intestins; mais après la puberté apparaît dans les deux sexes une existence nouvelle. La vie jusqu'alors toute matérielle devient au moins autant intellectuelle; des sensations inconnues impressionnent tout notre être; le cerveau inactif jusqu'alors manifeste toutes ses tendances, met en jeu toutes ses facultés, et à son tour exerce un despotisme irrécusable sur les organes dont il semblait dépendre auparavant.... Indépendamment et en outre de la réaction directe que les organes générateurs exercent sur l'encéphale, l'amour, ses délires et ses fureurs, ses exigences non satisfaites, mais aussi trop souvent l'abus de ses jouissances viennent l'ébranler tour-à-tour..... Puis, l'ambition si souvent déçue, les haines, toutes les passions humaines ajoutent de nouveaux troubles aux troubles du cerveau. »

Cette excitation du cerveau se reproduirait, suivant l'auteur, dans les poumons, par le moyen de la huitième paire, et y déterminerait la production des tubercules; ainsi s'expliquerait la fréquence de cette maladie de quinze à quarante ans et son accroissement pendant le siècle actuel.

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur cette théorie du développement des tubercules pulmonaires, théorie qui réclame encore des développemens, mais qui offre au moins l'avantage de chercher l'origine de la production de la matière tuberculeuse dans un nouvel ordre de causes, et d'élargir encore davantage la base sur laquelle s'agitent tant de questions importantes.

— DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES CONSIDÉRÉES SOUS LES RAPPORTS THÉORIQUE ET PRATIQUE; par MM. Adelon, Béclard, A. Bérard, P. Bérard, Biett, Blache, Breschet, Calmeil, Al. Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Dance, Desormeaux, Dezeimeris, P. Dubois, Ferrus, Georget, Gerdy, Guérard, Guersent, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Laugier, Littré, Louis, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier, Orfila, Oudet, Pelletier, Pravaz, Raige-Delorme, Regnaud, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeiran, Trousseau, Velpeau et Villermé; 2e édition entièrement refondue et considérablement augmentée, tome 23e (PÆD—PÉR). Prix de chaque volume : 6 fr.

A Paris, chez Béchet jeune et Labbé, libraires de la Faculté de Médecine, place de l'École-de-Médecine, n. 4.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

No 44. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 30 OCTOBRE 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4 à 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, no 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES; par M. A. Bérard, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker.

J'ai eu l'occasion d'observer et de traiter un grand nombre de tumeurs érectiles. Je crois utile de faire connaître le résultat de mes études sur une maladie assez fréquente, généralement considérée comme dangereuse, dont l'anatomie pathologique n'est pas exposée d'une manière précise, et dont surtout le traitement n'est point encore assujetti à des règles bien fixes et appropriées aux divers cas.

Sous le nom de tumeur érectile, les chirurgiens désignent plusieurs productions accidentelles, congénitales ou acquises, qui offrent entre elles d'importantes différences; tantôt la lésion porte sur les capillaires du tissu de la peau; tantôt elle occupe les veinules du tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux; tantôt enfin elle résulte de la dilatation simultanée de toutes les branches artérielles d'une région. Cette dernière forme de tumeur érectile, qui a été rencontrée à la tête par Pelletan, à l'avant-bras et à la main par M. Breschet, par moi à la cuisse, etc., est complètement étrangère à mon sujet, et je me bornerai à la simple mention que je viens d'en faire.

La première espèce de tumeur érectile se manifeste ordinairement peu de jours après la naissance. Elle apparaît d'abord sous la forme d'une toute petite tache que les parens prennent souvent pour une morsure de puce. Cependant elle acquiert peu à peu un développement de plus en plus considérable. Sa base s'élargit, tandis que sa surface s'élève au-dessus du niveau de la peau. Sa teinte est d'un rouge vif, couleur de cerise. Les cris de l'enfant, les efforts auxquels il se livre lui donnent momentanément une rougeur plus foncée, et font augmenter son volume et sa tension.

On a dit que ces tumeurs offraient des pulsations isochrones à celles du cœur. Le plus grand nombre de celles que j'ai observées étaient sans battemens, et, dans les cas très rares où je les ai rencontrés, les tumeurs reposaient sur des artères dont le voisinage pouvait les ébranler. C'était, en effet, plutôt un soulèvement général qu'un mouvement d'expansion, que paraissaient éprouver les tumeurs.

L'accroissement des tumeurs érectiles est ordinairement rapide pendant les premiers mois de la vie; on les voit acquérir le volume d'une cerise, d'une noix et même davantage. Parfois il semble y avoir des temps d'arrêt pendant lesquels la maladie demeure stationnaire, puis après plusieurs mois, quelquefois même une année, elle recommence à faire de nouveaux progrès. Cependant, cette espèce de tumeur érectile n'atteint guère des dimensions qui excèdent le volume d'un petit œuf, sans éprouver des changemens dans sa forme et sa texture. Souvent même les chan-

Feuilleton.

RÉAPPARITION DE LA PHRÉNOLOGIE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il paraîtrait que la phrénologie n'est pas morte, comme on le croyait généralement; elle vient de donner signe de vie dans un rapport de M. Bouillaud. Il s'agissait de quelques expériences de crânioscopie pratique exécutées par M. Voisin dans la prison des jeunes détenus, en présence d'une commission nommée il y a trois ans par l'Académie. Le 3 juillet 1838, M. Voisin, dont l'enthousiasme phrénologique excite par sa durée et son intensité autant de surprise que d'admiration, apporta à l'Académie une douzaine de têtes de scélérats, d'idiots, d'hommes d'esprits et d'honnêtes gens, et pria l'Académie de s'assurer que la comparaison de ces têtes démontrait la réalité des déterminations phrénologiques. Il affirmait en outre qu'ayant visité la prison des jeunes détenus, il avait positivement reconnu que sur 500 d'entre eux 315 au moins étaient porteurs de crânes essentiellement mauvais et très analogues à ceux de quelques suppliciés dont il montrait les têtes. C'est à la suite de cette communication qu'on nomma la commission dont M. Bouillaud a été l'organe et le rapporteur.

A l'époque où cette commission fut nommée, nous prédîmes qu'elle ne ferait rien, par la raison que la question qu'on lui soumettait manquait de précision, d'objet bien déterminé, et que, quelque sens qu'on lui donnât, elle n'était pas susceptible d'une solution satisfaisante. L'événement a confirmé ces craintes. En effet, que vient-elle nous dire, après trois années de délais? qu'elle s'est transportée *une fois* à la prison des jeunes détenus, et que là M. Voisin, après avoir palpé et examiné les têtes de 412 individus, les a distribués en quatre catégories ou groupes, dont le premier contient les organisations crâniennes décidément mauvaises, et, partant, les organisations morales et intellectuelles les plus vicieuses; le dernier, les organisations les plus heureuses sous ce double rapport; les deux groupes intermédiaires comprenant les individus qui se rapprochent à quelque degré de l'un ou l'autre des deux groupes extrêmes, sans cependant appartenir positivement à aucun des deux. Dans ce partage des élus et des réprouvés, dont les premiers sont en paradis et les seconds en enfer, les intermédiaires ou métis se trouveraient ainsi dans une sorte de purgatoire. La seule preuve alléguée en faveur de l'équité de ce jugement du *Minos phrénologique*, comme l'appelle M. Bouillaud, est le témoignage des directeurs et surveillans de la prison, qui, dit-on, ont déclaré par écrit que les décisions de M. Voisin étaient *à peu près* (*sic*) exactes, et conformes à ce que leur propre expérience du caractère et des dispositions morales et intellectuelles des détenus leur avait appris. Voilà tout le travail de la commission; voilà les seuls élémens de conviction sur lesquels elle a formulé ses conclusions; voilà les seuls renseignemens qu'elle a fournis à l'Académie. L'insuffisance d'une pareille enquête, en une matière si complexe, si délicate et si prodigieusement difficile, saute aux yeux. Nous ne nous sentons pas la force de développer, ni même simplement d'énumérer toutes les objections qu'on peut faire, *à priori*, au travail de la commission, et dont

gemens dont nous allons parler se produisent avant que la maladie ait acquis plus de 2 à 3 centimètres d'étendue.

Voici en quoi consistent ces changemens. Un des points les plus saillans de la tumeur, ordinairement celui qui répond à son centre, finit par s'ulcérer. Les vaisseaux, n'étant plus protégés par la pellicule cutanée excessivement mince qui les recouvrait, laissent échapper une quantité de sang parfois assez considérable pour constituer une véritable hémorragie, et que l'on peut avoir de la peine à arrêter. Tous les auteurs signalent ces pertes de sang comme fréquentes, et les envisagent comme un des accidens les plus graves des tumeurs érectiles. Cependant, les enfans que j'ai vus n'ont, au dire des personnes qui les ont soignés, perdu qu'une petite quantité de sang à chaque fois que les tumeurs se sont ulcérées, et, dans tous les cas, l'hémorragie s'est arrêtée d'elle-même, ou a été facile à comprimer à l'aide d'un simple pansement.

Une fois le travail d'ulcération commencé, il s'étend de proche en proche à une partie plus ou moins grande de la superficie de la tumeur. Une suppuration analogue à celle qui s'écoule d'un vésicatoire permanent s'établit dans les divers points ulcérés; le pus est fourni par une membrane granuleuse qui remplace les tégumens et recouvre les vaisseaux. Ceux-ci cessent de recevoir du sang en aussi grande abondance; ils s'oblitèrent peu à peu, en sorte que la tumeur s'affaisse d'elle-même dans son centre; enfin, au bout de quelques jours, l'ulcère se cicatrise et le tissu de nouvelle-formation participant des propriétés des membranes inodulaires devient de moins en moins vasculaire, diminue d'étendue et augmente d'épaisseur.

Si l'on a alors occasion d'examiner une tumeur érectile, on constate les changemens suivans : les parties qui ont été ulcérées sont blanches, enfoncées; autour d'elles existe encore le tissu érectile qui entoure la cicatrice, soit en anneau, soit en croissant, soit par points isolés, selon que les plaies qui ont suppuré sont centrales, ou près du bord de la tumeur, ou qu'elles l'ont sillonnée en plusieurs sens dans toute son étendue.

Lorsque l'ulcération s'est beaucoup étendue en profondeur, le tissu érectile sous-jacent à la cicatrice est ordinairement entièrement modifié; il en est de même lorsque la tumeur offre peu d'épaisseur; dans le cas contraire, la cicatrice repose sur du tissu qui offre encore les caractères du tissu érectile, et qui se continue avec celui qui est demeuré superficiel.

Quand une tumeur est un peu volumineuse, elle peut aussi éprouver, à plusieurs reprises et dans différens points de sa surface, le même travail d'ulcération toujours suivi de l'oblitération des vaisseaux correspondans. Quelques-unes finissent par se flétrir entièrement, et la peau qui recouvre la région primitivement malade est blanche, épaisse, dure, comme le sont les cicatrices; d'autres, sans éprouver une modification aussi complète dans leur nature, cessent entièrement de faire des progrès; les places qui n'ont point été altérées par l'ulcération demeurent rouges, très vasculaires, mais elles ne grossissent plus. Je connais plusieurs enfans qui sont dans ce cas, et chez lesquels la maladie n'a fait aucun progrès depuis plusieurs années.

D'autres fois, les vaisseaux s'oblitèrent peu à peu, sans que la surface de la tumeur se soit ulcérée. La maladie disparaît entièrement et la peau ne présente absolument aucun vestige de l'affection dont elle a été le siége. Des exemples de ce genre de guérison sont rapportés par M. Allier fils, dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, 6e année, p. 189; et par Watson, dans le journal L'EXPÉRIENCE, t. IV, p. 250.

Enfin, dans des cas que je crois plus rares que ne l'indiquent les auteurs, la tumeur, continuant à prendre de l'accroissement, finit par jeter des racines profondes et par acquérir de grandes dimensions. C'est alors qu'on a lieu de redouter les hémorragies qui résultent de l'énorme distension des enveloppes de la tumeur, et des ulcérations qui parfois se produisent à sa surface.

Quelle est l'organisation intérieure de ces tumeurs? Tous les auteurs s'accordent à dire que cette forme du tissu érectile est semblable à celle du tissu érectile normal, à celui des corps caverneux de la verge, par exemple, avec cette différence qu'il n'est pas enveloppé, ainsi que ce dernier, par une membrane fibreuse élastique. C'est à l'absence de cette enveloppe protectrice qu'on attribue la tendance du tissu érectile à s'accroître indéfiniment. Il est probable que, dans les premiers temps, l'analogie doit être fort grande entre les deux sortes de tissu érectile, le normal et l'accidentel; mais nous avons déjà dit quelles modifications subit ce dernier quand il a éprouvé une ou plusieurs inflammations. Je pense que le tissu est également modifié quand la tumeur acquiert un très grand développement.

C'est ordinairement à la tête qu'on rencontre cette espèce de tumeur érectile. La peau du crâne, des tempes, des paupières, en est plus particulièrement le siége. Cependant, on les a vues dans presque toutes les autres régions. J'en ai observé au cou, à la poitrine, sur le ventre, à l'épaule, au bras, aux membres inférieurs.

Le plus souvent le nombre de ces tumeurs est unique; mais il n'est pas très rare d'en voir deux et même davantage sur le même sujet. C'est, en général, lorsque les tumeurs sont multiples qu'il en existe sur le tronc ou les membres, et, dans ce cas même, il y en a ordinairement une à la tête.

C'est dans l'épaisseur même du derme que les tumeurs érectiles capillaires se développent et s'accroissent. Le tissu de cette membrane semble entièrement transformé en vaisseaux; et l'épiderme, qui seul sert d'enveloppe à la tumeur, est réduit à une extrême minceur. Lorsque la maladie s'étend en profondeur, elle gagne le tissu cellulaire sous-cutané; quelquefois alors la tumeur se prolonge sous la peau sans que cette membrane change de couleur, et sans que la tache dont elle est primitivement le siége augmente sensiblement.

II. Les tumeurs érectiles veineuses se montrent tantôt dès le moment de la naissance, tantôt plus ou moins longtemps après cette époque. Elles prennent habituellement origine dans le tissu cellulaire, soit sous-cutané, soit sous-muqueux. C'est encore à la tête qu'elles ont leur siége de prédilection, et principalement dans l'épaisseur des lèvres et des joues. Les autres parois de la cavité orale sont quelquefois envahies par ces tumeurs. J'en ai assez souvent rencontré dans la langue, sur les gencives, la voûte palatine; enfin, j'ai vu un malade qui en offrait jusque dans l'isthme du gosier et le pharynx.

Quel que soit le siége qu'elles occupent, les tumeurs veineuses présentent une teinte bleuâtre essentiellement différente de la couleur vive des tumeurs capillaires. Elles se gonflent et se colorent fortement pendant les cris, les efforts; elles s'affaissent et se flétrissent lorsqu'on les comprime,

---

la moindre le frappe de nullité. Jamais les moyens n'ont été si peu proportionnés au but, et jamais recherche aussi peu scientifique n'a été faite par des savans. On ne nous fait connaître aucune des circonstances de l'expérience ni de sa vérification. D'après ce long délai de trois années, nous croyions que la commission académique s'était livrée à toutes les recherches comparatives, à toutes les épreuves et contre-épreuves exigées par la complexité et la subtilité du problème à résoudre. On devait s'attendre, par exemple, qu'elle aurait préalablement isolé les moyens d'information empruntés exclusivement par l'expérimentateur à l'inspection crânologique de ceux qu'il pouvait avoir d'ailleurs; qu'elle aurait examiné par elle-même les sujets soumis aux investigations, et fait une enquête morale pour chacun d'eux, afin de s'assurer que le *diagnostic* phrénologique avait une valeur précise et bien déterminée; qu'elle aurait surtout voulu suivre longtemps chacun de ces sujets dans la carrière de la vie, afin de constater si le *pronostic* crânioscopique se réalisait; c'est-à-dire si les sujets dits incurables l'étaient réellement, ou, en d'autres termes, pour parler le langage emphatique de cette phrénologie, si les vases d'argile ne deviendraient pas des vases d'or, et les vases d'or des vases d'argile. Mais, en admettant même qu'elle pût se contenter d'un certificat de directeurs, il fallait au moins n'accepter ce certificat que pour ce qu'il vaut, et juger sa valeur avec un esprit critique. Nous ne doutons ni des lumières, ni de la sincérité de ces messieurs, et même nous croyons qu'ils savent infiniment mieux distinguer un coquin d'un honnête homme que tous les phrénologistes ensemble, quoiqu'ils n'aient jamais vu un cerveau; mais il est certain que leurs renseignemens personnels sur les divers sujets soumis à l'examen de M. Voisin ne devaient pas avoir le même degré de certitude, et que, sur un grand nombre, leur opinion n'était pas et ne pouvait pas être entièrement fixée, faute de temps ou par toute autre circonstance facile à supposer. Le témoignage des directeurs avait donc besoin lui-même d'être contrôlé. Ce témoignage, d'ailleurs, on n'en a pas même fait connaître les termes; les lettres qui le contiennent n'ont pas été lues.

Comment aussi n'est-il point venu à la pensée de quelque membre de la commission, de M. Gerdy, par exemple, qui est anti-phrénologue, de s'assurer, par voie de contre-épreuve, si les particularités d'organisation crânienne signalées par M. Voisin, comme appartenant spécialement aux criminels, ne se rencontreraient pas aussi et au même degré dans des lieux et chez des sujets réputés bons et moraux, et si, par exemple, en faisant sur la jeune population d'un collége ou d'un atelier l'investigation exécutée sur les détenus de la prison, on n'aurait pas trouvé les élémens d'une classification tout-à-fait analogue, et basée sur les mêmes preuves? Les phrénologistes soutiendront la négative, mais c'est dans leur bouche une dénégation tout à fait gratuite; car ils n'ont jamais, que nous sachions, fait d'expériences de cette nature, et en outre en eussent-ils essayé quelqu'une, leur préoccupation systématique rendrait leur opinion suspecte. Des expériences de ce genre doivent, pour acquérir une valeur, être faites et dirigées sous l'œil d'une critique défiante et sévère, qui sache et veuille en déterminer les conditions, de manière à ce que le résultat soit net et concluant. Une épreuve semblable eût certainement convaincu les commissaires, sinon M. Voisin lui-même, que les localisations phrénologiques admises sont entièrement illusoires, et que hors les cas de monstruosité évidente, il n'y a nul rapport constant assignable entre telle forme de tête et tel caractère moral. Ce qui en-

Ces tumeurs acquièrent quelquefois un volume considérable. Leur base peut s'allonger et se rétrécir, en sorte qu'elles finissent par devenir pédiculées. J'en ai rencontré une qui égalait le volume d'un œuf de dinde, et qui était appendue à la lèvre supérieure par un prolongement aplati qui n'avait pas plus d'un centimètre d'épaisseur et de 2 centimètres de largeur. Un grand nombre d'autres tumeurs de même nature, mais moins grosses et moins saillantes recouvraient la joue et la moitié du nez de cette malade. J'ai également vu, sur un jeune homme dont une partie du visage était recouvert de tumeurs veineuses, l'une d'elles allongée et renflée dans son milieu, fixée au niveau de l'os de la pommette par son extrémité supérieure, tandis que l'inférieure pendait plus bas que le rebord de la mâchoire.

Les tumeurs veineuses sont moins sujettes que les tumeurs capillaires à s'ulcérer et à subir les transformations dont nous ayons parlé. Aussi leur guérison spontanée est-elle peu fréquente. La rareté de leur ulcération spontanée les expose moins aux hémorragies; cependant elles n'en sont pas complètement à l'abri. J'ai vu un homme âgé d'une quarantaine d'années, qui portait une de ces tumeurs dans la lèvre inférieure, et qui m'a affirmé qu'il avait éprouvé un grand nombre de fois des pertes de sang considérables, dont la quantité pouvait, dans certains cas, être évaluée à deux litres. Ce malade ayant succombé à une pleuro-pneumonie, j'ai examiné l'organisation intérieure de la tumeur. Celle-ci ne s'est point gonflée par une injection très pénétrante poussée dans l'artère carotide. L'injection veineuse fut tentée, mais elle réussit très imparfaitement. Cependant je pus découvrir quelques veines un peu grosses qui se rendaient à la tumeur et se perdaient dans son épaisseur. La masse elle-même étant incisée offrait un tissu aréolaire. En râclant la surface de la coupe avec un scalpel, on en exprimait une bouillie sanguinolente analogue à celle qu'on obtient quand on soumet la rate à une semblable préparation. La trame qui restait offrait une foule de filamens lamelleux dont la réunion limitait des cavités canaliformes communiquant librement les unes avec les autres.

Je dois à l'obligeance de mon collègue M. A. Nelaton la description d'une tumeur érectile veineuse occupant la lèvre inférieure, et dont le malade fut débarrassé par l'extirpation. La masse était formée par des conduits d'apparence veineuse, du diamètre d'un quart de ligne au plus. Il était impossible de suivre un tronc et des ramifications analogues à celles que forment les veines à l'état normal. Chaque conduit, dépourvu de valvules, présentait des ouvertures latérales qui s'ouvraient dans d'autres conduits. Les parois en étaient lisses, extrêmement résistantes, comme fibreuses. Enfin, une injection poussée par un point quelconque de la tumeur refluait par toute la surface de la section.

La muqueuse buccale adhérait tellement à la surface de cette production morbide, qu'il fut impossible de l'en détacher. Il en était de même dans le cas que j'ai observé.

Les tumeurs veineuses situées dans l'épaisseur des joues ou des lèvres occupent ordinairement toute l'épaisseur de ces parties, et s'étendent depuis la peau jusqu'à la membrane muqueuse. Tout tissu, soit musculaire, oit adipeux, disparait et se trouve remplacé par le tissu érectile.

Les tumeurs veineuses peuvent acquérir des dimensions très variées. Lorsque les premières années de la vie sont écoulées, elles demeurent en général stationnaires, et elles persistent alors indéfiniment, ne présentant d'autres variations de volume que celles qui résultent de l'influence passagère des efforts. Il paraît même que la répétition fréquente de ces derniers n'entraine pas un développement plus considérable de ces tumeurs. J'ai vu dans une verrerie un homme qui exerçait la pénible profession de souffleur de verre pour faire les bouteilles. Il portait à la joue une tumeur veineuse dont la distension était produite cent fois par jour, et qui, à chaque effort d'expiration, se gonflait au point d'atteindre le volume d'un œuf de poule; cependant la maladie demeurait stationnaire depuis un grand nombre d'années.

III. Le traitement des tumeurs érectiles a vivement excité la sollicitude des chirurgiens de notre époque, et tandis que nos devanciers ne connaissaient guère à opposer à cette maladie que la cautérisation avec le fer rouge, la ligature et l'excision, on a vu depuis quelques années surgir une foule de méthodes telles que l'incision, le séton, l'acupuncture, l'inoculation du vaccin, la déchirure des tissus, l'injection, la cautérisation avec la potasse ou le caustique de Vienne, la compression, la ligature des vaisseaux artériels, etc.

J'ai expérimenté plusieurs des traitemens que je viens d'indiquer, et je dirai de suite qu'il n'en est aucun auquel il faille donner exclusivement la préférence. Pour bien fixer le jugement des praticiens à cet égard, il convient de rappeler ici que la guérison d'une tumeur érectile s'obtient de deux façons : tantôt en détruisant le tissu accidentel, tantôt en modifiant l'organisation de ce tissu, de telle sorte qu'il cesse d'offrir les caractères de vascularité qui le distinguent et qu'il se transforme en tissu cellulo-fibreux. Dans quelques cas, on atteint le but en combinant ces deux actions, de telle sorte qu'on détruit une partie de la tumeur, tandis qu'on opère la transformation de ce qui reste. Or, les procédés à l'aide desquels on obtient le premier mode de guérison peuvent convenir à certaines tumeurs, tout-à-fait superficielles et dont la destruction n'est suivie d'aucune perte de substance, d'aucune difformité; tandis que les seconds et les troisièmes sont applicables aux tumeurs étendues en profondeur, occupant, par exemple, toute l'épaisseur des joues ou des lèvres.

D'après la description que j'ai faite des deux espèces de tumeur érectile, il est facile de voir que la première méthode s'applique principalement aux tumeurs capillaires. Or, de tous les moyens que l'art possède pour opérer la destruction de ces tumeurs, le meilleur, le plus sûr, le moins dangereux, le plus facile à mettre en usage, est, sans contredit, la cautérisation avec le caustique de Vienne. Depuis que j'y ai eu recours avec M. le professeur Trousseau, pour la première fois en 1838, dans un cas fort curieux, et que je rapporterai plus loin, je l'ai mis en usage plus de trente fois contre des tumeurs capillaires, et j'en ai constamment retiré les effets les plus avantageux. Je n'hésite donc point à le mettre au-dessus de tous les autres.

Voici comment il faut procéder à son application. La poudre de Vienne (composée de chaux et de potasse caustique), préparée d'après la nouvelle édition du Codex, est délayée peu à peu avec de l'alcool rectifié, et amenée à l'état d'une pâte molle, parfaitement liée et homogène. La région malade est disposée de telle sorte que la tumeur en soit la partie la plus élevée, afin que la pâte y soit plus facilement appliquée et qu'elle ait moins de tendance à glisser. S'il y a quelque organe important dans le voisinage, l'œil, par exemple, il est bon de le protéger en le recouvrant d'un morceau de diachylon. Quelques personnes cernent dans tous les cas la tumeur avec cette substance emplastique, qui offre un trou dans le

---

tretient l'illusion de quelques personnes à cet égard, c'est qu'il n'est pas du tout rare de rencontrer des faits confirmatifs de l'hypothèse de Gall, car la diversité des formes de tête est si prodigieuse, qu'on est sûr d'en trouver bon nombre qui s'ajustent passablement aux déterminations organologiques, surtout quand on fait usage du système d'interprétation large et accommodant de quelques phrénologistes modernes. Mais il faut bien remarquer qu'on en trouverait un égal nombre en faveur de toute autre classification qu'il plaira d'inventer. Ainsi nous nous chargerions avec plaisir de faire voir par *des faits* que les facultés placées en avant et en arrière, en bas ou en haut, selon Gall et les siens, se trouvent précisément en sens inverse. On peut à volonté bouleverser toute la topographie du crâne sans crainte d'être démenti par l'expérience. Nous ne prétendons pas que ces nouvelles délimitations seraient les véritables, mais seulement qu'elles seraient fondées sur des preuves exactement égales, en nature et en force, à celles qu'on allègue en faveur de l'hypothèse particulière de Gall et de Spurzheim; ce qui revient à dire qu'elles sont toutes également arbitraires.

Aucune de ces recherches ni de cent autres qu'il serait facile d'indiquer n'a été faite par la commission. Tout s'est borné, avons-nous dit, à *une* promenade à la prison, où on a vu M. Voisin découvrir, avec une extrême sagacité, un grand nombre de vauriens, de mauvais sujets, de méchans garnemens, parmi quatre cents gamins qui n'ont été mis là, comme chacun sait, que par suite de méfaits et d'inconduite. Ce n'est pas, il est vrai, son coup d'essai en ce genre; car, à une autre époque, il était parvenu à trouver des assassins, des voleurs et des faussaires dans le bagne de Toulon. Après avoir admiré cet exploit, les commissaires se sont tournés vers les directeurs, et leur ont demandé ce qu'ils pensaient de M. Voisin; et ceux-ci ayant déclaré qu'il avait *à peu près* deviné juste; ils se sont retirés satisfaits et la conscience en repos. Quant à M. Voisin, il a été, à cette nouvelle, saisi d'un *tel* transport, qu'il s'est cru un instant *sorcier*. C'était certainement une illusion; car quoi de plus évident que M. Voisin n'est pas sorcier?

Il y aurait certes lieu de s'étonner qu'une commission, composée des membres les plus distingués de l'Académie royale de médecine, n'eût pas apporté à la vérification d'une hypothèse qui, si elle était démontrée, égalerait en importance tout ce qu'il y a de plus grand dans l'ordre scientifique, la somme de précautions qu'on exige pour constater le fait le plus vulgaire et le plus matériel, si l'on pouvait croire qu'elle a pris sa tâche tout à fait au sérieux. Mais comme il est facile de la disculper ou du moins de l'excuser en disant que le rapport n'a été, ainsi que d'autres, qu'une politesse académique en faveur d'un confrère généralement aimé et respecté, nous nous en tiendrons à cette interprétation bénévole qui explique et le rapport, et les conclusions, et la discussion.

Quant au rapport, il s'étend beaucoup sur la phrénologie en général, mais très peu sur les expériences de M. Voisin. M. Bouillaud s'est plu à y développer ses propres pensées sur la question phrénologique avec son talent et sa franchise ordinaires; mais il a coulé très légèrement sur le fait particulier, objet de son rapport. Nous aurions beaucoup à dire sur les assertions historiques et philosophiques de M. Bouillaud; mais comme nous serions obligés de les combattre, nous nous abstiendrons. Les conclusions du rapport sont de la plus habile insignifiance. Remercier M. Voisin, l'engager à continuer ses recherches et l'inscrire au nombre des candidats, c'est tout ce qu'on pouvait demander de moins

centre pour laisser passer seulement la partie qui doit être cautérisée. Cette précaution, très rationnelle en apparence, peut laisser manquer le but; pour peu que l'emplâtre n'adhère pas parfaitement dans tous les points du contour de la tumeur, quelques parties de la pâte, plus molles ou délayées par le sang, peuvent glisser entre l'emplâtre et la peau voisine, et causer des ravages d'autant plus grands, que le diachylon cache à la vue les tissus que le caustique désorganise; c'est pourquoi je préfère ne mettre aucune plaque de sparadrap sur la peau au voisinage de la tumeur.

Si l'on a affaire à un enfant, il est important de le maintenir assujéti, afin que la pâte ne soit dérangée ni par les mouvemens de la partie, ni par les mains du malade.

La pâte est appliquée à l'aide d'une spatule ou d'un couteau. La largeur et l'épaisseur de la couche varient selon le volume et l'étendue de la tumeur. En général, il suffit de recouvrir le tissu malade jusqu'à deux ou trois millimètres de sa circonférence exclusivement. La portion de tumeur que la pâte laisse à découvert n'en est pas moins cautérisée par suite d'une sorte d'imbibition de l'alcool potassié dans les tissus, ce qui étend son action à quelque distance du lieu où s'arrête le mélange caustique. Pendant que la pâte est appliquée, on voit quelquefois s'échapper un peu de sang qui passe à travers la couche du caustique, se coagule imparfaitement et tend à couler vers la circonférence de la tumeur, entraînant avec lui de la pâte délayée. Pour empêcher que la cautérisation ne soit, par suite de cet accident, étendue à des parties saines, il faut de suite enlever ce qui s'écoule à la circonférence à l'aide de la spatule ou de petits bourdonnets de coton. Il est rare que le sang vienne avec assez d'abondance pour entraîner la pâte avec lui. Cependant, si cet écoulement avait lieu, on devrait de suite enlever le caustique, dont l'action ne pourrait plus être convenablement dirigée. Le seul inconvénient qui en résulte est la production d'une escarre trop superficielle et la nécessité de recourir à de nouvelles cautérisations.

Au bout de cinq à dix minutes d'application on ôte définitivement la pâte en passant légèrement le bord de la spatule sur l'escarre produite; et, pour ne laisser aucune parcelle de caustique, on lave la partie avec l'eau vinaigrée. L'acide acétique se combine avec les bases alcalines de la pâte de Vienne et forme des acétates sans action sur la peau.

Il arrive parfois, quelque soin que l'on prenne pour détacher le caustique, que la surface cautérisée s'entrouvre en quelque points et laisse de suite écouler du sang en assez grande abondance, pour qu'au premier abord on ait lieu de redouter une hémorragie. Mais je n'ai jamais vu cet accident devenir grave, et il m'a toujours été facile d'arrêter immédiatement l'écoulement du sang, en plaçant sur l'escarre soit une plaque de diachylon, soit une compresse mouillée, et en exerçant à la surface une légère compression avec les doigts.

L'action du caustique ne paraît pas très douloureuse; il survient, dans les instans qui suivent son application, une rougeur plus ou moins vive aux environs de la tumeur, accompagnée d'un léger gonflement. Ces symptômes disparaissent au bout de quelques heures, et voici alors ce que l'on observe : la tumeur érectile a entièrement perdu son aspect, elle est remplacée par une escarre bien moins élevée que n'était la masse morbide. Lorsque cette escarre est laissée exposée au contact de l'air, elle devient bientôt noire et très dure; elle reste molle si on la tient couverte soit avec un corps gras, soit avec un morceau de diachylon. Son élimination est beaucoup moins prompte dans le premier cas que dans le second. Quand elle est enfin détachée, la surface qu'elle laisse à découvert est formée par des bourgeons vasculaires analogues à ceux des plaies qui suppurent.

Lorsque la tumeur est peu épaisse, une seule application de la pâte suffit pour la détruire en totalité; dans le cas contraire la base du mal n'est pas comprise dans l'escarre, et l'on reconnaît, à travers la membrane des bourgeons vasculaires, la présence du tissu érectile à la couleur plus foncée, à l'aspect plus vasculaire des bourgeons charnus. Si la couche de tissu morbide semble peu épaisse, on peut l'abandonner à elle-même. A mesure que la cicatrisation s'opère on voit peu à peu les bourgeons s'affaisser, prendre une couleur vermeille, comme dans les plaies simples qui suppurent, et la simple application du nitrate d'argent suffit pour les réduire.

Mais pour peu que les restes de la tumeur semblent disposés à persister ou à prendre un nouvel accroissement, on doit faire une seconde application de la pâte de Vienne. Cette seconde cautérisation peut être faite dès que l'escarre est détachée et pendant que la plaie suppure, ou bien lorsque celle-ci est entièrement cicatrisée. Je préfère en général attendre la guérison entière de la plaie, ce qui a lieu dans l'espace de quinze jours à trois semaines, pour faire une nouvelle cautérisation, à moins que ce qui reste de la tumeur ne fasse de suite de rapides progrès dans sa reproduction.

A cela près de l'écoulement du sang dont j'ai parlé, je n'ai jamais vu d'accidens soit primitifs, soit consécutifs résulter de l'emploi du caustique de Vienne.

Lorsque la cure définitive est obtenue il reste à la place de la tumeur érectile une cicatrice blanche, unie, un peu moins large que n'était la tumeur, et qui est de niveau avec les tégumens voisins.

Un exemple pris au hasard, montrera combien est simple le traitement par le caustique de Vienne.

TUMEUR ÉRECTILE CAPILLAIRE, PLACÉE AU DEVANT DU COU; TROIS APPLICATIONS DU CAUSTIQUE DE VIENNE; GUÉRISON.

OBS. I. — Mademoiselle B..., âgée de six mois, me fut adressée par M. Duhamel. Cette enfant, bien portante, était affectée d'une tumeur érectile située au devant du cou. Peu de temps après la naissance on avait remarqué à cette place une petite tache rouge qui avait été prise pour une morsure de puce. Cette tache s'était progressivement accrue en largeur et en hauteur. Son sommet s'était ulcéré à deux ou trois reprises; il en était résulté de la suppuration sans hémorragie, et ensuite un peu d'affaissement dans le point ulcéré. Quant au reste, il faisait des progrès extrêmement rapides et lorsqu'on me présenta l'enfant la tumeur avait deux à trois centimètres de diamètre et plus d'un centimètre d'élévation. Du reste on n'observait aucun battement.

Le caustique de Vienne fut appliqué d'après les préceptes tracés plus haut. Il resta environ six minutes en place. L'escarre parut assez profonde. La tumeur cesse de faire des progrès; les portions que le caustique n'a point immédiatement désorganisées sont plus dures qu'avant l'opération et ne se gonflent plus par les cris de l'enfant. La suppuration s'établit autour de l'escarre et à travers plusieurs points de son épaisseur. Sans attendre qu'elle soit entièrement détachée, je fis une seconde application du caustique six jours après la première; la tumeur fut recouverte en totalité par la pâte qui séjourna environ sept minutes. L'escarre qui en résulte est épaisse et présente une couleur noire et une grande dureté. La santé générale reste bonne; la réaction inflammatoire locale est modérée; la tumeur s'affaisse de plus en plus.

---

compromettant à l'Académie. M. Bouilland a même mis un soin extrême à faire entendre à l'Académie que le vote qu'on lui demandait ne l'engageait à rien, ne prouvait rien, ne signifiait rien. L'Académie, qui est quelquefois pleine d'intelligence, a été de son avis; et nous le partageons nous-mêmes.

La discussion, grâce à ces précautions oratoires, mises en avant comme des soupapes de sûreté, a cheminé sans accident et sans tempêtes jusques au vote des conclusions. C'a été une simple conversation. Il s'y est dit force banalités phrénologiques et autres. On y a débité, avec le plus imperturbable aplomb, les *blunders* historiques et philosophiques les plus solennels. Quand notre chère Académie médicale se met à philosopher, ce qui lui arrive assez souvent, nous nous figurons l'Académie des beaux-arts discourant de médecine ou de chimie. C'est un spectacle tout à fait précieux. Dans la dernière séance, elle s'est surpassée; car, indépendamment des magnifiques specimens d'incompétence fournis par plupart des orateurs dans le champ de la métaphysique pure, on a paru, de part et d'autre, aussi dépaysés au milieu de cette banale phrénologie, qui court cependant les rues depuis 40 ans, que s'il s'était agi des doctrines du Targum ou du Zend-Avesta. Partisans et opposans se sont battus dans les ténèbres, et sans paraître le moins du monde se comprendre; inconvénient peu fâcheux, d'ailleurs, car probablement ce qui se disait gagnait infiniment à n'être pas compris. Ceci est, au reste, une remarque générale qui, s'adressant à tous, ne s'adresse à personne.

Le combat avait été cependant assez bien engagé par M. Nacquart. Cet honorable membre mal édifié, à ce qu'il paraîtrait, du peu de sévérité des expériences de la prison, a demandé à la commission si elle était bien sûre que M. Voisin n'eût fait usage dans ses diagnostics et pronostics que des signes tirés de la forme et du volume du crâne, et n'eût pas mis à profit les indices de la physionomie; et il eût désiré, dit-il, qu'on cachât préalablement le visage des sujets, pour laisser parler la crânologie seule. La remarque était très juste, car les phrénologistes, sciemment ou non, font grand usage de l'observation physiognomonique, et s'appuient constamment sur elle pour donner un sens aux oracles ambigus de la pure phrénologie. C'était là tout le secret des prouesses divinatoires de Gall dans les bagnes et les prisons. Nous ne dirons pas que la physiognomonie soit une science; mais c'est certainement un art, un talent pratique, en quelque sorte naturel, que les hommes, et même les animaux appliquent instinctivement, et en général avec assez de sûreté. M. Londe n'a pas voulu du masque de M. Nacquart, par la raison qu'il y a des organes dans l'orbite, et qu'il faut les laisser libres; rien de plus juste, mais c'est là une difficulté peu grave.

L'objection de M. Nacquart n'a pas plu davantage à M. Ferrus, mais par un autre motif; il a prétendu que la physiognomonie est de l'essence même de la phrénologie, et que Gall ne l'entendait pas autrement. M. Ferrus, qui ne manque jamais d'esprit, de finesse et de sens, même lorsqu'il phrénologise par un reste d'habitude, a manqué certainement ici de mémoire. Gall est formel sur ce point. Il rejette absolument la physiognomonie; et non pas seulement celle de Lavater qui était encore en vogue de son temps, mais en général toute physiognomonie. Il a écrit des chapitres entiers *ex professo* sur ce sujet. D'autres membres voulant réfuter M. Ferrus, sont tombés dans une autre erreur. Ils ont cru que Gall en rejetant la physiognomonie de Lavater avait rejeté aussi l'étude des mouvemens expressifs des passions et de la pantomime naturelle qui en fesait partie.

A la chute de l'escarre, quelques points offrant encore une apparence un peu suspecte, une troisième application du caustique fut faite. Cette fois la pâte ne resta pas plus de cinq minutes en place. Les conséquences locales et générales de son application furent les mêmes qu'après les deux premières cautérisations : quant à la tumeur, elle est entièrement affaissée; des bourgeons charnus, d'un bon aspect, succèdent à la chute de l'escarre; la plaie ne tarde pas à se recouvrir d'une cicatrice blanche et unie. J'ai revu l'enfant plusieurs mois après la complète guérison, et rien n'annonçait la reproduction de la tumeur.

Il n'est pas difficile de justifier la préférence que je donne à la cautérisation sur toute autre méthode de traitement, dans les cas où il s'agit d'une tumeur capillaire superficielle. D'abord, la destruction entière du tissu morbide n'offre ici aucun inconvénient. La perte de substance qui en résulte ne laisse pas de difformité et la cicatrice qui remplace la tumeur n'est pas plus désagréable à l'œil que son tissu modifié. Il n'y aurait donc aucun avantage à user d'une des méthodes dont nous parlerons plus loin; et la promptitute ainsi que la sûreté du résultat doivent lui mériter la préférence, même sur les plus simples des autres méthodes telles que l'inoculation du virus vaccin, la compression prolongée, etc...

La destruction de la tumeur étant jugée le meilleur moyen, l'application du caustique de Vienne est le procédé le plus avantageux pour atteindre ce but. Tout le monde le reconnaît aisément comme supérieur aux autres caustiques, soit actuels, soit potentiels, à raison de la promptitude de son action, des limites, soit en surface, soit en profondeur, qu'il est facile d'assigner à l'escarre. Il l'emporte également sur l'instrument tranchant; avec ce dernier il faut immédiatement enlever une couche de tissus sains avec le tissu malade, ce qui occasionne une grande perte de substance : on est exposé, quelque soin que l'on prenne, à voir survenir une hémorragie tellement abondante qu'elle entraîne immédiatement la mort de l'enfant. Les recueils d'observations renferment plusieurs exemples de ce funeste résultat. Je me contenterai de rapporter celui qui est cité dans le mémoire de M. Watson, (loc. cit. p. 250.) « Il y a environ six ans le docteur Hosack fut appelé pour un enfant âgé de 4 mois, affecté d'un nævus congénital qui occupait la partie latérale de la tête et paraissait entièrement sous-cutané. La peau était enflammée et la tumeur faisait de rapides progrès. La pression n'y faisait reconnaître aucune pulsation; elle était saillante, spongieuse, et l'on en chassait le sang avec facilité; mais aussitôt qu'on cessait la compression, la tumeur se remplissait de nouveau avec une espèce de mouvement pulsatil.

» Lorsque l'excision fut pratiquée, la tumeur avait acquis la largeur d'un dollar. Une vive hémorragie suivit l'opération; avant que le chirurgien ou les aides eussent eu le temps d'arrêter le sang, l'enfant tomba en syncope; dix minutes plus tard il avait cessé de vivre. »

Enfin l'excision expose bien plus que la cautérisation à la reproduction de la maladie.

Ces inconvéniens de l'extirpation des tumeurs érectiles et la supériorité des caustiques ont déjà été signalés dans un très bon travail que M. Tarral a inséré dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 2e série, t. VI, p. 5 et 195.

Quant à la ligature, ce moyen, qui est à l'abri des reproches que je viens d'adresser à l'excision, convient dans les cas, d'ailleurs rares, où la tumeur est pédiculée. Dans les autres, il est évidemment inférieur aux caustiques, quand même on rendrait son application facile en passant plusieurs fils à la base de la tumeur ou bien en la traversant crucialement avec des aiguilles.

Lorsque le volume de la tumeur ou la place qu'elle occupe ne permettent pas de la détruire en totalité, il faut en modifier l'organisation en produisant dans son épaisseur une inflammation qui entraîne l'oblitération de la plupart des vaisseaux qu'elle renferme. Ce principe est dû à M. Lallemand. Avant lui, sans doute, on avait guéri des tumeurs érectiles en opérant la transformation des tissus, soit par la compression, soit par le caustique, soit par le séton, etc.; mais personne, avant le célèbre professeur de Montpellier, n'avait reconnu le mécanisme de cette guérison. Le mémoire intéressant de M. Lallemand a paru dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE EN 1835.

Il est inutile de rappeler ici comment il fut conduit à la découverte dont nous parlons, nous dirons seulement que pour atteindre le but proposé, ce chirurgien enfonce dans la tumeur des épingles qu'il laisse jusqu'à ce que la suppuration soit établie sur leur trajet, ce qui survient dans l'espace de sept à huit jours. Les épingles sont retirées et remplacées par d'autres qui traversent ainsi successivement les divers points de la tumeur. Le nombre d'épingles placées à chaque fois, et la quantité entière de celles employées varient selon le volume de la masse érectile.

Je n'aurais aucune objection à faire à une méthode aussi simple et aussi innocente, si elle conduisait certainement à la guérison. Mais malheureusement il n'en est pas ainsi; la cause de l'insuccès tient à ce que les épingles ne provoquent autour d'elles aucune espèce de réaction inflammatoire. Le métal reste en contact avec le tissu, sans entraîner de suppuration ni de sécrétions plastiques ou autres. On sait que les corps étrangers, de nature métallique, peuvent séjourner indéfiniment dans les organes, sans exciter autour d'eux d'inflammation. Or, il paraît que ce phénomène pathologique se développe plus difficilement encore dans le tissu érectile que dans la plupart des autres tissus de l'économie. Du reste, ces objections que j'adresse à l'emploi des aiguilles ne sont point théoriques; elles sont basées sur un assez grand nombre de faits dont j'ai été témoin. Je vais en citer deux qui prouveront la vérité de ce que j'avance.

TUMEUR ÉRECTILE DE LA RÉGION TEMPORALE GAUCHE; EMPLOI INFRUCTUEUX DES AIGUILLES; GUÉRISON PAR LE CAUSTIQUE DE VIENNE.

OBS. II. — L'enfant qui fait le sujet de cette observation, du sexe féminin, vint au monde portant sur la région temporale gauche, vers l'angle externe de l'œil, une tache d'un rouge vif, de la largeur d'une lentille. Considérée par les parens comme une simple envie, cette tumeur fit des progrès à peine sensibles pendant les quatre premiers mois qui suivirent la naissance; alors, et sans cause connue, on s'aperçut qu'elle commençait à grossir, qu'elle offrait plus de relief et une teinte d'un rouge livide, lorsque l'enfant poussait des cris. A partir de ce moment, la tumeur continua à grossir d'une manière uniforme. Cet accroissement donna de l'inquiétude aux parens, et la malade fut amenée à Paris au commencement de cette année. Je la vis en consultation avec MM. Marjolin et Trousseau. Voici quel était alors l'état de la tumeur. Située dans la région que j'ai indiquée, cette tumeur est oblongue transversalement; elle forme une saillie arrondie, à base large, non pédiculée, de 3 centimètres de diamètre en travers, et 2 centimètres verticalement. Cette base repose sur l'os de la pommette et l'aponévrose temporale avec lesquels elle n'a pas contracté d'adhérence. Elle s'étend en dedans jusqu'à 5 millimètres de distance de l'angle externe des paupières. La peau qui la recouvre est transformée elle-même en tissu érectile; elle est rouge, parcourue en tous sens par des vaisseaux extrêmement déliés, que recouvre seulement un épiderme très mince. Si l'enfant crie, la tumeur augmente de volume

---

M. Ferrus, voulant réfuter ces réfutations, a paru lui-même croire que Gall en admettant ce qu'il appelait une *mimique* s'accordait, au moins en principe, avec les physiognomonistes. Tout le débat a roulé sur la confusion suivante. La Physiognomonie proprement dite, telle qu'elle est exposée dans le traité spécial attribué généralement à Aristote, et qui a servi de base à tout ce qui a été écrit sur cette matière jusqu'à Lavater, et telle que Lavater lui-même l'entendait, était une doctrine des rapports des formes extérieures physiques avec le moral. Elle était fondée sur ce principe que tout dans l'organisme animal et même végétal, étant rigoureusement harmonique, il n'y avait aucune modification, si légère qu'on la suppose, de l'extérieur qui ne révélât par une loi d'association indissoluble, une modification correspondante de l'intérieur. Mais, pour Lavater, comme pour les anciens, non seulement les formes variées du visage et de toutes ses parties mais encore celles de toute la surface visible du corps, étaient comme les reliefs extérieurs des qualités et propriétés intérieures de l'âme. Un nez long ou court par exemple, une lèvre charnue ou amincie, un front onduleux ou droit, une main osseuse ou potelée, étaient autant de signes de certaines dispositions morales ou facultés intellectuelles diverses. Cette théorie qu'on ne peut examiner ici, constituait la physiognomonie proprement dite, qui se subdivisait ensuite en chiromancie ou physiognomonie de la main, métoposcopie ou physiognomonie du front, sans compter l'oneiromancie, l'uromanie, la géomancie, la necromancie, etc... Mais les anciens comprenaient aussi sous ce nom, l'étude des mouvemens expressifs des passions, du geste, et en général de tous les phénomènes physiologiques transitoires qui accompagnent les émotions de l'âme; tandis que Lavater, séparant avec raison ces études, conserva à la première le nom de physionogmonie et appela la seconde pathognomonie, et s'attacha à préciser leurs limites respectives. La physiognomonie selon lui est la connaissance des qualités fondamentales et permanentes de l'homme, de sa constitution morale intime, du caractère proprement dit, révélés extérieurement par les lignes et formes également permanentes et fixes de tout le corps. La pathognomonie, au contraire, est la connaissance des états et modifications passagères de l'âme (émotions, passions, sentimens, etc....) manifestés au dehors par des mouvemens transitoires et fugitifs des muscles du visage et des membres, et par les variations instantanées de coloration, de consistance des tissus.

Maintenant qu'a fait Gall? Gall a rejeté, comme absolument illusoire, chimérique, la physiognomonie proprement dite, prétendant que tout ce que les anciens, et surtout Lavater, avaient dit là-dessus, n'était que *de la sensiblerie et de la déclamation*. Il ne reconnut d'autre connaissance physiognomonique que celle qui se fonde sur les formes du crâne, et du crâne exclusivement; non point en vertu de ces prétendus rapports mystérieux et indémontrables d'harmonie, de consensus, supposés par les anciens entre la constitution morale et la constitution physique, mais à ce titre seul que la forme du crâne représentant la forme du cerveau, et le cerveau représentant l'homme moral et intellectuel *tout entier*, connaître l'une c'était connaître l'autre, en vertu du rapport immédiat et direct de l'organe à la fonction, de la cause à l'effet. Voilà la seule physiognomonie admise par Gall. Quant à la pathognomonie des anciens ou de Lavater, Gall la conserva en principe, mais il la refit et en même temps il la restreignit considérablement. Il négligea tout-à-fait l'expression physionomique du visage, et réduisit toute cette étude à celle de la *mimique* naturelle, à laquelle il croyait avoir donné des

et sa couleur devient d'un rouge livide. Si on la comprime, elle s'affaisse, pour reprendre ses diamètres primitifs, dès qu'on l'abandonne à elle-même; enfin, pendant le sommeil de l'enfant, elle présente des battemens isochrones à ceux du pouls. Ces battemens ne peuvent être aperçus pendant la veille. La paupière supérieure de ce côté est un peu plus grosse que celle du côté opposé. Elle est parcourue par quelques vaisseaux qui lui donnent une teinte légèrement rosée, mais, du reste, entièrement distincte de celle de la tumeur de la tempe; dans les autres points de son pourtour, la peau a sa couleur naturelle; le globe de l'œil est sain, sans déplacement; la santé générale est parfaite.

La maladie offrant les caractères les mieux tranchés qui appartiennent aux tumeurs érectiles, il fut décidé que l'on aurait recours à la méthode récemment préconisée par l'habile chirurgien de Montpellier, et je fus chargé de la direction du traitement.

Le 23 janvier 1838, je traversai verticalement la tumeur avec une seule épingle à injecter, les points d'entrée et de sortie de l'épingle étant à un quart de ligne de distance de la peau saine. Pas d'écoulement de sang; dans la journée, l'enfant s'accroche à l'épingle et il en résulte un écoulement de quelques gouttes de sang. Rien autre chose à noter pendant trois jours.

Le 26, cinq autres épingles sont enfoncées dans la même direction que la première et à la même distance de la peau saine; pas d'hémorragie par les piqûres; la tumeur ne se gonfle pas. Au contraire, elle semble, au bout de deux jours, un peu ridée; elle se tuméfie moins lors des cris de l'enfant.

Le 30, six autres épingles sont passées, toujours verticalement, deux vers les angles et les quatre autres plus superficielles que les précédentes. Leur pénétration ne détermine pas d'hémorragie; dans les jours suivans, il vient un peu de pus sanieux par les trous inférieurs des épingles; la surface de la tumeur est alors plus ridée; les cris de l'enfant n'augmentent pas son volume et ne modifient pas sa couleur. La zône de tissu érectile que les têtes des épingles laissent entre elles et la peau saine a diminué, et les épingles paraissent avoir été introduites au niveau de la base même de la tumeur.

Le 6 février, les douze épingles sont retirées. Il s'écoule une demi-cuillerée à bouche de sang par quelques trous des épingles. A peine un peu de pus suinte des autres piqûres.

Quelques minutes après l'extraction des épingles, j'en enfonçai treize autres dans une direction différente des premières, six d'avant en arrière et sept d'arrière en avant. Chaque épingle pénétrait dans la tumeur, à l'union de la peau saine avec le tissu morbide; la pointe sortait du côté opposé, à une certaine distance de la peau saine, de manière à ce que l'épingle traversât environ les trois quarts de la longueur transversale de la tumeur; il en résultait que les épingles parallèles entre elles se croisaient à travers l'épaisseur de la partie moyenne de la tumeur, comme les doigts des mains; elles étaient séparées les unes des autres par un intervalle de 2 millimètres environ; les supérieures et les inférieures marchaient à travers le tissu érectile, très près des bords correspondans de la tumeur.

L'écoulement du sang, d'ailleurs peu abondant, cessa avec les cris de l'enfant.

Le lendemain et le surlendemain, la tumeur augmente de volume; elle est plus chaude et plus douloureuse; elle prend une teinte très livide. Un pus sanieux s'écoule par quelques piqûres.

Le 9, ce pus vient avec assez d'abondance, et forme, en se desséchant, des croûtes qui recouvrent la tumeur et unissent les épingles. Les paupières offrent un commencement de tuméfaction.

Le 10 et le 11, les symptômes d'inflammation tombent; le gonflement des paupières est encore augmenté; quelques-unes des épingles inférieures ont ulcéré toute la partie de la tumeur qui les recouvrait, et ne tiennent plus que par les croûtes.

Le 12 et le 13, le gonflement des paupières diminue; suppuration abondante et mieux liée; une épingle du bas est tombée seule; trois autres sont saisies avec des pinces et se détachent avec une large croûte; ce sont celles qui ont ulcéré la tumeur; la surface laissée à nu est entièrement en suppuration et très affaissée.

Le 14, on trouve une couche assez épaisse de pus bien lié à la surface du linge dont on a recouvert la tumeur. Des battemens ont été aperçus dans la partie inférieure, qui offre une couleur d'un rouge livide.

15. Deux autres épingles se détachent du bas. Le gonflement des paupières a disparu. Même aspect de la tumeur. La surface qui suppure est cautérisée avec le nitrate d'argent.

16. La suppuration est toujours abondante et bien liée. Les sept dernières épingles sont retirées; il en résulte un léger écoulement de sang. Les croûtes enlevées, la surface entière est en suppuration; les bords en sont renversés et un peu élevés; le centre est affaissé; en sorte que la tumeur est plane ou même légèrement concave, au lieu de convexe qu'elle était.

Du 16 au 20, la suppuration est la même; l'affaissement de la tumeur semble augmenter, son aspect est moins livide, ses battemens n'ont pas reparu, et les cris de l'enfant n'en déterminent pas le gonflement.

Du 20 au 25, la dépression du centre de la tumeur est plus prononcée; la cicatrisation commence aux bords et vers le milieu; néanmoins le bord circulaire de la tumeur offre une teinte plus rouge, qui ressort d'autant plus, que la peau saine voisine a repris sa blancheur accoutumée. Les battemens ont été de nouveau aperçus pendant le sommeil de l'enfant.

Du 25 février au 2 mars. Les battemens sont devenus très évidens; des vaisseaux nombreux et fins, semblables à ceux qui existaient dans la partie superficielle de la tumeur avant le commencement du traitement, se reproduisent en un grand nombre de points; la tumeur elle-même, mesurée à cette époque, a plus d'étendue dans tous les sens.

Le 2 mars, une nouvelle introduction d'aiguille est faite. Cette fois, j'en mis un grand nombre d'un seul coup; 17 épingles furent successivement enfoncées, une moitié dans le sens transversal, l'autre partie dans le sens vertical; les unes profondes, les autres superficielles; elles s'entrecroisaient en grillage quadrangulaire, et traversaient la tumeur depuis le centre jusqu'aux bords; depuis la superficie jusqu'à la base.

Dans les jours suivans, les battemens deviennent plus forts; la tumeur entière est gonflée et livide; les petits vaisseaux ne sont plus si apparens; le pus s'écoule par les trous de quelques épingles.

Le 6, quatre nouvelles épingles furent enfoncées; le 8 trois, le 9 quatre, le 10 dix, le 11 six. Non seulement la tumeur était lardée dans tous ses points par un grand nombre d'épingles, mais encore la plupart de ces dernières furent implantées de manière à ce que les pointes pénétrassent au-delà de la base du tissu érectile dans les tissus environnans.

Quelques-unes des épingles enfoncées les premières furent successivement ôtées à mesure qu'on en plaçait de nouvelles; et ce qui me surprit alors beaucoup, c'est que plusieurs d'entre elles sortaient sèches, sans qu'il s'écoulât ni sang, ni pus par les trous des piqûres. Du reste, la tumeur ne subit pas de modification en mieux bien appréciable et quoique pendant plusieurs jours elle fût restée traversée par plus de cinquante épingles, on ne vit survenir ni inflammation vive, ni suppuration abondante, ni transformation du tissu érectile.

Du 13 au 17, les épingles sont successivement enlevées; la plupart des piqûres ne donnent issue à aucun liquide, par quelques-unes il sort du sang, par un très petit nombre quelques gouttelettes de pus, battemens, la coloration rouge persistent: celle-ci reprend sa teinte de couleur cerise sur les bords. La masse totale est molle et s'affaisse sous le doigt.

Je reconnus alors que le mal ne pouvait être détruit par le moyen des épingles, et nous nous déterminâmes avec M. Trousseau à recourir au caustique de Vienne. Une couche de 6 à 8 millimètres d'épaisseur fut placée en bande de 15 millimètres de large sur la portion périphérique de la tumeur, de manière à laisser une portion centrale intacte. Après cinq à sept minutes d'application, la pâte fut enlevée. L'enfant, qui avait beaucoup crié pendant l'opération, s'étant endormie de suite après, il ne fut pas possible de percevoir le plus petit battement dans la tumeur.

Le gonflement instantané qui s'est produit au moment de la cautérisation vers les paupières et la joue a disparu dans la journée; en deux jours l'escarre devint noire et sèche. Le centre, non cautérisé, diminue de largeur, prend une teinte brune et une dureté semblable à celle de la corne. Douze jours après la

---

bases sûres en la rattachant à son organologie cérébrale. Il imagina que les gestes, les attitudes, le maintien général du corps ou des membres, en tant qu'ils expriment un état transitoire ou permanent de l'âme, étaient instinctivement déterminés, réglés et dirigés par l'action prédominante de tel ou tel organe cérébral, et subordonnés à la situation de ces organes dans le crâne. Ainsi il prétendait que si les fanfarons, les hommes vains et présomptueux portaient généralement la tête haute et renversée en arrière, c'est parce que l'organe de la vanité, situé, comme personne ne l'ignore, à la région occipito-sincipitale, tirait la tête sur le cou, et, par une raison inverse, si la tête se penche en avant chez les dévots; c'est uniquement parce que l'organe de la vénération pèse et tire en ce sens. Toutes les autres déterminations pathognomoniques de Gall sont de cette force. Malgré la peine qu'il a prise pour donner à ce singulier système quelque ombre de vraisemblance, il n'y a point réussi; et cette partie de sa doctrine est restée toujours à l'état d'ébauche.

Avec les distinctions qui précèdent, on s'explique la confusion du débat de l'Académie sur cette question. On voit comment M. Nacquart, M. Ferrus, M. Londe, M. Bouillaud, ont pu s'enferrer réciproquement, sans savoir précisément pourquoi et sur quoi ils disputaient; mais ce qu'on s'explique moins aisément, c'est que les opinions de Gall soient si peu familières à des hommes qui se posent en défenseurs ou adversaires systématiques de sa doctrine.

L'explication de ce seul point nous a entraînés si loin, qu'il ne nous reste plus de place pour relever les hérésies du même genre dont a fourmillé la discussion. M. Rochoux n'a pas été aussi amusant que nous l'espérions. Cependant, il a eu de bons momens, comme par exemple lorsqu'il a comparé le cerveau à un piano et à un violon.

M. Gerdy n'a pas manqué à l'appel. Nous n'avons pas eu le bonheur de saisir parfaitement le sens de ses assertions, qui nous ont paru parfois se contredire. Il croit, dit-il, à l'idéologie de Gall, mais non à son organologie; et cependant ces deux choses se tiennent, car c'est la même idée exprimée dans la langue physiologique et dans la langue psychologique. Il approuve Gall d'avoir rejeté les anciennes divisons de l'intelligence en diverses facultés (mémoire, imagination, jugement, etc.), et d'en avoir imaginé une autre. Mais il nie que les facultés admises par Gall soient fondamentales et élémentaires, ce qui, si nous ne nous trompons, veut dire que ces facultés ne sont pas des facultés. Il veut aussi faire participer les philosophes écossais à l'honneur d'avoir aboli, avec Gall, l'ancienne classification psychologique; ceci est une erreur de fait. Les Ecossais n'ont rien dit de semblable. Mais, à l'Académie, tout cela passe admirablement.

On nous dispensera d'aller plus loin aujourd'hui. Si la discussion continue, comme c'est probable, puisque M. Bouillaud a obtenu la parole pour répondre à la prochaine séance, nous aurons occasion de compléter nos remarques, tant sur les discutans que sur la discussion même.

cautérisation la tumeur est tellement affaissée qu'elle se trouve déprimée au-dessous des parties environnantes. L'escarre s'est peu à peu détachée, mais avec une grande lenteur. Il a fallu en retrancher à mesure des portions et faciliter son élimination en la couvrant de cataplasmes et de diachylon.

Le 6 avril, quelques points de la tumeur offrant encore une apparence suspecte, une seconde application du caustique fut faite; cette fois le tissu morbide fut entièrement détruit et une cicatrice unie, régulière, de niveau avec les parties voisines, prit la place de la tumeur.

J'ai revu cette enfant trois ans après le traitement: la guérison ne s'était pas démentie. Les paupières ne sont nullement déformées; à la place de la tumeur érectile existe une cicatrice blanche, lisse et parfaitement de niveau avec les parties voisines.

On voit dans cette observation le peu d'action que les aiguilles ont exercée sur le tissu érectile. A peine quelques points de la tumeur sont-ils entrés en suppuration; les autres, bien que lardés dans tous les sens par les corps étrangers n'en ont pas moins continué à s'accroître sans éprouver aucune modification. Le fait suivant montrera mieux encore l'insuffisance des épingles pour exciter l'inflammation dans les tumeurs érectiles.

TUMEUR ÉRECTILE VEINEUSE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE; EMPLOI INFRUCTUEUX DES AIGUILLES; ABLATION AVEC L'INSTUMENT TRANCHANT; GUÉRISON.

OBS. III. — Une tumeur présentant tous les caractères des tumeurs érectiles veineuses occupait toute l'épaisseur de la lèvre inférieure. Elle avait le volume d'une petite noix. M. Huguier eut d'abord recours à la méthode de M. Lallemand. Huit grosses épingles furent placées dans la tumeur, et y restèrent pendant quinze jours. Au bout de ce temps la maladie n'ayant pas changé d'aspect, M. Huguier se détermina à pratiquer l'ablation de la tumeur. Je passe sous silence les détails de l'opération et de ses suites. Je me bornerai à mentionner le résultat de l'inspection de la tumeur dans les points qui avaient été traversés par les épingles. Or, le tissu érectile n'avait éprouvé aucun changement appréciable dans le voisinage du trajet des épingles. Rien dans ces points n'indiquait que l'on fût parvenu à enflammer et à oblitérer les vaisseaux.

Bien convaincu, d'après ces faits et d'autres analogues, que les épingles ne permettaient pas d'atteindre le but proposé, je fis alors quelques tentatives pour y arriver d'une autre façon; car, je l'avoue, le principe établi par M. Lallemand pour guérir les tumeurs érectiles me paraît excellent, le moyen seul est infidèle. M. le professeur Pelletan, témoin d'un des essais que j'avais tentés avec les épingles, pensa que ces corps étrangers n'enflammaient pas le tissu morbide parce qu'ils sont métalliques. Il me donna le conseil de me servir d'épingles d'ivoire ou de corne, s'appuyant sur ce qu'on observe lorsque l'on s'enfonce un corps étranger tel qu'une écharde de bois ou une épine à travers la peau. J'eus bientôt l'occasion de traiter par ce moyen une tumeur érectile veineuse occupant toute l'épaisseur de la partie moyenne de la lèvre supérieure. En voici une courte analyse :

TUMEUR ÉRECTILE VEINEUSE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE; EMPLOI INFRUCTUEUX DES AIGUILLES EN IVOIRE; INJECTION DANS LA TUMEUR DU NITRATE ACIDE DE MERCURE; GUÉRISON.

OBS. IV. — Mlle T..., âgée de 10 ans, porte une tumeur érectile veineuse placée au centre de la lèvre supérieure. Cette tumeur occupe toute l'épaisseur de la lèvre et s'étend par conséquent de la peau vers la membrane muqueuse. La peau présente une teinte violette. Cette coloration est encore bien plus prononcée du côté de la membrane muqueuse. En hauteur la tumeur s'étend du bord libre de la lèvre jusque vers la sous-cloison du nez. En largeur elle occupe à peu près le tiers de la longueur totale de la lèvre supérieure.

J'enfonçai, dès la première séance, douze épingles d'ivoire d'avant en arrière, et perpendiculairement aux places de la lèvre, dans la tumeur. Une douleur vive accompagne cette introduction, et disparaît au bout de deux heures.

Dès le lendemain la lèvre est tuméfiée; le gonflement ne tarde point à diminuer. Cependant, après cinq jours, la tumeur est plus grosse qu'au moment de l'opération; elle offre une teinte violacée; il s'écoule alors un peu de pus bien lié par un des trous des épingles. Les parens disent que du pus s'est fait jour par d'autres trous.

Au 9e jour trois épingles sont tombées spontanément. Le gonflement a diminué; il s'écoula à peine un peu d'humeur par les trous des épingles. Voyant que je n'obtenais pas, des aiguilles en ivoire, plus d'action que de celles en métal, je renonçai de suite à de nouvelles applications de ces corps étrangers, et je mis dès lors en usage un procédé dont je vais tout à l'heure donner la description. Je poussai à différentes reprises, dans les trajets des aiguilles, des injections irritantes. J'obtins de la sorte une vive inflammation. Il sortit par les trous du pus et du tissu cellulaire sphacelé, et la transformation du tissu érectile fut opérée dans l'espace de deux mois.

La malade examinée trois mois après, on constate une régularité parfaite dans le volume de la lèvre supérieure. Le lobule médian est à peine plus développé que sur la lèvre la mieux conformée. La peau et la muqueuse ont repris leur couleur normale. Le bord libre de la lèvre offre seul quelques vaisseaux qui semblent faire partie de l'ancienne tumeur, mais ils ne forment aucun relief et ne prennent pas le moindre accroissement.

Voulant à tout prix provoquer une inflammation violente dans les divers points d'une tumeur érectile, je pensai qu'il serait possible d'utiliser les trous faits par les épingles, en injectant dans plusieurs d'entre eux une liqueur irritante et même caustique. Pour atteindre ce but, je fis faire un syphon en platine, ayant le volume et la longueur d'une grosse épingle, creux à son intérieur, évasé par une de ses extrémités pour s'adapter à une seringue de verre.

Voici maintenant comment on agit et quels sont les effets de ce traitement : Il faut enfoncer dans la tumeur un certain nombre d'épingles. Six, huit, dix ou douze, selon le volume de la tumeur.

Il faut employer des épingles d'un fort calibre, afin que le syphon pénètre aisément dans le trou qu'elles font à travers le tissu morbide. Au bout de cinq à six jours, les épingles sont retirées, et l'on pousse immédiatement dans chacun des trajets qu'elles se sont creusés une injection irritante. Il est très facile de faire pénétrer le syphon de platine dans le fond du canal, creusé par l'aiguille. On reconnaît, à la sortie du liquide, entre le syphon et l'orifice du trou, que la liqueur a parcouru tout le canal.

Le liquide dont je me suis servi est le nitrate acide de mercure. Une douleur vive accompagne et suit immédiatement l'injection. La tumeur et les parties voisines ne tardent pas à se tuméfier considérablement; la peau devient rouge, chaude, les battemens s'accroissent dans la tumeur et dans les environs; ce sont les battemens artériels qu'on observe dans le phlegmon. Au bout de quelques jours, cette inflammation se termine par suppuration, et l'on voit sortir le pus soit par les trous, soit par des ouvertures spontanées. Pendant ce temps, plusieurs points durs se forment dans la tumeur, les vaisseaux érectiles disparaissent, et il reste un noyau d'induration, dont la résolution se fait longtemps attendre.

Il est rare qu'une seule application d'épingles suffise pour arriver à la guérison. Presque toujours, il reste des points suspects, dans lesquels on est obligé d'enfoncer de nouvelles épingles et de pousser de nouvelles injections. Tantôt j'ai procédé en mettant à la fois un certain nombre d'aiguilles, que je retirais toutes le même jour, faisant ainsi deux ou trois applications, séparées par des intervalles de temps, pendant lesquels la tumeur restait sans épingles; tantôt, au contraire, j'enfonçais ces corps étrangers dans certains points, à mesure que j'en retirais des autres, de telle sorte qu'il y en avait toujours plusieurs implantés dans la tumeur.

Cette méthode est au premier abord on ne peut plus satisfaisante; elle forme le complément de celle imaginée par M. Lallemand. Je l'ai mise en usage un grand nombre de fois et j'en ai retiré de grands succès. Cependant elle n'est pas à l'abri de tout reproche. D'abord il faut une grande attention pour empêcher que la liqueur caustique ne se répande sur des tissus, qu'il est important de ménager. Ce danger est surtout à craindre lorsqu'on opère sur les lèvres ou les joues et que les épingles ont traversé de part en part ces parties; car alors la liqueur tombera dans la bouche et pourra passer vers le pharynx, surtout si on agit sur des enfans, ainsi que cela a lieu le plus souvent.

Le second reproche, plus sérieux que le précédent, consiste dans le défaut de régularité des phénomènes que produit l'injection. Dans quelques cas, rares, il est vrai, l'effet irritant du caustique est à peine prononcé, de telle sorte que l'on ne détermine pas plus d'inflammation qu'avec les épingles seules. Dans d'autres cas, au contraire, l'irritation, est tellement vive qu'elle ne se borne plus à entraîner la suppuration; et l'on voit des plaques gangreneuses tantôt bornées au tissu intérieur de la tumeur, tantôt étendues vers la peau ou la muqueuse, tantôt enfin comprenant toute l'épaisseur de la lèvre ou de la joue. Ces différences tiennent peut-être à ce que, dans le premier cas, le liquide ne fait que toucher la surface du trajet fistuleux tracé par l'épingle, tandis que dans le second il en reste qui séjourne dans des excavations élargies de la tumeur, ou qui, peut-être même, s'infiltre dans les aréoles du tissu érectile. La production d'une ou de plusieurs escarres n'est point un phénomène fâcheux lorsque les limites de la partie mortifiée restent bornées à la tumeur et que la perte de substance qui en résulte ne laisse à sa suite aucune difformité. Loin de là, cette gangrène est doublement avantageuse, puisqu'il en résulte la destruction d'une partie morbide et un travail inflammatoire très actif dans les parties, qui confinent à l'escarre pour en amener l'élimination. Mais on ne peut *à priori* prévoir toute l'étendue de cette gangrène; ici donc existe un danger, que l'on parviendra sans doute à éviter en perfectionnant cette pratique.

Un dernier inconvénient qui résulte des injections du nitrate acide de mercure, c'est l'action générale de ce caustique sur toute l'économie, action qui ressemble à un véritable empoisonnement. J'ai vu quelques malades qui ont éprouvé ces accidens avec une telle violence que j'ai été

vivement inquiet sur leur sort pendant quelques jours. C'est en raison de ces accidens que j'ai renoncé à l'emploi des injections caustiques. Il est probable qu'ils tiennent au liquide particulier dont j'ai fait usage, et qu'on ne les observerait pas si on se servait de l'acide sulfurique concentré, ou d'une solution de potasse caustique. Mais comme je n'ai point expérimenté ces dernières substances, je ne puis dire quelle serait l'innocuité de leur action sur l'économie entière. Je vais rapporter une observation qui nous fournira un double exemple de la production des escarres et du développement des accidens généraux dont je parle.

TUMEUR ÉRECTILE VEINEUSE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE; EMPLOI DES ÉPINGLES ET DE L'INJECTION; GANGRÈNE DE LA TUMEUR; ACCIDENS GÉNÉRAUX GRAVES; GUÉRISON.

Obs. V. — Mademoiselle ***, âgée de 12 ans, porte à la lèvre inférieure une tumeur érectile veineuse, qui en occupe toute l'épaisseur dans les deux tiers environ de sa longueur.

J'enfonçai dix épingles dans la tumeur, du bord libre vers le bord adhérent de la lèvre, de telle sorte que leur pointe était perdue dans l'épaisseur de la lèvre et ne faisait pas saillie dans la bouche. Le lendemain, il y a du gonflement, un peu de dureté et une teinte un peu plus foncée de la tumeur. Au bout de trois jours, les épingles furent retirées, et à mesure j'injectai du nitrate acide de mercure dans chacun des trous. Cette opération produisit de vives douleurs. L'injection, poussée par un trou, revint par plusieurs autres, ce qui prouve qu'il s'était établi entre eux des communications, ou qu'au moment même de l'injection, la liqueur s'est infiltrée dans le tissu érectile.

Le gonflement et la dureté devinrent de suite plus prononcés. La malade a de la peine à ouvrir les mâchoires; elle est, dans la journée, en proie à une fièvre violente; des vomissemens opiniâtres surviennent le soir. Pendant la nuit, la malade éprouve du délire. Le lendemain, je la trouve pâle, le pouls petit, fréquent; douleurs à l'estomac, prostration extrême; la lèvre est excessivement douloureuse; sur son bord libre existe une zône gangreneuse d'environ 15 millimètres de diamètre; le reste de la lèvre présente une teinte livide.

Je fis administrer du vin et du lait pour relever les forces. La malade fit un usage fréquent de gargarismes chlorurés. La nuit fut meilleure que la précédente; les accidens de la veille ne reparurent plus. Quant aux phénomènes locaux, voici ce qu'on a observé. Des escarres peu profondes occupent le bord libre de la lèvre; l'une d'elles s'étend vers la face antérieure de cet organe. Le menton est rouge, les ganglions sous-maxillaires engorgés. La totalité de la tumeur est très dure dans toutes ses parties.

Dans les jours suivans, on vit aussi apparaître une plaque grise, de la largeur de l'ongle, sur la face postérieure de la lèvre. L'escarre centrale est dure comme du bois; le reste est également induré, quoique moins que l'escarre. La couleur est moins rosée que celle des autres parties de la lèvre. Tout à fait en-dehors, l'aspect est un peu moins satisfaisant, et l'on ne saurait dire si le tissu érectile a entièrement disparu.

Lorsque l'escarre fut entièrement éliminée, il en résulta une perforation de la lèvre, d'environ un centimètre de diamètre, plus large du côté de la peau que de la membrane muqueuse. Cette perforation diminua peu à peu d'étendue; son contour fut de temps en temps cautérisé avec le nitrate d'argent, et elle finit par s'oblitérer entièrement au bout d'un mois.

Le volume de la lèvre a considérablement diminué, et lorsque les plaies, résultant de la chute des escarres furent cicatrisées, la lèvre resta plus petite que du côté opposé; néanmoins la difformité est à peine sensible, et tout le tissu érectile a disparu, si ce n'est un petit noyau qui occupe le bord libre de la lèvre. Une injection, poussée à travers le trou d'une seule épingle, sembla en avoir provoqué la disparition; néanmoins, deux mois après, la petite tumeur avait reparu. J'eus alors recours au caustique de Vienne, qui en procura la guérison complète.

Les accidens généraux graves dont on vient de voir un exemple, et la production d'escarres, dont on ne peut à l'avance prévoir l'étendue, m'ont conduit à abandonner à peu près entièrement la méthode des injections de nitrate acide de mercure dans des trajets rendus fistuleux à travers les tumeurs érectiles : j'ai recherché un moyen moins dangereux de provoquer l'inflammation et la suppuration de ces tumeurs. J'ai alors essayé du séton proposé par Macilwain. On sait que ce mode de traitement consiste à traverser la tumeur avec un fil, dont on grossit le volume et qu'on laisse en place jusqu'à ce que le tissu morbide entre en suppuration. Ce moyen, qui a réussi à son auteur, puis à Fawdington, et à quelques autres, a échoué entre les mains de plusieurs chirurgiens. Je pensai que l'insuccès tenait à la manière dont on employait le séton, et je modifiai son application de la façon que je vais dire. J'ai augmenté le nombre des sétons dont on traverse la tumeur; j'ai donné à chacun d'eux un volume assez considérable, et enfin je m'en suis servi pour opérer en même temps l'étranglement d'une grande partie du tissu érectile. Cette opération simple, et exempte d'aucun danger, a été, jusqu'à ce jour, suivie de succès dans tous les cas où j'y ai eu recours.

Voici comment je procède : avec une aiguille, armée d'un fil double, je traverse la tumeur d'un côté à l'autre, en me rapprochant, autant que possible, de sa base; je place ainsi plusieurs fils, parallèles les uns aux autres, et séparés par un intervalle de quatre à cinq millimètres environ. Les fils les plus excentriques doivent atteindre les dernières limites de la tumeur. Les anses de chaque séton restent pendantes du même côté. Au bout de deux ou trois jours, lorsque déjà le trajet qui parcourt les fils est un peu agrandi, je me sers des anses des sétons pour conduire à travers la tumeur un fil plus gros que les précédens, et disposé de telle sorte qu'il offre d'un côté une série d'anses, qui embrassent les intervalles de chacun des trous formés par les premiers sétons, et du côté opposé des bouts, qui sont noués ensemble sur un morceau de bois ou de bougie élastique; de la sorte, la base de la tumeur est étranglée dans toute son étendue, et le tissu qui est au-devant des fils, ainsi que la peau qui le recouvre, ne reçoivent plus de sang que par la petite portion de la tumeur et des tégumens qui se trouvent aux deux extrémités de la série des sétons. Cette circonstance suffit pour prévenir la mortification entière de la tumeur; elle prévient aussi les inconvéniens qui résulteraient d'une trop grande perte de substance; elle permet de ménager la peau, dont l'aspect est toujours préférable à celui d'une cicatrice. Voici, du reste, ce qu'on observe : la tumeur se gonfle dans les premiers jours; elle devient chaude, douloureuse, et prend une teinte livide. Bientôt les anses des sétons divisent la peau qui sépare chacun des trous, et les fils s'enfoncent entièrement dans la tumeur; ils se relâchent, et l'on est obligé de resserrer le nœud qui a été fait sur le corps étranger. A la place des trous, il se fait une sorte de fente de plus en plus profonde, dans le fond de laquelle se rencontrent les anses des sétons. Pendant ce temps, du pus s'écoule en abondance par les trous qui répondent aux nœuds, par la fente qui répond aux anses. Quelquefois un ou plusieurs abcès se forment dans l'épaisseur de la tumeur et se font jour du côté de la peau.

Lorsque les sétons ont entièrement coupé les parties qu'ils embrassaient, il existe alors un pont, formé par la tumeur et la peau, séparé des parties sous-jacentes par la plaie faite par les sétons, et ne tenant au reste du corps que par les deux extrémités laissées en dehors des fils. Bientôt le pont se recolle sur les tissus profonds; les ulcères se ferment, et il ne reste que deux cicatrices linéaires longitudinales, parallèles, situées vers les ouvertures d'entrée et de sortie des fils.

Pendant tout ce temps, le tissu érectile subit les transformations indiquées par M. Lallemand; ses vaisseaux s'oblitèrent; la tumeur prend une couleur semblable à celle de la peau voisine; elle s'affaisse et finit par se mettre de niveau avec les autres parties.

TUMEUR ÉRECTILE VEINEUSE DU FRONT; QUELQUES FILS PASSÉS TRÈS SUPERFICIELLEMENT; ACCROISSEMENT PROGRESSIF; SÉTONS NOMBREUX; ÉTRANGLEMENT PARTIEL; TUMEUR EN VOIE DE GUÉRISON.

Obs. VI. — Un enfant, âgé de 10 mois, m'a été présenté il y a six semaines, portant sur la bosse frontale gauche une tumeur érectile, de nature veineuse. La maladie s'est développée peu de temps après la naissance. M. Petit le fils, médecin à Corbeil, voyant qu'elle faisait de continuels progrès, traversa son sommet avec quelques fils, qui ne tardèrent pas à ulcérer les parties qui les recouvraient. La tumeur s'affaissa un peu dans ces points, et la peau y prit un aspect blanchâtre. Néanmoins l'affection n'était pas détruite, et son accroissement général ayant continué, la tumeur égalait, quand je la vis pour la première fois, le volume d'une châtaigne un peu aplatie. Je passai de suite six sétons de bas en haut, à travers sa base, ayant soin de faire correspondre les ouvertures d'entrée et de sortie au point d'union du tissu malade avec le tissu sain; je m'appliquai aussi à traverser la tumeur dans sa partie la plus profonde, de manière à laisser au-devant des fils la plus grande partie de son épaisseur. Au bout de trois jours, une abondante suppuration s'écoule par les trous des sétons. C'est alors que les extrémités de chacun d'eux furent réunies et engagées dans les trous de grains d'ivoire pour être serrés, tandis que les autres bouts, formant autant d'anses, vinrent s'appliquer sur le côté opposé de la tumeur. Celle-ci prit de suite une teinte violette. Les sétons sont resserrés chaque jour; bientôt ils entrent dans la tumeur et la divisent d'un bord à l'autre. Pendant ce temps, la suppuration devient très abondante, le tissu érectile paraît se modifier, et lorsque, vers le quinzième jour, les fils eurent coupé tout ce qu'ils embrassaient, la masse totale était devenue dure et n'offrait plus au toucher la consistance spongieuse du tissu érectile. Néanmoins, le volume de la tumeur est encore assez considérable, ce qui tient à l'engorgement inflammatoire, dont elle est le siége et à la transformation, sans perte de substance des tissus. Cette saillie s'affaissera, sans doute, peu à peu avec le temps. On pourra, d'ailleurs, favoriser sa diminution par un bandage compressif. Peut-être même sera-t-il convenable de recourir soit au bistouri, soit au caustique pour en opérer la réduction (1).

Il existe plusieurs autres procédés pour arriver à la guérison des tumeurs érectiles. Je ne les ai pas mis ni vu mettre en usage, c'est pourquoi je m'abstiendrai d'en parler ici. Je ne dirai rien non plus de la liga-

(1) J'ai revu l'enfant il y a une quinzaine de jours. La tumeur érectile est réduite au quart de son volume primitif. Tout est cicatrisé. Pour compléter la cure, j'ai appliqué le caustique de Vienne sur le centre de la tumeur, de manière à détruire ce qui peut rester de tissu morbide et à produire une cicatrice de niveau avec la peau voisine.

ture des troncs artériels loin de la tumeur, afin d'obtenir l'oblitération des vaisseaux de cette dernière, cette opération étant une méthode purement exceptionnelle, et applicable seulement aux productions qui ne reçoivent le sang que d'une source unique.

Je terminerai par une remarque applicable à quelques guérisons. Il arrive assez souvent qu'après avoir obtenu la transformation du tissu érectile en tissu cellulo-fibreux, la tumeur, bien que guérie en ce qui concerne la nature de son tissu, conserve un volume assez considérable, et constitue, par là même, une difformité d'autant plus fâcheuse que presque toujours elle a son siége au visage. C'est alors que, pour compléter la guérison, il faut avoir recours à l'excision partielle de la tumeur. Comme c'est principalement aux lèvres et aux joues que ces cas se rencontrent, on doit faire porter la perte de substance sur la face buccale de ces parties, afin d'éviter la difformité que produiraient de nouvelles incisions. Il est à cet égard une remarque importante à faire, c'est qu'il ne faut pas se hâter de retrancher ce qui semble trop volumineux. J'ai plusieurs fois observé que la tumeur continuait à s'affaisser pendant les mois et même les années qui suivent le moment où elle a cessé d'être érectile. Or, si l'on voulait exciser de suite une portion encore volumineuse de la tumeur, on s'exposerait à pratiquer une opération inutile, et l'on courrait le risque de faire naître une difformité opposée à celle qu'on voulait prévenir, en produisant une perte de substance considérable. J'ai déjà eu plusieurs occasions de recourir à cette excision. En la faisant, j'ai été frappé, comme M. Lallemand, de la difficulté avec laquelle les nouveaux tissus se laissent diviser. Dans presque tous les cas, l'hémorragie s'est arrêtée par la simple application d'un linge imbibé d'eau froide sur la plaie. Dans une circonstance, j'ai fait succéder à l'excision l'application du cautère rougi à blanc, plutôt pour augmenter la rétraction des tissus que pour dompter une hémorragie rebelle. Nous allons rapporter quelques exemples de tumeurs érectiles où cette excision a été pratiquée avec avantage.

TUMEUR ÉRECTILE VEINEUSE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE; TRAITEMENT PAR LES ÉPINGLES, PUIS PAR LES INJECTIONS DE NITRATE ACIDE DE MERCURE; TRANSFORMATION DE LA TUMEUR; EXCISION D'UNE PARTIE DE LA LÈVRE DEMEURÉE HYPERTROPHIÉE.

OBS. VII. — Mademoiselle H., âgée de 18 ans, vint me consulter à l'occasion d'une tumeur érectile veineuse qui occupait le bord de la lèvre supérieure, près de la commissure gauche: du volume d'une petite noix, cette tumeur, étendue de la peau à la membrane muqueuse, offrait une couleur bleuâtre, se gonflait dans les efforts, et recevait, du voisinage des artères labiales, quelques battemens appréciables au doigt. Du reste, ses progrès étaient lents. Je proposai à la malade de la traiter d'après la méthode de M. Lallemand; mais, au lieu d'y consentir, cette jeune fille se mit entre les mains d'un charlatan, qui fit quelques applications de nitrate d'argent sur la tumeur, et prescrivit un sirop dont l'action fut extrêmement pernicieuse pour la santé.

Mademoiselle H. revint me trouver au bout de dix-huit mois. Le mal avait pris un peu plus d'accroissement. Je traversai de suite la tumeur avec onze épingles. Le lendemain, le volume est accru et la couleur de la lèvre est un peu plus livide.

Au bout de six jours, les épingles sont retirées. Il s'écoule par les trous une petite quantité de pus mal lié et du sang par l'un d'eux seulement. La tumeur reprend son volume et son aspect naturels.

J'enfonce immédiatement six épingles en ivoire qui pénètrent la tumeur en plusieurs directions. Le passage de ces épingles est plus douloureux que celui des épingles métalliques. Le gonflement et la lividité reviennent dès le lendemain. Deux nouvelles épingles sont plantées dans la tumeur, et chaque jour je répète la même opération, jusqu'à ce qu'il y ait quatorze épingles dans la lèvre. Les changemens subis par le tissu érectile paraissent peu prononcés. Quelques trous d'épingle laissent sortir un peu de pus, ici sanguinolent, là bien lié. Par le plus grand nombre, il ne s'écoule absolument rien; il ne se fait pas d'abcès; seulement la tumeur paraît plus dure et elle diminue un peu de volume.

Au neuvième jour, quatre épingles furent retirées, plongées dans le nitrate acide de mercure, puis remises dans les trous qui les avaient déjà reçues. Il en résulta plus de douleur, de gonflement et de suppuration.

Enfin, au dixième jour, je pousse une injection de nitrate acide de mercure. La douleur est vive et instantanée. La lèvre éprouve un tremblement convulsif; la joue entière est grosse, dure et rouge. Les douleurs persistent avec une grande violence pendant quatre à cinq heures, et arrachent des cris à la malade; insomnie.

Les principaux changemens qui survinrent les jours suivans furent une dureté très prononcée de la lèvre; la formation d'une plaque noire gangréneuse et la sortie, par deux trous élargis des épingles, de masses de tissu cellulaire gangréné et de pus; et enfin, la diminution de volume de la tumeur.

Je crus devoir, deux mois après, enfoncer encore une épingle et pousser une injection dans un point suspect. Il en résulta une rougeur et un gonflement inflammatoire qui ne tardèrent point à se dissiper. Depuis lors, il n'y eut plus rien de fait. La lèvre n'offre plus d'apparences de tissu érectile. Cependant, deux mois après, il se présente de nouveau une teinte violacée du côté de la muqueuse buccale, quatre nouvelles épingles sont enfoncées dans ce point, et, trois jours après, les trous sont injectés avec le nitrate acide de mercure. Inflammation, suppuration, escarres. Pas d'accidens généraux; le gonflement diminue; la lèvre paraît définitivement guérie, et pendant plusieurs mois qu'on l'observe, elle continue à offrir la couleur et la consistance des autres parties des lèvres. Seulement elle conserve plus de volume, et la saillie plus prononcée de son bord libre altère la régularité du contour de la bouche.

Je me déterminai alors à compléter la cure en faisant subir à la lèvre une perte de substance proportionnée à son excès de volume. L'opération que je pratiquai fut en tout semblable à celle que l'on applique au traitement de l'hypertrophie de la partie moyenne de la lèvre supérieure. Ainsi, la lèvre étant un peu renversée, je saisis avec des pinces érignes une partie de l'épaisseur de cet organe, comprenant la muqueuse de sa face postérieure et les plans les plus profondes du muscle orbiculaire, et je retranchai, avec les ciseaux, un lambeau assez épais pour rétablir l'harmonie de volume entre les deux points symétriques de la lèvre supérieure. Cette dernière opération eut tout le succès désiré, et aujourd'hui mademoiselle H. ne conserve de sa maladie d'autres traces que de petites cicatrices blanchâtres, apparentes seulement pour celui qui les recherche avec attention, et provenant de la guérison de quelques-unes des ouvertures des trous d'épingles dont la suppuration et l'ulcération avaient produit l'agrandissement.

TUMEUR ÉRECTILE VEINEUSE SITUÉE À LA JOUE ET À LA LÈVRE SUPÉRIEURE DROITE; EMPLOI DE SÉTONS D'ABORD, PUIS DES ÉPINGLES ET DES INJECTIONS DE NITRATE ACIDE DE MERCURE; ACCIDENS GRAVES; GUÉRISON DE LA TUMEUR ÉRECTILE; EXCISION PARTIELLE DE LA LÈVRE RESTÉE VOLUMINEUSE.

OBS. VIII. — Mademoiselle L..., âgée de 2 ans et demi, me fut adressée par mon confrère et ami, M. Guionis, médecin à Rueil, en 1838; cet enfant porte dans l'épaisseur de la joue droite et la moitié droite de la lèvre supérieure une tumeur d'une nature veineuse. Neuf mois auparavant on avait passé à travers la partie superficielle de la tumeur quatorze petits sétons qui produisirent de la suppuration et l'ulcération des parties comprises entre eux et la peau. Après la cicatrisation des plaies, la tumeur s'affaissa un peu dans ce point, mais elle continua à grossir dans tous les autres.

Une maladie de l'enfant fit ajourner l'application de nouveaux sétons.

J'enfonçai dans la joue six épingles de gros calibre. Après trois jours les épingles sont retirées et le nitrate acide de mercure injecté dans les trous. La joue devint de suite rouge et dure; des vomissemens opiâtres et abondans survinrent dans les deux jours suivans, accompagnés de rétention d'urine, de faiblesse extrême, de la petitesse et de la fréquence du pouls. Joue tendue, rouge, très douloureuse, la suppuration s'établit dans toute la tumeur. Une escarre de 12 à 15 millimètres de diamètre s'est formée près de l'ancienne cicatrice. Les accidens généraux cessent peu à peu; néanmoins la faiblesse persiste pendant plusieurs semaines et de temps à autre il revint quelques vomissemens.

Les modifications dont la tumeur fut ultérieurement le siége eurent pour résultat sa diminution, et la transformation d'une partie de son tissu en une substance cellulo-fibreuse; néanmoins il fallut encore, à quelque mois d'intervalle, recourir aux épingles suivies des injections de nitrate acide de mercure. A chaque fois l'injection détermina le retour de quelques vomissemens et provoqua des phénomènes locaux d'inflammation très prononcés, quoique moins violens qu'ils n'avaient été à la première.

Six mois après le commencement du traitement, l'on n'aperçoit plus de traces du tissu érectile ni sur les joues, ni sur la lèvre, tant du côté de la peau que de la membrane muqueuse de la bouche; seulement ces parties semblaient être hypertrophiées.

J'engageai les parens à attendre avant d'en venir à aucune autre opération; et en effet les parties ont peu à peu diminué pendant les trois années qui suivirent la cessation du traitement. Cette diminution aurait sans doute continué à se faire spontanément; mais les parens, impatiens de voir la lèvre de leur fille bien conformée, ont fait auprès de moi de vives instances pour compléter la cure par l'excision des parties exubérantes; j'ai satisfait à leur désir en retranchant du côté de la face interne de la lèvre et de la joue droite une portion assez épaisse de ces parties. Malgré cela, il existe encore aujourd'hui une légère prédominance de volume du côté malade; mais avant d'en venir à une seconde excision, je veux attendre que la première ait produit tout ce qu'elle peut donner. Je sais par l'expérience d'un autre enfant dont la maladie et le traitement offrent, avec celui dont il est question ici, une très grande analogie, je sais, dis-je, que la rétraction des tissus continue à s'opérer pendant un grand nombre de mois qui s'écoulent après l'opération; et qu'en voulant de suite rendre les parties symétriques, on s'expose à faire descendre plus tard le côté malade au-dessous de son volume naturel.

J'aurais pu rapporter un beaucoup plus grand nombre de faits; mais les observations ont entre elles beaucoup de ressemblance, et j'ai dû citer seulement celles qui pouvaient venir à l'appui de quelques-unes des propositions nouvelles émises dans ce mémoire.

Je résumerai en quelques propositions les idées principales qui peuvent ressortir de ce travail. 1° Les tumeurs érectiles comprennent des productions accidentelles, dont les unes paraissent formées par les vaisseaux capillaires proprement dits de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, dont les autres semblent produites par une agglomération de petites veines, largement anastomosées entre elles. Les premières de ces tumeurs disparaissent parfois spontanément; d'autres fois elles s'ulcèrent, versent ou non du sang, et s'affaissent dans les points qui ont été ulcérés. Les deuxièmes s'ulcèrent plus rarement; et quand cela a lieu, elles versent du sang en abondance; leur guérison ou leur affaissement

spontané est excessivement rare, mais arrivé à un certain degré elles cessent en général de s'accroître.

2° Le traitement des tumeurs érectiles renferme deux ordres de moyens qu'on emploie isolément ou concurremment ; par le premier on les détruit, par le second on les transforme en d'autres tissus.

3° La première méthode convient essentiellement aux tumeurs cutanées, superficielles ; le meilleur moyen de l'accomplir consiste dans la cautérisation avec la pâte de Vienne.

4° La seconde méthode convient aux tumeurs veineuses, à celles qui occupent une grande épaisseur de parties. On parvient à transformer le tissu érectile en d'autres tissus en l'enflammant. Cette idée ingénieuse appartient à M. Lallemand. Le moyen que ce chirurgien conseille, c'est-à-dire l'acupuncture, ne suffit pas en raison de la difficulté qu'a le tissu érectile à s'enflammer. L'injection de substance caustique dans les trous des épingles, dont l'invention m'appartient, est beaucoup plus efficace ; mais elle est dangereuse et l'on ne peut en calculer au juste les conséquences ; le moyen le plus sûr consiste dans l'emploi des sétons combinés avec l'étranglement.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR L'ÉTAT SANITAIRE DE L'ALGÉRIE PENDANT LES TROIS PREMIERS TRIMESTRES DE 1841 ; par M. le docteur GUYON.

Cette année, les chaleurs ayant été, en Algérie, moins fortes que les années précédentes, les maladies y ont été aussi moins nombreuses et moins graves.

Le corps qui, dans la division d'Alger, a le plus souffert par les maladies cette année, sont les tirailleurs d'Afrique, bien qu'il ne soit entré, dans sa composition, que des hommes de choix. Mais ce corps est depuis peu en Algérie, et y a dû subir l'influence de l'acclimatement.

Dans la même division, les cas de fièvre pernicieuse ont été assez rare cette année ; ils y ont revêtu, pour la plupart, la forme algide. On y a observé, avant les chaleurs, des cas de méningite cérébro-spinale, avec les mêmes caractères que ceux que cette maladie a offerts en France, dans différentes localités. Son apparition en Algérie remonte au mois de janvier 1840.

Les premiers cas ont été observés à Douéra, position assez élevée et salubre, du moins par elle-même (1), au sud du massif d'Alger, et faisant face au petit Atlas. Sur 13 cas de la maladie dont nous parlons, et dont les sujets ont été reçus à l'hôpital de Douéra, un seul est arrivé à guérison, et encore le malade est-il resté longtemps valétudinaire après sa sortie de l'hôpital. Les cas de méningite cérébro-spinale qui, depuis, se sont offerts à Blida et à Alger, n'ont pas donné lieu à des résultats plus satisfaisans. La méningite cérébro-spinale a donc été en Algérie, sous tous les rapports, ce qu'elle a été en France. Les cas qui s'en sont présentés à Alger cette année, tant dans la population civile que dans les hôpitaux de l'armée, ne s'élèvent guère qu'à une trentaine au plus.

Dans la population civile d'Alger, comme parmi les troupes cantonnées dans la province, des accidens cholériques ont été observés sur un assez bon nombre de malades, mais chez presque tous ils se sont terminés par la guérison. On ne cite même, dans toute la population d'Alger, qu'une jeune personne qui y aurait succombé. Cette jeune personne mourut rapidement : après avoir soupé comme de coutume, elle n'existait plus le lendemain.

Dans la province d'Alger, le scorbut, qui régnait épidémiquement au Fondouc, a disparu avec la suppression du camp qu'on avait établi sur ce point. Une autre localité, Gigelli, sur la côte, où le scorbut régnait aussi à la même époque, ne s'y présente plus aujourd'hui que par des cas rares. En général, la mortalité en Algérie, par suite de la maladie dont nous parlons, alors qu'elle était exempte de toute complication, a été fort minime.

Dans la province d'Oran, la dysentérie, qui y est en quelque sorte la maladie habituelle, a été cette année sinon plus aiguë, du moins plus répandue que les années précédentes, ce qui, du reste, ne tient qu'aux opérations militaires multipliées qui ont eu lieu dans la province, depuis le commencement de l'année. Depuis que nous occupons Oran, c'est toujours la dysentérie qui nous y a enlevé le plus de monde, tant dans l'armée que dans la population civile.

A Alger, la rougeole vient de régner dans les différentes classes de la population européenne, maure et juive ; elle n'y est même pas encore terminée. En général, elle a été fort bénigne ; un seul enfant, à ma connaissance, y a succombé. On peut attribuer sa mort à un courant d'air froid auquel il a été exposé dans le cours de sa maladie.

La variole, qui a fait de grands ravages à Constantine sur la fin de l'année dernière, y régnait encore au commencement de celle-ci. Au moment où j'écris, quelques cas en existent dans la population civile d'Alger. Du reste, il se passe peu d'années sans que la variole ne se voie dans cette ville, où se trouve réunie une population à la fois si nombreuse et si pressée. Ce n'est pas que la médecine française ne fasse, en Algérie, tout ce qui dépend d'elle pour y éteindre la maladie : M. le docteur Renaut, à Alger, d'autres médecins sur les autres points de notre occupation, propagent, autant qu'il est en leur pouvoir, les bienfaits de la vaccine ; mais les préjugés si enracinés chez les musulmans lui présentent encore de grands obstacles.

Cependant, il semblerait que l'inoculation en usage dans le pays depuis longtemps (1) devrait y préparer à l'adoption de la vaccine, qui y a été portée, pour la première fois, sous le gouvernement du dernier dey, par le docteur Martinengo, médecin piémontais.

(1) Les vents du sud y apportent les germes des maladies qui règnent dans la plaine voisine, la Mitidja, qui sépare le massif d'Alger de la chaîne du petit Atlas.

(1) L'inoculation, en usage dans toute l'Afrique du Nord, paraît lui avoir été transmise de l'Afrique centrale, où elle est pratiquée depuis un temps immémorial.

OBSERVATION RELATIVE A L'EFFICACITÉ DE LA STRYCHNINE DANS LE TRAITEMENT DE LA CHORÉE OU DANSE DE ST-GUY ; par M. le docteur FOULHIOUX, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc.

Abandonnée à elle-même, la chorée ou danse de Guy a une durée indéterminée, et peut se compliquer avec d'autres affections. Aussi, divers moyens ont-ils été employés dans le traitement de cette maladie, depuis Sydenham, qui avait recours à l'usage alternatif des saignées, des purgatifs et des calmans, jusqu'au docteur Mérat, dont les pilules d'azotate d'argent, camphre, musc et opium sont adoptées par plusieurs praticiens. Un certain nombre de médicamens usités avaient en vain été administrés, lorsque j'eus l'idée de recourir à la strychnine pour le sujet de l'observation suivante. On verra que le succès a répondu à mon attente.

OBS. — Bailly (Benoît), âgé de 13 ans, né et domicilié à Porcieux (Ain), alité au n. 96 de la salle St-Charles, nous a présenté les symptômes d'une chorée très intense, dont l'invasion avait eu lieu six semaines auparavant. La frayeur d'être frappé par le maître d'école du village a été considérée par le père de l'enfant comme cause de la maladie, qui est survenue brusquement et sans gradation dans les phénomènes.

Les membres étaient agités de mouvemens irréguliers qui rendaient la marche presque immobile. L'enfant ne parvenait à porter les alimens à sa bouche qu'après avoir effectué une série de contorsions bizarres. Il y avait bégaiement et grimaces des lèvres ; la parole, toujours difficile, était souvent interdite. Le sommeil procurait une immobilité complète donnant ainsi à la maladie l'intermittence, qui est un de ses caractères.

Depuis le 10 juillet 1838, jour de l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, jusqu'au 20 du même mois, on administra chaque jour deux pilules de Mérat, ainsi qu'une infusion de valériane et de feuilles d'oranger. Malgré ces moyens thérapeutiques, l'état du malade était resté le même.

Le 24 janvier 1839, la direction du service médical de la salle St-Charles m'ayant été confiée, j'ordonnai une potion avec sulfate de quinine, 0,10 ; musc, 0,5 ; sirop de valériane, 30 grammes ; lavement avec assa-fœtida, 4 grammes ; emplâtre anti-hystérique sur l'abdomen.

Le 25 janvier, même lavement.

Le 26, aucune amélioration.

C'est alors que j'ai eu recours à des pilules préparées chacune avec un douzième de grain (0,006) de strychnine, et 1 grain (0,05) de conserve de cynorrhodon.

Les 26, 27 et 28 janvier, le malade a pris chaque jour deux de ces pilules, une le matin et une le soir.

La strychnine ne produisit pas des effets appréciables les deux premiers jours qui suivirent son emploi.

Le jour suivant, il y eut exacerbation graduelle des symptômes de la maladie, et développement d'une dartre furfuracée sur presque tout le corps.

Dans la nuit du 28 au 29, l'enfant eut des crises musculaires si violentes, qu'il se précipita deux fois de son lit sur le carreau. La sœur veilleuse nous dit le matin qu'elle avait cru plusieurs fois que le malade allait expirer.

Quand nous le vîmes à la visite du matin, les convulsions existaient encore, mais étaient moins fortes. Je supprimai la strychnine et je conseillai une potion calmante simple.

Le 30 janvier, non seulement les convulsions de la veille n'existaient plus, mais les mouvemens de la chorée avaient singulièrement diminué ; ils s'affaiblirent graduellement jusqu'au 4 février, où nous trouvâmes qu'ils avaient tout à fait cessé d'exister.

Le malade fut gardé jusqu'au 5 mars, afin de constater la solidité de la guérison, et pour combattre une arthrite aiguë qui survint sans cause connue à l'articulation radio-carpienne.

L'efficacité de la strychnine ne me paraît pas douteuse dans l'observation précédente. Ce moyen convient-il toujours? Je pense : 1° qu'on devrait fonder peu d'espoir sur le succès, si la maladie était ancienne ; 2° que l'on devrait faire disparaître les complications, s'il y avait coïncidence chlorotique, vermineuse ou inflammatoire ; 3° enfin, que l'on devrait s'abstenir de la strychnine, s'il existait en même temps une névropathie trisplancnique.

On a remarqué le rapport qui a été signalé entre le changement obtenu dans l'état du malade et l'apparition d'une dartre furfuracée générale. Cette circonstance serait-elle favorable à l'opinion de Sydenham, qui admettait un principe acre, irritant les centres nerveux comme cause organique de la chorée? Cette opinion de Sydenham, traduite en langage physiologique moderne, pourrait s'appuyer sur plusieurs observations du docteur Frichard, relatives aux altérations du système nerveux dans la chorée. La circonstance nécroscopique, signalée dans ces observations, était une sérosité proportionnellement plus abondante qu'à l'état normal dans la rachnoïde rachidienne, une injection sanguine au-dessous, et quelquefois une couche albumineuse entre les deux lames de cette membrane (1).

Les moyens administrés, avant la strychnine, à notre malade, ont-ils contribué à la guérison que nous avons obtenue? On pourrait invoquer une observation du docteur Prion (2), relative à une fille de sept ans qui fut guérie en quinze jours par les pilules de Mérat, données à la dose de deux par jour. Cette enfant avait pris d'abord inutilement divers antispasmodiques et toniques. Or, le jeune Bailly, dont nous avons communiqué l'observation, avait été soumis pendant dix jours consécutifs à l'usage de ces mêmes pilules avant l'emploi de la strychnine. Cependant je pense qu'on ne peut refuser l'honneur du succès à ce dernier moyen, d'après le rétablissement rapide qui a suivi son administration, et en raison de l'état stationnaire pendant l'emploi des autres médicamens.

Aurait-on pu réussir par un autre traitement? Parmi les moyens dont l'usage alternatif a été proposé par Sydenham, les purgatifs, les calmans ou la saignée ont été employés isolément quelquefois par les praticiens. On trouve dans les ANNALES PHYSIOLOGIQUES (janvier 1815) un exemple de l'usage exagéré des émissions sanguines dans le traitement de la chorée. D'après la complication d'une gastrite peu intense, sans doute, puisque l'auteur de l'observation indique cette complication sans la décrire, trois cent quatre-vingts sangsues furent appliquées en trois semaines tant à l'épigastre qu'à l'occiput et le long du rachis sur un enfant de quatorze ans, d'un tempérament nerveux et chez lequel la maladie était survenue à la suite d'un travail au-dessus de ses forces ; la guérison eut lieu en quatre semaines. Ainsi parmi les traitemens énergiques qui réussissent, celui par la strychnine ne demande pas le plus de temps et ne fait pas le plus à craindre pour la santé ultérieure du sujet.

S'il est un moyen supplémentaire de la strychnine, je pense que ce doit être l'électricité qui a réussi quatre fois sur cinq au docteur Golding Bird, en Angleterre (3). Mais on n'a pas toujours une machine électrique à sa disposition.

Comment la strychnine a-t-elle agi sur notre malade? Est-ce en suscitant une modification analogue à celle qui constituait la maladie, on en produisant une perturbation qui a fait disparaître l'anomalie nerveuse? Je ne sais laquelle de ces deux hypothèses doit obtenir la préférence ; toutefois je dois dire que c'est la première qui m'a suggéré la pensée de traiter le jeune Bailly par la strychnine.

CAS DE FRACTURE DU PÉRONÉ AVEC ARRACHEMENT DE LA MALLÉOLE INTERNE ET PLAIE PÉNÉTRANTE DANS L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE ; ABCÈS CONSÉCUTIFS ; NÉCROSE DU TIBIA ET RÉSECTION DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE CET OS ; GUÉRISON ; observation communiquée par M. le docteur DE CASTELLA.

L'année dernière, à Fribourg, j'ai communiqué, à la section médicale de la Société helvétique des sciences naturelles, un cas de résection de l'extrémité inférieure du tibia ; j'ai fait voir le fragment d'os enlevé. Notre confrère, M. le docteur Mayor, de Genève, en passant à Neufchâtel, est venu visiter le malade à l'hôpital Pourtalès.

Je crois utile aujourd'hui de faire connaître le résultat de cette opération ; je le crois d'autant plus utile et même nécessaire, que M. Thierry, chirurgien très distingué, a fait voir à l'Académie de médecine de Paris, dans sa séance du 30 juin 1840, un cas à peu près analogue pour lequel il a pratiqué l'amputation de la jambe. Et faisant voir à l'Académie le membre amputé, ce chirurgien demande *si en pareil cas on ne pourrait pas tenter la résection?* L'observation suivante pourrait lui répondre d'une manière affirmative.

OBS. — Le nommé Charles-François Jaques de Sainte-Croix, demeurant à Fleurier, âgé de 42 ans, avait été renversé, le 2 mai 1840, sous un char de bagage dont il cherchait à prévenir la chute. Le pied droit, portant à faux, se trouva violemment renversé en dehors, la malléole interne fut arrachée, et l'extrémité inférieure du tibia déchira la peau et fit saillie à la partie interne du pied.

Le malade, transporté chez lui, y fut soigné pendant quelque temps. L'inflammation se développa dans le membre fracturé, des abcès se formèrent derrière le tibia, l'extrémité inférieure de cet os se nécrosa, et le chirurgien qui le traitait jugea que l'amputation de la jambe était le seul moyen de le sauver ; et, pour cela, il fut transporté à l'hôpital de Pourtalès, le 27 mai, où il présenta l'état suivant :

Le pied droit était fortement renversé en dehors, le péroné était fracturé à deux ou trois pouces de la malléole externe, qui paraissait aplatie, et sur laquelle on sentait de la crépitation. Au-dessus on remarquait un angle rentrant et obtus formé par la dépression du péroné, l'extrémité inférieure du tibia noire et dénudée dans l'étendue d'environ deux pouces faisait saillie en dedans du pied ; la malléole interne était arrachée au niveau de la surface articulaire du tibia ; le doigt pénétrait librement dans l'articulation du pied avec la jambe, la face supérieure de l'astragale regardait en dedans ; trois ou quatre ouvertures fistuleuses, donnant une sanie fétide, existaient sur le bord postérieur du tibia ; le pied était œdémateux ; le malade avait beaucoup de fièvre, ses forces étaient épuisées et ses nerfs très ébranlés.

Le 2 juin, le malade étant remis de la fatigue de son voyage pour venir à l'hôpital, je jugeai qu'avant d'en venir à l'amputation de la jambe je devais tenter la résection de la portion du tibia nécrosée, rétablir le pied dans sa position naturelle, et l'y maintenir à l'aide du bandage Dupuytren pour la fracture du péroné.

La résection fut opérée de la manière suivante : J'incisai la peau au-devant et en arrière du tibia, je passai sur sa face externe une lame de plomb, le plus haut possible, afin de préserver les parties molles et surtout les vaisseaux ; et, à l'aide d'une petite scie à amputation, je fis la résection de toute l'extrémité inférieure de cet os, dans l'étendue de 21 lignes ; l'épiphyse ayant environ 6 lignes, le corps de l'os fut réséqué de 15 lignes ; la résection fut un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors.

Le pied fut ensuite facilement ramené en dedans et il fut maintenu avec le bandage Dupuytren ; la dépression du péroné disparut, et la jambe à demi-fléchie sur la cuisse, fut placée, sur son côté externe, sur un coussin de balle d'avoine.

Tous les jours je renouvelai l'appareil ; la plaie était recouverte d'un plumaceau de charpie enduit de beaume d'Arcœur et des fomentations aromatiques entouraient la jambe et le pied.

Une nouvelle inflammation phlegmoneuse se développa pendant les premières semaines en avant et en arrière du tibia et sur le col du pied, plusieurs incisions furent pratiquées, des portions de tissu cellulaire mortifiées se détachèrent.

L'extrémité inférieure du tibia se recouvrit de bourgeons charnus, la membrane médullaire se développa rapidement, acquit de la densité et à mesure que l'espace vide entre le tibia, l'astragale et le péroné se remplit de chair, le talon qui avait été fortement relevé par l'action des muscles jumeaux et solaire et le pied étendu sur la jambe, furent ramenés à leur position actuelle.

Au bout de deux mois le péroné était consolidé et avait repris sa rectitude naturelle, ce qui me permit de supprimer le bandage de Dupuytren et de panser la plaie avec un simple bandage roulé. Je fus obligé de cautériser fréquemment celle-ci avec le nitrate d'argent, et de la recouvrir de poudre de quina pour réprimer les fongosités qui s'en élevaient ; enfin, après quatre mois de soins assidus, elle fut complétement cicatrisée. Le pied avait repris un léger mouvement, et le vide occasionné par la résection de toute l'extrémité inférieure du tibia avait disparu et était rempli par une substance osseuse solide.

Au mois d'octobre le malade commença à marcher avec des béquilles ; au mois de novembre il les quitta peu à peu, et le 1er décembre il quitta l'hôpital, marchant à l'aide d'une canne. Aujourd'hui on m'écrit qu'il a continué à bien aller, et qu'il vaque à ses affaires.

L'observation ci-dessus nous montre la possibilité de conserver un membre quand les désordres les plus graves semblent en exiger l'amputation.

La résection de l'extrémité inférieure du tibia dénudé et nécrosé dans une assez grande étendue a permis la réduction et la consolidation de la fracture du péroné. Dupuytren, dans son célèbre mémoire sur les fractures de cet os, parle de nécroses, mais il n'en cite aucune observation. Il ne parle point de la résection du tibia dans les cas où la réduction du pied est très difficile et même dangereuse, à cause de la saillie de cet os

(1) JOURNAL COMPLÉM. DU DICT. DES SC. MÉD., t. 22, p. 283.
(2) JOURNAL GÉNÉRAL, juin 1824.
(3) REVUE MÉDICALE ; juillet 1841 ; Revue des journaux de médecine anglais.

quand l'astragale remonte sur sa face externe. Il est probable que dans le cas où M. Thierry s'est décidé à faire l'amputation de la jambe, il aurait pu sauver ce membre par la résection du tibia, puisqu'il en a eu l'idée.

Neufchâtel, le 30 juillet 1841.

PASSE-LACET INTRODUIT DANS LA VESSIE PAR LE CANAL DE L'URÈTRE, CHEZ UNE FEMME, EXTRAIT A L'AIDE DU BRISE-PIERRE A PERCUSSION; observation communiquée par M. le docteur ANT. BOUCHACOURT, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon.

OBS. — Le 9 avril dernier, je reçus la visite d'une jeune ouvrière qui, après de longues hésitations, m'avoua que le matin même elle s'était introduit un long passe-lacet en fer dans les parties génitales. Livrée depuis quelques années à la funeste habitude de la masturbation, elle en était venue à se servir d'instrumens métalliques; l'un d'eux venait de lui échapper et de pénétrer dans la vessie. Elle souffrait de vives douleurs et désirait ardemment qu'on la soulageât par l'extraction du corps étranger. L'examen des parties extérieures de la génération, le toucher vaginal, le cathétérisme urétral ne me firent rien apprécier soit à la vulve, soit dans le vagin ou à l'entrée du canal de l'urètre; une sonde de femme, en pénétrant dans la vessie, tomba sur un corps dur qui donna par le frottement et la percussion, un bruit métallique, le passe-lacet était donc dans la vessie, c'était un fait hors de doute, il s'agissait de l'extraire.

Connaissant toute la dilatabilité du canal de l'urètre chez la femme, je songeai d'abord à y introduire des pinces à pansement ordinaire, pour aller saisir et amener le corps étranger; mais je ne pouvais serrer les mors de la pince qu'en saisissant en même temps une partie des muqueuses, et je n'amenai rien malgré des tentatives réitérées faites avec attention et ménagement; j'y renonçai bien vite.

L'idée me vint alors de recourir au lithotriteur de M. Heurteloup; j'en avais un dont les branches fortement dentées, point trop volumineuses, glissaient facilement l'une sur l'autre, ce dont je m'assurai de prime-abord, en rendant ce mouvement plus facile, avec quelques gouttes d'huile d'olive.

Une certaine quantité d'urine s'était écoulée durant ces manœuvres, je n'en persistai pas moins dans l'emploi du lithrotriteur. Introduit bien graissé, il tomba sur la tige métallique; le retournant ensuite de manière à placer le bec en bas, je l'ouvris et m'efforçai de la saisir, mais inutilement. Je l'ouvris alors avant de l'avoir complètement retourné; puis dirigeant l'ouverture des branches en bas, j'appuyai sur la branche mobile et je reconnus un écartement de 3 millimètres. Le corps était saisi; dès lors, il ne s'agissait plus que de l'amener au dehors; j'étais décidé à tirer avec quelque violence, au besoin à inciser pour en faciliter la sortie; mais en relâchant légèrement les branches, j'eus moins de peine à l'extraire, et bientôt, à la grande satisfaction de la malade et à la mienne, le passe-lacet était sorti.

Durant toutes ces tentatives, qui exigèrent près de 25 minutes, il ne s'écoula que quelques gouttes de sang; la malade supporta ces manœuvres avec courage; je lui conseillai le repos, un bain tiède dans le jour; j'ai su depuis qu'elle se trouvait très bien, mais je ne l'ai pas revue.

Le passe-lacet a 76 millimètres de longueur; il est légèrement noirci, mais point oxidé; aucun dépôt salin ne s'est fait à sa surface, ce qui n'est pas étonnant, vu le peu de temps qui s'est écoulé entre son introduction et son extraction.

J'ai pensé que cette observation intéresserait les lecteurs en leur fournissant quelques indications opératoires dans le cas où un semblable accident se présenterait dans leur pratique. Comme rien de bien précis n'est formulé sous ce rapport par les auteurs de chirurgie, il importe de s'attacher aux cas spéciaux, de les bien étudier et de leur demander des principes de conduite.

Il serait facile d'établir quelques rapprochemens entre les faits consignés dans les derniers numéros de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (avril et mai 1840) et l'observation que je rapporte. Je me bornerai seulement à fixer l'attention sur l'avantage incontestable que m'ont présenté les instrumens de lithotritie, sur la nécessité de choisir ceux à percussion, ou la pince de Hunter qui pourrait offrir quelque avantage; sur l'urgence de l'opération, avant que les contractions de la vessie, les mouvemens aient changé la position du corps étranger, et aussi avant que des dépôts, formés par les sels de l'urine, n'aient augmenté son volume au point d'en rendre l'extraction plus difficile, ou même impossible sans incision. C'est par ce motif que l'exploration doit être faite avec le plus grand soin, avec le doigt ou avec la sonde, et qu'il ne faut pas se hâter de prononcer qu'il n'y a rien, lorsqu'un examen superficiel n'a rien pu faire découvrir.

LETTRE SUR LA CURE RADICALE DU SPINA BIFIDA, EN RÉPONSE A CELLE DE M. TAVIGNOT; par M. le docteur DUBOURG, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire, dans le numéro du 4 septembre de votre journal, un examen critique de la méthode opératoire que j'ai proposée pour la guérison du spina-bifida. Cet article, dont je n'ai qu'à me féliciter, en ce qui touche mon amour-propre, et dont je me plais à reconnaître l'intention louable, au point de vue de l'art, ne saurait être cependant passé sous silence, à cause de quelques erreurs matérielles qu'il contient, et des erreurs plus dangereuses encore dans lesquelles il pourrait induire les praticiens disposés à entrer dans la voie que j'ai ouverte avec succès. Vous serez donc assez bon pour accueillir, dans l'intérêt de la science et de la vérité, les observations suivantes, aussi courtes qu'il m'est possible de les faire.

Avant tout, je demanderai s'il est bien sûr qu'on n'entrave pas les progrès de l'art, au lieu d'en hâter le perfectionnement, en lançant ainsi dans le public, déjà disposé à l'indifférence et au doute, des projets de modifications pour une opération dont personne n'a encore fait l'essai, et pu, par conséquent, reconnaître les inconvéniens? Il me semble que ce serait par où M. Tavignot commence qu'il faudrait finir, s'il y avait lieu: la logique, du moins, et les règles de la pratique, indiquent naturellement cette marche. Le critique qui vient, à la suite d'un inventeur, opposer ses idées théoriques à des faits accomplis, court grand risque de perdre un temps précieux à la recherche de ce que les besoins de l'art n'ont pas encore réclamé. Voyons si ce n'est pas ici le cas!

D'abord M. Tavignot, prenant texte de ma première observation pour rappeler ce qu'il a écrit sur les inconvéniens de la ligature dans l'hydrorachis (travail dont j'avoue, à mon grand regret, n'avoir pas eu connaissance) me fait dire que j'avais ponctionné *partiellement* la tumeur et l'avais étreinte ensuite à l'aide de la suture *entortillée*. Je demande bien pardon à mon honorable confrère; mais j'ai dit tout le contraire dans mon mémoire, et c'est par une pure distraction qu'il m'a attribué la suture entortillée dans ce cas, au lieu de la suture *enchevillée* que j'ai employée, et par laquelle on est dispensé de laisser des aiguilles en place. Au reste, je ne donnais pas ce premier fait comme un modèle à suivre, mais seulement dans le but de montrer par quelle série de méditations et d'épreuves j'avais passé pour arriver à l'opération qui m'a réussi et que je propose avec confiance.

En second lieu, M. Tavignot me prête, au sujet de l'entrée de l'air dans le canal rachidien, des terreurs qui sont loin de mon esprit. Au commencement, il n'y a pas de doute que je n'étais pas sans quelque crainte à cet égard; et aujourd'hui même je n'entends pas qu'on doive se complaire à laisser béante la plaie qui résulte de l'amputation. Mais je dis qu'on peut, par une manœuvre prompte et un rapprochement immédiat des lambeaux, rendre inoffensive la petite portion d'air qui s'introduit probablement par l'ouverture: il ne faut pas perdre de vue qu'on a à opérer sur des enfans naissans ou très jeunes, très sensibles à la douleur, d'une excessive mobilité, et que les opérations ne sont guère proposables chez eux qu'à la condition qu'elles seront exécutées avec une grande rapidité, et pour ainsi dire à la volée. Or, l'emploi des instrumens que propose M. Tavignot et les divers temps dont se composerait l'opération telle qu'il la décrit, la rendraient incontestablement plus longue et plus difficile, en supposant même, par concession, qu'on arrivât au même but.

Je ne puis donc, en conscience, me départir, quant à présent, de ma manière de voir et d'opérer. Loin de moi la pensée d'avoir atteint la perfection du premier coup, mais j'ai réussi deux fois. par cette méthode, qui me semble réunir les trois conditions de l'ancienne loi chirurgicale *tutò citò, et jucundè*; et j'engage les praticiens à se conformer aux préceptes que j'ai tracés. — Si l'expérience démontre des inconvéniens que je n'ai pas rencontrés, alors viendront les modifications reconnues nécessaires; et celles que propose M. Tavignot seront, sans doute, prises en grande considération. Jusques-là j'attends du zèle et de l'impartialité de mes confrères de tous les pays, qu'ils essaient de rendre aux conditions de viabilité des enfans voués à la mort, et dont le nombre sera certainement considérable lorsque l'attention aura été ramenée sur ce point de pathologie, et je les conjure tous de ne pas substituer, sans motif plausible, sans raison pratique, à une chirurgie simple et hardie, une chirurgie timide, embarrassée et embarrassante.

Agréez, etc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE.

SUTURE DE LA CONJONCTIVE APRÈS L'OPÉRATION DE STRABISME.

M. le docteur FLORENT CUNIER adresse la lettre suivante :

J'ai l'honneur de faire part à l'Académie d'un moyen que j'ai imaginé et que je mets en usage depuis plusieurs mois (1) pour obvier à la saillie plus ou moins marquée que forme presque toujours le globe de l'œil, par suite de la chute de la caroncule lacrymale dans la profondeur de l'angle interne, après la section de l'adducteur oculaire dans le strabisme convergent.

A l'aide d'une aiguille courbe très fine, je passe à travers la partie moyenne des deux lambeaux de conjonctive, un point de suture que j'enlève dès le second ou troisième jour, l'adhérence au globe ayant lieu déjà alors.

Le fil dont je me sers n'est pas ciré; sa présence ne détermine dans l'œil aucune gêne, aucune espèce de sensation.

Lorsque deux ou trois muscles avaient été divisés, j'ai placé impunément plusieurs points de suture.

Il n'est pas prudent de mettre les deux lambeaux en contact immédiat; cette pratique serait, dans un grand nombre de cas, cause de la persistance du strabisme, et il faudrait enlever immédiatement le fil, qui ne doit servir ici qu'à maintenir la caroncule en place.

Dans un cas où l'œil avait fui dans l'angle externe, après la tension du droit interne, j'ai réussi à faire cesser cette nouvelle déviation en retranchant un morceau du lambeau conjonctival interne, et en réunissant ensuite bien exactement au moyen de deux points de suture.

J'ai suivi la conduite que je recommande dans plus de 100 cas de strabisme opérés dans ces derniers temps, en présence de MM. les docteurs Uytterhoven, Trumper, Rueloux, Hernau, Fleussu (de Bruxelles), Buickens (de Malines), Van Berchem, de Willebrock, Verelst, de Boom, etc., etc., toujours la suture a prévenu cette excavation, parfois si disgracieuse, du canthe interne, signalée avec raison comme une des imperfections du procédé ordinaire de la strabotomie, et la saillie du globe oculaire, qui en est le résultat.

DE LA HIÉRARCHIE DES RACES HUMAINES.

M. J.-J. VIREY adresse une lettre sur ce sujet dont voici un extrait :

.... On s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, à décrire un grand nombre de races ou même d'*espèces d'hommes*, pour classer toutes les nations connues du genre humain selon leurs rapports de connexité.

Depuis que les travaux anatomiques de Camper, de Soemmerring, de G. Cuvier, ont manifesté l'infériorité du type nègre, on a cherché l'ordre hiérarchique des souches dans la grande famille humaine, soit comme variétés d'une tige unique, soit comme espèces primordiales, capables néanmoins de se croiser et se mélanger. Nous avons essayé de déterminer les caractères de la supériorité physiologique ascendante des unes sur les autres (2), prouvées par l'histoire des migrations et dominations successives. En effet, on a vu les tiges *éthiopiques* et *mélaniennes* opprimées par les races *cuivrées* (Malaies); celles-ci céder l'empire aux peuples *jaunes* (Mongols); et enfin, la belle race *blanche* (caucasique) régner par l'intelligence, l'industrie et le courage, même en moindre nombre, partout où elle s'établit sur le globe.

Puisque cette supériorité proportionnelle paraît incontestable et admise maintenant comme loi anthropologique, il importe d'en signaler les causes organiques qui n'ont point encore été bien développées, nous osons le dire, même par des naturalistes éminens; Blumenbach, Pallas, G. Cuvier, Tiedemann, Prichard, etc.

Voici notre proposition : *La seule position du trou occipital et son rapprochement du voile du palais offre la mesure du redressement de l'homme et du degré de perfection de ses races, mieux encore que l'ouverture de l'angle facial de Camper.*

Ainsi, les orangs, à station oblique (comme animaux grimpeurs), ont le trou occipital reculé (3), la tête non équilibrée sur les vertèbres atlas et axis, puisque les mâchoires étant très proéminentes la font pencher en avant.

Le nègre, homme à station plus verticale, n'est cependant point droit parfaitement encore; ses jambes, son bassin restent en partie fléchis; aussi le trou occipital se montre encore éloigné du centre de gravité du crâne, lequel s'incline naturellement par la prolongation du museau.

Mais, à mesure que les races humaines passent à des conditions plus perfectionnées chez les cuivrés, les jaunes, et surtout les blancs, le trou occipital se rapproche davantage en avant vers le voile du palais au centre d'équilibre, comme l'avait remarqué déjà Daubenton pour les quadrupèdes. Alors les mâchoires s'accourcissent, le front se relève et l'angle facial s'ouvre de 80° à 90°, en sorte que l'*organe penseur surmonte et domine l'organe manducateur*. L'animalité, alors, subordonnée à l'élément intelligent, atteint son faîte absolu.

(1) Voir dans mes ANNALES D'OCULISTIQUE. Août 1841, p. 222, un article du docteur Fleusser.

(2) HISTOIRE NATURELLE DU GENRE HUMAIN, édit. de 1801, t. II; et seconde édition de 1824, t. III, p. 48 et p. 436; et t. I, p. 47.

(3) Voir Richard Owen, ZOOLOGICAL TRANSACT., t. I. London, 1835, 4°.

En effet, l'homme blanc présente la station la plus perpendiculaire; sa médulle spino-cérébrale, en montant, peut déployer ses hémisphères complètement, se renfler avec ampleur et parfaite harmonie, en forme de crosse, sous ses larges vertèbres crâniennes; elle s'infléchit au front et aux sens de la face; ainsi se dilate l'encéphale humain au plus haut degré d'intellect et de *réflexion*.

Donc, plus le système cérébro-rachidien se centralise, à mesure que l'individu se redresse naturellement debout, plus l'*animalité* s'élève à l'*humanité*. Ce fait s'explique, jusqu'à un certain point, par l'afflux du sang des carotides internes, qui coule à plein canal chez le blanc à station droite, et le dispose aussi à l'apoplexie. Mais, chez le nègre, et surtout dans les brutes à station horizontale, les carotides internes étant infléchies davantage à mesure que l'animal se courbe, elles versent moins de sang au cerveau; l'afflux de ce liquide nourricier se porte alors avec plus de prédominance dans les carotides externes, et développe ainsi les parties maxillaires, ou allonge les os de la face, au préjudice de l'encéphale, chez ces êtres inférieurs.

Ainsi commence l'infériorité des nègres, hommes primitifs, surtout des groupes qui habitent le pôle sud, les Hottentots, les Australiens et autres rameaux mélaniens *prognathes*, à dents obliques, à vocalisation imparfaite et à entendement obtus.

A proportion que l'encéphale s'amoindrit, se recule et refine vers le rachis, celui-ci obtient, en compensation, plus de force et de capacité relatives. C'est encore ainsi que, chez le nègre, les organes intellectuels étant moins développés, les génitaux acquièrent plus de prépondérance et d'extension.

Ensuite, on arrive, en remontant aux races successivement plus civilisables, aux Chinois et autres Mongols, pour atteindre la race supérieure dont les rameaux hindous et arabes (araméens) font partie, mais dont les tiges pélasgiques (grecques), et les celto-germaniques blondes sont les plus nobles ou les plus industrieuses et intellectuelles....

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

PHRÉNOLOGIE.

M. BOUILLAUD lit un rapport de M. Voisin, intitulé : SUR L'ORGANISATION CÉRÉBRALE DÉFECTUEUSE DE LA PLUPART DES CRIMINELS. M. Bouillaud commence par de courtes réflexions sur la phrénologie. Ce mot, dit-il, emporte ordinairement avec lui l'idée d'une doctrine entière comprenant toute la physiologie du cerveau, doctrine dont Gall a été l'auteur. Les questions auxquelles elle s'adresse constituent un problème compliqué dont la solution ne pourra être que l'œuvre des siècles. Mais il n'y a pas besoin d'attendre que cette solution soit réalisée pour admettre dès à présent comme principe la pluralité des organes cérébraux, ce qui est le côté pratique et en même temps le côté neuf de la question. L'origine de cette science, qui consiste à reconnaître les qualités de l'esprit par la conformation de la tête, est plus ancienne qu'on ne le pense; Cicéron en parle, et cite plusieurs exemples où elle fut appliquée avec succès; Sénèque la mentionne aussi, bien que, dans plus d'un passage, il la traite assez ironiquement.

Dans son mémoire qui fut présenté à l'Académie le 3 juillet 1838, M. Voisin a posé deux principes culminans. Le premier, c'est que la statistique des tribunaux et des cours d'assises a démontré mathématiquement que les criminels sortent en masse des classes inférieures de la société. Le second, c'est que les deux tiers des condamnés, ou 315 sur 500, ont une organisation vicieuse du cerveau, et rappellent trait pour trait la conformation du crâne de quelques suppliciés, dont les têtes ont été montrées par M. Voisin à l'Académie, notamment des nommés Martin, Léger, Boutillier. Ces deux considérations sont bien de nature à fixer l'attention des législateurs et des philosophes.

M. Voisin a visité la maison des jeunes détenus, de concert avec les chefs des établissemens, circonstance qui donne plus de valeur aux résultats, puisqu'elle a permis de les contrôler immédiatement et de la manière la plus authentique.

400 jeunes gens comparurent devant lui. Après les avoir rapidement examinés de l'œil et de la main, il les faisait placer à sa droite ou à sa gauche, selon qu'il trouvait leur crâne bien ou mal conformé, classement dont la solennité rappelait celle du jugement dernier. Ces deux groupes, phrénologiquement distincts, ayant été formés, il subdivisa le nombre total en quatre séries secondaires composées, la première, des meilleurs sujets; la dernière, de ceux réputés les plus vicieux, et deux classes intermédiaires se rapprochant l'une de la première, l'autre de la seconde série. 25 seulement furent jugés dignes de figurer dans la première; en revanche, la quatrième en compta 65, la deuxième 77, et la troisième 91. On voit donc que le mot *beaucoup d'appelés et peu d'élus* trouvaient ici une application exacte, et que, somme toute, le génie du mal l'emportait encore sur le génie du bien.

Cette répartition définitive une fois faite, il s'agissait de savoir si elle était juste et si les arrêts de *notre Minos phrénologique* ne se trouveraient point en contradiction avec les avis des directeurs de la maison, MM. Boulon et Coupigune de Villars. Mais ces messieurs, consultés à leur tour, déclarèrent que ce résultat était, à très peu de chose près, en harmonie avec ce qu'ils avaient eux-mêmes reconnu sur les dispositions des jeunes gens soumis à leur observation. C'est alors que M. Voisin, dont l'imagination est si vive, s'écria, dans un transport d'enthousiasme bien justifié par ce qui précède : Messieurs, d'après ce que vous venez d'entendre, de deux choses l'une, ou je suis un sorcier, ou j'ai une science.

L'Académie, continue M. Bouillaud, sera sans doute frappée de ce dilemme, et comme elle a trop de confiance dans les lumières de M. Voisin pour le ranger au nombre des sorciers, elle n'hésitera pas à regarder, comme formant une science,

les principes dont il a fourni une application si heureuse. Elle n'admettra peut-être pas la totalité de ses conclusions ; mais usant d'une formule fort employée aujourd'hui, parce qu'elle est éminemment peu compromettante, elle ne pourra du moins s'empêcher de dire : il y a là quelque chose.

Quelque diverses que soient aujourd'hui les opinions sur ce qui touche à la phrénologie, il y a eu unanimité dans la commission pour proposer les conclusions suivantes :

1° Adresser à M. Voisin une lettre de remercîmens ;

2° L'engager à multiplier les expériences qui, ainsi que celles dont il a rendues vos commissaires témoins, sont bien plus propres que le raisonnement à plaider la cause de la phrénologie ;

3° Inscrire son nom sur la liste des candidats.

M. Nacquart : On pourrait objecter, aux expériences dont vous venez d'entendre le récit, que la capacité des individus avait été appréciée autant d'après l'inspection de la physionomie que par celle du crâne. Il faudrait, pour éviter cette difficulté, couvrir d'un masque le visage des personnes ou les examiner par derrière.

M. Londe : Il serait impossible d'user du masque, puisqu'il y a, suivant les phrénologistes, des organes correspondant au front, et d'autres du volume desquels on ne peut juger que par la saillie des yeux.

M. Nacquart : Qui empêcherait de laisser les yeux à découvert et de cacher seulement le bas de la figure ?

M. Rochoux : Si le cerveau contient plusieurs organes différens, comme l'assurent les phrénologistes, essayez donc d'en faire la distinction. Vous ne pourriez les reconnaître sur le cadavre, et vous voulez les apprécier sur le vivant alors qu'ils sont en outre recouverts des membranes, du crâne et des tégumens ! Cette prétention me rappelle l'histoire du curé de village qui montrait aux dévots le cheveu d'une sainte en grand renom, et leur en faisait admirer la longueur et la beauté. Un paysan, moins confiant, s'étant approché et ne pouvant parvenir à le voir : je le crois bien, lui dit le bon prêtre, voilà trente ans que je le montre et je ne l'ai pas encore vu.

M. Bouvier : Les phrénologistes commettent souvent des omissions fort graves dans l'examen du crâne. Ainsi M. Voisin a principalement jugé sur l'examen de la partie antérieure, et cependant la partie postérieure de la tête contient des organes qui ont bien aussi leur importance.

M. Ferrus : J'avais l'honneur de faire partie de la commission nommée pour juger le travail de M. Voisin, et si je regrette vivement de n'avoir pu être présent à sa visite aux jeunes détenus, je ne m'associe pas moins de tout mon cœur aux conclusions de l'honorable rapporteur, s'il veut bien y consentir. Je vais, toutefois, présenter quelques observations. M. Nacquart a demandé qu'on mît un masque sur le visage des personnes dont on cherche à reconnaître la moralité et l'intelligence, de peur que les jugemens ne paraissent dictés plutôt par l'inspection des traits de la figure que par l'examen du crâne. Mais, Messieurs, personne n'entend la phrénologie de cette manière. Gall lui-même ne pensait pas qu'il fût inutile de consulter la physionomie. Pour moi, j'ai souvent fait des observations phrénologique, et je déclare que je ne les croirais pas complètes si on n'y avait pas tenu compte de la physionomie, de l'expression des traits, de l'état de la peau, etc. C'est une concession, me dira-t-on, cela détruit la théorie des bosses ! Pas le moins du monde : Gall, Spurzheim, M. Bouilland et tous ceux qui s'occupent de cette question ne la comprennent pas autrement.

M. Bouvier dit qu'il a fait des études comparatives sur la conformation du crâne des idiots ; mais c'est une question tout-à-fait à part ; car, chez la plupart des idiots, le cerveau est dans un état pathologique, il y a hydrocéphale, par exemple, ou une autre lésion ; et, dans ces circonstances, vous comprenez qu'il est absolument indifférent de tenir compte de son volume. On ne peut, en effet, comparer que des organes sains, et c'est d'ailleurs ainsi qu'on raisonne dès qu'il s'agit de tirer une induction, quel que soit le sujet qu'on étudie. Qu'un individu, par exemple, ait la jambe bien faite, vous n'irez pas en conclure qu'il est bon marcheur, car il pourrait fort bien arriver qu'elle fût paralysée.

M. Rochoux doute qu'on puisse distinguer anatomiquement les divers organes cérébraux ; il nous met au défi d'indiquer sur le cadavre les circonvolutions qui appartiennent à telle ou telle faculté. Eh mon Dieu ! M. Rochoux n'a donc jamais entendu Spurzheim ; il aurait vu que c'est précisément là-dessus qu'il insistait dans ses leçons, localisant avec un rare talent les différens organes dans telle ou telle partie du cerveau. C'est même là ce qui a déterminé ma conversion aux principes de la phrénologie. Il est vrai que tout le monde ne pourrait y parvenir aussi aisément ; il est vrai que cela demande du temps, et qu'on ne peut pas toujours réussir à démontrer bien évidemment cette distinction. Aussi je comprends parfaitement la réserve qui a présidé aux conclusions de l'honorable rapporteur.

M. Bouvier a encore demandé si M. Voisin ne se livrait pas exclusivement à l'examen des parties supérieures et antérieures de la tête. M. Voisin a pu en effet dire que son examen a porté spécialement sur ces deux points, mais je ne crois pas qu'il ait négligé les autres régions. S'il l'avait fait, ce serait une faute, et je serais en dissidence avec lui sur ce point. On a aussi prétendu que les facultés de l'intelligence ont leur siége à la partie postérieure de la tête ; mais, en vérité, avec ce que nous savons aujourd'hui là-dessus, une telle assertion a tout l'air d'une de ces plaisanteries qu'on jette dans la discussion sans y attacher la moindre importance.

M. Nacquart : Je rappellerai à M. Ferrus combien Gall se défendait contre tout rapprochement entre sa doctrine et celle de Lavater. Ce sont, disait-il, les penchans, les instincts qui modifient à la longue les traits de la physionomie ; mais il serait dangereux, dans l'examen, de remonter de l'inspection de la figure à celle du crâne.

M. Ferrus : Gall disait toujours : examinez d'abord le crâne, puis subsidiairement le visage. Spurzheim ne négligeait pas non plus de tenir compte de la physionomie. Faisant moi-même avec lui une visite phrénologique des détenus de Bicêtre, voici comment nous procédions : nous examinions en premier lieu la conformation du crâne, la tête étant recouverte d'un bonnet, puis nous recommencions l'exploration sur la tête à découvert, et en consultant aussi les traits de la figure. Enfin, nous terminions en nous faisant donner les notes relatives aux antécédens et à la conduite actuelle de chaque détenu pour voir si elles étaient en rapport avec le résultat de nos observations.

M. Pelletier : Je demanderai à M. le rapporteur sous quel point de vue M. Voisin a porté son jugement. Est-ce par rapport à l'intelligence ou par rapport à la moralité que ses classifications ont été établies ? Il y a une différence immense entre ces deux conditions : tel homme peut être placé au dernier échelon quant à la moralité et occuper un des premiers rangs pour ce qui regarde les facultés intellectuelles. Lacenaire en est un exemple remarquable.

M. Bouillaud : Voici comment M. Voisin a agi : il avait trouvé une ressemblance frappante entre les crânes des suppliciés dont j'ai parlé et ceux de quelques-uns des détenus, et c'est ce qui lui a donné l'idée de les soumettre tous à une visite. Il a procédé par groupes d'organes et par grandes catégories. Il aurait pu, à la vérité, faire des sous-divisions particulières, et j'approuve tout à fait, à ce point de vue, ce que vient de dire M. Pelletier.

M. Pelletier : Ce mode de classification est on ne peut plus défectueux. L'intelligence et la moralité se trouvent si souvent séparées sur le même individu qu'on ne saurait adopter une méthode qui les confond. Est-il possible d'affirmer qu'un homme très intelligent est nécessairement aussi très moral ? En ce cas, M. le rapporteur serait à coup sûr l'homme le plus vertueux que je connaisse.

M. Londe : M. Rochoux a dit que la phrénologie n'a pas de base solide, et il s'est appuyé pour le démontrer sur ce que les fonctions du cervelet ont été diversement définies par différens observateurs, Gall le regardant comme l'organe de l'amour physique et M. Bouillaud croyant qu'il sert à régulariser les mouvemens de translation. Mais ces contradictions ne prouvent rien contre la phrénologie ; tout au plus nous autoriseraient-elles à dire que Gall s'est trompé.

M. Gerdy : J'avais l'honneur d'être membre de la commission ; mais, de même que M. Ferrus, je n'ai pu assister à la visite que M. Voisin a faite dans la maison des détenus. Une chose m'a cependant frappé dans ce que vous venez d'entendre du mémoire de ce médecin. Il avance que les crimes sont plus nombreux dans les classes inférieures. Je ne vois pas quelles conséquences on veut tirer de là ; je ne sais même si l'on en peut tirer une conséquence. Ne faut-il pas tenir compte de la facilité avec laquelle les hommes qui jouissent d'une certaine fortune et des bienfaits de l'éducation savent se mettre à l'abri des poursuites, en dissimulant leurs actions coupables ? J'aurais aussi voulu que les directeurs de la maison eussent été appelés à donner leur avis sur la conduite des détenus avant, et non pas après la visite du médecin ; c'est le seul moyen d'empêcher que cet avis soit exempt de toute influence, de toute préoccupation. Le rapport contient encore un fait important : on y avoue que, dans chacune des théories établies par M. Voisin, il y a eu quelques erreurs. Mais quel a été le nombre de ces erreurs ? Quelle en a surtout été la nature ? Un individu d'une moralité satisfaisante aurait-il, par exemple, été rangé parmi les plus pervers ? On conçoit quelle importance aurait une pareille erreur, et combien elle compromettrait à la fois la science qui y exposerait et la société qui accepterait les résultats de cette science comme base d'une réorganisation des lois criminelles. Enfin, on n'a opéré que sur des enfans, et tout le monde sait que les passions ne se développent qu'avec les progrès de l'âge. Je ne pense donc pas qu'on puisse légitimement conclure des dispositions morales d'un enfant à la connaissance de ses penchans lorsqu'il sera homme.

Quant à ce qu'a dit M. Ferrus, que l'examen phrénologique se base non seulement sur l'inspection du crâne, mais sur celle de la figure, etc., je crois qu'il a altéré la phrénologie, du moins autant que je la connaisse, car je ne l'ai jamais pratiquée. Mais, d'après tout ce que j'ai entendu dire, il ne me paraît point probable que Gall, qui, en toute occasion, manifestait son mépris pour Lavater, eût voulu se faire de la physiognomonie un auxiliaire. Gall, comme l'a dit avec raison M. Nacquart, est un des plus grands idéologistes, des plus grands philosophes de notre époque ; mais je reconnais, avec M. Bouillaud, qu'il n'est pas l'inventeur de la doctrine qu'on lui attribue ; je reconnais aussi, quoique cela puisse sembler en opposition avec les éloges que je viens de lui donner, que cette doctrine n'est pas complètement satisfaisante, au point de vue du classement des facultés. On distinguait autrefois dans l'intelligence le raisonnement, l'attention, la comparaison, etc. Gall a fait voir que ce n'étaient point là des facultés uniques. Eh bien ! tant qu'il n'a fallu que démolir les anciennes théories, il a été admirable ; mais quand il a été question d'en élever une, il n'a pas aussi bien réussi. Prenons pour exemple sa faculté de la musique ; je trouverais encore à y faire plusieurs divisions très naturelles. Ainsi tel homme brille dans la composition, tel autre dans l'exécution, celui-ci est un excellent improvisateur, celui-là sera remarquable par son aptitude à reproduire les morceaux qu'il n'aura entendus qu'une fois. Ce sont là autant d'élémens dans une seule et même faculté, et il en est ainsi de toutes les autres, talent de la peinture, des mathématiques, etc., toutes, sans exception, peuvent être subdivisées en un nombre plus ou moins considérable d'autres facultés. Il faut donc chercher ailleurs les facultés simples, élémentaires, primitives. En deux mots, on peut dire que dans la classification des anciens, on n'avait posé que des facultés génériques, embrassant chacune un grand nombre d'espèces secondaires ; l'étude de ces espèces est encore à faire, car Gall, comme je viens de le montrer, n'y a pas tout-à-fait réussi. Je crois que c'est dans cette voie que doivent être dirigées dorénavant les études physiologiques.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ L'ENFANT.

M. Bricheteau rappelle que beaucoup d'auteurs ont douté de l'existence de la

fièvre typhoïde chez les enfans. M. le docteur Taupin, auteur d'un excellent mémoire sur ce sujet, avoue qu'elle lui a paru très rare dans le jeune âge. MM. Rilliet et Barthez ont publié récemment trois observations de fièvre typhoïde chez les enfans; mais la lésion était, dans tous ces cas, compliquée d'entérite. M. Bricheteau l'avait lui-même observée une fois chez un enfant de 22 mois; mais le sujet ayant guéri, il put rester quelques doutes sur la nature de l'affection. M. Bricheteau met sous les yeux de l'Académie les pièces provenant de l'autopsie d'un enfant de 10 mois, qui succomba après 36 heures de séjour à l'hôpital, et qui avait eu, d'ailleurs, de la diarrhée, de la stupeur, etc. Des plaques de Peyer existent avec des ulcérations dans les 4/5 de l'intestin environ; les glandes mésentériques sont engorgées; on trouve, en un mot, toutes les altérations qui se rencontrent ordinairement chez les adultes morts de fièvre typhoïde.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LA MALADIE CONNUE SOUS LES NOMS DE FIÈVRE TYPHOÏDE, PUTRIDE, ADYNAMIQUE, ATAXIQUE, BILIEUSE, MUQUEUSE, GASTRO-ENTÉRITE, ENTÉRITE FOLLICULEUSE, DOTHIÉNENTÉRIE, ETC., COMPARÉE AVEC LES MALADIES AIGUES LES PLUS ORDINAIRES; par M. P.-C. LOUIS. — Deuxième édition, considérablement augmentée. Paris, 1841, 2 vol. in-8. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Si l'ouvrage dont nous annonçons aujourd'hui la seconde édition n'avait été traduit dans toutes langues; s'il n'avait servi de base à toutes les discussions et à tous les travaux qui ont paru depuis sur les fièvres continues; si, surtout, les principes sur lesquels il repose n'avaient trouvé déjà dans tous les rangs et dans toutes les parties de la médecine de zélés commentateurs et de puissans organes, nous ne laisserions pas échapper cette occasion de revenir sur les phases de l'observation clinique, et de montrer ce qu'elle a gagné depuis douze ans aux recherches et aux travaux de M. Louis. Mais heureusement pour la science, les luttes, au milieu desquelles a été produite la première édition de ce livre, n'existent plus déjà que dans l'histoire de l'art, et on est étonné de voir avec quelle rapidité ont passé dans l'oubli ces doctrines exclusives qui ont combattu avec un ton si acerbe tous les efforts de la médecine exacte, depuis les travaux de Laënnec jusqu'à ceux de M. Louis.

Nous n'aurions donc pas, comme nous l'eussions eu peut-être, lors de la première apparition de ce livre, à en commenter le titre, car la question des fièvres continues est maintenant jugée sans appel; nous n'aurons pas à en défendre le plan, car tous les bons esprits s'accordent aujourd'hui sur ce point: à savoir, que ce n'est ni avec des discussions spéculatives, ni avec des observations anciennes qu'on peut constituer la vraie médecine, mais avec des observations nouvelles, enrichies de tous les nouveaux détails que comporte la science, et si quelques critiques ont trouvé trop austère la composition d'une œuvre qui procède dans toutes ses parties par l'analyse des faits; il faut convenir que leur manière de voir a trouvé peu d'écho. Il n'est guère d'ouvrage qui puisse se promettre aujourd'hui un succès durable et une haute portée s'il n'a suivi la même méthode, c'est-à-dire s'il ne prend pour fond ce qu'on a pris jusqu'alors comme accessoire, des faits bien observés, bien analysés, bien comptés, bien pesés, *numerandæ et perpendendæ*.

« Je sais que la vérité est dans les choses et non dans mon esprit qui les juge et que, moins je mets du mien dans les jugemens que j'en porte, plus je suis sûr d'approcher de la vérité. »

Cette épigraphe, que M. Louis a prise à Jean-Jacques, est l'exposé le plus complet qu'il pouvait donner de sa méthode. Pour chaque série de phénomènes pathologiques, une série de faits spéciaux; pour chaque série de faits spéciaux, une série de faits généraux; pour chaque série de faits spéciaux ou généraux, une analyse numérique; pour chaque analyse numérique, un résumé succinct qui dispense le lecteur de recourir aux détails, voilà en deux mots la marche suivie par l'auteur, et, si la vérité se trouve *dans les choses*, on accordera que c'était la meilleure voie pour arriver à des déductions positives.

Ces déductions sont trop connues pour qu'il ne soit pas superflu d'y revenir ici. Je dirai seulement que la plupart des recherches contenues déjà dans la première édition se trouvent enrichies dans la deuxième par celles de plusieurs observateurs dont le mérite ne saurait être contesté, comme MM. Barthe, Jackson, Bowditch, etc., et que pour les points nouveaux, sur lesquels l'auteur ne pouvait s'éclairer par ses propres travaux, il a eu recours à MM. Rillier, Taupin, Valleix, Gerhard, dont les ouvrages sont empreints de ce cachet de précision et d'exactitude qui répond si bien à l'ensemble du livre.

Les faits analysés par M. Louis, d'après la thèse de M. Rillier et les mémoires de M. Taupin, montrent que le caractère anatomique de l'affection typhoïde est le même chez l'enfant et chez l'adulte; que ce caractère consiste dans une altération plus ou moins profonde des plaques de Peyer; qu'il ne faut le chercher ni dans le cerveau, ni dans les poumons, quelle que soit d'ailleurs la forme de la maladie; que chez les enfans de moins de quinze ans, comme chez les individus qui ont dépassé cet âge, les lésions secondaires, ordinairement inflammatoires, sont aussi plus ou moins fréquentes dans le cours de l'affection typhoïde.

Les recherches faites sur les enfans ont conduit pour le ramollissement et l'ulcération de la substance cérébrale, indiquée par M. Piedagnel, aux mêmes résultats que ceux auquel sont arrivés MM. Barthe et Louis chez l'adulte, et à moins que M. Piedagnel n'ait à sa disposition des moyens d'exploration plus parfaits que les nôtres, il est douteux qu'il puisse prouver, par des faits positifs que les lésions cérébrales trouvées après la mort correspondent constamment aux symptômes cérébraux observés pendant la vie.

Trois points entièrement nouveaux, et qui, faute de documens suffisans, n'avaient pu trouver place dans la première édition, ont été traités dans la seconde avec tous les développemens qu'ils comportent; ce sont les questions d'identité du typhus carcéraire et de la fièvre typhoïde, d'identité de la fièvre typhoïde et du typhus sever; et enfin la question si grave et si longtemps controversée de la contagion.

On ne devait pas s'attendre à trouver, dans la solution de ces questions les élémens mathématiques qui ont précédemment servi de base à l'auteur; ses propres observations n'ayant pu porter sur des faits qui se sont presque tous passés hors de Paris ou hors de France, c'est d'après l'analyse des travaux étrangers qu'il est forcé de conclure; aussi bien qu'on s'aperçoive facilement que ces conclusions ne sont pas posées dans cette partie de l'ouvrage avec ce ton d'affirmation que peut seul permettre l'analyse numérique; cependant les observations et les discussions des auteurs se trouvent présentées avec tant de clarté et résumées avec tant de précision, qu'il serait difficile de mettre en doute les résultats auxquels elles conduisent.

C'est surtout sur les caractères anatomiques que s'est fondé M. Louis pour poser en principe l'identité du typhus carcéraire et de la fièvre typhoïde, et malgré le vague des nombreux documens consignés dans l'ouvrage de M. Gaultier de Claubry, on ne peut se refuser à voir l'altération des plaques de Peyer et des glandes de Brunner dans le typhus carcéraire ou nosocomial. Cette opinion se trouve confirmée, sous le rapport des lésions intestinales, par les observations que j'ai recueillies, pendant le typhus de Reims, en 1839 et 1840. Dans cette épidémie, en effet, les lésions intestinales se sont montrées dans tous les cas et à toutes les périodes de la maladie. On doit donc conclure, avec M. Louis, que dans le typhus et dans la fièvre typhoïde les lésions intestinales sont identiques.

Maintenant de cette identité des lésions intestinales, doit-on conclure à l'idée de deux maladies? J'avoue que si, entre le mot analogie qui me paraît trop faible, et le mot identité, qui me semble trop fort, je trouvais un autre terme; j'emploierais de préférence un intermédiaire pour résoudre la difficulté; mais c'est là une discussion de mots, et il suffirait, pour s'entendre, de signaler le sens précis qu'on y attache.

Devant bientôt publier, sur le typhus carcéraire de Reims, un travail complet où se présentera naturellement cette question, je ne veux pas entrer ici dans les développemens que je dois y donner; je dirai seulement, pour l'anatomie pathologique, que dans le typhus carcéraire de Reims, au milieu des altérations *constantes* des plaques de Peyer et des glandes de Brunner, la rate s'est *constamment* montrée d'un volume normal. Et, pour la symptomatologie, je dirai que la diarrhée, la douleur abdominale, le météorisme et le gargouillement ne se sont jamais rencontrés.

Je sais qu'en prenant en considération d'un côté le type sporadique, d'un autre côté le type épidémique; d'un côté l'existence du caractère anatomique capital, c'est-à-dire l'altération des follicules intestinaux; de l'autre l'absence d'une lésion secondaire, c'est-à-dire celle de la rate; d'un côté la présence de la stupeur et des taches typhoïdes; de l'autre l'absence des symptômes abdominaux; je sais qu'en mettant dans la balance les lésions et les symptômes qui manquent, on

pourra encore regarder les deux affections comme identiques, mais c'est là un de ces points délicats sur lesquels la pathologie ne me paraît pas encore suffisamment éclairée; c'est là une de ces questions que l'observation ultérieure seule me paraît pouvoir résoudre complètement.

En effet, si dans toutes les épidémies futures de typhus des camps, des prisons, des hôpitaux, etc., on trouvait comme dans celle de Rheims, une absence complète de lésion de la rate, et de grandes différences parmi les lésions fonctionnelles qui constituent le caractère symptomatologique de la fièvre typhoïde, il faudrait bien se borner à regarder le typhus et la dothiéentérie comme analogues. Si, au contraire, dans telle épidémie c'est la diarrhée, dans telle autre les pétéchies, dans telle autre les taches rosées, dans telle autre l'odeur de souris, etc, etc., qui venaient à manquer, il faudrait bien en conclure que le génie épidémique seul imprime une différence à la maladie, mais que cette différence, variant comme l'influence qui la produit, la maladie de sa nature, de son essence est identique à la fièvre typhoïde. Or, les relations des auteurs n'ayant vraiment de valeur sur ce point de pathologie que depuis que les beaux travaux de M. Louis sont vulgarisés dans la science, il faudra attendre de nouvelles épidémies de typhus pour porter un jugement sans appel.

Quant au typhus sever (fièvre continue des Anglais), M. Louis pouvait avec certitude se baser sur les observations de MM. Schattuck (de Boston), Gerhard, Pennoch (de Philadelphie) et sur les savantes discussions auxquelles s'est livré à ce sujet M. le docteur Valleix. De tous ces documens, l'auteur conclut que le typhus sever d'Angleterre et d'Amérique, est tout à-fait différent de la fièvre typhoïde de France, et que ces deux maladies existent même parfois simultanément.

« Les différences dans les symptômes sont telles, dit M. Louis, qu'au milieu de l'épidémie qu'ils ont observée à Philadelphie, il ne paraît pas que MM. Gerhard et Pennock, après avoir reconnu son caractère, se soient trompés une seule fois dans leur diagnostic, qu'ils aient confondu une seule fois l'affection typhoïde avec le *typhus fièvre*; et les bons élèves de l'hôpital ne se trompaient pas davantage. Cependant, dans l'épidémie de Philadelphie, comme dans l'affection typhoïde, le trouble des fonctions des organes des sens était fréquent, et ce point de ressemblance entre ces deux maladies n'existait pas chez les sujets observés par M. Schottuck, à Londres; en sorte qu'on doit se demander si le trouble des fonctions des organes des sens observés dans le typhus de Philadelphie ne tenait pas à ce qu'il était épidémique; car il arrive tous les jours que l'expression symptomatique d'une maladie est plus ou moins altérée quand elle règne sous forme épidémique.

Si la différence qui nous occupe tenait à cette cause, le diagnostic différentiel du *typhus sever* et de l'affection typhoïde serait beaucoup plus facile qu'on ne serait porté à conclure de ce qui précède; puisque, d'une part, il n'y aurait, en quelque sorte, ni trouble des fonctions des organes du sens, ni symptôme du côté des voies digestives, avec éruption de taches rouges, livides, universelles; et, de l'autre, altération fréquente des fonctions des organes des sens, diarrhée, douleur de ventre, météorisme dans presque tous les cas, avec une éruption de taches roses, lenticulaires, peu nombreuses.

Sous le point de vue anatomique, le *typhus sever* diffère de l'affection typhoïde, non seulement, dit M. Louis, parce que les plaques de Peyer restent saines chez les sujets qui en sont atteints, mais encore parce que les lésions secondaires sont très rares dans son coucours, et parce qu'il semble préserver de l'ulcération les membranes muqueuses tapissant les différens organes de l'économie, que les y disposer.

Comment rapprocher, désormais, des affections qui offrent des différences si essentielles sous le rapport des symptômes et des lésions? »

Il est bien d'autres points sur lesquels j'aurais voulu appeler l'attention; ainsi les chapitres relatifs à la contagion, à l'altération du sang, aux études de MM. Andral et Gavarret, aux analogies qui existent entre l'affection typhoïde et les autres maladies aiguës, fébriles, etc., méritent un examen trop sérieux pour que nous puissions les faire connaître dans cette courte analyse.

La quatrième partie, qui traite des agens thérapeutiques, a subi surtout, dans cette seconde édition, d'immenses développemens; et on voit clairement tout ce que la discussion a gagné aux méthodes nouvelles qui ont permis, sinon de préciser, au moins d'apprécier d'une manière plus exacte le résultat des médications si diverses nouvellement employées. L'espace me manque pour rendre compte de cette partie, la plus importante, sans contredit, sous le rapport pratique, et celle qui sera consultée avec le plus de fruit par tous les médecins. Je dirai seulement que, sans se prononcer d'une manière exclusive, ce qui serait impossible dans l'état actuel de la science, l'auteur semble préférer, dans la plupart des cas, l'emploi des évacuans à toutes les autres méthodes.

Maintenant, que nous avons cherché à faire connaître le fond de l'ouvrage, serons-nous forcés d'en justifier la forme, et répondrons-nous par avance au reproche d'aridité qu'on lui a adressé? Sans doute les méthodes numériques, sans doute les longues séries de longues observations ne sont pas séduisantes, et il sera toujours plus agréable de lire un traité didactique que de parcourir avec l'auteur les documens sur lesquels il s'appuie. Mais, est-ce donc pour plaire à l'esprit que se fonde la science médicale, et s'agit-il de persuader et non pas de convaincre?

Habitués que nous étions à trouver, dans la plupart des livres, de pures assertions, je conçois facilement que nous soyons effrayés par les preuves, et que nous ayons quelque peine à analyser les élémens d'où elles dérivent; mais les esprits superficiels seuls pourront en rejeter le blâme sur l'auteur.

Ce n'est pas en médecine qu'on peut appliquer le précepte : *Quidquid præcipies esto brevis!* surtout quand il s'agit de pièces scientifiques qui doivent servir de base à une doctrine. Dans ce cas, on ne saurait être assez long, et dans quelques développemens que puisse entrer un auteur, tous ceux qui le liront pour s'éclairer sur le point spécial de leurs recherches le trouveront toujours trop court.

Loin donc de blâmer comme trop sévère la forme des recherches sur l'affection typhoïde, nous ne pouvons qu'applaudir à la tendance actuelle des esprits vers la marche rigoureuse dont M. Louis a été l'un des premiers et des plus fervens promoteurs.

Cette nouvelle édition consacrera, nous l'espérons, cette méthode d'observation si féconde en progrès; et elle aura, nous n'en doutons pas, plus de succès encore que la première, car elle arrive dans la science enrichie de nouveaux documens, et sanctionnée par douze années de discussions victorieuses.

H. Landouzy, de Reims.

VARIÉTÉS.

— La réunion des professeurs particuliers pour la distribution des amphithéâtres aura lieu à la Faculté, samedi 30 octobre, à 11 heures du matin.

— Leçons sur les fonctions et les maladies du système nerveux, professées au Collége de France par M. Magendie, recueillies et publiées par C. James, interne des hôpitaux; revues par le professeur. 2 vol. in-8°. Prix: 10 fr.

Paris, chez Lecaplain, libraire-éditeur, rue Neuve-Racine, 1, et rue de la Harpe, 82.

— Errata. — L'auteur du compte-rendu chirurgical du congrès de Lyon n'ayant pas pu corriger lui-même les épreuves de son article, il s'y est glissé quelques fautes d'impression (principalement dans les noms-propres) que nous nous empressons de signaler.

	au lieu de		lisez
Pag. 674,	au lieu de.....	*Prougier*,	lisez..... *Rougier*.
676,	—	.....*r, ch... r q*,	— .....*j, ch... k q*.
677,	—	.....*Rendet*,	— .....*Reudet*.
582,	—	.....*Gubiau*,	— .....*Gubian*.
	—	.....*en* 1823,	— .....1826.

L'auteur de l'article avait entremêlé sa narration de jugemens critiques formulés à la première personne. Supposant que ces jugemens avaient été prononcés à la séance, nous avions cru plus régulier de les rapporter, comme ceux des autres interlocuteurs, à la troisième personne; mais il n'en avait pas été ainsi. Nous prions donc le lecteur de ne pas attribuer à M. Pétrequin l'inexactitude apparente que nous lui avons fait commettre.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 45. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 7 NOVEMBRE 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4° 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES OS; par M. FLOURENS.

(Sixième mémoire)

FORMATION DU CAL.

La formation du cal n'est qu'un cas particulier du cas général de la formation des os. Avoir donné le mécanisme de la formation des os, comme je l'ai fait dans mon précédent Mémoire (1), c'est donc avoir donné aussi, et par cela même, le mécanisme de la formation du cal.

Le cal est une portion d'os; et cette portion d'os se forme comme l'os entier. C'est le périoste qui produit le cal, comme il produit l'os.

Or, on a déjà vu comment le périoste produit l'os; il ne reste donc plus qu'à faire voir comment il produit le cal.

Trois opinions principales ont successivement régné sur la formation du cal. La première est celle qui a précédé Duhamel; la seconde est celle de Duhamel lui-même; la troisième est celle de Haller.

Voici comment Duhamel rend compte de l'opinion qui régnait avant lui.

On se contente d'admettre ordinairement, dit-il, que cette grosseur osseuse que l'on nomme le cal, et qui réunit les os fracturés, est formée par un épanchement de suc osseux qu'on suppose qui transsude ou de l'os même, ou des parties voisines, et l'on croit que ce suc osseux soude l'un à l'autre les deux bouts d'os rompus, à peu près comme les plombiers soudent avec de l'étain deux bouts de tuyau (1).

D'autres, ajoute-t-il, ont cru qu'outre cet épanchement du suc osseux, les extrémités des fibres osseuses rompues s'allongeaient et se joignaient les unes aux autres, à peu près comme le font les parties molles (2).

D'après ces deux opinions, ou plutôt d'après cette opinion, car il est aisé de voir que les deux n'en font guère qu'une, la réunion des bouts d'os rompus se faisait donc, soit par le simple épanchement d'un suc osseux, soit par cet épanchement combiné avec l'allongement des fibres osseuses. Telles étaient les idées reçues, avant Duhamel, sur la formation du cal.

Duhamel ne tarda pas à s'en faire d'autres.

Dès ses premières expériences, tantôt fracturant les os, tantôt se bornant à pratiquer sur ces os de simples trous, il vit toujours le périoste ou s'ossifier autour des bouts d'os fracturés pour les unir par une sorte de *virole osseuse*, ou pénétrer entre ces bouts pour les unir par une sorte

(1) Voyez Comptes rendus de l'Académie des sciences, séances du 4 octobre 1841, et Gaz. Méd., du 16 octobre.

(1) Observations sur la réunion des fractures des os; premier mémoire, p. 99. — Mémoires de l'Académie des sciences, année 1741.

(2) *Ibid.*, p. 99.

Feuilleton.

RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Cette séance d'apparat n'a rien offert, et ne pouvait ni ne devait rien offrir de nouveau. Il est de l'essence de ces solennités séculaires de se reproduire uniformément dans une immuable et majestueuse monotonie. On peut facilement y trouver un côté ridicule; mais cet accompagnement de la plupart des affaires humaines n'ôte pas à ces représentations leur côté sérieux. Les robes rouges, les toques, les estrades drapées, le classique massier, sont choses parfaitement bouffonnes; mais sans toutes ces choses réunies de temps en temps, il n'y a plus de Faculté; ce sont ces réunions à retours périodiques, à formalités extérieures invariables, à étiquette fixe, qui manifestent et réalisent l'existence abstraite du corps enseignant; c'est par des moyens analogues que chaque institution révèle et maintient son unité, et pour ainsi dire son type. Cette nécessité est du reste démontrée par la pratique universelle dans tous les temps et chez toutes les nations. Nous nous en tenons sur ce point à l'expérience.

Cette année un seul discours a fait les frais de la cérémonie. Il a été long, très long, trop long. C'est M. Gerdy qui parlait. La Faculté aurait pu peut-être, avec avantage, choisir un autre représentant. Elle devrait même, ce nous semble, dans l'intérêt de sa dignité et de sa renommée, mettre plus de discernement qu'elle ne fait souvent dans le choix de l'orateur qui vient parler au public, sinon en son nom, du moins sous son autorité officielle et sa solidarité morale; elle devrait ne confier cette tâche, délicate sous plusieurs rapports, qu'à des hommes capables d'apprécier toutes les circonstances de lieu, de temps et de personnes, et assez maîtres de leurs sentimens et sûrs de leur parole pour s'y conformer. L'organe officiel de la Faculté a le droit d'être lourd, pedantesque; la tradition et les précédens l'y autorisent; mais il doit être circonspect, digne, convenable; il peut se passer de talent, jamais de tenue. On lui pardonnera d'être insignifiant, mais non d'être compromettant; on lui permettra d'ennuyer, mais il lui est interdit de choquer, de blesser, même avec esprit, et à plus forte raison sans esprit. Tout ceci est d'une évidence vulgaire.

Mais independamment de ces graves considérations, ne doit-on pas s'étonner que la Faculté de medecine de Paris ait, dans ces occasions, si peu de soin de sa réputation littéraire; ce serait certes le cas ou jamais de mettre en mouvement ses meilleures plumes. On ne pourrait, sans impolitesse, douter que parmi ses vingt-quatre membres il n'y ait quelque homme d'esprit, de goût et de talent, capable d'écrire et de lire convenablement un discours académique. Or, c'est celui-là qu'on devrait mettre en avant dans les exhibitions annuelles et non les autres, comme on fait ordinairement. La Faculté met, ces jours-là, toute sa parure dans ses habits; elle tire tout son éclat de son vestiaire; elle est sans doute fort agreable à voir ainsi endimanchée; mais on aimerait aussi qu'elle donnât quelque chose à la science et à l'esprit.

de *continuité osseuse* (1), ou s'enfoncer enfin dans les trous des os pour remplir ces trous.

Et voici les conclusions qu'il tira de ces faits.

Ces expériences, dit-il, lèvent, je crois, les principales difficultés qu'on avait sur la réunion des fractures et sur la formation des cicatrices qui opèrent la guérison des plaies des os; car si l'on avait peine à concevoir que des fibres dures et raides, comme le sont celles des os, fussent capables de s'allonger, de s'étendre et de se souder les unes aux autres, on a lieu d'être satisfait quand on voit que ce sont les fibres molles, ductiles et expansibles du périoste qui se gonflent, qui prêtent, qui s'allongent, qui se soudent (2).

On ne sera point non plus en peine, continue-t-il, de savoir d'où transsude le suc osseux qu'on croyait nécessaire pour former le cal, puisqu'on voit que c'est le périoste qui, après avoir rempli les plaies des os, ou s'être épaissi autour de leurs fractures, prend ensuite la consistance de cartilage, et acquiert enfin la dureté des os (3).

Il n'y a donc, selon Duhamel, ni *suc osseux épanché*, ni *allongement des fibres osseuses:* le cal n'est que l'*endurcissement du périoste* (4).

A peine cette opinion de Duhamel fut-elle connue, que Haller se hâta de la combattre; et, s'il est permis de le dire, il se hâta trop.

Alexandre Macdonald l'a déjà remarqué : on voit trop, dans Haller, le parti pris de combattre les idées de Duhamel. « Aussi, ajoute Alexandre Macdonald, paraît-il beaucoup plus occupé d'accommoder les expériences à son opinion, que son opinion aux expériences (5).

La plupart des objections de Haller ne portent pas plus contre l'opinion de Duhamel, qu'elles ne porteraient contre toute autre opinion quelconque.

Par exemple, après avoir dit que « l'état primordial de l'os est celui » d'une glu (6), et que la formation des os est due à la coagulation et à l'endurcissement d'un suc (7) », Haller fait à Duhamel cette objection :

Je ne comprends pas, lui dit-il, que la dure-mère ait pu former un os aussi composé que l'est l'os pierreux, ni que la membrane tendre et délicate de la coquille, ou des canaux demi circulaires, ait pu servir de moule à l'os pierreux, ou lui imprimer ses spirales et ses contours (8).

Duhamel aurait pu lui demander s'il comprenait mieux, lui Haller, comment ces *canaux*, ces *contours*, ces *spirales*, avaient pu se former par l'endurcissement d'une *glu*, ou la coagulation d'un *suc*.

(1) Voyez ce que j'ai déjà dit là-dessus dans mon précédent mémoire : COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 4 octobre 1841, et GAZ. MÉD. du 16 octobre.

(2) OBSERVATIONS SUR LA RÉUNION DES FRACTURES DES OS ; premier mémoire, p. 107. — MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, année 1741.

(3) *Ibid.*, p. 107.

(4) Ce sont ses propres expressions. *Ibid.*, p. 107.

(5) *Si opinionem præclari hujus physiologi de ossium formatione animo contemplemur, non possumus non existimare illum præjudicatam opinionem contra sententiam Hamelii accepisse, ideoque experimenta ad opinionem, potiùs quam opinionem ad experimenta animo accommodasse.* Alexandre Macdonald : DISPUTATIO INAUGURALIS DE NECROSI AC CALLO, p. 98.

(6) Voyez dans les MÉMOIRE SUR LES OS, recueillis par Fougeroux, le mémoire de Haller et de Dethleef sur la FORMATION DES OS, p. 181.

(7) *Ibid.*, p. 148.

(8) *Ibid.*, p. 149.

Voici une autre objection de Haller, laquelle accuse peut-être plus de précipitation encore.

Les couches osseuses, dit-il, qui se forment dans un animal nourri de garance, sont rouges, et le périoste reste blanc; donc les couches osseuses ne sont point formées par le périoste (1).

Fourgeroux lui répond très-bien : « En faisant un raisonnement tout pareil, je dirai : la grande apophyse du sternum des oiseaux ne prend aucune teinte de rouge tant qu'elle est cartilagineuse, quoique ces animaux usent dans leurs alimens de beaucoup de garance; l'apophyse du sternum des oiseaux, lorsqu'elle est convertie en os, prend très-bien, au contraire, la teinture de la garance; donc l'apophyse du sternum des oiseaux n'est pas formée par le cartilage qui en occupait la place (2). »

En effet, le cartilage ne rougit pas plus (3) que le périoste ; et si l'argument valait contre le périoste, il vaudrait contre le cartilage. Or le cartilage se transforme en os ; Haller n'en doutait pas. La *non-coloration* ne prouve donc pas plus contre le périoste, qu'elle ne prouve contre le cartilage.

Mais, venons à des propositions plus précises, à des assertions plus raisonnées, plus réfléchies, de Haller :

Selon Haller : « le cal de l'os est formé par un suc gélatineux qui suinte des extrémités fracturées de l'os, surtout de la moelle, et qui s'épanche autour de la fracture (4). »

Il affirme, d'un autre côté, que « le périoste n'a aucune part à la réunion des os, qu'il ne fait pas partie du cal, qu'il n'est pas attaché au cal (5). »

Telles sont les deux propositions fondamentales de Haller.

Par la première, il établit sa théorie. Par la seconde, il renverse la théorie de Duhamel.

Chacune de ces propositions mérite donc un examen sérieux.

Haller veut que la formation de l'os, que la formation du cal ne soient que l'endurcissement d'un *suc gélatineux* (6). C'est là sa théorie; et c'est aussi, à de très légères modifications près, celle de presque tous les physiologistes qui sont venus depuis (7).

On peut en juger par ces paroles de Béclard.

Dans la réunion d'une fracture, il y a successivement, dit Béclard, agglutination des fragmens par un liquide organisable, dont le sang fournit

(1) *Ibid.*, premier mémoire de Fougeroux, p. 24.

(2) *Ibid.*, p. 24.

(3) Le cartilage ne rougit qu'en recevant le *sel terreux*, le *phosphate calcaire*, c'est-à-dire qu'en *s'ossifiant*. Voyez mon premier MÉMOIRE CONCERNANT L'ACTION DE LA GARANCE SUR LES OS, COMPTES-RENDUS DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, t. X, année 1840.

(4) MÉMOIRES SUR LES OS, recueillis par Fougeroux; MÉMOIRE DE HALLER, p. 174.

(5) *Ibid.*, p. 175.

(6) « Ce suc, dit-il, s'épaissit, devient une gelée tremblante, passe par d'autres degrés de consistance, et devient à la fin cartilagineux. » *Ibid.*, MÉMOIRE DE HALLER, p. 174.

(7) Notre célèbre confrère, M. Larrey, a émis une opinion nouvelle. « Selon lui, la soudure et la réparation des os ne se fait et ne peut se faire que par les vaisseaux propres des pièces osseuses lésées. » Voyez son grand ouvrage intitulé : CLINIQUE CHIRURGICALE, t. III, p. 470.

Par toutes ces raisons, le choix de M. Gerdy n'était pas heureux. Et certes la Faculté ne peut alléguer pour excuse qu'elle a été trompée. Cet orateur a tant parlé, et en tant de lieux, que cette dernière expérience ne pouvait étonner personne. Il a une tournure d'esprit et des habitudes de langage peu susceptibles de perfectionnement. Son discours a été ce qu'il devait être, soit par le fond, soit par la forme. On prévoyait un *fiasco*; il a été complet.

M. Gerdy a parlé de beaucoup de choses, et en premier lieu du concours, dont il a exalté l'excellence. Parmi les raisons qu'il a données, quelques-unes étaient bonnes, un plus grand nombre insignifiantes; mais aucune n'avait le mérite de la nouveauté. Il a reproduit toutes les banalités débitées sur cette question depuis un quart de siècle. C'est un texte à déclamations prétendues libérales, un cheval de bataille pour les grands sentimens, un pont-aux-ânes de popularité. Quoi qu'il en soit, les partisans systématiques du concours ont dû regretter de le voir si pauvrement défendu théoriquement. Quant aux résultats pratiques invoqués par l'orateur pour en démontrer les bienfaits, il y aurait eu plus de goût à chercher les exemples à quelque distance dans le passé. On a pu craindre qu'en indiquant ainsi du doigt des contemporains immédiats, l'orateur ne voulût aussi se désigner lui-même; ce qui, indépendamment du peu de modestie, aurait diminué la force de sa démonstration. Nous aimons mieux croire qu'il a manqué seulement de goût.

L'éloge de Sanson, amené tant bien que mal à la suite de ce panégyrique du concours, a occupé, sauf quelques épisodes, le reste du discours de M. Gerdy. Il a annoncé qu'il louerait en Sanson l'homme plus encore que le chirurgien. Déjà une *mouche* indiscrète nous avait prévenus que M. Gerdy discourrait de la vertu. Et il en a eu effet disserté comme *ex-professo*. On a pu admirer sa fécondité sur ce texte. M. Gerdy est un moraliste rigide. Il est de l'école inflexible du portique; il ne fait aucun quartier aux faiblesses humaines; il les attaque, il les poursuit, il les extermine partout où il les rencontre, et il en rencontre partout. It n'estime la science que ce qu'elle vaut, et n'a d'admiration et de sympathies réelles que pour la vertu. Aussi, ayant à louer Sanson, a-t-il passé légèrement sur ses travaux scientiques; à peine a-t-il mentionné en courant la taille recto-vésicale, et les recherches de Sanson en ophtalmologie, pour aller se reposer sur le noble et touchant tableau de sa vie, dont il n'est plus sorti. Il est peu de chirurgiens qui consentissent volontiers à n'être loués que de leur bonne vie et mœurs; et il est douteux que Sanson lui-même, malgré le titre d'*illustre* que lui ait prodigué M. Gerdy, se fût contenté de ce genre de panégyrique. En effet, dans les éloges académiques, il est d'usage, lorsqu'il n'y a rien à dire du talent et de la science du mort, de parler de sa vertu : cela fait gagner du temps et remplit suffisamment les oreilles. M. Gerdy n'avait certes pas besoin de recourir à ce stratagème; et s'il a pris ce parti, c'est moins dans l'intérêt de son héros que dans celui de son éloquence. Il a tout sacrifié à la tentation de faire de la morale en public, et de donner des leçons de probité, de désintéressement, de dignité professionnelle à ses confrères et collègues.

Nous ne suivrons pas l'orateur partout où il lui a plu d'aller. Nous n'avons pu saisir à la volée que les traits les plus saillans. Il a dit, entre autres sentences non moins originales, qu'un chirurgien et surtout un professeur de clinique ne devait tenter que des opérations rationnelles, et que par conséquent ledit chirurgien ou professeur serait répréhensible s'il lui arrivait d'en imaginer et exécuter

les matériaux ; ossification de ce liquide infiltré tout autour de la fracture, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur ; enfin, réunion vasculaire et osseuse entre les fragmens eux-mêmes (1).

Je n'ai pas besoin de faire remarquer que ce *liquide organisable* (2) qui, successivement, s'épanche, s'ossifie et réunit les fragmens osseux, n'est que le *suc gélatineux* de Haller. La théorie la plus récente, la théorie actuelle, n'est donc au fond, comme je viens de le dire, que celle de Haller.

Or on a vu, par mon précédent mémoire (3), ce qu'il faut penser de cette théorie. Dans les expériences faites à la manière de celles de Troja, il n'y a pas de *suc épanché* entre le périoste et l'os, et cependant, entre le périoste et l'os, un nouvel os se forme ; la formation de l'os n'est donc pas le simple endurcissement, la simple ossification d'un *suc*.

Je passe à la seconde proposition de Haller. L'examen de cette proposition fera l'objet principal de ce mémoire.

Haller dit que : « le périoste n'a aucune part à la réunion des os, qu'il ne fait pas partie du cal, qu'il n'est pas attaché au cal. »

Voilà ce que dit Haller. Mais les pièces, marquées des n°s 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 et 24, que je mets sous les yeux de l'Académie, prouvent toutes le contraire.

Les deux pièces, n°s 16 et 17 sont les deux moitiés d'un radius de chien (4). L'os a été scié en long. L'animal avait été opéré le 27 juin : quinze jours après l'opération, il fut tué.

Or, la matière qui forme le cal, la matière qui réunit les bouts rompus de l'os, est déjà cartilagineuse ; et cette matière cartilagineuse tient de la manière la plus évidente au périoste.

Et quand je dis *tient*, je m'exprime mal. Si elle ne faisait que *tenir*, si elle ne faisait qu'*adhérer*, on pourrait conserver du doute. Mais elle *se continue* avec le périoste ; mais, en plus d'un point, elle est encore le périoste même ; et le doute n'est plus possible.

Les pièces, n°s 18 et 19, sont les deux moitiés du radius d'un autre chien. L'os est toujours scié en long. L'animal n'a survécu à l'opération, c'est-à-dire à la fracture de l'os, que douze jours.

Aussi le cal n'est-il pas encore complétement cartilagineux. C'est le périoste même qui pénètre entre les bouts d'os rompus, et qui les unit l'un à l'autre.

Il faut en dire autant des pièces n°s 20 et 21. Ces deux pièces sont les deux moitiés d'un cubitus de chien.

L'animal n'a également survécu que douze jours à l'opération, et la matière du cal n'est également qu'à demi cartilagineuse. Ce n'est encore qu'un fibro-cartilage ; mais ce fibro-cartilage se continue de la manière la plus complète, d'une part avec le périoste, et de l'autre avec les bouts d'os rompus.

Les deux pièces, n°s 22 et 23, sont les deux moitiés d'un radius de pigeon.

L'animal avait été nourri avec de la garance, et l'os est rouge.

Ces deux pièces sont une preuve nouvelle, et plus décisive encore, s'il est possible, de ce que je viens de dire.

L'animal était adulte, et il a survécu à la fracture de l'os à peu près un mois.

Or, sur les deux moitiés de cet os, scié en long, on voit, à l'endroit de la fracture, le périoste pénétrer entre les bouts d'os rompus, s'y transformer en fibro-cartilage, en cartilage ; et, au milieu de ce cartilage qui tient au périoste, au milieu de ce périoste qui tient aux bouts d'os rompus, on voit un noyau osseux, lequel est rouge ainsi que l'os, parce que, comme je viens de le dire, l'animal avait été soumis au régime de la garance.

Enfin la pièce n° 24 est l'humérus d'un pigeon qui, comme le précédent, a survécu à la fracture de l'os à peu près un mois.

Les bouts rompus de l'os sont unis par un fibro-cartilage déjà fort épais ; et, au milieu de ce fibro-cartilage, se voit un noyau osseux, lequel est rouge ainsi que l'os, parce que l'animal avait été soumis, comme le précédent, au régime de la garance.

Je pourrais présenter encore un grand nombre de pièces, mais elles ne feraient toutes que prouver la même chose. On verrait toujours le périoste pénétrer entre les bouts d'os fracturés pour y former le fibro-cartilage qui les unit, et ce fibro-cartilage s'ossifier pour former le cal. Le cal est donc formé par le périoste.

Haller et ses partisans ont beau soutenir le contraire. Ici tout dépend du fait. Et si je ne me trompe point, si ces pièces que je présente à l'Académie, je les ai bien vues, le périoste produit le fibro-cartilage, et le fibro-cartilage produit le cal.

Au reste, ce fait capital, ce fait qui décide tout, ce fait de l'adhérence du périoste au cal, je ne suis pas le seul, tant s'en faut, qui l'ait revu depuis Duhamel.

Fougeroux dit : « Lorsque je disséquais le périoste, en commençant par l'extrémité de l'os, et en conduisant la dissection vers la tumeur, j'ai toujours été obligé d'emporter avec le périoste la substance en apparence mucilagineuse, ou devenue cartilagineuse ; bien plus, j'ai toujours trouvé des lames du périoste qui se perdaient dans le cal en partie ossifié (1). »

On pourrait craindre, à la vérité, que Fougeroux n'eût l'esprit trop prévenu pour Duhamel. Il observait trop près de lui, pour ne pas voir un peu par ses yeux.

Mais Troja, mais Macdonald, ne partageaient pas assurément la prévention de Fougeroux pour Duhamel. Ils soutiennent tous deux l'opinion de Haller, que le cal n'est dû qu'à l'endurcissement d'une matière gélatineuse. Et cependant ils conviennent tous deux, car ils sont aussi consciencieux qu'habiles, qu'ils ont vu souvent le périoste tenir à cette matière.

Troja avoue qu'il n'a pas toujours réussi, quelques précautions qu'il

(1) Béclard, Anatomie générale, p. 521.

(2) Ou, comme on s'exprime plus communément aujourd'hui, *lymphe organisable*. Duhamel avait aussi vu cette *lymphe sanguinolente* (c'est l'expression dont il se sert) ; mais il la compare très-judicieusement « aux épanchemens qui se font dans toutes les occasions où il arrive rupture de vaisseaux. » Mémoires sur les os, recueillis par Fougeroux ; Second mémoire de Fougeroux, p. 123.

(3) Voyez Comptes-rendus des séances de l'Académie des sciences, séance du 4 octobre 1841, et Gaz. Méd. du 16 octobre.

(4) Ce chien, ainsi que les deux qui suivent, étaient âgés d'environ six semaines au moment de l'opération.

(1) Mémoires sur les os, recueillis par Fougeroux ; Second mémoire de Fougeroux, p. 120.

---

quelqu'une qui n'aurait pas le sens commun. L'évidence de ce raisonnement eût fait honneur à la sagacité de M. de La Palisse. Au reste, la naïveté à part, l'orateur avait quelque raison de désapprouver les opérations irrationnelles et mal conçues, car son expérience personnelle a pu l'éclairer à souhait sur leur inutilité et leurs dangers. C'est également par des motifs tirés de sa propre pratique qu'il blâme les innovations chirurgicales. Ayant voulu inventer et n'ayant pas réussi, il en a conclu que les inventions ne valaient rien en chirurgie. M. Gerdy est un puissant dialecticien.

On a admiré une longue tirade sur la justice. M. Gerdy a démontré longuement que sans cette vertu la société serait impossible et ce monde inhabitable. La justice est selon lui une chose si indispensable qu'on la trouve même chez les voleurs. Ceci n'est que naïf ; mais ce qui suit est neuf.

M. Gerdy en méditant profondément sur la nature humaine, a découvert que l'amour de la famille et les affections domestiques sont des sentimens beaucoup trop vantés. Il se défie, lui, de ces attachemens qui ne sont au fond que de l'égoïsme. On s'aime soi dans les siens ; et l'esprit de famille, selon M. Gerdy, n'est qu'une forme de camaraderie ; il crée une foule de sociétés particulières dans la société universelle, et par conséquent autant d'intérêts privés opposés à l'intérêt général. Si donc on vise à une grande perfection morale, il ne faut aimer ses père et mère, sa femme, ses enfans qu'avec une extrême modération ; le vrai sage, le vrai citoyen, toujours selon M. Gerdy, n'aura pas de ces faiblesses, il ne doit aimer que le genre humain tout entier. Nous avons aujourd'hui une foule de ces sages. On les appelle des philantropes.

L'orateur a tenté de beaux effets de grande éloquence, mais ils ont été mal appréciés ; ainsi, lorsqu'il a peint Sanson, au *milieu du fracas des batailles, impassible devant la mort qui l'effleurait de son aile*, on a ri ; évidemment l'auditoire a manqué de goût. On a ri plus fort encore lorsqu'il a montré le *soleil de l'empire éclipsé par les nuées de barbares vomies par le Nord*. Mais pourquoi cela ? Est-ce que la métaphore n'est pas juste et conforme à toutes les règles ? On n'a pas été plus indulgent pour sa tirade contre les conquérans, ces *ravageurs des nations*. On a trouvé le tout déclamatoire, banal, usé, que sais-je encore ? Les auditoires deviennent difficiles à contenter.

Tout cela n'est rien, et l'amour-propre de M. Gerdy aurait pu se consoler de l'échec que son discours a essuyé sous le rapport de la forme, s'il avait été plus heureux pour le fond. Il aurait pu croire à la rigueur que ses vues morales sont trop avancées, son style trop original, son éloquence trop neuve pour être appréciés immédiatement, et il eût pu se réfugier en lui-même, comme un homme incompris. Mais M. Gerdy avait d'autres prétentions. A la suite de sa dernière lutte académique, quelques esprits, évidemment chagrins et envieux, s'étaient mis à la traverse de son triomphe. Ils avaient prétendu que tout le monde n'avait pas été édifié de ses courageuses attaques et de sa vertueuse opposition ; ils avaient été jusqu'à dire que le vote de l'Académie pouvait bien n'avoir pas été une victoire dans le sens qu'il entendait. Malgré sa conviction sur ce point, M. Gerdy ne regardait pas comme superflu d'avoir quelque chose de plus clair à opposer aux dénégations de l'envie et de la calomnie, et il aurait désiré, dit-on, obtenir d'un auditoire non composé des amis ou des obligés de son adversaire, et en face même de ce dernier, une confirmation plus décisive de son triomphe. Pour cela, il avait ménagé avec adresse un portrait de l'honnête homme, de l'homme juste et

ait prises, à séparer sans déchirure la matière cartilagineuse du périoste (1). Il dit que cette matière paraît naître des lames du périoste (2); que, si l'on enlève le périoste, elle suit (3); et que ces deux choses sont si unies, qu'elles semblent n'en faire qu'une (4).

Macdonald dit aussi qu'il a vu le périoste tenir à la matière cartilagineuse, et y adhérer à tel point, qu'on ne pouvait l'enlever sans enlever une partie de cette matière (5).

Voilà ce que disent Troja et Macdonald; et je ne ferai sur ce qu'ils disent qu'une remarque. C'est que vingt cas où le périoste aura paru ne pas se continuer avec la matière du cal ne prouvent pas, car la *discontinuité* peut être du fait de l'anatomiste; et qu'un seul cas où l'on aura vu le périoste tenir évidemment à la matière du cal prouve, car la *continuité* ne saurait être du fait de l'anatomiste.

Je termine ce Mémoire en rappelant les points principaux de la théorie de Duhamel.

Duhamel dit que, dans celles de ses expériences où l'os avait été percé par un trou, il a vu le périoste se porter dans ce trou et le remplir (6). Je montre, dans la pièce n° 13, d'un côté le trou de l'os, et, de l'autre, le prolongement du périoste qui se portait dans ce trou et le remplissait.

Duhamel dit qu'il a vu des lames en partie membraneuses et en partie osseuses (1). Je montre, dans la pièce n° 12, une lame qui est os par un bout et périoste par l'autre.

Duhamel dit qu'il a vu le périoste fournir, par ses lames internes, les lames de l'os (2). Je montre, dans les pièces n°s 7 et 8, la couche cartilagineuse, premier germe du nouvel os, tenant à la lame interne du périoste.

Enfin, Duhamel dit qu'il a constamment vu le périoste tenir au cal (3); et je montre, dans les pièces n°s 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 et 23, les preuves les plus complètes de cette assertion.

La théorie de Duhamel, théorie qui ne voit, dans l'ossification, que la transformation du périoste en os, me paraît donc prouvée par toutes mes expériences.

Je n'ai parlé, dans ces deux Mémoires, que de la formation et de la reproduction des os longs. Je traiterai, dans un prochain Mémoire, de la reproduction des os plats, et particulièrement de la reproduction des os du crâne.

(1) FERE SEMPER, *si excepero quando nimis sollicite procedebam, periostum, sive internam periostii laminam, ab interna tumoris superficie secernere potui.* (DE NOVORUM OSSIUM, IN INTEGRIS AUT MAXIMIS, OB MORBOS, DEPERDITIONIBUS, REGENERATIONE, p. 191.)

(2) *Hæc relata crusta, primis diebus,..... ex periostii laminis oriri videbatur. Ibid.*, p. 76.

(3) .... *Si profundabatur ad os usque, et ex ossis superficie sublevationis initium ducebatur, periostum comitabatur. Ibid.* p. 49.

(4) .... *Unum et altera, ambo simul unita, sic videbantur continuata ut affirmare non dubitasses solum fuisse periostum eo modo tumefactum. Ibid.*, p. 49.

(5) *Materia ipsa gelatinosa renato periosteo adeo adherebat, ut maximam ejus partem, uno cum hoc detraxerim.* Alexandre Macdonald, DISPUTATIO INAUGURALIS DE NECROSI AC CALLO, p. 55. — *Ab initio periosteum arcte cum effuso humore gelatinoso conjunctum observavimus, ità ut* HAUD RARO *difficillime a se invicem separaretur. Ibid.*, p.68.

(6) « Je pris, dit M. Duhamel, deux pigeonneaux, un petit chien et un jeune agneau. Je piquai assez profondément le gros os de la jambe de ces animaux... Un des pigeonneaux fut tué trois jours après qu'on lui eut fait les petites plaies dont je viens de parler. L'autre pigeonneau ne fut tué que huit jours après le commencement de l'expérience. On laissa le petit chien vivre quinze jours, et l'agneau un mois.

» Dans l'examen que je fis de l'os du pigeonneau qui avait été tué le premier, je vis que le périoste s'épaississait vis-à-vis le petit trou qu'on avait fait à l'os, et ce trou était rempli par un bouchon que formait l'épaississement du périoste. Je disséquai cette membrane..... et, sans la moindre difficulté, le petit bouchon sortit du trou et resta attaché au périoste, dont on voyait clairement qu'il faisait partie.

» En disséquant le second pigeonneau, je trouvai le petit mamelon beaucoup plus adhérent à l'os.

» L'adhérence était si considérable dans le petit chien, qu'il ne me fut pas possible de le détacher de l'os.... ; enfin, l'union était si parfaite à l'os de l'agneau, qu'on avait beaucoup de peine à reconnaître l'endroit de la piqûre. » (OBSERVATIONS SUR LA REUNION DES FRACTURES DES OS; PREMIER MÉMOIRE. p.106.—MÉM. DE L'ACAD. DES SCIENCES, année 1741.)

(2) » Je m'assurai qu'il y avait plusieurs lames qui étaient partie périoste et partie osseuse. » (QUATRIÈME MÉMOIRE SUR LES OS, p. 100. — MÉM. DE L'ACAD. DES SCIENCES, année 1743.)

(3) « J'ai fait voir que les lames intérieures du périoste s'ossifient, et qu'elles augmentent la grosseur des os. » (CINQUIÈME MÉMOIRE SUR LES OS, p. 121. — MÉM. DE L'ACAD. DES SCIENCES, année 1743.)

(4) Voyez ci-dessus tout ce que j'ai rapporté de Duhamel, à propos du *cal*, p. 756.

DIAGNOSTIC MÉDICAL.

DE L'EXPLORATION DE L'APPAREIL AUDITIF, OU RECHERCHES SUR LES MOYENS PROPRES A CONDUIRE AU DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'OREILLE; par P. MENIÈRE, médecin de l'Institut royal des Sourds et Muets de Paris, agrégé de la Faculté, etc.

(Suite. — Voir le numéro du 21 août).

§ IV. — TROMPE D'EUSTACHI.

L'oreille moyenne, ou cavité tympanique, située profondément, semblerait devoir être à l'abri de la plupart des causes morbides qui agissent sur l'appareil auditif. Cependant les organes délicats qu'elle renferme, la membrane muqueuse qui la tapisse, et sa libre communication avec l'air extérieur, rendent bien compte de la fréquence des lésions dont cette cavité est le siége. L'observation clinique prouve en effet que la plupart des maladies de l'oreille dépendent d'altérations organiques, soit de la membrane muqueuse et de ses produits, soit des osselets tympaniques ou des tissus membraneux ou osseux qui constituent les cellules mastoïdiennes. Or, pour arriver à reconnaître ces diverses lésions, il faut évidemment recourir à des méthodes d'examen qui permettent

courageux qui lutte toute sa vie contre la perversité des méchans, qui se dévoue seul à la défense du faible, qui ne craint ni la multitude, ni la puissance. Et, de peur de n'être pas suffisamment reconnu (ceci fait honneur à sa modestie), il avait semé çà et là quelques allusions fines et délicates, qui, à défaut de ressemblance du portrait, pouvaient suppléer aux modestes réticences de l'artiste. De manière que tout l'auditoire était dans la confidence de sa pensée intime; mais l'auditoire, frappé de vertige sans doute, est resté froid et muet, et n'a même pas permis aux amis de l'orateur de troubler, par quelques timides applaudissemens, le profond silence qui a suivi cette malencontreuse tentative.

Le discours de M. Gerdy renfermait bien d'autres allusions; il abondait en intentions secrètes, en personnalités ouvertes contre d'illustres morts, et en personnalités cachées contre quelques vivans. Nous avons laissé à d'autres le soin de les relever et de les qualifier comme elles devaient l'être. Elles n'ont obtenu d'ailleurs que des murmures.

Au moment où nous terminons cet article, on nous apprend qu'après une discussion orageuse, où l'assemblée des professeurs de la Faculté a vivement exprimé à l'orateur l'effet produit sur elle par son inqualifiable discours, il a été décidé, sur la demande même de l'auteur, que ce discours ne serait pas imprimé. Cette résolution est une preuve, un peu tardive il est vrai, de son bon goût. C'est la première fois, depuis l'institution de la Faculté, qu'une pareille suppression aura eu lieu.

DE L'INCUBATION DES MALADIES.

La société Médico-Pratique de Paris exprime le désir que cette question soit comprise dans le sens le plus général, c'est-à-dire que l'incubation soit étudiée dans toutes les maladies où l'observation clinique l'a pu constater.

Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de trois cents francs. Les manuscrits, affranchis et revêtus des formes académiques, devront être adressés, avant le 1er janvier 1843, au secrétaire général, docteur Lagasquie, place de l'Estrapade, 30.

La société Médico-Pratique n'a point accordé de prix sur la dernière question qu'elle avait mise au concours et qui était ainsi conçue: *Apprécier l'influence sur l'organisme sain et malade des divers flux sanguins dont le développement ou la suppression ont été spontanés ou provoqués, et déterminer ensuite les lois physiologiques de cette double influence*; mais elle a décerné une médaille d'or de la valeur de deux cents francs au travail de M. le docteur Bauche, à titre d'encouragement.

— Nous avons reçu de notre honorable confrère, M. Ferrus, une lettre en réponse au dernier feuilleton de la GAZETTE MÉDICALE sur la Phrénologie. L'étendue de cette lettre, que nous accueillons avec le plus grand empressement, nous force d'en renvoyer l'insertion au prochain numéro.

d'apprécier rigoureusement les phénomènes physiques qui se passent dans cette cavité.

La caisse du tympan communique au dehors par le moyen d'un conduit appelé trompe d'Eustachi; mais cette communication n'est pas directe, immédiate. En effet, la trompe d'Eustachi s'ouvre à la partie supérieure des voies aériennes, au sommet du pharynx, derrière les fosses nasales, de sorte que l'intégrité de ces parties est une première condition du libre exercice des fonctions auditives. S'il est vrai que les maladies du méat influent beaucoup sur l'ouïe, à plus forte raison doit-il en être ainsi de celles qui se rencontrent si fréquemment dans les narines, dans le pharynx, et qui consistent le plus souvent dans des lésions de la membrane muqueuse qui se continue au travers de la trompe et dans la cavité tympanique. Il faut donc examiner avec soin l'isthme du gosier, le sommet du pharynx, les fosses nasales, afin de constater l'état de la membrane muqueuse qui revêt ces parties. Je décrirai ailleurs les signes importans que fournit cet examen. Qu'il me suffise de dire aujourd'hui que la muqueuse pharyngienne est à beaucoup de maladies d'oreilles ce que la conjonctive est aux maladies de l'œil.

Il y a constamment de l'air et du mucus dans l'oreille moyenne, et ces deux substances s'y renouvellent sans cesse dans l'état sain au moyen de la trompe d'Eustachi et de la membrane muqueuse qui la parcourt. Un obstacle au renouvellement de l'air, la production d'une quantité trop considérable de mucosités, changent toutes les conditions physiologiques de l'organe auditif et amènent des désordres dans les fonctions.

Comment peut-on apprécier ces changemens? Quels moyens faut-il employer pour reconnaître une oblitération plus ou moins complète de la trompe? Par quel procédé parviendra-t-on à découvrir une accumulation de mucus dans la caisse? Toute maladie de l'oreille qui n'a pas sa cause directe dans le méat externe ne pourra jamais être reconnue, diagnostiquée, tant que l'on n'aura pas exploré la trompe d'Eustachi, ainsi que la cavité tympanique. Il importe donc beaucoup de procéder à cet examen avec un soin scrupuleux, et pour y parvenir, j'indiquerai successivement les divers moyens mis en usage pour arriver à ce but.

Il n'est personne qui n'ait senti l'air pénétrer au travers de la trompe et arriver dans l'oreille moyenne. Cette sensation est à peine perçue dans l'état normal. Alors, en effet, les mouvemens de déglutition, l'action de se moucher, de cracher et autres phénomènes physiques qui mettent en jeu la contractilité du pharynx, agissent sur la trompe et déterminent une sorte de circulation alternative de l'air, en vertu de laquelle ce fluide se renouvelle sans cesse dans la cavité tympanique. Mais il arrive souvent que les choses ne peuvent se passer ainsi; l'air, renfermé dans la caisse, s'y raréfie, s'y altère, et l'ouïe perd une partie de sa finesse. Ces circonstances rendent nécessaire l'emploi de quelques moyens propres à rétablir le libre passage de l'air. Pour ceux qui se rendent compte des phénomènes dont leurs organes sont le siége, il est facile de remédier au mal, et l'observation journalière en indique le traitement. Souvent un léger coryza occasionne une obstruction passagère de la trompe, et la surdité qui en est la suite cesse aussitôt que par un effort quelconque d'expiration (la bouche et le nez étant fermés), l'air vient à passer dans la trompe et renouvelle celui qui remplissait la caisse. Cette action est tellement efficace, que la plupart des malades y ont recours instinctivement à leur insu. Je crois devoir insister sur ce point, et démontrer qu'on n'en a pas tiré tout le parti convenable.

Deux choses me paraissent surtout influer sur le passage de l'air au travers de la trompe d'Eustachi; ce sont les mouvemens d'abaissement de la mâchoire et les contractions du pharynx et de ses annexes. C'est toujours par suite d'un baillement, d'un éternuement, d'un effort pour se moucher, cracher ou avaler, que l'on sent une bulle d'air traverser la trompe et entrer dans la caisse. Or, la répétition volontaire de ces mêmes actes donne lieu bien plus sûrement encore à ce résultat si utile, et pour peu qu'on veuille s'y appliquer, étudier les petites particularités qui en assurent le succès, on parviendra facilement à introduire dans l'oreille moyenne cette portion d'air si nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

Beaucoup d'individus, j'en conviens, ne savent pas user de cette force active pour désobstruer la trompe d'Eustachi; mais il est facile de leur en enseigner l'emploi. C'est, à mon avis, le premier et peut-être le plus important de tous les procédés d'exploration de l'oreille moyenne; et voici le parti que l'on peut en tirer.

La plupart des malades affectés de surdité par suite d'une lésion de la caisse du tympan doivent être interrogés à l'effet de savoir ce qu'ils ressentent dans l'oreille quand ils se mouchent, quand ils baillent, quand ils éternuent, quand ils mangent, etc. Il est très rare que ces diverses actions n'aient pas quelque influence sur la surdité dépendante d'une affection catarrhale de la trompe ou de la caisse, et presque toujours le malade a noté quelque phénomène subit arrivé dans ses oreilles à l'occasion d'un de ces actes. Il est très facile d'en reproduire de semblables, et j'ai réussi bien souvent à améliorer l'ouïe d'une manière instantanée, soit en provoquant un éternuement, soit en engageant le malade à faire une forte expiration, pendant que la bouche et le nez étaient complètement fermés. Au reste, une pratique ancienne a consacré les avantages des sternutatoires dans les maladies de l'oreille, et l'on peut facilement se rendre compte de leur mode d'action.

L'art d'introduire de l'air dans la caisse du tympan se perfectionne par l'habitude, et quelques personnes réussissent parfaitement à combattre par ce moyen la surdité dont elles sont atteintes. L'occlusion de la bouche et des narines ne suffit pas toujours pour pousser l'air expiré jusque dans la trompe, il faut joindre à cet effort un mouvement de déglutition, ou une inclinaison de la tête en avant ou en arrière; chez plusieurs malades, soumis à mon observation, il fallait en outre placer la pulpe du doigt indicateur sur l'orifice du méat externe, et agiter vivement la portion d'air renfermée dans ce canal ainsi que dans la cavité du tympan. Ceux qui ont les narines habituellement fermées par le gonflement de la membrane muqueuse qui les tapisse réussissent quelquefois en diminuant ce gonflement d'une manière subite. Pour détruire ce coryza permanent, on a recours aux aspirations d'eau froide légèrement vinaigrée, à l'application d'une éponge imbibée d'eau froide sur le front et à la nuque; il suffit quelquefois de s'exposer pendant la nuit à l'action de l'air refroidi; enfin d'autres personnes arrivent au but en se couchant sur le côté pendant un temps plus ou moins long. Par cette position, les liquides qui engagent la membrane pituitaire cèdent à la pesanteur, abandonnent la narine supérieure ainsi que l'orifice de la trompe, et alors une forte expiration pousse l'air jusque dans la caisse. La même chose arrive en se couchant sur le côté opposé.

Ces divers procédés, utiles au malade pour améliorer son audition, ont également beaucoup d'importance lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic de la maladie. Mais comme il n'est pas toujours possible de se procurer à cet égard toutes les lumières désirables, il faut recourir à un moyen plus efficace, plus direct, et dont l'application est tout entière dans la dépendance du médecin. Cependant, je ne me décide ordinairement à passer une sonde dans la trompe qu'après avoir engagé le malade à faire un effort d'expiration, la bouche et le nez fermés. Si l'on examine le tympan dans le moment même, on voit souvent cette cloison projetée en dehors, légèrement ridée par la portion d'air qui arrive dans la caisse; et il est évident, dans ce cas, que le cathétérisme de la trompe ne peut rien apprendre de plus. Mais lorsque le malade ne réussit pas à faire entrer l'air dans la caisse, alors l'exploration de la trompe d'Eustachi est le complément obligé de toutes les recherches sur le diagnostic d'une maladie de l'oreille, quand elle n'a pas son siége évident dans le méat externe et à la superficie du tympan. Sans m'occuper ici de la partie historique de cette question largement traitée dans les ouvrages d'Itard et de Kramer, je vais décrire le cathétérisme de la trompe d'Eustachi tel qu'il me paraît devoir être pratiqué pour atteindre le but qu'on se propose.

Et d'abord, je pose en principe que l'extrême variété de formes du nez et des fosses nasales ne permet pas d'établir des préceptes, des règles certaines, devant servir de guide dans le choix de l'instrument propre à effectuer ce cathétérisme. L'âge du sujet, la forme de sa tête, le développement de la face, sont autant de causes qui modifient beaucoup la longueur de la voûte palatine, de sorte que l'on rencontre rarement deux sujets chez lesquels l'orifice de la trompe d'Eustachi soit situé à la même distance de l'épine nasale antérieure. D'un autre côté, la déviation presque constante de la cloison médiane du nez, le volume et la position variable du cornet inférieur, sont autant de circonstances qui s'opposent à l'introduction facile de la sonde dans le pavillon de la trompe. Il résulte de tout cela qu'il n'est aucun instrument, aucune méthode de cathétérisme dont le succès soit constant. J'ai eu recours successivement à toutes les sondes tour à tour préconisées par les divers auteurs, et j'ai pu me convaincre que chacune d'elles ne convenait bien que dans certains cas déterminés, et qu'il fallait avant tout que l'instrument à employer s'adaptât bien aux fosses nasales qu'il devait parcourir.

Les changemens de forme, de direction, d'étendue, que présente l'appareil olfactif, suivant l'âge du sujet, influent beaucoup sur la position relative du pavillon de la trompe d'Eustachi; en conséquence, il importe de tenir compte de ces diverses circonstances lorsqu'il faut pratiquer le cathétérisme de ce conduit. Les fosses nasales s'agrandissent, dans toutes les directions, par le progrès de l'âge; mais le diamètre vertical et l'antéro-postérieur sont ceux qui prennent le plus d'accroissement. Il en résulte que l'ouverture de la trompe est située plus profondément, et que la sonde doit avoir plus de longueur, à mesure que le malade s'éloigne davantage de la jeunesse. Je ne crois pas que l'on puisse indiquer des mesures rigoureuses, et l'on se convaincra de cette impossibilité en examinant la saillie de la face chez les adultes, et les nombreuses variétés de longueur que présentent les diamètres mento-bregmatique et occipito-

mentonnier. Plus la saillie de l'occipital est considérable, plus le méat auditif est antérieur, et plus le plancher des fosses nasales est court. Cette brièveté de l'apophyse palatine et de la portion horizontale de l'os palatin se rencontre chez les individus qui ont la face large, le nez épaté, tandis que le contraire se remarque chez ceux qui ont le nez busqué, le visage étroit et saillant, et les arcades zygomatiques fort allongées.

Je n'attache pas une grande importance à l'appréciation exacte de la longueur du plancher des fosses nasales, et en voici la raison : pour pratiquer le cathétérisme de la trompe avec précision, je crois qu'il est indispensable de conduire la sonde jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, et de ramener son extrémité le long de la paroi externe de cette cavité, sans tenir compte de la position du voile du palais, qui ne fournit aucune lumière en cette circonstance.

Mais l'obstacle le plus réel que l'on rencontre alors vient de la position et de la forme de la cloison médiane des fosses nasales. Les diverses parties qui constituent ce septum conservent rarement une direction verticale. Dans le plus grand nombre des cas, la déviation s'est effectuée de telle façon que la cavité droite offre moins de capacité. Le cornet inférieur du même côté a souvent aussi plus de volume, de sorte que ces deux circonstances rendent fort difficile l'introduction de la sonde, qu'elle soit d'argent ou de gomme élastique, et à courbure plus ou moins grande. J'indiquerai plus loin un moyen de remédier à cet inconvénient.

Dans tous les cas, il faut examiner avec attention la forme extérieure du nez; car presque toujours l'inclinaison latérale de la cloison médiane est indiquée par la saillie du cartilage qui forme sa partie antérieure. On doit aussi relever le lobule du nez, et quelquefois même introduire le speculum dans les narines, afin d'apprécier exactement le degré d'étroitesse ou d'obliquité des fosses nasales. Il est nécessaire de placer le malade en face d'une fenêtre bien éclairée.

Ces précautions sont utiles, parce qu'elles dirigent l'opérateur dans le choix de l'instrument le plus propre à effectuer un bon cathétérisme. Si le nez est long, étroit, si la cloison médiane est déjetée, et si le cornet inférieur est volumineux, on devra prendre une sonde flexible, armée d'un mandrin léger et peu recourbé, afin de parcourir sans peine la voie étroite par où il faut pénétrer. Dans le cas contraire, on choisira une sonde d'argent solide, à courbure plus considérable, et qui puisse, dans son mouvement de rotation en dehors, atteindre l'orifice de la trompe et s'y engager.

Il peut arriver que l'une des narines soit déformée au point de ne pouvoir admettre une sonde quelconque. Dans des cas de ce genre, j'ai réussi à pratiquer le cathétérisme par la bouche en soulevant le voile du palais. M. Deleau conseille de porter la sonde dans l'autre narine, de lui donner une courbure plus considérable, et il dit avoir réussi. Quelques essais sur le cadavre m'ont prouvé que ce procédé était d'une application difficile, pour ne pas dire impossible, et j'ai besoin de faits plus nombreux pour asseoir un jugement définitif. Je sais d'ailleurs que le docteur Fabrigi regardait la chose comme impossible.

Voici maintenant de quelle manière il faut agir : le malade, placé comme je l'ai dit devant une fenêtre bien éclairée, est assis, la tête un peu relevée, sans qu'il soit utile de l'appuyer sur un coussin. La main gauche seule, placée sur le front, suffit pour empêcher les mouvemens de cette partie. L'instrument est tenu de la main droite, et la concavité de sa courbure est dirigée en bas. Le bec de la sonde parcourt toute la longueur du plancher de la fosse nasale, et arrive au bord adhérent du voile du palais. Je crois inutile de s'arrêter dans cet endroit, comme la plupart des chirurgiens le conseillent, et de chercher l'orifice de la trompe en passant aussitôt de ce plan incliné à la partie externe du pharynx. L'expérience m'a prouvé qu'il vaut mieux aller au-delà, toucher la paroi postérieure du pharynx, et ramener la sonde d'arrière en avant, afin de rencontrer le bord saillant du pavillon de la trompe.

Il importe beaucoup, pour le succès de l'opération, que les parties qui entourent la trompe conservent leur position normale. Or, la présence du bout de la sonde donne lieu à une contraction du voile du palais et de tout le pharynx, et change la situation respective de la trompe et des fosses nasales. C'est pour éviter cet inconvénient que je porte la sonde aussi loin que possible, afin de ne pas stimuler les muscles péristaphylins et ceux du pharynx.

En ramenant la sonde le long de la paroi externe du pharynx, on sent bientôt une saillie sur laquelle glisse l'instrument, et, au-devant d'elle, une cavité qui reçoit le bout de la sonde. Un mouvement de rotation en dehors un peu plus prononcé fait pénétrer cette sonde plus loin, et si on essaie de l'attirer en-dehors en lui conservant la direction précédemment indiquée, on sent un obstacle qui prouve que l'instrument est engagé dans un conduit d'où il ne peut sortir qu'en suivant la route oblique qu'il a parcourue pour y pénétrer. La sonde, ainsi engagée, s'avance seulement de 3 à 4 lignes dans la trompe, et détermine une sensation plutôt incommode que douloureuse. Quelquefois le malade ressent une sorte de chatouillement dans le méat externe, et y porte instinctivement le doigt; mais, dans le plus grand nombre des cas, cela n'arrive point.

Quel but se propose-t-on en introduisant une sonde quelconque dans la trompe d'Eustachi? Il s'agit évidemment de savoir si ce conduit est libre, jusqu'à quel point il l'est, et quel genre d'obstacle s'oppose au passage de l'air. La sonde seule peut-elle éclaircir toutes ces questions? C'est ce que je vais examiner brièvement.

D'abord, il faut admettre que les sondes d'argent ou de gomme élastique ont toujours trop de volume pour parcourir la trompe dans toute sa longueur. Son tiers supérieur n'a pas plus d'une ligne de diamètre, et les parois doivent à un épais cartilage un degré de résistance qui ne permet aucune distension. Plus haut encore, la portion osseuse n'est pas moins inextensible, de sorte que, pour arriver jusque dans la caisse, il faudrait avoir recours à une bougie filiforme, à une corde de boyau d'un très petit diamètre, comme celles employées par Kramer. Mais les sondes de Saissy et d'Itard, celles de M. Deleau et de plusieurs médecins auristes, ne peuvent occuper que la moitié et tout au plus les deux tiers de la longueur totale de ce conduit, de sorte que tout obstacle situé au-delà de ces limites ne peut être ni reconnu, ni détruit par ces divers instrumens.

Dans le plus grand nombre des cas, l'occlusion de la trompe est le résultat du gonflement de la membrane muqueuse qui la tapisse, ou d'une accumulation de mucus épaissi et altéré de diverses manières. Nul doute qu'on ne parvienne le plus souvent à vaincre la résistance de ces deux états pathologiques; mais cela ne peut avoir lieu que dans de certaines limites, et, il faut le dire, presque toujours la guérison arrive spontanément. Mais lorsqu'on rencontre un mode de lésion plus grave, une induration chronique de la partie supérieure du pharynx, une oblitération causée par des cicatrices ou toute autre maladie analogue, l'usage des sondes n'est d'aucune utilité, et il faut y renoncer. Ainsi, comme moyen direct de traitement, les sondes ne peuvent guérir les maladies graves de la trompe d'Eustachi, et celles de ces maladies qui le sont moins se guérissent toutes seules.

Mais ordinairement les recherches dirigées de ce côté ont pour but le diagnostic des maladies de la caisse du tympan, et l'expérience de tous les jours prouve leur efficacité. Beaucoup de lésions, situées dans cette cavité, laissent la trompe non pas parfaitement saine, mais du moins facilement perméable à l'air qu'on y pousse du dehors. La sonde pénètre plus ou moins loin, et l'on peut apprécier le degré de résistance que produit le gonflement de la muqueuse. On le reconnaît à la petite quantité d'air qui arrive dans la caisse, et au bruit pharyngien, auquel donne lieu la plus grande partie de l'air insufflé, qui revient entre la sonde et le conduit. Si l'on examine avec soin la profondeur à laquelle arrive la sonde, et la quantité d'air qui pénètre dans la caisse, on saura le lieu où est situé l'obstacle, ainsi que son degré de force. De plus, on apprendra par le même moyen quelle sorte d'altération existe dans la caisse du tympan; si cette cavité contient une quantité notable de mucus; si la surdité résulte du défaut de renouvellement de l'air; enfin, si l'injection de ce fluide a de l'influence sur les phénomènes morbides qui s'y passent.

On voit que le cathétérisme de la trompe constitue un moyen de diagnostic du plus haut intérêt dans l'étude des maladies de l'oreille moyenne, et qu'il est impossible d'avoir une opinion exacte sur ces maladies, si l'on n'a pas fait cette opération. J'ajouterai que les affections morbides, situées plus profondément, c'est-à-dire dans l'oreille interne, peuvent être reconnues à l'aide de ce même cathétérisme, en raison des symptômes négatifs dont on constate alors l'existence dans la caisse. En procédant par exclusion, on arrive à prouver que le méat externe, le tympan et l'oreille moyenne sont exempts d'altération, et que, par conséquent, la cause des accidens réside dans l'appareil labyrinthique ou dans le système nerveux.

L'exploration du conduit auditif externe occasionne quelquefois de la douleur, ainsi que je l'ai dit, mais cela est rare, tandis que le cathétérisme de la trompe d'Eustachi est toujours accompagné de particularités, qu'il importe de faire connaître. Le passage de la sonde au travers des fosses nasales produit une sensation désagréable, sorte de chatouillement aigu, qui met en mouvement les muscles du nez, des lèvres, ainsi que ceux du visage. L'œil correspondant à la narine par où passe la sonde se mouille de larmes abondantes, le diaphragme se contracte subitement, et chez quelques individus plus irritables il survient des nausées et même des vomissemens. Enfin, la membrane muqueuse, froissée par le cathéter, verse quelques gouttes de sang.

La sonde, arrivée au sommet du pharynx, donne lieu souvent à des contractions spasmodiques de cet organe, qui agitent la trompe, et il faut attendre le calme pour pouvoir introduire l'instrument par un mouve-

ment de rotation en dehors. Une main exercée arrive bien vite au but, mais souvent aussi il faut recourir à des tâtonnemens qui irritent des parties éminemment sensibles et fatiguent beaucoup le malade. La sonde, en pénétrant dans le pavillon de la trompe, produit une sensation d'une autre nature que la précédente, mais également désagréable. Je dois dire que la sonde d'argent cause en général moins de douleur que celle de M. Deleau, et que les malades qui ont été soumis à l'action de l'une et de l'autre donnent la préférence à la première. Cela vient surtout de ce que la sonde flexible est armée d'un mandrin qu'il faut retirer en même tems que l'on pousse l'instrument pour qu'il monte plus haut en s'accommodant aux courbures du canal. Ce tems de l'opération est douloureux et beaucoup de malades se retirent brusquement en arrière pour fuir cette sensation pénible.

En général, cette opération ne peut être pratiquée chez les sujets très jeunes ; cependant j'ai réussi chez une petite fille de trois ans, mais c'est une rare exception. D'un autre côté je pense qu'il faut s'en abstenir chez les personnes avancées en âge. Il me serait facile de prouver par des faits authentiques qu'il y a du danger à sonder la trompe des vieillards et que souvent alors on donne lieu à un emphysème sous muqueux qui s'étend aux parties latérales du col, au pharynx et même à l'orifice des voies aériennes. Cet accident peut arriver chez des sujets jeunes, lorsque des symptômes inflammatoires encore persistans diminuent le degré de consistance des membranes muqueuse de cette région et rendent très facile le passage de l'air dans le tissu cellulaire sous-jacent. Les occlusions plus ou moins fortes de la trompe, les ulcérations du sommet du pharynx, le développement anormal des follicules mucipares ne permettent pas toujours de donner à la sonde une position bien convenable; son extrémité perfore la membrane muqueuse et l'air insufflé s'infiltre dans le tissu cellulaire qu'il distend de proche en proche. Presque aussitôt le malade se plaint de sentir un craquement singulier et il indique en même temps l'augmentation de volume de son cou. Quelquefois il éprouve un gonflement du voile du palais et d'un des côtés du pharynx, sa voix est fortement altérée et ces accidens peuvent devenir sérieux si l'on continue d'insuffler de l'air. L'emphysème du voile du palais, de la luette et du pharynx, portée à un certain point cause une gêne que l'on fait cesser en pratiquant sur ces parties de légères mouchetures avec une aiguille à cataracte ou tout autre instrument analogue.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustachi donne encore lieu à un autre phénomène, je veux parler d'une douleur assez vive, ressemblant à une piqûre, que le malade ressent à la partie inférieure du col, presqu'au niveau de la clavicule. Cette douleur persiste quelquefois pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, et je viens de voir une dame qui l'a ressenti pendant environ trois mois. Cet accident est rare et on l'observe à peine une fois sur vingt ou trente malades. Quelques personnes l'éprouvent constamment. L'examen du pharynx pendant que la sonde est en place ne m'a rien appris sur la cause de cette douleur. Je l'ai constatée à droite, à gauche, mais jamais des deux côtés à la fois chez le même individu. Elle est plus commune chez les femmes que chez les hommes et doit être considérée comme une affection sympathique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1841 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Nouvelles recherches sur les mouvemens et les bruits du cœur, et examen critique des principaux travaux qui ont été publiés sur ce sujet*; par M. Beau; 2° *De l'ecchymose de l'œil et des paupières comme moyen de diagnostic dans les plaies de tête*; par M. Maslieurat-Lagémart. 3° *Observation de gangrène spontanée des corps caverneux, suivie de réflexions sur cette affection*; par M. Richet. 4° *Recherches pathologiques et expérimentales sur les fonctions des faisceaux de la moëlle épinière et des racines des nerfs rachidiens etc.*; par M. Longet. 5° *Mémoire sur l'inflammation des follicules muqueux de la vulve*; par M. Alph. Robert. 6° *De la rotation de l'œil sur son axe*; par M. Hueck; 7° *Observations sur le traitement de la folie par les moyens moraux*; par M. Lafargue. 8° *Mémoire sur le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux*; par M. Orfila. 9° *Des hydatides ou vers vésiculaires de l'encéphale*; par M. Aran. 10° *Note sur la dermalgie rhumatismale ou rhumatisme de la peau*; par M. Beau. 11° *Sur une éruption générale de vaccine observée à l'hôpital Cochin dans le service de M. Blache*; par M. Aubry.

DE L'ECCHYMOSE DE L'ŒIL ET DES PAUPIÈRES COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DANS LES PLAIES DE TÊTE; par M. MASLIEURAT-LAGÉMART.

Les auteurs qui ont parlé des fractures du crâne ont noté l'ecchymose de l'œil et des paupières comme un des signes les plus importans et les plus capables de servir au diagnostic du siége et de l'espèce de la lésion. Il régnait cependant sur ce chapitre une certaine obscurité produite par le défaut de distinction entre les cas semblables. M. Maslieurat-Lagémart a donc fait une chose utile en cherchant à préciser la valeur qu'on doit accorder à ce phénomène, suivant l'époque et suivant les lieux où il se montre.

L'auteur rappelle d'abord l'existence du feuillet aponévrotique qui s'étend du pourtour de l'orbite aux cartilages tarses, et qui sépare le tissu cellulaire intra-orbitaire et sous-conjonctival d'avec le tissu cellulaire des paupières. Lors donc que, par le fait de contusion ou de plaie, du sang s'épanche sous l'aponévrose occipito-frontale, il pourra bien venir constituer une ecchymose dans l'épaisseur des paupières, mais jamais il n'infiltrera le tissu sous-conjonctival. Si la tache sanguine paraît de bonne heure aux paupières et s'y manifeste avant qu'on puisse la voir sur la peau qui est entre l'orbite et le lieu où existe la plaie, c'est à cause de la texture fine et de la transparence du tégument palpébral. Il va sans dire que si le point contus était placé à la partie postérieure du crâne, ce serait sous la peau du cou que se propagerait l'extravasation de sang.

Quant aux ecchymoses sous-conjonctivales, elles reconnaissent deux causes distinctes, 1° une contusion ou une déchirure des vaisseaux de l'œil ou de la conjonctive; 2° un amas de sang dans la cavité orbitaire, quel que soit le lieu d'où il y est conduit. Lorsque l'ecchymose sous-conjonctivale apparaît à la suite d'un coup sur l'œil, c'est une preuve que la violence n'a pas borné son action aux paupières, et que le globe oculaire lui-même a été contus. Quand au contraire il existe une fracture du crâne, l'ecchymose envahit d'abord la conjonctive ; et bien qu'elle puisse s'étendre consécutivement au tissu cellulaire palpébral, après avoir percé l'aponévrose qui est entre lui et le tissu cellulaire intra-orbitaire, l'époque différente de sa formation ne permet pas de la confondre avec celles qui tiennent à une lésion des parties extérieures au crâne. Notons encore que, dans le cas de fracture, c'est la paupière inférieure qui devient le plus souvent le siége de l'infiltration sanguine.

Il importait, comme nous l'avons dit en commençant, de rappeler l'attention sur un point de chirurgie où la confusion menaçait de s'introduire. Toutes les propositions de M. Maslieurat ne sont pas neuves; quelques-unes se trouvent déjà consignées dans divers ouvrages, parmi lesquels nous mentionnerons surtout l'excellente thèse de M. Denonvilliers (V. THÈSE POUR L'AGRÉGAT., 1839, p. 36); mais elles offrent toutes ce degré de justesse et d'intérêt qui ne saurait jamais manquer aux corollaires déduits de l'anatomie et vérifiés par l'observation.

OBSERVATION DE GANGRÈNE SPONTANÉE DES CORPS CAVERNEUX; par M. RICHET.

OBS. — Un cultivateur, âgé de 75 ans, n'ayant jamais fait aucun excès et jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, fut pris subitement, et sans cause connue au mois de juillet dernier, d'une demi-érection qui ne lui causait ni plaisir ni peine. Une application de 15 sangsues, faite au périnée qui était devenu douloureux, ne produisit aucun résultat, et le malade entra à la maison de santé. La verge était très distendue, raide et à angle droit sur l'abdomen, mais la tuméfaction ne portait que sur les corps caverneux, car le gland semblait flétri et l'urètre ainsi que son corps spongieux offraient à peine un léger engorgement. Le périnée était le siége d'une légère tension et d'une douleur vive à la pression, de même que les points correspondans aux corps caverneux, jusqu'à leur insertion de l'ischion. Pouls à 114, plein, dur, langue sèche, soif ardente. M. Monod, ayant plongé un bistouri à la base de chacun des corps caverneux, lieu où l'on sentait de la fluctuation, il ne sortit qu'un peu de sang noirâtre et visqueux, dont le doigt ramena ensuite une plus grande quantité. Cette opération soulagea un peu le malade; cependant il se manifesta de l'agitation et du délire. En faisant le pansement, on aperçut une portion fibreuse faisant hernie à travers les lèvres de l'incision du côté gauche. Saisie avec des pinces, elle entraîna à sa suite une portion considérable de tissu fibreux aréolaire, qui fut reconnu, semblable par sa forme et sa structure, à celui qui constitue les corps caverneux. Leur coque fibreuse ou enveloppe restant seule, le pénis de cet homme représentait une large cavité à la partie inférieure de laquelle se trouvait l'urètre intact. Le lendemain, un abcès fut ouvert au niveau, mais un peu à droite de la symphyse pubienne. La gangrène se propagea au gland, et, après avoir eu quelques frissons irréguliers, le malade succomba le dixième jour de son entrée, sans avoir jamais présenté rien de particulier quant à l'excrétion urinaire.

AUTOPSIE. — La vessie et l'urètre sont parfaitement sains. L'enveloppe du corps caverneux ayant été fendue, on trouve cette poche en pleine suppuration, et ne conservant plus de trace du tissu aréolaire qui forme la texture de ce corps. L'abcès, ouvert au niveau du pubis, communiquait avec ce foyer purulent. Les veines, qui des corps caverneux se portent aux plexus vésicaux et prostatiques, sont gorgées d'un pus blanchâtre. On en rencontre également dans les veines vésicales et dans l'hypogastrique, où nul obstacle ne s'opposait à son passage dans le torrent circulatoire.

En présence d'une affection aussi insolite, le besoin d'une explication se présente naturellement à l'esprit. Mais, malgré un examen scrupuleux des phénomènes de la maladie et des circonstances où le sujet s'était trouvé placé antérieurement à son invasion, M. Richet n'a pu découvrir aucune cause même probable à laquelle on fût en droit de la rapporter. Passant successivement en revue celles qui pourraient à la rigueur être présumées, il ne croit pas devoir attribuer la gangrène à une compression des veines; car, où est l'obstacle qui aurait exercé cette compression? Il n'existe pas non plus de raison pour en accuser une cause semblable à celle qui produit la gangrène sénile, puisque les artères caverneuses n'ont rien offert d'anormal dans leur structure. Le mode d'interprétation qui lui paraît le plus vraisemblable est celui qui attribuerait l'affection à une oblitération des veines caverneuses. Les considérations précédentes qui combattent les autres explications sont de bonnes preuves négatives à l'appui de celle-ci; et nous leur joindrions encore cette réflexion, savoir que dans le cas ci-dessus, comme dans tous ceux où la gangrène s'accompagne de la cessation de la circulation veineuse, les parties ne se sont pas desséchées en se mortifiant, mais ont au contraire présenté leur consistance habituelle, si ce n'est même une consistance moindre que dans l'état normal.

MÉMOIRE SUR L'INFLAMMATION DES FOLLICULES MUQUEUX DE LA VULVE; par M. ALPH. ROBERT.

Assez bien connus dans leur organisation intime, mais fort mal étudiés jusqu'ici dans leur situation topographique, les follicules muqueux de la vulve, les uns simples, les autres sinueux et prolongés par de petits embranchemens latéraux peuvent, suivant M. Robert, être divisés, quant à leur siége, en plusieurs groupes. Les uns, très petits, sont placés sur le vestibule; les autres, plus volumineux, s'ouvrent à la surface du tubercule médian, qui limite en bas le méat urinaire. Un troisième groupe garnit le pourtour de ce même orifice. Enfin, les plus nombreux se trouvent sur les côtés de l'entrée du vagin, et deux d'entre eux s'ouvrent constamment vers les extrémités du diamètre transverse de l'orifice vaginal; ces derniers ont quelquefois plus d'un demi-pouce de profondeur et offrent souvent la disposition rameuse mentionnée ci-dessus.

Le liquide que secrètent ces organes est visqueux, peu abondant à l'état ordinaire; il augmente de quantité sous l'influence de l'excitation vénérienne, et peut être alors projeté avec une certaine force par les contractions du muscle constricteur du vagin qui recouvre les follicules.

Dans le cours de la blennorrhagie, ces follicules participent souvent à l'inflammation du vagin. Il existe à la vulve un prurit douloureux, et le liquide contenu dans la cavité du follicule sortant sous la pression du doigt qui explore les parties génitales, on peut fort bien croire qu'il vient du méat urinaire, et en conclure à tort à l'existence d'une blennorrhagie urétrale. La difficulté de soumettre la surface malade aux médications topiques qui guérissent si promptement le catarrhe vaginal, explique la persistance et le passage à l'état chronique de ces phlegmasies folliculeuses. L'orifice du crypte est alors reconnaissable par une aréole. Quant aux symptômes, ils consistent dans la démangeaison et les élancemens, qui redoublent après une longue marche et pendant la miction. En général, le repos, des bains et des cautérisations avec le nitrate d'argent triomphent de cette maladie.

La variété la plus remarquable est l'inflammation qui affecte exclusivement les deux grands follicules placés sur les côtés du vagin. M. Robert avait souvent vu, en examinant au spéculum des femmes ayant une blennorrhagie, le pus sourdre de deux petites ouvertures situées sur le sillon qui limite en dehors les caroncules myrtiformes. Ne pouvant admettre que ce fussent là des abcès vulvaires devenus fistuleux, puisque ces ouvertures paraissaient toujours dans le même lieu, sous la même forme, plus petites d'ailleurs et plus arrondies que celles qui succèdent aux collections de pus, il fut amené à conclure que l'inflammation des follicules était la cause unique du phénomène.

Outre le prurit dont nous avons parlé, et qui existe à tous les degrés, depuis une sensation de fourmillement jusqu'aux élancemens les plus vifs, cette phlegmasie a encore pour effet de rendre le coït douloureux et même impossible. Quelquefois lorsque la maladie est ancienne, le follicule subit une hypertrophie qui augmente sa cavité, et il y a alors une véritable leucorrhée vulvaire. Chez une jeune fille de 19 ans, le mucus secrété étant retenu par l'étroitesse de l'orifice formait une tumeur du volume d'une amande qu'elle vidait chaque jour en la pressant avec le doigt.

La ténacité de cette affection jointe à la difficulté de bien préciser la cause qui l'entretient donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic. C'est ainsi qu'on a attribué ses symptômes à des affections vénériennes, ou psoriques, au *prurigo podicis*, par exemple.

M. Robert ne fait que peu de fonds sur les applications extérieures pour guérir cette maladie, et il préfère une petite opération qu'il décrit de la manière suivante : on introduit d'abord un stylet d'Anel dans la cavité du follicule qu'on reconnaît à sa direction oblique, à sa position superficielle et à sa profondeur, qui varie entre 4 et 5 lignes; puis on en dilate l'entrée en exécutant avec l'instrument de légers mouvemens de circumduction. L'une des lames de ciseaux très fins et boutonnés étant substituée au stylet, on la fait parvenir avec précaution jusqu'au fond du follicule; et, par un mouvement brusque, on divise la cloison membraneuse et mince qui sépare sa cavité de celle du vagin. La plaie étant de suite abstergée, on la cautérise, ainsi que la surface du follicule, avec le crayon de nitrate d'argent. Si quelques débris du follicule ont échappé à l'action de l'instrument tranchant ou du caustique, il faut plus tard les atteindre et les cautériser; la guérison n'est complète qu'à ce prix.

M. Robert termine cet exposé en rapportant trois observations choisies parmi les cas nombreux de ce genre dont il a été témoin, soit à l'hôpital de Lourcine, soit à l'hôpital Beaujon, soit dans sa pratique particulière, et où le mode de traitement mis par lui en usage a fait disparaître des accidens quelquefois très anciens.

Malgré les éloges que nous paraît mériter ce travail, il est quelques points sur lesquels nous ne saurions, à moins de nouveaux éclaircissemens, partager les opinions de l'auteur. Ainsi, M. Robert ne croit pas que les petites ouvertures qu'il a trouvées sur les côtés du vagin, fournissant du pus, à pourtour rouge et enflammé, etc., soient des abcès de la vulve passés à l'état fistuleux. Nous admettons bien avec lui que, dans la grande majorité des cas, l'explication qu'il propose rend un compte beaucoup plus rationnel de l'existence de ces ouvertures. Mais cela ne prouve pas que *jamais* elles ne puissent avoir une autre origine. Rien n'est plus commun que les abcès vulvaires dans le cours de la blennorragie, et rien n'est plus commun que de voir la solution de continuité par laquelle ils se terminent persister sous forme d'un pertuis fort étroit. L'inflammation des parties voisines se dissipant, comme on sait, très rapidement dans ces affections, l'orifice présente de bonne heure tous les caractères d'un trajet fistuleux, et peut par conséquent souvent en imposer pour la maladie des follicules qu'a décrite M. Robert, maladie dont l'existence est très réelle, mais à laquelle cet auteur a peut-être fait ici une part un peu trop large.

Le second point sur lequel nous avons à faire quelques observations est relatif au traitement. L'opération conseillée par M. Robert est aussi simple que possible, et il ne nous serait pas venu à l'esprit de la critiquer, si nous ne savions par expérience combien certains malades redoutent l'instrument tranchant, et combien toutes les femmes manifestent de répugnance pour les opérations qui se pratiquent sur les organes génitaux. L'opération ne dure qu'un instant, dira sans doute M. Robert, par conséquent on peut la faire à la volée et comme par surprise. D'accord; mais il est des cas où on est forcé de la recommencer, et lorsqu'il faudra inciser un second follicule, ou poursuivre dans ses derniers embranchemens par des cautérisations répétées un foyer sinueux, n'a-t-on pas à appréhender une vive résistance de la part de la malade? Déjà M. le docteur Denis (Voy. ANN. DE CHIRURG., n. 10, p. 249), a proposé d'injecter de l'eau chlorurée dans le kyste, avec la seringue d'Anel; et cette injection répétée trois ou quatre fois lui a réussi dans un cas. Ce moyen est sans doute excellent; mais nous pensons qu'on arriverait plus promptement et plus sûrement au même but en substituant à l'eau chlorurée qui n'agit que comme irritant et nécessite plusieurs opérations, une solution de nitrate d'argent dont on pourrait élever assez le degré de concentration pour en obtenir les mêmes effets que ceux que M. Robert retire de l'application du caustique solide. Tout le monde comprendra d'ailleurs, et c'est une circonstance qui nous semble fort importante, que, en raison même de l'étroitesse de l'orifice, le tube conique de la seringue peut le boucher assez exactement pour s'opposer au reflux du liquide, quelle que soit la quantité qu'on en pousse dans le kyste, dont toutes les sinuosités, tous les prolongemens peuvent ainsi être cautérisés, sans tâtonnemens et dans une seule séance. L'opération, ainsi modifiée, suffirait sans doute, dans la majorité des circonstances, et le procédé de M. Robert ne s'appliquerait plus qu'aux cas rebelles.

OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DE LA FOLIE PAR LES MOYENS MORAUX; par le docteur LAFARGUE.

Tout n'a pas encore été dit sur le traitement de l'aliénation, et il n'est pas probable qu'en augmentant ou en diminuant un peu le nombre et la force des saignées et des bains, on en changeant le lieu d'application des sangsues et les boissons émollientes, les médecins, qui ne voient dans l'aliénation mentale que des lésions physiques et le plus souvent inflammatoires, arrivent à de meilleurs résultats que ceux fort peu satisfaisans qu'ils ont obtenus jusqu'ici dans le traitement de cette affection, dont la cause, le mode de production et le mécanisme nous sont entièrement inconnus; le champ reste donc encore ouvert pour de nouvelles expériences, pour des recherches dans une autre direction. Les nouveaux faits que rapporte M. Lafargue, puisés dans la pratique de M. Leuret, ne suffisent pas bien certainement pour démontrer l'exactitude des théories sur lesquelles repose sa pratique, mais au moins ils ne permettent pas de douter que le traitement moral employé à temps et dirigé avec habileté n'eût, dans quelques cas, les résultats les plus avantageux. Au dire de M. Lafargue, ce traitement, tel qu'il a été employé à Bicêtre, se compose de deux sortes de moyens: 1° des moyens immédiats par lesquels on agit sur l'intelligence des malades, et on occupe leur esprit en les empêchant de penser à l'objet de leur délire: les impressions morales, les exercices intellectuels et les diverses occupations d'une école, remplissent parfaitement ces indications; 2° des moyens médiats qui agissent sur l'ensemble de l'individu, changent ses habitudes et ses préoccupations: ce sont les travaux des champs et les occupations manuelles de différente nature. C'est à la sagacité du médecin à décider quels sont les cas où il convient d'employer séparément ou simultanément ces deux ordres de moyens moraux.

Trois observations seulement sont rapportées dans cette communication. Tout en regrettant de ne pouvoir les rapporter avec tous les développemens qui contribuent à leur donner de l'intérêt, nous allons pourtant les analyser de manière à faire comprendre, autant qu'il sera possible, la manière dont l'auteur emploie et varie ces moyens moraux.

MONOMANIE; IDÉES DE GRANDEUR ET DE TITRES IMAGINAIRES; TRAITEMENT MORAL; GUÉRISON

OBS. I. — R..., âgé de 53 ans, avait toujours été sain de corps et d'esprit jusqu'à janvier 1840. Sorti du service, il s'était marié, avait pris l'état de cordonnier et menait une vie régulière. Dans les derniers temps il s'est livré à la boisson, et s'est plusieurs fois enivré. La mort de sa femme, en janvier 1840, lui causa un vif chagrin. Il travailla moins, devint triste, méfiant taciturne et est tourmenté par des idées déraisonnables; d'abord il se croit entouré de mouchards, puis il se croit duc de Lorraine, mais ne se livre à aucun acte répréhensible. Plus tard il quitte tout travail et enfin est admis à Bicêtre le 17 février 1841.

M. Leuret, après avoir écouté ses plaintes et l'histoire des mouchards qui le poursuivaient, lui fait sentir le ridicule de ses idées, lui annonce qu'il a été amené à Bicêtre parce qu'il est fou, que pour en sortir il doit renoncer à toutes ses idées ridicules, et que s'il conserve ces croyances absurdes, il lui donnera des douches jusqu'à ce qu'il soit devenu raisonnable.

Le 20 février, le malade persistant toujours dans ses mêmes idées, une douche lui est administrée en présence de M. Leuret, qui la fait interrompre de temps en temps pour suivre avec lui un colloque dans lequel il s'établit une lutte d'une part entre M. Leuret aidé de la douche, et de l'autre le malade qui renonce d'abord, mais par dissimulation seulement, à ses titres et à ses millions, et qui, à la fin de la douche, paraît convaincu de son erreur.

Le 28, M. Leuret voulant le surprendre; bonjour à son excellence. — Je ne suis pas une excellence. — Mais vous êtes prince et duc? — Non, Monsieur, je ne suis ni l'un ni l'autre. Je comprends maintenant le ridicule de ces idées qui étaient produites par la maladie dont j'étais atteint. Je desire revenir bientôt chez moi et reprendre mon travail. Pendant plusieurs jours on continua de surveiller R... pour s'assurer s'il ne dissimule pas ses croyances, mais on ne put surprendre la moindre parole déraisonnable; la guérison était solide. Il sort le 6 mars 1841, et reste dans sa famille où sa guérison ne s'est pas démentie.

Il est important de noter qu'avant d'entrer à Bicêtre, ce malade avait été traité par tous les moyens physiques que l'on croit propres à améliorer cet état et qu'on avait mis en usage la douceur, les moyens de persuasion et les remontrances bienveillantes, comme plus appropriés à son caractère doux et affable, traitement qui fit contraste avec celui qu'il subit à Bicêtre où il se trouva isolé; entouré de personnes qui combattaient avec énergie ses prétentions et ses croyances. Quant aux douches on n'a pas insisté sur leur emploi; elles n'ont été administrées au début que pour montrer au malade que l'on était décidé à employer tous les moyens capables de retenir sa raison.

HALLUCINATIONS DE L'OUIE ET DE LA VUE; TRAITEMENT MORAL.

OBS. II. — G..., âgé de 39 ans, célibataire, marinier, doué d'une forte constitution et d'une intelligence peu dévelloppée, est depuis longtemps adonné aux boissons alcooliques. Depuis trois mois surtout qu'il a perdu sa mère, sa raison a commencé à se déranger et bientôt il se crot entouré d'hommes armés et d'assassins. Ces visions se produisaient pendant le jour et pendant la nuit, aussi souvent à jeun qu'après des excès de boisson et provoquaient de sa part des actes de fureur qui le firent diriger sur Bicêtre le 25 février 1841.

Le lendemain, G. raconte à M. Leuret tous ses tourmens et ses visions. M. Leuret s'applique à lui faire sentir la fausseté de ces illusions, qui sont produites par une maladie dont le siége est dans sa tête. Il lui ordonne de travailler pendant la journée, afin de mieux dormir pendant la nuit. G. ne demande pas mieux que de guérir, puisqu'il est malade; du reste, il convient que sa tête est un peu dérangée depuis trois mois.

Le 27 février, M. Leuret lui fait une sévère admonition parce qu'il a enfreint les ordres qu'il lui avait donnés. S'il continue à faire le moindre bruit, il sera considéré comme fou, et alors on aura recours aux grands remèdes; il sera surveillé, et s'il ne se conduit pas comme il doit le faire, il aura demain une forte douche. De belles promesses suivent cette menace; G. s'occupe pendant la journée de travaux de terrassemens; les brigands disparaissent les premiers, puis le sommeil et la tranquillité reviennent, et enfin il comprend le ridicule de ces visions qui se pressaient dans sa tête.

A cette époque, R., le sujet de l'observation précédente, était convalescent et placé près de G.; M. Leuret les engagea en secret à exercer l'un sur l'autre une surveillance mutuelle, ce qui produisit le plus heureux effet sur les deux malades.

Huit jours après son entrée, G. ne conservait aucune trace de sa maladie. Il sortit le 12 mars 1841.

Quelques bains, un régime hygiénique, un travail assidu, et surtout l'influence morale, la peur des grands remèdes, ont produit le changement qui s'est opéré si rapidement dans l'état de G.

HALLUCINATION DE L'OUIE; VOIX QUI PARTENT DU COEUR; EFFORTS POUR NE POINT RESPIRER; REFUS DE MANGER; EMPLOI DES MOYENS MORAUX; GUÉRISON.

OBS. III. — Paul, âgé de 36 ans, peintre en bâtimens, porté à la tristesse, d'une intelligence faible, a toujours joui d'une bonne santé et faisait quelquefois des excès de boissons. Un vol, dont on ne put trouver l'auteur, ayant été fait chez son maître, il craignit que ce dernier ne fût porté à le lui attribuer. Il devint plus triste et cherchait à se disculper auprès de tout le monde du crime qu'il n'avait pas commis. Son inquiétude devint permanente, et il manifesta des idées de suicide qui le conduisirent à Bicêtre le 18 janvier 1841. A cette époque, il était calme, mais conservait toujours l'idée fixe qu'il était accusé de ce vol. Une inflammation phlegmoneuse developpée sur la région dorsale de la main, dura près de six semaines, et pendant la durée de laquelle son état intellectuel s'améliora beaucoup, et les idées de suicide avaient disparu. Mais, à peine rétabli, et, sans cause appréciable, il fut pris d'une vive agitation, et se croyant accusé d'un vol et d'un assassinat, il refusa de manger et de boire, et même fit toutes sortes d'efforts pour ne pas respirer. Nous ne pourrions rapporter tous les moyens que M. Leuret mit en œuvre pour lui faire prendre, pendant plusieurs jours, quelques bouillons, et encore n'était-ce que par surprise. Ses tentatives pour s'asphyxier par l'absence de la respiration étaient très énergiques et ne manquaient leur effet que parce qu'au moment où il commençait à perdre connaissance, les parois de la poitrine se mettaient en mouvement. Il eut plusieurs accès d'extase durant lesquels il restait immobile, fixe, les yeux brillans, les pupilles dilatées et écoutant une voix qui lui parlait.

Après plusieurs essais infructueux, et le malade étant dans un état de débilitation extrême, M. Leuret, sachant qu'il est bon père, lui dit que sa femme et ses cinq enfans sont dans le besoin, qu'il faut qu'il travaille pour eux, lui annonce qu'on a besoin d'un ouvrier dans l'atelier de peinture, et qu'il y peut gagner de bonnes journées; mais que, pour cela, il lui faut des forces et des alimens. Cette idée l'occupe; il consent à prendre des alimens, et, le premier jour, pour quelques minutes de travail, il reçoit le prix de sa journée.

Les jours suivans, l'état du malade s'améliore rapidement; sa femme vient recevoir l'argent qu'il a gagné pour elle, et il sort de Bicêtre le 12 mai 1841, et, depuis, sa santé n'a pas éprouvé la plus légère atteinte.

Ces faits ont une haute portée; mais pour qu'ils soient réellement utiles, il faut qu'ils ne restent pas isolés, et nous souhaitons que M. Leuret arrive à les systématiser, c'est-à-dire à en déduire une méthode qui puisse être appliquée à un grand nombre de cas.

MÉMOIRE SUR LES HYDATIDES, OU VERS VÉSICULAIRES DE L'ENCÉPHALE; par M. ARAN.

Ce mémoire contient l'histoire des hydatides de l'encéphale sous le double point de vue de leur conformation ou de leur histoire naturelle et de la pathologie. Nous ne pouvons rien reproduire de la première partie sur la description des vers vésiculaires de l'encéphale, sur leurs

différentes espèces et leur classification; nous indiquerons seulement les questions pathologiques qui ne font que commencer à poindre, pour ainsi dire, sur un sujet si obscur, et qui ne tardera pas, nous devons l'espérer, à grandir et à s'éclaircir.

La cause qui fait développer ces êtres parasites dans le cerveau de l'homme doit être la même que pour ceux des autres organes; mais elle n'est pas même connue, et l'examen des 47 cas recueillis çà et là dans les annales de l'art n'a rien appris d'important à M. Aran sur ce point.

Parmi les symptômes propres à déceler l'existence des hydatides dans le cerveau, le plus constant est la céphalalgie (20 fois sur 47). Sans être constante, elle suivait une marche progressive, et devenait d'autant plus forte, que la maladie approchait plus du terme fatal.

Sur le même nombre de cas (47), la sensibilité générale était diminuée 3 fois; la vue considérablement affaiblie ou perdue 6 fois; l'ouïe viciée ou perdue 2 fois; l'odorat éteint 1 fois; les vertiges et le côma 4 fois; des attaques apoplectiques 4 fois; les convulsions épileptiformes 7 fois; les tremblemens musculaires 2 fois; des tournoiemens 3 fois. L'intelligence, qui ordinairement reste nette jusqu'à la fin, a présenté quelques troubles variés.

Ce qui différencie l'affection hydatique du cerveau de l'encéphalite diffuse aiguë ou chronique, de l'encéphalite locale aiguë, de l'hémorragie, du ramollissement, ce sont: la lenteur de l'invasion, l'intermittence de la marche, l'accroissement graduel mais non continu, l'absence de paralysie, du moins dans la majorité des cas, l'absence de phénomènes réactionnels, excepté aux approches de la terminaison fatale.

Il n'est pas aussi facile de distinguer les hydatides du cerveau des tumeurs cancéreuses ou tuberculeuses de cet organe, et les moyens de diagnostic, s'il y en a, seront puisés bien plutôt dans les phénomènes généraux de ces deux affections que dans les symptômes locaux. Dans tous les cas, le diagnostic ne peut être établi que d'une manière approximative.

Quant à la *durée* de l'affection hydatique du cerveau, on ne peut rien établir, puisque rien ne l'annonce à son début, et qu'elle ne se révèle que quand des désorganisations déjà profondes ont été opérées. Cependant, il est probable qu'elle n'entraîne pas des accidens immédiatement mortels, et que ce n'est qu'après des mois et même des années de souffrance qu'il survient une terminaison fatale.

Quant au pronostic et au traitement, avons-nous besoin de dire que le premier ne peut être qu'extrêmement grave, et que le second ne repose que sur les indications générales?

NOTE SUR LES DERMALGIES, ET PARTICULIÈREMENT SUR LA DERMALGIE RHUMATISMALE, OU RHUMATISMES DE LA PEAU; par M. le docteur BEAU.

Parmi les différentes douleurs de la peau qui ne dépendent pas d'une altération appréciable de cet organe, et qu'on pourrait désigner sous la dénomination générale de dermalgies, les unes paraissent être de vraies névralgies de la peau, d'autres dépendent de l'action de certaines substances, du plomb, par exemple, de l'action de certains virus, certaines douleurs syphilitiques; enfin, il en est une qui, suivant M. Beau, est restée inaperçue jusqu'à présent, bien qu'elle soit certainement la plus fréquente de toutes, c'est la dermalgie rhumatismale, qu'on observe habituellement chez les rhumatisans, et qu'ils confondent avec les autres espèces de rhumatismes, sous le nom de fraîcheurs ou de douleurs. Voici quelques uns des points que signale M. Beau dans sa courte notice sur cette maladie.

Les conditions dans lesquelles elles se développent sont absolument les mêmes que pour toutes les autres affections rhumatismales, et la dermalgie rhumatismale n'offre rien de particulier sous le point de vue de l'étiologie. Son siége est aussi à peu près le même que pour la plupart des autres formes de la même maladie; elle se rencontre pourtant plus souvent aux membres inférieurs et à la tête qu'ailleurs; quelquefois toute la peau est envahie, mais cela est rare.

La douleur qui constitue toute la maladie est, suivant M. Beau, double: l'une fixe et l'autre intermittente; elles peuvent exister séparément, et elles sont souvent réunies. La première présente plusieurs variétés de forme et d'intensité, et elle s'élève depuis la sensation que produirait le contact sur la peau d'une toile d'araignée jusqu'à la douleur qui résulte de l'enlèvement de l'épiderme et de la diminution du corps papillaire. La douleur intermittente se fait sentir toutes les demi-minutes, et est beaucoup plus vive, car elle empêche souvent tous les mouvemens de la partie affectée et prive le malade de sommeil. Les frottemens sur la peau augmentent non seulement la douleur fixe, mais ils déterminent souvent et immédiatement le retour des douleurs intermittentes. La dermalgie rhumatismale est notablement exagérée pendant la nuit, et cette exaspération porte principalement sur la douleur intermittente. Si, au lieu d'un frottement, on exerce avec la main une pression considérable sur la partie douloureuse, on supprime la douleur fixe, mais on n'empêche pas le retour de la douleur intermittente.

La durée de cette affection varie d'un jour à deux semaines, se développe et se termine par gradation insensible. Souvent la dermalgie change de siége, non par un déplacement complet, comme pour le rhumatisme articulaire, mais plutôt comme le fait l'érysipèle que l'on nomme ambulant. Cette affection se répète souvent chez la même personne; chaque fois son siége peut varier; mais presque jamais elle ne se fait sentir sur deux points à la fois. Le rhumatisme de la peau alterne ordinairement à des intervalles plus ou moins marqués avec celui qui occupe les muscles, les tissus fibreux, les viscères ou les cordons nerveux. On le rencontre plus souvent avec le rhumatisme des cordons nerveux qu'avec celui des autres tissus.

M. Beau a vu trois fois le rhumatisme de la peau s'accompagner d'un état fébrile, qui paraissait dépendre de l'étendue qu'occupait la dermalgie.

Le rhumatisme de la peau peut être confondu avec celui des muscles, des nerfs et du système fibreux articulaire et non articulaire. Le diagnostic repose spécialement sur les caractères suivans, qui appartiennent à la dermalgie, La douleur est extrêmement superficielle et augmente par la pression la plus légère; même en frottant la peau avec une barbe de plumé, on en touchant les poils et les cheveux qui sont implantés sur la partie douloureuse. Le pronostic de cette affection ne peut être grave. Quant au traitement, il ne diffère pas jusqu'à ce moment de celui des autres formes rhumatismales. Dans un cas où la douleur était très vive et circonscrite, l'application d'un petit vésicatoire sur le siége de la douleur la fit presque instantanément disparaître.

La dermalgie rhumatismale complique assez souvent le rhumatisme des parois abdominales, qui a été décrit par l'un d'entre nous. (Voir GAZ. MÉD., an 1832.)

EXISTE-T-IL DES ENTÉRITES RHUMATISMALES? ET, S'IL EN EXISTE, IMPORTE-T-IL DANS LA PRATIQUE DE LES DISTINGUER DES AUTRES ENTÉRITES; par le docteur GREFOULIÈRE.

L'auteur, pour répondre à ces questions, s'appuie sur les trois ordres de motifs suivans: 1° les preuves tirées de la structure anatomique, de l'analogie et de l'induction; 2° l'opinion de ceux qui nous ont précédé dans la science; 3° l'observation directe. Nous ne nous arrêterons pas sur les preuves des deux premiers ordres que rapporte M. Grefoulière. L'identité du tissu peut conduire à l'identité pathologique; mais c'est là une de ces preuves dont on a tant abusé qu'on ne peut l'admettre que comme un simple motif de probabilité, et non point comme une démonstration. Quant au second motif, nous lui accordons peut-être encore moins de valeur, car on ne peut admettre les opinions des anciens qu'autant qu'elles sont d'accord avec les faits et les méthodes de la science moderne. Nous allons donc passer aux motifs du troisième ordre, les seuls qui puissent déterminer une conviction, après avoir toutefois cité un passage où M. Grefoulière résume lui-même toute la première partie de son travail: « ... Donc, dit-il, la fièvre muqueuse et les différentes affections qu'elle produit ont des connexions incontestables avec le rhumatisme et les maladies des muqueuses, qui marchent avec lui; si, de plus, il existe d'autres affections catarrhales apyrétiques plus circonscrites que les précédentes, qui se rattachent à la même cause, d'une manière moins intime; si, enfin, les unes et les autres de ces maladies muqueuses diverses ont des causes déterminantes, des symptômes, des lésions anatomiques, une marche et une terminaison communes, qui les rallient entre elles et avec les maladies muqueuses, plus évidemment rhumatismales; si toutes elles offrent à peu près les mêmes indications, nous sommes déjà en possession d'un grand nombre de rhumatismes muqueux, et notamment d'un grand nombre d'entérites, qui sont de véritables rhumatismes. »

Malheureusement, tout ce que M. Grefoulière suppose démontré et admis pour tout le monde ne repose encore sur aucune donnée véritablement scientifique. Nous en dirons autant de ce que l'auteur avance sur les dysenteries muqueuses: « Nous les rapportons au rhumatisme, dit-il, non pas seulement parce que le vomissement employé à leur début est contre elles un moyen des plus héroïques, mais aussi parce que, dues à une suppression de la transpiration, elles ne guérissent qu'autant que la transpiration se rétablit; qu'elles récidivent lorsque la transpiration rappelée se supprime encore une fois, et enfin parce qu'elles offrent les mêmes symptômes et les mêmes lésions anatomiques que nous retrouvons aux dysenteries qui s'associent avec un rhumatisme franc et actuel, et s'en montrent l'effet incontestable. »

En voilà assez sur ces preuves, qui auraient besoin d'être démontrées elles-mêmes; passons à celles du troisième ordre, et qui consistent en des observations de rhumatismes, pendant lesquels des accidens intestinaux se sont développés et n'ont pu être attribués à une simple complication accidentelle, mais ont été évidemment liés à l'affection principale et en dépendaient.

RHUMATISME AIGU; LES DOULEURS ARTICULAIRES CESSANT, IL APPARAIT DES ACCIDENS INTESTINAUX, QUI FONT PLACE A LEUR TOUR AU RHUMATISME.

OBS.—Une jeune femme souffrant depuis plusieurs semaines d'un rhumatisme articulaire aigu, en est tout à coup débarrassée le 18 juin; mais la fièvre subsiste avec un bruit de souffle au premier temps du cœur, et il apparaît des coliques avec vomissement et dévoiement. Le ventre est douloureux à la pression et ballonné; les selles sont muqueuses. Des ventouses et des saignées sur l'épigastre, puis deux vésicatoires sur les flancs, avec quelques préparations opiacées, amènent un soulagement qui se soutient.

Le 25, la faim se fait sentir; mais en même temps la malade se plaint de brisures dans tous les membres, et, le lendemain, la douleur reparaît à deux jointures; et spécialement au coude-pied. Dès lors, les troubles intestinaux s'amendent, les coliques cessent, les évacuations diminuent et la face s'améliore.

Le 28, après une application de 11 sangsues, la douleur diminue, mais le vomissement et le dévoiement reviennent avec une aggravation de l'état général, et disparaissent les jours suivans, tandis que la douleur du coude-pied va en augmentant. La fièvre est intense et n'est point arrêtée par trois vésicatoires et deux nouvelles applications de sangsues.

Le 9 juillet, tous les accidens généraux ont beaucoup diminué, mais l'état de l'articulation malade s'aggrave beaucoup; l'œdème s'étend à la jambe.

Le 16, le malade entre en convalescence.

L'auteur voit, dans cette observation, une métastase bien caractérisée. Nous ne la nions pas; mais elle ne nous paraît pas évidente, car rien n'est aussi fréquent, dans le cours du rhumatisme articulaire, que ces alternatives du bien et du mal, d'aggravation et de décroissance, même dans les cas où il n'y a ni complication, ni affection concomitante.

Nous ne trouvons pas que la deuxième observation ait plus de valeur, car le sujet est une jeune fille atteinte d'un rhumatisme, qui, pendant les treize premiers jours, fut traitée activement par les évacuations sanguines et les purgatifs, et chez laquelle se développèrent, au bout de vingt jours de maladie, des accidens intestinaux qui persistèrent pendant plus de vingt jours, et ne cédèrent que quelques jours après les douleurs articulaires. La troisième observation diffère peu de la seconde: le sujet est une jeune fille qui fut prise, dans le courant du mois de juillet 1840, d'un rhumatisme articulaire aigu, lequel, après avoir disparu pendant quelques jours, revint spontanément, mais avec douleur des parois abdominales, et alternativement du dévoiement et de la constipation. Tous ces symptômes s'exaspèrent ou se calment, sans aucun rapport entre eux.

La quatrième observation semblerait devoir offrir plus d'intérêt, car la maladie s'est terminée par la mort, et l'autopsie a pu être faite. Chez le sujet de cette observation, qui était affecté de paraplégie depuis sept ou huit mois, un purgatif donné à l'occasion d'un gonflement douloureux et fébrile des deux genoux, amène le dévoiement, puis quelques accidens du côté du thorax l'enlèvent. A l'autopsie, on trouve, dans les parois de la poitrine, un vaste abcès communiquant, par un trajet fistuleux, avec le corps altéré de plusieurs vertèbres dorsales qui présentèrent une incurvation notable de la colonne. Il n'est pas parlé de l'état des surfaces articulaires des genoux. Quant à l'intestin, on dit seulement d'une manière vague que sa muqueuse présentait, « dans l'étendue d'un pied environ, des boursoufflemens, du ramollissement et même des destructions. » Pour nous, nous aurions bien de la peine à voir dans l'histoire de ce malade celle d'un vrai rhumatisme, et les derniers accidens nous paraissent avoir été plutôt les effets d'une résorption purulente, que d'autres déjà ont fréquemment confondue avec le rhumatisme.

Les quatre autres observations rapportées par M. Grifonlière donneraient lieu, si nous pouvions poursuivre cet examen, aux mêmes réflexions. Dans toutes, comme dans les précédentes, l'existence du principe rhumatismal est au moins fort douteuse ou interprétée avec trop de précipitation, pour que l'on puisse fonder, sur ces faits, une doctrine aussi vaste, et qui présenterait de si nombreuses applications.

4° LETTRE A PIERRE BRETONNEAU SUR LE POULS DES ENFANS A LA MAMELLE; par le professeur TROUSSEAU.

Il résulte des recherches assez étendues, publiées dans ce travail, sur le pouls des enfans à la mamelle, que la fréquence du pouls offre des variétés très nombreuses dépendant les unes de l'âge, les autres du sexe, ou de l'état de veille ou de sommeil, tandis que les autres sont sans cause appréciable; en effet, leur pouls oscille entre 100 et 150, un peu plus, un peu moins. Chez les filles, après les deux premiers mois, il a plus de fréquence que chez les garçons: 10 ou 15 pulsations à peu près, et chez les enfans éveillés, il offre environ 20 pulsations de plus.

M. Trousseau, arrivant à l'application, conclut de ces faits qu'il sera fort difficile, d'après la fréquence seule du pouls, à moins qu'elle ne soit extrême, de juger de l'état fébrile d'un enfant qu'on voit pour la première fois, puisque les minima et les maxima de ces pulsations sont séparés par un intervalle aussi considérable. Qu'on connaît l'état normal du pouls de l'enfant, l'exagération dans le nombre des battemens fournira un signe précieux; mais que le fait étant tout-à-fait individuel, on n'a pu faire de la statistique pour le constater; et enfin, que le pouls chez les enfans à la mamelle est à peu près deux fois plus fréquent que chez l'adulte, et que la fréquence, à elle toute seule, à moins qu'elle ne soit excessive, n'a presque aucune valeur séméiologique.

MÉMOIRE ET OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DE L'HYDROCYANATE DE FER DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE; par le docteur JANSION.

L'auteur de ce mémoire, s'appuyant sur l'observation si connue de Dumas et sur quelques considérations générales, établit que la médication de l'épilepsie se réduit aux deux indications suivantes: 1° suspendre, retarder les attaques, les régulariser autant que possible; 2° combiner les premiers moyens avec l'anti-périodique. Mais par quelle méthode peut-on arriver à ce double résultat? un seul et même moyen, nous affirme M. Jansion, lui semble remplir ces deux indications, bien qu'il ne le présente pas comme un vrai spécifique dans l'acception rigoureuse du mot. Ce moyen n'a pas la propriété de déterminer la périodicité des accès épileptiques; mais il a, selon l'auteur, une vertu toute aussi précieuse; c'est qu'administré périodiquement il suspend les attaques et conjure efficacement leur retour pendant tout le temps qu'on en fait usage. Pour obtenir ces heureux résultats, il est indispensable d'insister longtemps et opiniâtrement sur l'emploi de ce remède, et que son administration périodique soit établie sur une échelle de proportion, modifiée suivant les idiosyncrasies particulières. Cet agent, c'est l'hydrocyanate de fer.

L'auteur rapporte quatre observations où l'emploi de ce moyen fut suivi de la cessation des accès, et dit en avoir recueilli un bien plus grand nombre; mais comme il ne dit pas un mot des cas d'insuccès, et comme la manière vague dont il parle des accès qu'éprouvaient les malades ne permet pas de juger si c'étaient réellement des attaques d'épilepsie ou de simples attaques de nerfs, nous ne rapporterons aucune de ces observations qui ne prouvent pas l'efficacité de l'hydrocianate de fer dans les cas certains d'épilepsie, et nous nous contenterons d'indiquer la manière dont il administre cette préparation. L'hydrocyanate est pris dans ces cas à la dose de 1 centigramme et demi soir et matin, en augmentant graduellement d'un centigramme chaque trois et quatre jours, jusqu'à celle de dix centigrammes matin et soir. En même temps le malade prend une décoction de valériane pour boisson. Ce traitement est continué jusqu'à ce que les attaques cessent, et ensuite il est repris tous les trois ou six mois, pendant cinq ou six ans, afin d'éviter des rechutes.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHELEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

PHRÉNOLOGIE.

L'ordre du jour est la continuation de la discussion sur le mémoire de M. Voisin.

M. BOUILLAUD, rapporteur: La discussion qui a eu lieu dans la dernière séance a suffisamment prouvé qu'on ne doit pas s'attendre à l'unanimité des suffrages dans une société savante. Nous avions donc fait sagement de ne pas engager dans notre rapport la doctrine de Gall. Aussi, il n'a été l'objet d'aucune attaque de la part des honorables argumentateurs, et nos conclusions sont restées intactes. J'aurai donc seulement à répondre à quelques-unes des observations générales qui ont été faites sur la phrénologie.

La doctrine rappelée par M. Bouvier et dans laquelle on place le siége des facultés intellectuelles à la partie postérieure de la tête, n'est soutenue par aucune

preuve. Au contraire, dans toutes les apoplexies où l'intelligence est notablement altérée, on trouve l'épanchement dans les lobes antérieurs. Les expériences sur les animaux prouvent la même chose. De même, on ne rencontre jamais d'esprit bien supérieur parmi les hommes à front fuyant.

Gall avait reproché à Lavater beaucoup d'exagérations; mais cette accusation n'est pas très juste, Lavater était au contraire très froid; c'était une véritable tête germanique. Du reste, il y avait si peu de différence entre eux qu'il est plusieurs fois arrivé à Gall de citer comme types de certaines facultés les mêmes individus que Lavater avait déjà choisis pour exemples.

Quant à ce qu'a dit M. Rochoux, je regrette de voir notre collègue tourner sans cesse dans le même cercle d'objections. Ainsi, il nous assure que jamais les phrénologistes n'ont pu toucher du doigt et distinguer sur un cerveau les divers organes qu'ils admettent. Mais oublie-t-il donc qu'on a fait, sous ce rapport, une sorte de géographie des facultés ? La localisation peut être défectueuse, on peut du moins la contester, mais enfin elle existe. De même, la diversité des opinions émises sur les fonctions du cervelet ne prouve rien contre la possibilité de les reconnaître phrénologiquement.

M. Rochoux dit encore qu'il n'y a pas besoin d'admettre une foule d'organes pour expliquer les actes de l'intelligence, puisque les mouvemens, par exemple, quoique de tant d'espèces différentes, sont tous régis par un seul et même organe, le système nerveux. Mais l'assimilation est loin d'être exacte. Que M. Rochoux nous démontre que tous les instincts sont identiques, comme tous les mouvemens; que la musique, par exemple, ressemble à l'architecture, au sentiment du bien ou du mal, etc., et alors j'admettrai volontiers avec lui qu'ils peuvent tous procéder d'un même organe.

M. Rochoux porte encore un défi aux phrénologistes : Vous ne voulez décidément pas, leur dit-il, me montrer les organes cérébraux distincts et isolés. Eh bien ! que M. Rochoux fasse examiner sa tête par un phrénologiste habitué à ces sortes d'explorations, et j'affirme qu'on lui dira parfaitement et sans avoir pu les connaître d'avance, quelles sont ses facultés dominantes. Ces sortes de divinations se font tous les jours. Un de mes amis, phrénologue très expert, se trouvant un jour dans un omnibus, dit à l'individu qui était vis-à-vis de lui, et qu'il voyait pour la première fois, qu'il avait sans doute un amour très prononcé pour l'ordre. Il se trouva, en effet, que cette personne offrait cette qualité développée à un très haut point; et aimait à remettre tout à sa place dans un appartement, même chez des étrangers. Autre exemple: un homme présentait la bosse de l'amour de la propriété très développée; pendant longtemps on ne put découvrir qu'il se fût rendu coupable d'aucune soustraction frauduleuse, mais enfin on reconnut qu'il était allé plusieurs fois toucher en ville des créances qui ne lui appartenaient pas. On a pu aussi diagnostiquer un duelliste de profession aux caractères extérieurs de son crâne. En somme, s'il y a dans le système de Gall des parties qui ont été modifiées par ses successeurs, il est aussi des points auxquels on n'a pas retouché et qui sont restés tels qu'ils avaient été posés par lui. Pour moi, je déclare que j'ai toujours trouvé le fond de sa doctrine conforme à l'observation. Il y a des exceptions cependant, mais la plupart sont du nombre de celles qui confirment la règle. Souvent ceux qui ont cherché à apprécier l'influence des organes cérébraux ont négligé de tenir compte de la qualité aussi bien que de la quantité.

Terminons en réfutant une objection qui vient de haut. Napoléon a été un des plus vifs adversaires de la doctrine de Gall; Il faisait surtout remarquer, que parmi les instincts admis par lui, il en est quelques-uns qui sont le fait de l'organisation sociale, et qui n'existeraient pas sans elle. Y aurait-il, par exemple, disait-il, l'organe du vol s'il n'y avait pas de propriété? Que deviendrait la bosse de l'ivrognerie, si l'on ne trouvait pas de liqueurs fermentées? Mais, Messieurs, continue M. Bouillaud, l'humanité et l'état social sont deux choses inséparables. Et dans la société, l'amour de la propriété est essentiellement inhérent au cœur de l'homme. Les progrès incessans qu'a accomplis la phrénologie la vengent assez dignement aujourd'hui des mépris de Napoléon, et le crâne de l'empereur est une des plus belles preuves de la vérité de ses principes. Je ne sais si M. Rochoux acceptera la proposition que je lui ai faite de se laisser examiner par un cranologiste; dans ce cas ou montrerait sans doute pareillement un jour le crâne de M. Rochoux comme confirmation des idées phrénologiques.

M. Bouvier : MM. Bouillaud et Ferrus m'ont représenté comme partisan de la doctrine de Neumann qui met le siége de l'intelligence dans les lobes postérieurs du cerveau : rien de ma part n'a pu faire croire que je partageasse cette opinion; j'ai seulement dit qu'il n'y a pas plus de raison pour le placer à la partie antérieure qu'à la partie postérieure du crâne.

Les conclusions du rapport, votées séparément, sont adoptées.

M. Hamel lit plusieurs rapports sur différentes propositions de remèdes secrets.

Les conclusions de ces rapports, qui sont toutes défavorables, sont adoptées.

NATURE DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE.

M. Casimir Broussais lit un mémoire intitulé : Recherches anatomo-pathologiques sur l'entérite prétendue folliculeuse. Après tant de travaux sur cette maladie, dit M. Broussais, il était permis de penser que sa nature était entièrement connue, et cependant il n'en est rien. L'importance qu'on accorde aux glandes de Peyer dans les altérations qui accompagnent la dothinentérie m'a paru exagérée; je me suis mis à l'étude pour savoir à quoi il fallait s'en tenir sur ce point, et j'apporte aujourd'hui le fruit de mes recherches. Si je ne me trompe, elles sont de nature à ébranler quelque peu la croyance aux follicules.

Ce mémoire se divisera en trois parties :

1° Historique des opinions émises sur la nature de l'entérite folliculeuse.

2° Structure de la membrane muqueuse gastro-intestinale à l'état normal.

Je ne donnerai que le résumé de ces deux premières parties, pour ne pas abuser des momens de l'Académie.

3° Exposé des recherches qui me sont propres.

Première partie. — L'idée de M. Bretonneau, lequel localisait la maladie dans les plaques de l'intestin, dut sa fortune à ce qu'elle permettait aux adversaires de Broussais d'admettre son explication sans être obligé d'en faire l'aveu. Ainsi, lorsque Broussais disait : La fièvre typhoïde est une gastro-entérite, une inflammation de la tunique muqueuse du canal intestinal, on lui répondait : Non, c'est seulement une inflammation *spéciale* ne portant que *sur les follicules* de la muqueuse. Les descriptions des autres auteurs, tels que MM. Chomel, Louis, Forget, etc., laissent encore beaucoup de vague et d'incertitude sur le siége précis de la lésion. Cependant, M. Leuret avait déjà cherché à donner aux villosités plus d'importance. M. Natalis Guillot alla plus loin, et, dans un travail publié par l'Expérience en 1837, il expliqua, par leur destruction, l'aspect gaufré des plaques intestinales. Je n'eus pas connaissance de cet intéressant mémoire à l'époque de sa publication.

Deuxième partie. — Les villosités sont un élément essentiel de la membrane muqueuse gastro-intestinale; mais elles sont plus prononcées dans l'estomac et dans l'intestin grêle que partout ailleurs : on les trouve dans toute l'étendue de la muqueuse digestive. En est-il de même des follicules? On les indique bien dans tous les ouvrages comme généralement répandues sur tout le canal intestinal; leur description est même faite d'une manière très minutieuse. Pour moi, je n'ai jamais pu reconnaître ni orifice, ni collet, ni cavité; je ne nie pas cependant l'existence des follicules, mais j'attends pour y croire qu'on m'en montre. La description qu'en a donnée Peyer se rapporte évidemment à des follicules malades. Cuvier lui-même a dit qu'à l'égard des follicules de la muqueuse intestinale, on a plus de notions hypothétiques que de faits réels.

Troisième partie. — Voici l'état dans lequel se trouve la surface intestinale aux diverses périodes de l'entérite folliculeuse.

Chez les sujets morts dans les dix ou quinze premiers jours de la maladie, on voit vers le milieu et la fin du *jéjunum* quelques plaques grises, de peu d'étendue, ni saillantes, ni déprimées par rapport au niveau de la surface de l'intestin. Plus loin s'observent d'autres plaques de même couleur, mais plus étendues. Quelques pouces au-delà, on en rencontre de rouges et saillantes. Un peu plus loin encore, elles sont plus rouges, plus saillantes, comme fongueuses, et ne présentent plus l'aspect gaufré.

A une époque plus avancée, les plaques s'ulcèrent, et l'on sait que cette ulcération, qui commence par plusieurs points à la fois sur la même, s'observe d'abord sur celles qui sont le plus éloignées de l'estomac.

A partir du quarantième jour, ces ulcères sont en voie de cicatrisation ou déjà cicatrisés; les plaques sont gaufrées, grisâtres, déprimées, et présentent un pointillé noir qu'on a pris pour des orifices de follicules.

Tout ce qui précède a déjà été décrit par d'autres auteurs, mais il y a une particularité qu'on a jusqu'à présent mal saisie, et dont l'observation fait le fond de la théorie, ou plutôt de la manière de considérer les phénomènes, qui m'est propre. En examinant sous l'eau et à une vive lumière les plaques les plus rapprochées de l'estomac, on voit qu'elles offrent à leur surface comme des circonvolutions qui sont essentiellement villeuses; toutes ces sinuosités sont les divisions des valvules conniventes qui se terminent là. Entre ces circonvolutions villeuses existent des anfractuosités, lesquelles sont constituées par des espaces où la membrane muqueuse est dépourvue de follicules. Les sinuosités villeuses qui limitent et séparent ces anfractuosités suivent exactement dans leur disposition les ramifications des vaisseaux mésentériques. Il n'y a donc ici rien qui dépende des follicules. Nous appellerons les surfaces dont je viens de décrire la composition, *plaques gaufrées initiales*, pour les distinguer des *plaques gaufrées de retour*, dont je parlerai tout à l'heure.

Les plaques qu'on observe plus loin sont plus saillantes, l'aspect gaufré y est moins marqué. Les colonnes ou cloisons villeuses y sont plus volumineuses; par conséquent elles laissent entre elles un espace moins considérable, et c'est précisément là ce qui fait perdre aux plaques l'aspect gaufré. D'ailleurs, pas l'ombre de follicules.

Quant aux plaques qui sont rouges, saillantes, comme fongueuses, si on les agite dans l'eau, on trouve qu'elles sont entièrement villeuses dans toute leur surface; aucun intervalle entre les villosités; pas d'anfractuosité. C'est un gazon touffu et serré dont les linéamens sont épais et pressés les uns contre les autres au point de ne laisser aucun espace. Ici encore, pas l'apparence de follicules.

Lorsque ces plaques commencent à s'ulcérer, on aperçoit d'abord une petite perte de substance, qui consiste dans la destruction d'une villosité. Il n'y a pas non plus ici possibilité de découvrir des follicules, même avec le secours de la loupe la plus merveilleuse. Au contraire, l'existence des villosités est manifeste; elles sont là sur les bords de l'ulcération, comme pour attester la part qu'elles ont prise à sa formation.

Lorsqu'il y a retour à la santé, les espaces aréolaires qui sont entre les villosités se reproduisent, puis deviennent de plus en plus étendus. Le pointillé noir disparaît, et l'aspect réticulaire revient par l'atrophie des villosités.

Les altérations des glandes de Brunner peuvent prêter aux mêmes considérations.

Commissaires : MM. Gasc, Bricheteau, Martin Solon et Dubois (d'Amiens.)

LITHOTRITIE.

M. Ségalas fait, en son nom et en celui de M. A. Bérard, un rapport sur une modification du brise-pierre à pignon et à crémaillère, présentée à l'Académie par M. Luer.

M. le rapporteur fait d'abord observer que tous les instrumens lithotriteurs proposés jusqu'ici peuvent être divisés, suivant leur manière d'agir, en quatre classes :

1° Ceux qui perforent la pierre.

2° Ceux qui agissent par pression.

3° Ceux qui agissent par percussion.
4° Ceux qui réunissent la pression et la percussion.
Ces derniers sont les plus communément employés.

Dans les instruments de cette classe dont on se sert ordinairement, il faut, pour introduire le pignon dans l'olive, faire écarter les cuisses du malade, ou imprimer à l'instrument un mouvement de rotation d'un quart de cercle. De l'une ou de l'autre manière, on s'expose à lâcher le calcul, à faire souffrir le malade; la seconde, d'ailleurs, ne peut s'exécuter si la prostate a un certain volume, ou si l'abdomen est saillant. C'est pour parer à ces inconvéniens qu'a été imaginée la modification de M. Luer, dont le but est de faire en sorte qu'on puisse introduire sans difficulté le pignon dans l'olive, quelle que soit la situation de l'instrument.

Vos commissaires doutent que le mécanisme exécuté par M. Luer puisse être adopté sans qu'il en résulte de la gêne dans la manœuvre de l'instrument. Du reste, l'un d'eux a jusqu'ici toujours employé le brise-pierre simple confectionné par M. Charrière, sans être arrêté par aucun obstacle sérieux.

La modification de M. Luer est cependant ingénieuse; elle témoigne de l'habileté de ce mécanicien, et pourra, avec quelques corrections, devenir plus utile encore. En conséquence, vos commissaires vous proposent d'adresser des remercîmens à l'auteur, et de l'engager à continuer ses efforts pour le perfectionnement des instrumens de chirurgie, et du brise-pierre en particulier.

Ces conclusions sont adoptées.

FARCIN CHRONIQUE SUIVI DE LA MORVE AIGUE.

M. Bérard présente à l'Académie les pièces pathologiques provenant d'un homme qui a succombé à la morve aiguë. Cet individu, palefrenier et soignant les chevaux morveux, était affecté depuis plusieurs mois du farcin chronique. M. Bérard rappelle que déjà il a eu l'occasion de parler de ce malade à l'Académie, alors qu'il n'existait d'autres symptômes que ceux du farcin. Une inoculation faite par M. Leblanc avec le pus d'un des abcès farcineux n'a pas été suivie du développement de la morve. Il est vrai que le cheval sur lequel l'expérience a été tentée était vieux et déjà affecté de lésions organiques graves auxquelles il a promptement succombé. Quoi qu'il en soit de ce résultat négatif de l'inoculation, la terminaison de la maladie par la morve aiguë est venue prouver que le diagnostic était bien porté. En effet, huit jours avant la mort, la paupière et la région temporale gauches se sont tuméfiées; ces parties sont devenues rouges, chaudes, douloureuses. Bientôt, de petites pustules suivies d'ulcérations, de gangrène, d'infiltration sanguine, ont apparu çà et là sur la tempe, la joue, le front gauches; des altérations semblables se sont manifestées du côté opposé, et le malade a succombé six jours après l'apparition de ces nouveaux symptômes.

On remarque sur les pièces que M. Bérard met sous les yeux de l'Académie les traces de l'altération qui vient d'être décrite; de plus, une infiltration sero-purulente dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région temporo-frontale, et jusque dans le périoste. Enfin, les fosses nasales sont le siége de petites ulcérations çà et là disséminées sur la cloison, la voûte, les cornets, et d'infiltrations sanguines par plaques; les cornets inférieurs sont doublés de volume, la muqueuse qui les tapisse est entièrement désorganisée; elle semble comme gangrénée, et recouverte d'une matière concrète infiltrée de sang.

DOUBLE ECTROPION; NOUVEAU PROCÉDÉ DE BLÉPHAROPLASTIE; ATROPHIE D'UNE PAROTIDE DONT LE CONDUIT EXCRÉTEUR EST OBLITÉRÉ.

M. Bérard fait voir une seconde pièce d'anatomie pathologique qui peut intéresser à la fois les chirurgiens et les physiologistes. Cette pièce provient d'une femme à laquelle M. Bérard a enlevé, il y a près de deux ans, un cancer de la joue droite. La lésion s'étendait en profondeur jusqu'à l'os de la pommette et au muscle masseter exclusivement. Le canal de Stenon, compris dans la masse morbide, fut enlevé avec elle; il n'en résulta aucune fistule et la malade guérit parfaitement. Mais la rétraction de la cicatrice entraîna, au bout de plusieurs mois, les paupières en dehors, et produisit leur renversement. Pour remédier à ce double ectropion, M. Bérard mit en usage un procédé de blépharoplastie qui n'a point encore été employé. Il fit une incision verticale à un centimètre de distance de l'angle externe des paupières, longue de 3 à 4 centimètres; la lèvre interne de la plaie fut détachée de l'os de la pommette sur lequel elle adhérait, et l'angle externe des paupières, devenu libre, fut peu à peu reporté en dedans, de manière à faire cesser toute traction des paupières en dehors. Puis, pour prévenir la reproduction de l'ectropion, M. Bérard prit un lambeau de peau sur la région temporale, et il l'enchâssa dans la plaie verticale qu'il avait pratiquée en dehors des paupières. L'opération réussit et l'ectropion disparut à peu près complètement. Cette femme a succombé à une affection organique interne plusieurs mois après avoir subi l'opération d'autoplastie dont nous venons de parler. Or, l'examen de la pièce pathologique montre que le lambeau ne s'est nullement ratatiné; il est tellement enchâssé dans les parties voisines, et si bien de niveau qu'il faut y regarder de très près pour reconnaître son point d'union avec elles. Il en diffère cependant en ce que, du côté de sa face profonde, il n'y a pas de tissu adipeux, mais seulement une couche assez épaisse de tissu cellulaire très vasculaire.

Il était curieux de savoir ce qu'était devenue la glande parotide: or l'examen de la région parotidienne montre à la place des grains glanduleux un tissu jaunâtre, plus ressemblant au tissu adipeux qu'à celui des organes salivaires, et n'ayant que le tiers du volume normal de la parotide. Ainsi par suite de la section du canal de Stenon il s'est produit, au lieu d'une fistule salivaire, une atrophie avec transformation de tissu de la glande dont le conduit excréteur a été oblitéré.

GUÉRISON DE PLUSIEURS FRACTURES SURVENUES SIMULTANÉMENT CHEZ LE MÊME INDIVIDU.

M. H. Larrey, fils, présente un homme qu'il a reçu, il y a deux mois, à l'hôpital de la Clinique, pour un accident très compliqué.

C'est un ouvreur, âgé de quarante et quelques années, qui, le 31 août, est tombé d'un toit sur le pavé.

A part l'effet immédiat de la commotion, plusieurs contusions sur diverses parties du corps, et une plaie superficielle à la tête, cet homme a eu une fracture de deux côtes, une fracture au tiers moyen du radius gauche, une double fracture de l'humérus droit aux tiers supérieur et inférieur, et une fracture complète du fémur droit à la base du grand trochanter.

Une médication antiphlogistique et révulsive ayant été mise en usage, des appareils inamovibles furent appliqués immédiatement à chacune des fractures, et lorsqu'on les ôta successivement, on trouva une consolidation parfaite des côtes, du radius, de l'humérus et du fémur, sans autre difformité qu'une saillie peu prononcée du grand trochanter et un léger raccourcissement de la cuisse avec déviation du membre en dehors.

La jambe du même côté avait d'ailleurs été fracturée autrefois à la suite d'une chûte; et quatre fois déjà pareil accident est arrivé à cet homme.

La séance est levée à 5 heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DE LA PESTE ORIENTALE, D'APRÈS LES MATÉRIAUX RECUEILLIS A ALEXANDRIE, AU CAIRE, A SMIRNE, A CONSTANTINOPLE, PENDANT LES ANNÉES 1833, 1834, 1835, 1836, 1837 ET 1838; par A. S. Bulard, de Méru; 420 pages in-8°. Paris, 1839, chez Béchet jeune et Labé.

DE LA PESTE OBSERVÉE EN ÉGYPTE; RECHERCHES ET CONSIDÉRATIONS SUR CETTE MALADIE; par le docteur Clot-Bey; 436 pages in-8°. Paris, 1840, chez Fortin, Masson et compagnie.

DE LA PESTE OU TYPHUS D'ORIENT; DOCUMENS ET OBSERVATIONS RECUEILLIS PENDANT LES ANNÉES 1834 A 1838 EN EGYPTE, EN ARABIE, SUR LA MER ROUGE, EN ABYSSINIE, A SMYRNE ET A CONSTANTINOPLE, SUIVIS D'UN ESSAI SUR LE HACHISCH ET SON EMPLOI DANS LE TRAITEMENT DE LA PESTE; par le docteur Aubert; 300 pages in-8°. Paris, 1840, chez Just Bouvier.

RELATION DE LA PESTE QUI A RÉGNÉ EN GRÈCE EN 1827 ET 1828, CONTENANT DES VUES NOUVELLES SUR LA MARCHE ET LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE; par le docteur Gosse; 190 pages in-8°. Paris, 1838, chez Cherbuliez et compagnie, libraires, rue de Tournon, 17.

DISSERTATION HISTORIQUE ET MÉDICALE SUR LA PESTE, par Mustapha effendi el Soubky el Chams, Din de Soubk (moyenne Egypte); 60 pages in-4°. Paris, 1837.

Si nous avons tant tardé à rendre compte de quelques-uns de ces ouvrages, c'est, nous devons le reconnaître, en partie par la difficulté que nous éprouvions à porter un jugement sur des travaux faits dans des circonstances si différentes de celles où nous nous trouvons, sur un sujet si longtemps discuté, et par des hommes placés dans des conditions trop spéciales pour qu'il fût toujours facile de se mettre à leur point de vue, et aussi par l'espoir que de nouveaux travaux apporteraient de nouvelles lumières et serviraient de contre-épreuves aux premiers. Cette dernière considération, surtout, qui nous avait retenus, est aujourd'hui pour

nous un motif de ne plus retarder ce travail, et de nous livrer à l'examen des matériaux recueillis tout récemment sur cette affection qui a été si souvent l'occasion de longues discussions, et dont le nom seul suffit pour produire, sur les populations, plus d'effroi que ceux de toutes les autres maladies réunies : la PESTE.

Les ouvrages que nous avons sous les yeux contiennent l'application faite à l'étude de la peste, des nouvelles méthodes qui ont entièrement changé parmi nous tout ce qui se rattache à la médecine, et ont pour but de la placer parmi les sciences exactes. Nous saisissons donc avec empressement l'occasion de juger de cette nouvelle application des méthodes modernes, et de constater les progrès de la science sur ce sujet, qui intéresse à un si haut point non seulement le praticien et l'homme scientifique, mais le législateur et l'homme politique. Nous allons donc étudier, dans ces différens ouvrages, les faits nouvellement acquis sur la peste, après avoir toutefois dit quelques mots de chacun d'eux, et des circonstances dans lesquelles ils ont été écrits.

Le premier contient le résultat des observations faites par M. Bulard pendant les dangereuses expériences auxquelles il se livra en Égypte, à Smyrne, à Constantinople, lorsqu'il s'était enfermé dans les hôpitaux consacrés aux pestiférés, à l'admiration des habitans et des Européens, qui connaissaient son opinion sur la contagionabilité de la peste. Son travail, remarquable à plusieurs titres, l'est surtout par l'énergie avec laquelle il a adopté et soutenu de tous ses efforts des opinions en opposition avec la tendance actuelle des esprits à niveler tous les faits scientifiques, à les faire tous dépendre de causes semblables, mais modifiées seulement dans leur action. M. Bulard est non seulement contagioniste comme on peut l'être aujourd'hui, et avec toutes les restrictions que l'état peu avancé de la science impose encore, mais, ayant été amené à reconnaître que (suivant son expression), les nombreuses indications du rationalisme, sous toutes les dénominations et les hasards de l'empirisme, sous toutes les formes, n'ont abouti qu'à une négation, il a dû s'adresser au vitalisme, qui l'a mis sur une nouvelle voie que nous ferons connaître.

Le travail du docteur Clot contient aussi une histoire générale de la peste, mais appuyée plus spécialement sur les observations recueillies pendant la peste qui ravagea l'Égypte en 1835, l'auteur n'ayant jusque-là, à raison du poste élevé qu'il occupait dans le service de santé de l'armée égyptienne, observé que quelques faits isolés; aussitôt donc que la peste eut pris, à Alexandrie et au Caire, un caractère grave, et qu'elle eut commencé à s'étendre dans les provinces, se trouvant placé à la tête du service médical, il était dans la position la plus favorable pour se livrer à l'étude de cette maladie, et s'adjoignit une commission composée de MM. Gaetam, Lachèse et Bulard, pour faciliter les travaux et les recherches auxquels l'existence d'hôpitaux où les pestiférés étaient admis, et la possibilité de faire librement l'ouverture des cadavres, permettaient déjà de se livrer sans trop de difficultés. M. Clot, qui montre un scepticisme légitime sur la plupart des points en discussion relatifs à la peste, ne conserve aucun doute sur la question la plus importante, celle de la contagion de la maladie. Le but de son travail paraîtrait même avoir été plutôt de combattre l'opinion favorable à la contagion de la peste, que de tracer une histoire complète de cette maladie.

Le docteur Aubert est un des médecins européens qui se sont le plus occupés de l'étude de la peste. Ayant manifesté des idées peu favorables à la contagion dès le début de l'invasion de la peste, il s'attira des persécutions qui ne purent le disposer en faveur de cette opinion, mais qu'il supporta avec un courage et une résignation dignes d'éloge. Il agite, dans son ouvrage, plusieurs questions neuves sur lesquelles il jette de l'intérêt, lors même qu'il n'en donne pas une solution complète; et s'il n'est pas toujours possible de partager sa conviction, on ne peut se refuser de croire qu'elle est entière et complète.

L'ouvrage de M. Gosse n'aurait probablement jamais vu le jour, sans les travaux des médecins dont nous venons de parler. « Les articles de journaux, dit-il lui-même, qui parlaient des succès obtenus par le docteur Bulard à Constantinople, en réveillant mon petit amour propre d'auteur, ont décidé de sa publication. » M. Gosse a fait preuve, dans ce petit écrit, d'une bonne observation, d'une saine critique; dans l'histoire que nous allons tracer de la peste, nous aurons occasion de citer plusieurs points de vue nouveaux, qui sont propres à jeter quelque jour sur la pathologie de la peste ou sur son traitement, et qui nous font regretter qu'il n'ait pas publié la suite de ce travail, qu'il avait promise.

La dissertation de M. Mustapha Effendi sur la peste contient quelques documens intéressans sur l'état hygiénique de plusieurs des classes de l'Égypte.

Après avoir présenté quelques remarques sur ces ouvrages, qui ont été écrits dans des vues si différentes, sous des impressions si variées, nous devons maintenant y puiser les élémens d'une histoire de la peste, y chercher, non pas la solution de toutes les questions qui se rattachent à son étude, mais l'état actuel de la science sur ces questions, qui ont dû être éclairées par les recherches de tant d'investigateurs, et par l'application des méthodes nouvelles. Le travail auquel nous allons nous livrer dans ce but nous offrira même moins de difficultés que nous ne nous y serions attendus au premier abord. Malgré les différens points de vue sous lesquels les auteurs ont considéré la plupart des questions, malgré les discussions plutôt personnelles que scientifiques que nous trouvons trop souvent, dans les deux premiers ouvrages dont les titres sont en tête de cet article, les faits principaux sur lesquels repose toute cette étude sont à peu près admis également par tous ceux qui ont observé la peste avec attention et dans le but de s'éclairer. La peste ne se présente pas, comme quelques autres affections, sous des formes tellement différentes et variées, qu'elle puisse être fréquemment méconnue. La peste, comme le choléra, comme la variole, comme toutes les affections fortement caractérisées, ne peut être confondue avec aucune autre maladie, et les faits qui la concernent ne peuvent être douteux; leur interprétation seule peut donner lieu à des discussions et amener des opinions différentes. Examinons donc les faits principaux qui doivent servir de base à l'étude de la peste, et voyons les inductions les plus importantes que l'on en a tirées.

HISTORIQUE. — La peste paraît avoir régné de tout temps, et il serait impossible d'assigner une époque déterminée à son apparition ; mais les ouvrages que nous avons sous les yeux ne contiennent aucun renseignement nouveau sur ce point spécial; le docteur Clot a seul consacré quelques pages à l'indication de quelques-unes des pestes qui ont ravagé le monde et surtout l'Égypte, depuis les temps historiques; il combat spécialement l'opinion de MM. Pariset et Lagasquie, d'après lesquels la peste aurait fait sa première apparition dans le monde en 542, et il s'appuie, dans cette discussion, sur l'identité des pestes de l'antiquité avec celles de notre temps; « lors même, dit-il, que les épidémies de peste décrites par les anciens auteurs manqueraient de quelqu'un des caractères qu'on observe aujourd'hui dans cette maladie, on ne devrait pas en conclure à sa non existence; car les descriptions ont pu parfois rester incomplètes sous la plume d'écrivains qui étaient presque toujours étrangers à l'observation comme à la pratique médicale. » M. Clot peut avoir raison ici, mais nous pensons qu'il va trop loin dans la considération suivante, qu'il apporte à l'appui de son opinion : « Ils suppriment la peste de l'antiquité; mais quelle sera dès-lors la maladie qu'ils lui substitueront? Quel fléau imagineront-ils à sa place, en scrutant avec soin l'histoire du passé, et en s'appuyant sur des faits? Disons-le, toutes leurs recherches seront infructueuses, et les âges modernes, qui ne leur présentent, dans ces contrées, d'autres épidémies que celles de peste, de variole ou d'ophthalmie, ne leur permettent pas d'en supposer d'autres dans des siècles antérieurs. » Nous pensons que M. Clot renferme ici dans des limites trop étroites l'action productrice des maladies, et il serait facile d'en indiquer plusieurs qui ont à peu près, sinon complètement disparu depuis des siècles, et d'autres qui ont été entièrement inconnues de l'antiquité. M. Clot insiste sur cette identité avec d'autant plus d'ardeur que la solution de cette question entraînerait presque en même temps celle d'une autre qui est bien plus importante et à laquelle il a consacré la plus grande partie de son travail, celle de l'endémicité de la peste en Égypte, et par induction aussi celle de sa nature non contagieuse. Mais avant de passer à l'examen de cette seconde question, nous devons faire remarquer, en nous bornant toujours au point de vue historique, que dans les temps anciens plus encore que de nos jours les invasions de la peste en Égypte ont été séparées par des intervalles de temps quelquefois très longs. Mustapha-Effendi nous le dit lui-même. « Aucune maladie pestilentielle ne régna en Égypte pendant les 112 ans durant lesquels cette contrée fut au pouvoir des Perses. Après la mort d'Alexandre, les Ptolemées régnèrent en Égypte pendant trois siècles, et l'historien ne parle d'aucune peste pendant leur règne. L'ancienne Égypte était un pays trop florissant, trop bien policé pour qu'on puisse la considérer comme ayant été un foyer permanent d'émanations pestilentielles. »

ÉTIOLOGIE. Si nous sommes encore aujourd'hui dans une ignorance à peu près complète sur la cause de la plupart des maladies qui s'offrent chaque jour à notre observation, à plus forte raison doit-il en être de même de celles que nous n'observons que rarement, ou dans des circonstances très défavorables à leur étude complète. Un grand nombre de causes, avancées par nos prédécesseurs, pour la production de la peste sont aujourd'hui entièrement oubliées. M. Clot surtout a traité cette question avec une attention toute particulière, et est entré, à l'occasion de chacune d'elles, dans des développemens qui, pour la plupart, ne laissent rien à désirer. Le passage suivant de M. Bulard nous fournira un résumé critique assez exact de ces différentes hypothèses, en même temps qu'il fera connaître sa manière et son style. « Quelles que soient l'origine et la nature de l'élément morbifique de la peste, le développement dans l'é

conomie d'une influence spécifique n'est nié par personne; c'est seulement sur la raison de ce développement qu'existe la divergence d'opinions parmi ceux qui ont écrit sur cette matière. Les uns, niant le danger du contact, établissent une propagation par infection; les autres, au contraire, croient exclusivement à la contagion; d'autres admettent que l'un et l'autre peuvent exister simultanément et constituer ainsi une double voie typhogénique. Mais tous, pour établir leurs théories respectives, reconnaissent la nécessité de miasmes, qui seraient, selon ceux-ci, le résultat de la décomposition de matières animales et végétales, selon ceux-là le produit d'une matière inconnue, mais susceptible de se perpétuer à la faveur de certaines conditions de lieu, et de se multiplier par le seul fait d'une aptitude individuelle toute spéciale. Pour ceux qui combattent la possibilité d'une atmosphère miasmatique en permanence dans le Levant, ils prétendent que, eu égard à son apparition et à son extinction, la peste est déterminée par une influence atmosphérique particulière, accidentelle comme la maladie qui en émane. Quelques-uns ont ingénieusement trouvé la cause de la peste dans une infection propre aux peuples du Levant. Des hommes à systèmes et à idées préconçues regardent la peste comme endémique dans certains lieux, lui donnent le double caractère spasmodique et épidémique, l'assimilent à la fièvre jaune, au choléra et au typhus, qu'ils ne considèrent, ainsi que la peste, que comme autant de formes différentes d'une même maladie, que comme une même affection, dont les caractères pathognomoniques ne seraient devenus différens que par l'influence d'un milieu différent. Des médecins qui aiment les opinions toutes faites ont encore émis des idées nauséeuses sur l'infection de toute l'atmosphère d'un pays, sur des émanations putrides, dont ils mettent la source dans les inondations du Nil et la cessation des embaumemens, à Smyrne, dans la vase des égoûts de la basse ville, à Constantinople, dans le mode de sépulture, dans l'Anatolie et plus loin, dans des surfaces marécageuses plus ou moins étendues, etc.; mais ils ne seront pas plus écoutés que leurs derniers devanciers. Un petit nombre s'est tenu dans l'hypothèse d'une épidémie constitutionnelle. »

En critiquant ainsi les hypothèses avancées par ses devanciers sur la nature et la cause de la peste, M. Bulard prenait l'engagement d'exposer son opinion personnelle sur cette maladie. Voici ses propres expressions; il la regarde donc comme une « maladie transformée, dont la cause spécifique, primordiale, extra-individuelle à son origine (de quelque part qu'elle vienne), revêt bientôt, par un pur phénomène d'élaboration pathologique, un caractère nouveau de spécificité exclusivement individuelle, comme le démontrent la contagionabilité et l'immunité par l'isolement; à la manière de certaines affections charbonneuses, de la rage, de la petite vérole, qui naissent d'abord d'influences extérieures et se transforment ensuite de telle sorte qu'elles ne sont plus susceptibles de se propager qu'en raison d'une cause spécifique absolument individuelle. »

Il résulterait donc de cette définition de la peste, définition qui ne sera adoptée, nous le craignons bien, par aucune école moderne, que cette maladie exigerait, pour se propager, des conditions prédisposantes nombreuses de la part de l'individu, de la part du climat, lesquelles cependant ne pourraient seules produire les phénomènes pestilentiels sans l'élément morbifique. Les conditions climatériques d'une latitude donnée sont à la cause spécifique de la peste ce que l'action simultanée de l'air, de l'eau, et d'une température de 15 à 25° R. est à la fermentation; elle en est la cause, non le moyen; de même les conditions accidentelles de l'atmosphère, à l'époque climatérique où apparaît la peste, peuvent influer sur sa cause, en sollicitant son développement morbide, mais elles ne produisent pas cette cause, sans laquelle la peste n'aurait jamais lieu.

Si en temps de peste, dit M. Bulard, des miasmes existaient réellement même dans une atmosphère circonscrite, ils auraient quelquefois manifesté leur présence par des effets indépendans du contact, tout à fait insolites: or, dans la la longue histoire des ravages de la peste, il n'y a pas un seul fait bien avéré qui donne le droit de soutenir qu'elle se soit jamais développée par voie d'atmosphère chez ceux qui se sont isolés de tout rapport avec les pestiférés et avec les objets suspects, tandis qu'il y en a mille pour prouver que l'influence individuelle est l'unique voie pestilentielle. Ici M. Bulard cite à l'appui de cette dernière assertion une foule de faits récens et un grand nombre de quarantaines qui ont mis à l'abri de l'attaque de la peste ceux qui s'étaient imposé ce sacrifice; pour ces faits nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage lui-même et nous en ferons autant pour ceux que rapporte le docteur Clot pour démontrer que la peste parait souvent sous forme sporadique, qu'elle est toujours endémique sur les côtes du Levant où de temps en temps elle prend le caractère d'une épidémie plus ou moins grave. Il nous sera impossible également d'indiquer même très sommairement la longue et pressante argumentation qu'il oppose aux contagionistes, et pourtant nous serons obligé de dire que, malgré le grand nombre de faits qu'il rapporte, malgré le soin extrême avec lequel il cherche à détruire ceux qu'ont avancés les contagionistes, malgré même une certaine réserve dans les explications de choses inexplicables, il n'a point entraîné notre conviction. Il suppose que la contagion est constante et absolue, et trouve facilement de nombreux faits contraires. Mais là n'est plus la question depuis longtemps; et même il a le tort de dépasser son but. Il ressortirait, en effet, des conditions qu'il exige des faits contagieux, qu'il n'en existerait pas, et qu'aucune maladie ne serait contagieuse. Au reste, nous devons le dire, on recueillerait des millions de faits particuliers, dans les grandes villes, dans les masses d'individus, soit pour, soit contre la contagion, qu'il n'en résulterait rien de positif, soit pour, soit contre cette opinion; car, d'un côté, les occasions de contact, soit avec des malades, soit avec des objets suspects, sont tellement fréquentes, qu'on ne peut rien arguer contre la contagion de ce qu'un individu n'aurait pas eu de contact avec un pestiféré; et, d'un autre côté, on sait que l'influence épidémique ne frappe pas tous les individus qui y sont soumis, et qu'elle s'exerce quelquefois dans des limites tellement étroites, qu'on est fréquemment tenté d'y voir un effet de contagion. Quand une maladie règne une fois dans un endroit, une ville, soit endémiquement, soit épidémiquement, soit par la contagion, elle y présente à peu près la même marche. Le meilleur, le seul moyen peut-être de distinguer ces deux modes de propagation, c'est de suivre la maladie dans plusieurs villes, dans plusieurs contrées, quand elle occupe un grand espace. Nous trouvons une application de ce principe, que nous ne faisons qu'indiquer ici, dans un fait qui n'a pas encore été signalé comme il mérite de l'être: c'est qu'en France, la plupart des médecins qui pratiquent à la campagne ou dans les petites villes regardent la fièvre typhoïde comme contagieuse; tandis que presque tous les médecins des grandes villes sont d'une opinion contraire.

On pourrait opposer aux faits nombreux rapportés par M. Clot le récit si clair, si naturel, de l'invasion de la peste en Grèce pendant la guerre de l'indépendance, que nous devons à M. Gosse. On voit l'armée égyptienne transporter avec elle la peste en Morée, et cette maladie prendre surtout une intensité remarquable à la suite d'un échange de prisonniers entre le gouvernement grec et Ibrahim-Pacha, et bientôt elle eut envahi, mais graduellement et comme par rayonnement, les points les plus importans de la Grèce, ceux qui étaient le centre des communications les plus actives.

(La suite au prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

EXPÉRIENCES FAITES A FLORENCE PAR M. ORFILA.

Un journal de Florence ayant annoncé que M. Orfila se proposait de rendre les savans de cette ville témoins des résultats principaux de son travail sur l'arsenic, le 7 et le 8 octobre dernier, un auditoire nombreux se trouva réuni à neuf heures du matin dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, à l'hôpital de Sancta-Maria-Nuova. Les professeurs Bussalini, Faddei, Zanelli, Amici, Speranza (de Parme), Sottini (de Livourne), le prince Canino et plusieurs médecins italiens que le congrès avait attirés à Florence, assistèrent à ces démonstrations expérimentales, ainsi qu'un grand nombre de pharmaciens et d'élèves. Dès le 6 au soir, M. Orfila avait empoisonné un chien avec 15 centigrammes d'acide arsénieux dissous dans l'eau. Le 7, à neuf heures du matin, l'animal étant mort, M. le professeur Zanelli en retira le foie, qui fut aussitôt coupé en morceaux et confié à M. Faddei, professeur de chimie organique, à M. **, son préparateur, et à M. Sottini, qui devaient être exclusivement chargés des opérations chimiques. Le viscère fut intimement broyé avec du nitrate de potasse, et desséché à un feu doux, puis inciné dans un creuset de Hesse, d'après le procédé proposé par M. Orfila. Dès que la combustion fut opérée, la masse cendrée restant dans le creuset fut décomposée par l'acide sulfurique pur, à l'aide de la chaleur, puis dissoute dans l'eau. La liqueur fut conservée pour être soumise le lendemain à l'action du zinc, de l'eau et de l'acide sulfurique dans l'appareil de Marsh. Ces expériences furent faites par M. Sottini et par le préparateur de M. Faddei, en présence de plusieurs assistans, parmi lesquels nous citerons le prince Canino. Trois heures de cette journées furent en outre consacrées à décrire l'appareil de Marsh modifié par M. Orfila, comparé à celui que Marsh a fait connaître le premier, à préparer des taches arsenicales et antimoniales, à établir les différences qui existent entre ces taches et plusieurs autres avec lesquelles elles pourraient être confondues si on se bornait à les regarder. Les divers procédés de carbonisation et de destruction de la matière organique furent exposés avec soin; rien de ce qui se rattache à l'altération possible des réactifs et aux moyens de s'assurer s'ils contiennent ou non de l'arsenic ne fut négligé. En un mot, dans cette première séance, M. Orfila crut devoir exposer tous les élémens dont il devait faire l'application le lendemain.

Le 8, à neuf heures du matin, il montra que la liqueur préparée la veille à l'aide du nitrate de potasse fournissait de l'arsenic dès qu'elle était introduite dans l'appareil de Marsh modifié; on recueillit, pendant une heure environ, de larges taches arsenicales, brunes et brillantes, en même temps qu'un anneau

d'arsenic métallique se condensait dans la partie du tube chauffée à la lampe à l'alcool. Cette démonstration terminée, M. Orfila examina tour à tour les diverses questions relatives à l'arsenic normal, aux terrains des cimetières et aux oxides de fer arsenicaux. Il insista particulièrement sur les moyens de reconnaître si l'arsenic retiré des viscères provient d'un composé arsenical ingéré pendant la vie, ou introduit dans le canal digestif après la mort, et arrive jusqu'à la surface des organes par l'effet d'une imbibition cadavérique. Abordant ensuite les objections scientifiques en petit nombre soulevées naguère à l'Académie royale de médecine par M. Gerdy, il en fit d'autant plus promptement justice, qu'il s'adressait à un auditoire éclairé et nullement passionné. Il passa sous silence, comme on le pense bien, tout ce qui, dans la discussion de l'Académie, avait offert un caractère personnel et injurieux.

Il termina enfin cette seconde et longue séance par l'exposé des idées nouvelles sur le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Après avoir fait connaître ses nouvelles recherches sur l'efficacité des diurétiques, il combattit avec force l'emploi des toniques préconisés par Rasori, et surtout par Giacomini, et par l'homme qui s'est fait en France l'écho de ce dernier. Il fit voir combien les résultats obtenus à Paris, en administrant des excitans à des chiens empoisonnés par l'acide arsénieux, étaient insignifians et sans portée, et il rapporta les expériences tentées en dernier lieu devant la commission de l'Académie de médecine, sur des chevaux, expériences qui ne laissent aucun doute sur l'inefficacité de la méthode excitante, Au reste, l'Académie de médecine, dit-il, n'a jamais donné son assentiment à une pareille médication, et l'on vous a trompés toutes les fois que l'on a imprimé qu'il en était ainsi.

Nous n'avons pas besoin de dire que, dans ces deux séances, les expériences vinrent confirmer ce que disait M. Orfila; nos lecteurs ne seront donc pas étonnés d'apprendre qu'elles furent suivies d'applaudissemens unanimes et souvent réitérés.

— La séance annuelle pour la distribution des Prix a eu lieu mercredi 3, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Orfila.

Après le discours prononcé par M. le professeur Gerdy, les noms des lauréats ont été proclamés dans l'ordre suivant :

PRIX MONTYON.

Partagé *ex æquo* entre M. Boudet (Charles), de Paris.
Et M. Landouzy (Marc-Hector) d'Epernay.
Une médaille d'or de 400 fr. a été accordée à chacun des lauréats.

MENTION HONORABLE.

MM. Lasserre et A. Tardieu, interne des hôpitaux.

PRIX CORVISART.

Partagé *ex æquo* entre M. D'Astros, interne des hôpitaux, et M. Lemaire.

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

1er *Prix :* (Médaille d'or et dispense des frais universitaires pour la somme de 515 francs), M. Jarjavay.
2e 1er *Prix :* (Médaille d'argent et dispense pour la somme de 315 fr.), M. A. Tardieu).
3e 1er *Prix :* (mêmes avantages), M. Fnraytier, interne des hôpitaux.

PRIX DES ÉLÈVES SAGES-FEMMES (MÉDAILLE D'ARGENT).

Mme Pragot, de Paris.

La Faculté a arrêté que le sujet des prix Corvisart pour l'année 1842 serait le suivant : « Comparer par des faits recueillis dans les cliniques de la Faculté, les effets des saignées générales et des saignées locales dans les inflammations. »

Les mémoires devront être remis au secrétariat de la Faculté du 15 août au 1er septembre 1842.

La Faculté croit devoir rappeler aux concurrens que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Une mort récente a enlevé à la Faculté de Médecine de Paris, dans la personne de M. le professeur L.-J. SANSON, l'un de ses maîtres les plus justement honorés. La douleur d'une telle perte a été vivement sentie par tous ceux qui mettent quelque prix à la science et à ses travaux, à la dignité de la profession médicale, à l'union si rare d'un mérite supérieur et d'une inaltérable probité. Mais cette émotion s'est encore accrue, lorsqu'on a su que cet homme, si haut placé dans l'estime de ses confrères, après avoir vécu constamment dans la plus respectable pauvreté, avait à peine laissé à sa famille les ressources nécessaires pour subvenir dignement à ses funérailles. Une commission s'est formée sur le champ, qui, appelant à elle la plupart des personnes qui avaient connu le plus intimement M. Sanson, s'est empressée d'ouvrir une souscription, dont le produit sera employé à lui élever un modeste tombeau, où se perpétuera du moins le souvenir de ce dernier hommage rendu à sa mémoire. La commission est convaincue qu'il lui suffira de faire connaître un tel projet, pour en assurer le succès. Aussi est-ce avec une pleine confiance qu'elle s'adresse, dans ce but, à quiconque cultive la science ou pratique l'art de guérir, et surtout aux élèves et professeurs des diverses écoles de médecine, dont M. Sanson était le maître ou l'émule, ainsi qu'aux médecins et chirurgiens militaires, habitués encore à le compter parmi leurs anciens compagnons d'armes. Tous comprendront, sans doute, qu'il s'agit ici de l'honneur du corps médical, et, en s'associant pour l'accomplissement de ce pieux devoir, ils voudront prouver qu'il y a toujours dans les cœurs un profond sentiment de respect et de reconnaissance pour une noble vie, consacrée tout entière au service désintéressé de l'humanité.

Les souscriptions sont reçues, à Paris, par MM.
GRANDIDIER, notaire, rue Montmartre, n° 148 ;
VERET, chef de bureaux à la Faculté de médecine de Paris ;
J.-B. BAILLIÈRE, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 17 ;
CHARRIÈRE, fabricant d'instrumens de chirurgie, même rue, 7 ;
A Strasbourg, par M. FORGET, professeur de clinique médicale ;
A Montpellier, par M. DUBREUIL, professeur de la Faculté de Médecine de cette ville.

CHOMEL, *Président de la commission.*
RAYER, *Trésorier.*
ROYER-COLLARD, *Secrétaire.*

SOUSCRIPTIONS DÉJA REÇUES.

M. Chomel, 100 fr. M. Royer-Collard, 100 fr. M. Rayer, 100 fr. M. Cruveilhier, 100 fr. M. Bégin, chirurgien en chef du Val-de-Grâce, 50 fr. M. P. Dubois, 100 fr. M. Leroy (d'Etiolles), docteur-médecin, 100 fr. M. Michon, agrégé la Faculté de médecine, 100 fr. M. Lallemand, professeur de la Faculté de médecine de Montpellier, 50 f. M. Roche, membre de l'Académie royale de médecine, 50 f. M. Melier, docteur en médecine, à Paris, 50 fr. M. Boulley, vétérinaire, 50 fr. M. A. Thierry, docteur en chirurgie à Paris, 50 fr. M. J.-B. Baillière, libraire, 50 fr. M. Couture, médecin, au Hâvre, 20 fr. M. Jacob, docteur-médecin, à Paris, 10 fr. M. Robert, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 30 fr. M. Delacorbière, docteur-médecin à Paris, 10 fr. M. Charrière, coutelier, 30 fr. M. Guersant fils, docteur-médecin, 10 fr. M. Noël Gueneau de Mussy, 50 fr. M. Vigla, docteur-médecin, 10 fr. M. A. Foville, docteur-médecin, 20 fr. M. Gosselin, docteur-médecin, 10 fr. M. Debrou, docteur-médecin, 10 fr. M. Baron père, docteur-médecin, 20 fr. M. Baron fils, docteur-médecin, 10 fr. M. Poumet, docteur-médecin, 20 fr. M. le docteur Fabre, 10 fr. M. Dufresse-Chassaigne, 5 fr. M. Sichel, docteur-médecin, 100 fr. M. Blandin, professeur à la Faculté de médecine, 100 fr. M. A. Bérard, agrégé à la Faculté de médecine. 10 fr. M. Giraldès, docteur-médecin, 10 fr. M. Amussat, membre de l'Académie royale de médecine, 20 fr. M. L. Boyer, docteur-médecin, 10 fr. M. Filhos, docteur-médecin, 5 fr. M. Nélaton, docteur-médecin, 50 fr. M. Blache, médecin de l'hôpital Cochin, 20 fr. M. Bourjot, docteur-médecin, 20 fr. M. Caffé, docteur-médecin, 20 fr. M. Bergerault, docteur-médecin, 10 fr. M. Bayard, docteur-médecin, 10 f. M. Rixio, docteur-médecin, 5 fr. M. Mussol, docteur-médecin, 10 fr. M. Petit, prosecteur des hôpitaux, 10 fr. M. B..., membre de l'Académie royale de médecine, 5 fr. M. Bourse, docteur-médecin, 10 fr.

— SALUBRITÉ PUBLIQUE. Une ordonnance de police concernant les confiseurs, épiciers et autres marchands, défend d'envelopper directement ou de couler des sucreries dans des papiers blancs lissés ou dans des papiers coloriés avec des substances minérales, le bleu de Prusse ou l'outre-mer exceptés ; de placer des bonbons dans les boîtes garnies à l'intérieur de papier colorié ou de substances minérales, et de les recouvrir de découpures faites avec ces minces papiers, et de faire entrer aucune composition fulminante dans la composition de leurs enveloppes. Enfin, cette même ordonnance défend de se servir de fils métalliques, comme supports de fruits artificiels. Ces supports doivent être en haleine, en paille ou en bois.

— ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE, traduction nouvelle avec le texte grec en regard, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions, accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques, suivie d'une table générale des matières, par E. LITTRÉ, membre de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, tome troisième. In-8°, 610 pages. Prix: 10 francs.

Paris, chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17.

NOTA. — Ce volume contient les titres des épidémies, des plaies de tête, de l'officine du médecin, des fractures.

ERRATA DU DERNIER NUMÉRO. — Lire partout *tiphus fever* au lieu de *tiphus sever*, dans le compte rendu de l'ouvrage de M. Louis par M. Landouzy.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE.

DE L'ÉTAT SANITAIRE DE PARIS PENDANT LES SIX DERNIERS MOIS; DE L'ÉTUDE DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES ET CONTAGIEUSES ET DE L'APPLICATION DE LA STATISTIQUE A CETTE ÉTUDE.

L'année 1841 s'est offerte jusqu'ici sous l'aspect le plus favorable pour la santé publique. A peine a-t-on observé aux époques des différentes saisons quelques traces de ces accidens pathologiques, qui reviennent tous les ans à peu près aux mêmes époques, mais avec plus ou moins d'intensité. Si même nous exceptons deux maladies, qui ont pris l'apparence épidémique et l'ont conservée pendant quelques mois, nous ne trouverons dans les résultats auxquels nous avons pu arriver sur les affections régnantes du printemps et de l'été rien qui mérite réellement d'appeler l'attention du médecin et puisse l'éclairer dans sa pratique. La température basse et l'humidité qui ont régné pendant la plus grande partie du printemps et de l'été n'ont même exercé aucune influence défavorable sur le nombre des maladies ni sur leur gravité. Le relevé suivant, qui établit une comparaison entre le nombre des malades et des morts dans tous les hôpitaux de Paris, pendant cinq mois des années 1840 et 1841, fait trop pencher la balance en faveur de cette dernière année, pour que nous ne signalions pas cet heureux résultat, à quelque cause qu'on doive l'attribuer.

	Total des malades dans tous les hôpitaux de Paris. 1840.	Morts.	Total des malades dans tous les hôpitaux de Paris. 1841.	Morts.
Avril	12,800	717	11,969	664
Mai	12,399	688	12,425	569
Juin	12,279	563	11,918	530
Juillet	12,050	538	11,775	473
Août	12,152	565	11,553	483
TOTAUX	61,680	3,071	59,640	2,719
		ou 1 mort sur 20 1/2 malades.		ou 1 sur 21 2/3.

Ce léger bénéfice dans le nombre et la gravité des maladies est, il est vrai, diminué par un excès de mortalité chez les vieillards des hospices de Paris, pendant les cinq mois de 1841, sur celle des mêmes mois de l'année dernière, et qui se manifeste par les chiffres suivans :

Feuilleton.

PHRÉNOLOGIE. — AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

La GAZETTE MÉDICALE, du samedi 30 octobre, contient un article intitulé : *Réapparition de la phrénologie à l'Académie de médecine*, dans lequel, suivant la coutume de votre journal, la phrenologie et les phrenologistes sont rudement tancés. Je ne viens point ici faire une profession de foi complète sur la phrénologie, ni même prendre sa defense. Il s'agit uniquement de rappeler quelques détails relatifs à la discussion soulevée à l'Académie par le rapport de M. Bouillaud sur le mémoire de M. Voisin.

Si les devoirs que j'ai à remplir me laissent la possibilité de dire un jour comment je pense que la phrénologie doit être cultivée, et sous quel point de vue, pour mon propre compte, je l'envisage, mon travail sera plus étendu que ne le comporte un article du journal, et j'aborderai cette question avec non moins de conviction que l'écrivain distingué auquel vous avez, je crois, confié la rédaction de votre dernier feuilleton. Je ne viens point non plus me pleindre de la manière dont je suis traité personnellement dans cet article.

Je m'estime heureux de faire cause commune avec mes *co-religionnaires*, et la boutade d'aujourd'hui ne me fait point oublier la bienveillance avec laquelle vous avez accueilli mes opinions et mes travaux dans d'autres circonstances. Dans le cas présent, d'ailleurs, le courroux de notre antagoniste s'est humanisé en ma faveur au point de m'accorder *de l'esprit, du sens, même en phrénologie*, et d'adoucir par les épithètes les plus consolantes le reproche qu'il m'adresse sur un certain manque de mémoire.

L'absence, ou seulement l'affaiblissement de la mémoire, est un cas assez grave, néanmoins, en pathologie du système nerveux, pour que je doive passer sans appel condamnation sur ce point. Ce reproche serait fondé, j'en conviens, si j'avais soutenu devant l'Académie : *que Gall, en admettant ce qu'il appelait une mimique, s'accordait, au moins en principe, avec les physiognomonistes*; si j'avais dit cela, j'aurais manqué non seulement de mémoire, mais encore de jugement, en confondant des choses aussi différentes.

Pour les physiognomonistes, comme on le dit dans votre feuilleton, non seulement les formes variées du visage et de toutes ses parties, mais encore celles de toute la surface visible du corps, étaient comme les reliefs extérieurs des qualités et des propriétés intérieures de l'âme. Tandis que Gall, considérant le cerveau (qu'il désigne sous le nom d'organe de l'âme) comme le point de depart unique de toutes nos facultés, et les diverses parties du cerveau étant, suivant lui, douées chacune de fonctions spéciales, veut que les seules saillies extérieures qui correspondent directement à la forme et au degré de développement des diverses parties du cerveau, soient réellement significatives dans l'appréciation comparative du physique et du moral de l'homme. Voilà donc des points de départ

	Total des vieillards et infirmes des hospices de Paris en 1840.	Morts.	Total des vieillards des hospices de Paris en 1841.	Morts.
Janvier	—	—	11,371	331
Février	—	—	11,352	267
Mars	—	—	11,673	267
Avril	11,715	311	11,577	344
Mai	11,630	124	11,540	199
Juin	11,514	217	11,439	209
Juillet	11,369	171	11,570	183
Août	11,453	157	11,414	179
	57,681	980	57,540	1,104

La différence que nous signalons ici dans la mortalité des hospices entre les années 1840 et 1841 est-elle fortuite, ou est-elle le résultat de la différence de température entre les deux années? Il nous parait rationnel de l'attribuer à cette dernière cause. Si la température n'exerce, dans certaines limites, qu'une influence peu appréciable sur les maladies des adultes, il n'en est pas de même pour celles des vieillards, des infirmes et des enfans qui habitent les hospices. Combien n'avons-nous pas vu, en ville, de sujets atteints d'affections chroniques, empirer et même succomber sous l'influence de l'été froid et humide qui vient de s'écouler, et dont l'existence aurait été certainement prolongée, si la température avait été aussi élevée pendant la saison qu'elle l'est habituellement dans nos contrées! S'il restait quelques doutes à cet égard, il suffirait de comparer, sur le dernier tableau, la mortalité des vieillards pendant les mois d'hiver (que nous n'avons indiquée que pour souvenir) avec celle des mois d'été, pour reconnaître l'action fâcheuse du froid sur les vieillards et les enfans, qu'il tue souvent sans production d'aucun phénomène pathologique appréciable.

Le tableau suivant nous fera connaître les principales variations qu'a éprouvées la température de l'atmosphère pendant les cinq mois dont il est question, et permettra d'apprécier la réalité de l'influence dont nous venons de parler.

	Avril.		Mai.	
	Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.
Moyenne du 1er au 10	+ 11,3	+ 3,7 :	+ 22,5	+ 12,2
— 11 au 20	+ 11,3	+ 4,2 :	+ 20,5	+ 9,9
— 21 au 31	+ 21,9	+ 16,2 :	+ 24,7	+ 14,1
du mois.	+ 14,8	+ 10,2 :	+ 22,6	+ 12,1

	Juin.		Juillet.	
	Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.
Moyenne du 1er au 10	+ 19,6	+ 9,6 :	+ 22,6	+ 13,5
— 11 au 20	+ 20,3	+ 9,7 :	+ 20,2	+ 11,6
— 21 au 31	+ 21,7	+ 12,2 :	+ 19,8	+ 12,0
du mois.	+ 20,5	+ 10,5 :	+ 20,9	+ 12,4

	Août.		Septembre.	
	Maximum.	Minimum.	Maximum.	Minimum.
Moyenne du 1er au 10	+ 21,7	+ 12,8 :	+ 23,2	+ 12,9
— 11 au 20	+ 22,4	+ 13,3 :	+ 25,6	+ 14,7
— 21 au 31	+ 23,8	+ 13,1 :	+ 21,3	+ 13,1
du mois.	+ 22,6	+ 13,1 :	+ 23,4	+ 13,6

La fièvre puerpérale, qui avait pris, à l'hospice de la Maternité, pendant les premiers mois de l'année, une intensité si prononcée, a perdu, depuis nos dernières notes (Voy. GAZ. MÉD., 1841, p. 369), tout caractère épidémique, ainsi qu'il ressort des chiffres suivans, qui établissent la comparaison, pour le nombre des accouchemens et des morts, entre les cinq mois correspondans de 1840 et 1841.

	1840.		1841.	
	Accouchemens.	Morts.	Accouchemens.	Morts.
Avril	341	18	285	46
Mai	296	2	318	7
Juin	261	3	288	4
Juillet	249	8	292	4
Août	268	12	273	6

Pendant les mois de juin et de juillet diverses affections ont pris un caractère fâcheux qui consistait en une disposition des surfaces dénudées à passer à l'état de gangrène, disposition qui se manifesta spécialement chez les enfans et fut surtout observée dans les hôpitaux. A l'hospice des Enfans chez plusieurs petits malades, des angines qui avaient débuté sous forme d'angines simples ou d'angines couenneuses, prirent tout-à-coup le caractère de l'angine gangreneuse, sans aucune cause appréciable et amenèrent promptement la mort; chez d'autres, la surface des vésicatoires qui avaient été appliqués pour quelqu'autre affection, de ceux surtout qui se trouvaient sur le tronc, fut frappée de gangrène. Dans ce dernier cas, la gangrène était toujours précédée d'une exsudation grisâtre bourgeonnée et souvent elle s'étendait d'une manière remarquable, envahissant d'abord les parties les plus voisines du vésicatoire. Dans quelques cas la gangrène apparut spontanément sous forme de pustules gangréneuses et sur diverses parties du corps. Aussitôt que les signes de la gangrène commençaient à se manifester, les symptômes prenaient un caractère adynamique qui se prononçait de plus en plus et ne tardait pas à amener la mort du malade.

Nous pourrions citer encore quelques états morbides qui se sont présentés trop fréquemment pour pouvoir être regardés comme simplement sporadiques, mais qui n'ont pas offert les caractères d'une constitution médicale très prononcée: telles sont des affections thoraciques le plus souvent catarrhales qu'on a observées pendant presque tout l'été, et quelques affections abdominales consistant le plus souvent en un simple flux diarrhéique plus ou moins intense, avec ou sans coliques, et arrivant chez quelques-uns jusqu'à l'intensité de la dysenterie, et qui ont été plutôt le résultat du froid assez vif qui s'est fait sentir pendant le mois de septembre, que de l'usage des fruits arrivés à une maturité incomplète auquel

---

tellement opposés, que personne, je crois, ne peut les confondre. Quant aux principes plus intimes de la question, on ne peut pas les confondre davantage; mais ce n'est pas ici le lieu de les discuter. Ne nous écartons pas de la discussion établie à l'Académie.

Notre honorable confrère M. Nacquart aurait voulu que pendant l'examen fait par M. Voisin, la figure des sujets observés restât couverte, afin qu'il ne fût pas possible à l'observateur de baser son opinion phrénologique sur autre chose que sur l'inspection des formes du crâne. J'ai dit que l'on se rendrait, en procédant ainsi, plus absolu et plus exclusif que ne l'était Gall lui-même; que celui-ci, dans son enseignement et ses ouvrages, tenait compte de l'activité et du degré d'activité du cerveau, et que pour s'assurer de cette activité, il s'éclairait de l'inspection du visage; j'ai soutenu enfin que s'il n'accordait à l'expression de la physionomie et aux traits généraux de la constitution qu'une importance secondaire, il les croyait propres cependant à aider l'appréciation du moral de l'homme. Mais je n'ai pas plus parlé de la physiognomonie que de la chiromancie, de la métoposcopie, de la nécromancie, etc., et de tous ces fragmens de science dont votre collaborateur seul a retenu les noms, et dont Gall a fait complète et radicale justice en établissant, suivant moi, la science des rapports du physique et du moral de l'homme sur des bases beaucoup plus philosophiques et beaucoup plus sûres qu'elles ne l'étaient avant lui. Aujourd'hui, pour appuyer mon assertion, je livre, sans commentaires, aux réflexions de notre sévère Aristarque, le passage suivant, tiré de l'ouvrage de Gall (édit. in-4o, 2e vol., p. 291):

« Chacun des organes cérébraux met à son unisson, d'une manière à lui particulière et conforme à son siége, les instrumens des sens, les muscles, les extrémités. Chaque organe exprime donc son action par un jeu de pantomime particulier; par conséquent, ce jeu de pantomime est le langage propre de l'organe en question, et il décèle non seulement la nature du sentiment, de l'idée, de l'affection, de la passion; *mais il trahit encore le siége de l'organe* par lequel ces mouvemens ont été commandés. »

Puis, il ajoute afin de se rendre plus explicite encore:

« *L'organologie peut donc tirer de la mimique deux avantages également précieux: 1° la mimique peut servir à lui indiquer la place du cerveau où se trouve l'organe qui agit dans tel cas particulier, et frayer ainsi à l'organologiste le chemin pour arriver à des preuves qui mettent hors de doute ce qu'il n'avait fait d'abord que soupçonner; 2° elle lui sert de confirmation en concourant à prouver que l'organe, dont il observe l'action, est placé en effet à l'endroit que, guidé par d'autres faits, il lui avait assigné.* »

Rappelons encore: 1° que tous les organes soumis à l'empire de la volonté sont habituellement modifiés dans leur développement et dans leurs apparences extérieures, soit par les divers usages auxquels ils sont soumis, soit par la répétition plus ou moins fréquente des mêmes actes; 2° que, suivant l'observation de Gall, le cerveau en totalité, ou ses diverses parties, reçoivent les mêmes modifications sous l'influence de causes analogues. N'est-il pas alors démontré qu'il faisait rentrer la physiognomonie, tout comme la pathognomonie, dans son domaine, et que ce grand physiologiste a su tirer parti de toutes les observations

oo les a généralement attriboéees. Ces dernières affections, qui ont été assez fréquentes non seulement à Paris et sur de nombreux points de la France, ont régné aussi en Angleterre, oì l'on paraît même avoir observé sous les mêmes infinences quelques accidens cholériformes. Les cas qui se sont passés sous nos yeux ont cédé assez facilement à l'emploi des évacuans suivis prumptement de celui des astringens. Dans quelques uns cependant qui se soot montrés rebelles, surtont chez les enfans, les opiacés ont dû être continnés pendant quelque temps, et combinés aux astringens et aux toniqnes. Mais les caractères épidémiqnes de ces affections ont été pen prononcés; car elles nous ont paro se montrer, même dès le débnt, sous des formes trop diverses pour qu'on pût y reconnaître l'action évidente d'une constitntion épidémique.

Cette étude des constitutioos médicales et des épidémies, qui serait d'noe si haute importance, est, dans l'organisation médicale actuelle, à peo près impossible; l'influence des dernières doctrines, celles qui dominent anjnurd'hui, tendent beaucoup à déprécier l'ntilité de ces études, et les efforts individnels auxquels elles restent confiées seront le plus souvent impuissans, nn ne prnduiront que des résultats pen avantageux. L'Académie de médecine, du ressort de laquelle ces étndes ressortent, engagera en vain ses membres correspondans à étudier avec soin les épidémies soumises à leur observation, et à en adresser nn rapport exact et circonstancié; c'est en vain qu'il y a, dans chaqne département, des médecins chargés spécialement d'étndier les épidémies, elles passent trop souvent sans avoir été sériensement étudiées, et sonvent sans aucune publicité. A Paris même, on pourrait qnelqnefois croire qne ces consótntions ou ces épidémies passeot inaperçues, tant il est rare qu'elles soient l'objet de discnssions, même dans les grands corps médicaux, où sont en nombre les médecins des hôpitaux et les praticiens les plns occupés. On ne peut douc rien espérer, en France, des institutions actuelles pour le progrès de cette partie importante des sciences médicales.

En Angleterre, où de vastes recherches statistiqnes sont opérées, par les ordres du gouvernement, sur diverses branches du service public, et dont plusieurs sont intimement liées aux progrès des sciences médicales, une institution vient d'être fondée, qoi ne pent manquer, d'ici à quelques années, de fournir de précieux documens snr la marche et le développement des maladies épidémiques qui ravageroot à l'avenir le sol de la Grande-Bretagne. Cette institution (l'enregistrement), dont nous présenterons prochainement les premiers résultats, a, dans chacune des paroisses de l'Angleterre et du pays de Galles, des agens chargés de recueillir, sons un contrôle très actif, des notes sur chaqne mariage, chaqne naissance et chaqne mort. Toutes ces notes, transmises à Londres, où est le centre de cette administration, et portant des détails sur tous les points que l'on a en le dessein d'éclairer, sont mises en ordre, et des hommes spéciaux les analysent et en font ressortir les faits généraux dans nn travail qui doit être publié tous les ans. Les résultats obtenus de l'analyse des notes sur les morts de la deuxième moitié de 1837 et de l'année 1838 entière, offrent déjà des faits d'une grande importance, et qu'on peut dire nouveaux, sur l'apparition, le développement et la marche des affections épidémiqnes qui ont régné en Angleterre pendant ce temps. A l'aide de ces documens, on suit les épidémies sur tons les points où elles se développent, et à toutes les époques de leur existence passagère, nn apprécie facilement l'influence qu'exercent sur elles les saisons, le climat, la température, la vie des villes et des campagnes, enfin, toutes les circonstances générales auxquelles un a jusqu'ici attribué une action pathogénique, et nn arrive à la connaissance des lois auxquelles ces maladies sont soumises.

Nous ne nierons pas cependant que les documens sur lesquels s'opèrent en ce mnment les recherches en Angleterre, ne concernant que les cas terminés par la mort, ne peuvent jeter beaucoup de lnmière sur les affections, qui présentent rarement ce mode de terminaison, et même doivent laisser dans l'nbscurité plusienrs points de l'étnde des maladies les plus graves. Mais une œuvre, pour n'être pas parfaite, n'en a pas moins droit à l'approbation. Les résultats obtenus, d'abord incomplets, ne tarderont pas à s'améliorer, et fourniront plus tard des indications précieuses sur les moyens propres à prévenir nn à ralentir le développement de ces affections.

Exprimons l'espoir que le gouvernement français, anquel le système de centralisation, si puissamment organisé, offrirait des ressources précieuses pour ces sortes de recherches, en appréciera la valeur et ne tardera pas à en provoquer de semblables; dans le cas contraire, l'étude des maladies épidémiques, abandonnée en France aux efforts individuels, y resterait stationnaire au milieu des progrès des nations voisines.

L'application de la statistique à la médecine a reçu, il est vrai, parmi nous, un rude échec depuis peu de temps; mais les prétentions exagérées entretenues sur ce point, et qoi n'nnt amené que des erreurs ou des désappointemens, n'ont po détruire ce qu'il y avait de réellement utile dans cette application à quelques-nns des points des études médicales. Qu'au lieu de vouloir tronver dans l'étude des chiffres des indications pour la pratique particulière, on n'y cherche qne des résnltats généraux; que l'on ne donne aux faits sur lesquels reposent toutes ses opérations qne la valeur qu'ils ont réellement, et la statistique, qui déjà, entre les mains des Français, a prodnit de si beaux résoltats, pourra contribuer encore pour beaucoup aux progrès des sciences médicales. Elle seule même poorra nous éclairer sur les grandes questioos que soulève l'étude des maladies épidémiques et contagieuses.

G.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(SUITE.)

I. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1841 se composent des mémoires originaux suivans : 1° *Des tumeurs fluctuantes du petit bassin, et de leur ouverture pratiquée par le vagin*; par M. Hippolyte Bourdon. 2° *Mémoire sur trois cas de monstruosité, savoir : un cas de cyclocéphalie, un de sycéphalie, et un de polymélie*; par M. Roy. 3° *Recherches sur l'influence de la systole ventriculaire sur les courbures artérielles*; par M. Bouchacourt. 4° *Mémoire sur une entérorrhée muqueuse observée chez les chauffeurs, aides-chauffeurs et soutiers*; par M. Renault. 5° *Observations d'hystérie, d'affections générales graves, d'hémoptisie et de névralgies régulièrement périodiques*;

---

de ses devanciers, dans l'intérêt de ce qu'il croyait la vérité, sans renoncer aux bases sur lesquelles il avait fondé sa doctrine?

J'ai dit que Spurzheim, dans les examens auxquels nous nous étions livrés en commun sur les prisonniers de Bicêtre, n'avait pas negligé de tenir compte également de toutes les particularites individuelles qui, en frappant nos sens, pouvaient eclairer notre jugement.

J'ai fait remarquer en outre que, dans l'état actuel de la science et dans la discussion présente, ce n'était point de cranioscopie seulement qu'il s'agissait, mais bien de phrenologie. J'ai ajouté que, pour mon propre compte, je n'adoptais la phrénologie qu'en agréant les modifications que ce changement de dénomination suppose, en y ajoutant même de nouvelles restrictions, et en pensant qu'il fallait accueillir les lumières, de quelque part qu'elles vinssent, alors qu'il s'agissait d'éclairer l'une des questions les plus obscures et les plus importantes de la science de l'homme.

Au reste, je me suis montré, j'en conviens, dans cette discussion, partisan *du système d'interprétation large et accommodant* reproché par notre adversaire à quelques phrénologistes modernes. Je reclame même l'avantage d'avoir été, dans mes cours sur les maladies nerveuses, l'un des promoteurs les plus actifs de cette réforme, et j'étais loin de m'attendre à ce que la tendance qui me porte a n'agréer aucune doctrine exclusive, et qui est chez moi fortifiée par l'expérience et la réflexion, me fût reprochée dans un journal dont le rédacteur en chef a pris si chaleureusement et avec tant de bonheur la défense de l'eclectisme.

Ces faits et ces explications prouveront, je l'espère, à votre savant collaborateur, qu'il s'est trompé sur le caractère de la dernière discussion de l'Académie, en pensant qu'elle portait sur les principes de la phrénologie, tandis qu'il ne s'agissait que de ses applications. Peut-être ira-t-il jusqu'à convenir que *nous connaissions la matière sur laquelle nous discutions*. Mais nous n'entreprendrons pas de le convertir à la phrénologie. Nous pensons que, par la tournure de son esprit et la nature de son talent, il est plus enclin aux travaux de cabinet et aux études spéculatives, qu'aux patientes et pénibles recherches de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, sans le secours desquelles il nous semble impossible de juger avec parfaite connaissance de cause une science uniquement basée sur l'observation et la pratique.

Recevez, etc. FERRUS

Nous ne prenons pas, nous ne voulons pas prendre ce qui précède pour une *réclamation*. Nous avons la conscience que lorsqu'il nous arrivera de parler de notre honorable confrère M. Ferrus, ce sera toujours avec des sentimens et dans des termes sur lesquels il n'aura jamais lui-même l'intention de réclamer. Nous considérons donc sa lettre comme un simple *éclaircissement* sur quelques points de la récente discussion académique sur la phrénologie. Nous saisirons nous-mêmes avec plaisir cette occasion d'éclairer de notre côté quelques-unes des assertions de l'article qui a provoqué les observations de M. Ferrus, afin d'arriver de part et d'autre, non point à nous accorder sur la phrénologie en général, ce qui nous paraît, comme à M. Ferrus, impossible, mais du moins à nous entendre sur les points de fait et la position des questions particulières indiquées dans sa lettre et discutées à l'Académie.

par M. Mazade. 6° *Deux observations de chorée, ou danse de St-Guy*, recueillies par M. Deville. 7° *Observation d'un cas de luxation postérieure et latérale externe de l'articulation du coude, suivie de quelques réflexions sur cette variété de luxations huméro-cubitales*; par M. Vignolo. 8° *Note sur les propriétés thérapeutiques d'une eau antihémorrhagique*; par M. Fresny.

DES TUMEURS FLUCTUANTES DU PETIT BASSIN, ET DE LEUR OUVERTURE PRATIQUÉE PAR LE VAGIN; par M. HIPPOLYTE BOURDON.

Quoique l'objet principal de ce mémoire soit d'appeler l'attention sur la méthode de traitement que M. Récamier applique depuis longtemps avec succès aux tumeurs fluctuantes du petit bassin, il renferme encore une foule de considérations intéressantes sur leurs causes, leur diagnostic, etc., et constitue ainsi une monographie aussi complète que bien écrite de ces affections, dont l'histoire a fait tant de progrès depuis quelques années, grâce aux travaux remarquables de MM. Velpeau, Gendrin, Andral, Dugès, Tavignot, travaux parmi lesquels nous devons mentionner, d'une manière particulière, l'excellente thèse de M. H. Couturier, de Vienne, sur les affections phlegmoneuses des annexes de la matrice (Voy. THÈSES DE PARIS, 1841). Les tumeurs dont M. Bourdon a en en vue de tracer l'histoire dans le présent travail sont toutes celles qui sont placées primitivement ou secondairement dans le petit bassin, au-dessus de l'aponévrose pelvienne, entre elle et le détroit supérieur du bassin, soit qu'elles dépassent cette dernière limite, soit qu'elles restent enfermées dans l'excavation pelvienne proprement dite.

Une division bien naturelle se présente d'abord à établir entre elles sous le rapport de leur siége, suivant qu'elles sont *intrà-péritonéales*, *extrà-péritonéales*, ou *intrà-viscérales*, c'est-à-dire qu'elles se développent dans les parois des organes que contient la cavité pelvienne. On voit que les abcès de la fosse iliaque, si bien étudiés par Dupuytren, Dance, M. Menière, etc., ne rentrent dans aucune de ces trois catégories. Parmi les causes diverses qui peuvent produire ces tumeurs, il n'en est pas de plus fréquente que l'état puerpéral, lequel amène le plus souvent la suppuration du tissu cellulaire, compris entre les deux feuillets des ligamens larges.

Les symptômes sont rationnels ou physiques; mais on comprend que les premiers doivent souvent manquer jusqu'à ce que la tumeur ait acquis un volume assez considérable pour gêner les fonctions des organes placés à son voisinage. Ces phénomènes varient suivant la situation du foyer, son étendue, son état inflammatoire ou indolent, et suivant que la malade est ou n'est pas enceinte. Dans ce dernier cas, la présence d'une collection liquide peut mettre obstacle au développement de l'utérus à la parturition. Quant aux signes physiques, l'inspection seule peut quelquefois éclairer la médecine, si la tumeur remonte au-dessus des pubis; la percussion, le palper hypogastrique seront aussi utilement employés; mais le moyen par excellence est le toucher vaginal. Pour en tirer tout le profit possible, dit M. Bourdon, il est nécessaire de se placer au côté de la malade vers lequel s'incline la tumeur, et de se servir de l'index de la main correspondante à ce même côté. On arrive de cette manière à reconnaître si la tumeur prédomine dans le vagin, si elle adhère aux parois de ce conduit, etc. Lors même qu'on ne pourrait l'atteindre, on jugerait encore assez exactement de sa position par la situation et l'inclinaison variable du col utérin, qui se trouve fréquemment dévié par le fait de la pression qu'exerce sur le corps de l'utérus la masse morbide. Un signe particulier s'est présenté à l'observation de M. Chomel dans un cas d'abcès des ligamens larges. C'est une sorte de succion que le vagin exerçait sur le doigt de l'explorateur, et qui tenait sans doute à la compression exercée sur ce conduit par la tumeur.

Le point important dans ces circonstances n'est pas seulement de reconnaître l'existence de la tumeur et sa position, il faut encore distinguer quelle est sa composition. M. Bourdin indique plusieurs moyens propres à faire constater si elle offre le phénomène de la fluctuation. Ainsi on place une main sur l'hypogastre pour renvoyer le flot de liquide au doigt, qui, introduit dans le vagin, en perçoit l'impulsion sur l'extrémité de la tumeur saillante dans ce conduit. On peut arriver au même résultat en introduisant dans le vagin l'index et le médius, dont l'un appuie sur la tumeur, tandis que l'autre la percute à une certaine distance. Le toucher vaginal et le toucher rectal, pratiqués simultanément, compléteront le diagnostic toutes les fois que la tumeur sera située dans l'épaisseur de la cloison commune à ces deux canaux, et permettra également d'en reconnaître le volume. Enfin, en cas de doutes, une ponction exploratrice les leverait sans aucun danger pour le malade.

Les kystes qui naissent dans le tissu cellulaire de l'excavation pelvienne acquièrent rarement un volume considérable. Comme l'avait déjà fait M. Couturier, M. Bourdon explique cette circonstance par la situation du foyer au-dessous du péritoine qui le bride, et qu'il est forcé de soulever pour s'étendre. Ils tendent incessamment à s'ouvrir et leur évacuation a lieu soit par le vagin, la vessie, le rectum, soit à l'hypogastre, ou vers tout autre point de la paroi abdominale, soit même dans le péritoine, terminaison dont madame Boivin, M. Blandin, Bright et Gendrin ont cité des exemples, et dont M. Bourdon rapporte aussi un cas remarquable observé dans le service de M. Récamier.

Une foule de tumeurs peuvent en imposer au chirurgien et être prises pour celles dont nous nous occupons. Ainsi la vessie distendue par l'urine, l'utérus développé par le produit de la conception, par un polype ou par l'inflammation, les déplacemens de cet organe, des kystes du foie ou de la rate descendus jusque vers le petit bassin, offrent une ressemblance avec elles. Mais de toutes ces affections, il n'en est point qui soit plus susceptible de donner lieu à une méprise que les phlegmons de la fosse iliaque. On les reconnaît, dit M. Bourdon, à leur situation plus latérale, à la compression qu'ils exercent sur les vaisseaux et les nerfs du membre inférieur, à l'absence des signes fournis par le toucher, à leur rareté chez la femme et du côté gauche. A ces signes, qu'il avait aussi indiqués pour la plupart, M. Couturier ajoute que le siége du phlegmon iliaque est plus élevé, sa forme plus arrondie, son pourtour plus aisé à circonscrire, et il fait observer qu'en la palpant avec soin, on ne le sent pas pénétrer dans l'hypogastre par sa partie profonde.

Il est évident que les plus graves des tumeurs du petit bassin sont celles que, d'après M. Bourdon, nous avons appelées intra-péritonéales; car, outre qu'on ne peut plus difficilement les attaquer par le vagin, elles exposent à une péritonite qui se développe soit par l'extension du travail inflammatoire à la membrane séreuse, soit par épanchement du liquide dans la cavité abdominale.

La thérapeutique des tumeurs dont nous nous occupons soulève naturellement deux questions importantes: faut-il les ouvrir ou attendre qu'el-

---

Et d'abord, quant à l'opinion de Gall sur la physiognomonie, nous sommes obligés de maintenir nos assertions comme rigoureusement exactes. Les passages cités par M. Ferrus, loin de les infirmer, les justifient pleinement. Il n'y est en effet question que de cette partie de la physiognomonie que Gall, après bien d'autres, et notamment après le célèbre Engel, a nommée la *mimique* naturelle, la seule, avons-nous dit, que Gall ait admise. Cette mimique, telle que Gall l'a théorisée et développée, laisse complètement en dehors l'étude de l'expression faciale, de la physionomie proprement dite, qui est pourtant, comme chacun sait, une source de diagnostic moral d'un usage universel, et, en général, assez fidèle. Ce serait, pour parler la langue de Gall, la pathognomonique du visage. Or, nous le répetons, Gall ne s'en est jamais scientifiquement occupé. Il n'a jamais nié expressément que l'expression physionomique fût sans valeur, et il serait injuste de lui attribuer une telle absurdité; mais il se contenta de s'en servir tacitement, comme tout le monde, sans en déterminer ni même chercher les conditions anatomiques et les lois physiologiques.

Cette lacune de la doctrine physiognomonique de Gall est, du reste, facile à comprendre. Sa théorie générale de la *pantomime* ou *mimique* naturelle n'expliquait guère, quoique déjà avec bien de l'effort et de l'arbitraire, que certains mouvemens coordonnés du corps et des membres à des attitudes; mais elle ne pouvait en aucune manière s'appliquer à l'expression physionomique. Comment, en effet, aurait-il pu rattacher avec quelque ombre de vraisemblance les variétés sans nombre de direction, de consistance, de coloration des tissus de la face, les incalculables combinaisons de lignes, les innombrables et presque imperceptibles mouvemens, les nuances infinies de toute sorte, qui constituent ce qu'on appelle *le jeu de la physionomie*, l'expression faciale, soit passagère, soit permanente, à l'influence de tel ou tel de ses organes cérébraux? Comment aurait-il pu surtout y faire entrer les merveilleuses modifications de l'œil, ce *miroir de l'âme*, dont le *langage muet* est si riche, si varié, si précis, quoiqu'il échappe à toute analyse? Gall reconnut bien vite que la face, physiognomoniquement considérée, échappait complètement à sa théorie. Dès-lors, en systématique conséquent, il n'en tint nul compte. Il sacrifia cette étude, non point ouvertement et dogmatiquement, mais de fait; et on ne trouvera pas, dans tout ce qu'il a écrit et enseigné sur ce point, un mot qui s'y rapporte. Et en même temps que, par ce silence absolu, il mettait en quelque sorte indirectement la physiognomonie faciale en dehors de la science, il la laissait en outre sous le poids du dédain général dans lequel il avait enveloppé les spéculations des anciens physiognomonistes, et surtout de Lavater, qui toutes avaient pour objet principal la séméiologie faciale.

Pour fixer définitivement l'opinion authentique de Gall sur la physiognomonie, et sa position particulière dans l'histoire de cette science, il suffira, nous espérons, d'établir, au risque de nous répéter, les propositions suivantes.

I. Dans son acception la plus générale, au sens des anciens physionomistes et particulièrement au moyen-âge, la *physiognomonie* était la connaissance des qualités et propriétés internes et intimes des êtres, par l'étude de leurs apparences sensibles extérieures. Elle avait pour domaine les trois règnes de la nature.

Ce point de vue est tout à fait étranger à Gall.

II. Dans un sens plus restreint, la physiognomonie était, pour Aristote, pour

les s'ouvrent d'elles-mêmes? Supposé qu'on se décide à agir, en quel lieu et comment faire la ponction?

M. Bourdon se prononce pour l'ouverture artificielle, et son opinion s'appuie moins sur le nombre des auteurs qui la partagent, que sur la connaissance des cas nombreux où une pareille conduite a été suivie de succès, et sur l'appréhension des graves dangers auxquels exposerait l'expectation. L'économie peut éprouver les effets les plus graves, par le fait de la présence du pus; la tumeur entrave quelquefois le jeu d'organes importans ou prédispose à l'avortement, comme l'a démontré madame Boivin. Dans ces cas, dit M. Bourdon, il n'y a pas à hésiter, le chirurgien doit agir. En supposant même qu'on puisse à la rigueur attendre, voyez les inconvéniens qui résulteraient de ce délai. Le foyer s'étend, et gagne dans tous les sens; son ouverture au hasard se fait souvent dans le point le moins déclive, et par un trajet sinueux ou trop étroit pour assurer au pus une libre sortie. Le contact de la matière purulente sur le vagin et le rectum entretient parfois des catarrhes prolongés de la membrane muqueuse qui tapisse ces canaux. Une circonstance, notée par M. Bourdon, comme elle l'avait été par M. Couturier, et qui est, ce nous semble, décisive contre le système de la temporisation, c'est la longueur de la guérison lorsqu'on a laissé le foyer s'ouvrir de lui-même. Elle se fait toujours attendre deux ou trois mois, souvent six et même sept, dit M. Bourdon. L'ouverture naturelle trop petite se ferme et se rouvre d'une manière périodique, et la maladie, ainsi devenue intermittente, dure, suivant M. Couturier, *d'un à plusieurs mois dans les cas les plus heureux, plusieurs années, et quelquefois indéfiniment chez un assez grand nombre de malades.*

Ce point préalable étant bien établi, où doit-on pratiquer la ponction? Règle générale, il faut, dit M. Bourdon, choisir l'endroit où la fluctuation est la plus évidente, la plus superficielle, et celui où on a le moins de chance de léser le péritoine, une artère ou un organe important. Lorsqu'on a le choix, on doit aussi préférer la partie la plus déclive de la tumeur. Quand le lieu où l'on doit agir a été déterminé suivant ces principes, on provoque des adhérences entre les parois abdominales et la tumeur au moyen d'une ou plusieurs applications de pâte de Vienne, puis on plonge un bistouri au sein du foyer. Mais jamais, ajoute M. Bourdon, on ne doit donner issue au liquide à travers les parois du ventre, sans avoir cherché si la fluctuation se prononce dans le vagin, car alors il est préférable de pratiquer l'ouverture par ce canal. Cette opinion est aussi celle de M. Couturier, et nous nous y rangeons volontiers; nous admettons même que, dans le cas où la tumeur ferait une saillie également marquée à l'hypogastre et dans le vagin, ce serait par ce dernier point qu'il conviendrait d'abord de l'attaquer.

Mais si les idées de M. Bourdon sur ce sujet nous paraissent on ne peut plus rationnelles, nous ne saurions être de son avis lorsqu'il recommande d'appliquer le même mode de traitement, c'est-à-dire l'ouverture par le vagin aux kystes des annexes de l'utérus qui sont libres dans la cavité abdominale, et font dans le vagin une saillie marquée, accompagnée de fluctuation bien manifeste. On a ainsi, dit-il, l'avantage immense qu'offre une ouverture placée à la partie inférieure de la tumeur pour l'écoulement libre et complet du liquide; et d'ailleurs on ne court pas plus de risques d'épanchement abdominal en opérant ainsi, qu'en faisant l'ouverture à travers les parois du ventre.

La première considération n'aurait pas à nos yeux la même valeur que pour M. Bourdon. La sortie du liquide est-elle donc bien difficile après la ponction des kystes de l'ovaire, telle qu'on la pratique tous les jours à travers la paroi abdominale? Et, d'ailleurs, y a-t-il beaucoup d'avantage à évacuer jusqu'à la dernière goutte de sérosité dans ces cas où sa prompte reproduction est inévitable? Poursuivons d'ailleurs: cet avantage, fût-il incontestable, est d'une importance tout à fait minime; et, par conséquent, on ne doit préférer le procédé qui permet de l'obtenir que s'il offre des garanties complètes d'innocuité. Or, il n'en est pas ainsi; la profondeur à laquelle on est forcé d'agir ne permet pas d'avoir alors les mêmes sûretés que dans le procédé ordinaire, et le mémoire de M. Bourdon contient deux observations qui confirment toutes nos appréhensions, puisque dans ces deux cas (Voy. obs. 20 et 21, p. 90 et 91) une péritonite mortelle s'est déclarée à la suite d'une ponction faite par le vagin pour une simple hydropisie enkystée de l'ovaire. M. Bourdon dit, à la vérité, que la mort a été occasionée par un accident qu'il est possible d'éviter: nous lui ferons seulement observer, d'un côté, que l'opération à laquelle il fait allusion avait été pratiquée dans un des hôpitaux de Paris, et, de l'autre, que la ponction par l'abdomen, qu'il propose de remplacer par la ponction vaginale, est faite journellement sans le moindre accident, et par les mains les plus inexpérimentées.

Quelle que soit, du reste, la valeur que l'on accorde à ce procédé, il est positif que ses cas d'application sont nombreux. Il importe donc d'avoir bien présentes à l'esprit les règles que M. Bourdon a tracées pour son exécution. Quoique le péritoine tapisse une partie du vagin, il ne faut pas trop redouter sa lésion, car les tumeurs qui se développent sous sa face externe le refoulent et modifient ses rapports normaux, de même que la vessie, à mesure qu'elle se remplit d'urine, détache le péritoine de la paroi abdominale. On sera sûr d'ailleurs que la tumeur est sous-péritonéale, si elle ne fait pas éprouver au doigt qui la presse une sensation de ballottement, et surtout si ses rapports avec le vagin ne changent pas, lorsque la malade exécute des mouvemens.

Avant de plonger l'instrument, on doit reconnaître par le toucher la position des artères utérines, qui parfois sont très développées. C'est également la crainte de les léser qui fait donner à M. Bourdon le conseil de pratiquer l'incision dans le sens vertical.

L'instrument que préfère M. Récamier est un bistouri convexe dont la pointe et le tranchant sont masqués à volonté par une lame d'argent de même forme, mais un peu plus large, qui glisse sur le dos du bistouri au moyen d'une coulisse, et se termine du côté du manche, par un prolongement qui sert à le faire mouvoir. On le conduit dans le vagin, sur le doigt, jusqu'à la tumeur; et celle-ci, une fois ouverte, en ayant soin de ne pas porter le bistouri trop profondément, on favorise l'écoulement du liquide par des injections, et en exerçant sur le ventre, avec la main, une compression que l'on continue ensuite à l'aide d'un bandage de corps. On renouvelle les injections trois fois par jour, et la dernière doit être faite avec très peu de force, afin que le liquide ne mettant pas en jeu l'élasticité des parois de la poche puisse séjourner dans sa cavité jusqu'au prochain pansement. M. Bourdon remarque avec raison que cette introduction fréquemment répétée de la seringue remplace avantageusement les sondes que quelques chirurgiens placent à demeure dans la plaie pour en prévenir l'oblitération trop prompte.

Porta, pour Lavater, dans sa partie *théorique*, la science des rapports existans entre la constitution morale et intellectuelle de l'homme et les formes extérieures du corps, et, dans sa partie *pratique*, l'art de deviner les inclinations, le caractère, les facultés des hommes par l'inspection des diverses parties de leur corps, et particulièrement du visage. Cette doctrine se divisait encore en deux branches, suivant que le corps était considéré à l'état de *repos* ou en *mouvement*. Dans le premier cas, elle s'appelait simplement physiognomonie, et avait pour objet la connaissance des qualités et facultés permanentes de l'individu, révélées par des particularités de formes également permanentes et invariables. Dans le second cas, on l'appelait *pathognomonie*, et elle avait pour but l'étude des modifications transitoires imprimées aux muscles, à la peau, etc., par les émotions, les passions, les états actuels et passagers de l'âme. Cette distinction, très juste et très importante, n'avait jamais été nettement établie par les anciens. On en doit la première notion précise et raisonnée à Lavater.

Gall ne nia absolument ni cette science, ni cet art; mais il en déplaça les bases et en restreignit considérablement le domaine. D'une part, il rejeta comme illusoire, chimérique, la recherche des rapports entre le moral et les diverses parties du corps autres que le crâne, et réserva à ce dernier exclusivement toute signification physiognomonique; d'autre part, repoussant aussi comme purement imaginaires et hypothétiques les vues *à priori* d'harmonie préétablie, d'homogénéité primordiale, de développement parallèle psychique et physique, qui guidaient les anciens physionomistes dans leurs recherches, et qui ne liaient le dedans et le dehors que par des rapports fantastiques, il n'admit d'autre signification physiognomonique de la forme du crâne que celle qui résultait de sa connexion avec le cerveau dont il était le relief; substituant ainsi aux rapports mystérieux des physionomistes, le rapport évident et légitime de la cause à l'effet. Ainsi, Gall n'admet d'autre physiognomonie que celle du crâne, et d'autre rapport physiognomonique que celui de l'organe à la fonction. Cette double modification était la ruine de l'ancien système. Voilà pour la *physiognomonie* proprement dite.

Quant à la *pathognomonique*, Gall n'avait aucune raison de la rejeter en principe, et même il admet positivement la possibilité et la légitimité de l'étude en elle-même; mais dans l'application il l'amoindrit autant qu'il était nécessaire pour la faire entrer dans son système organologique, c'est-à-dire extraordinairement; il la réduisit à la *mimique* ou pantomime; et, comme nous l'avons dit précédemment, la face, ce champ de bataille favori des anciens pathognomonistes et de Lavater, se trouva de trop dans sa théorie. Ne pouvant expliquer ce qui s'y passe par sa théorie mimique, et ne voulant pas chercher d'autres explications, il la supprima. Ainsi, en physiognomonie, Gall restreignait le champ des observations au crâne seul, et en pathognomonie, il n'accordait un sens et une valeur qu'à certains mouvemens généraux du corps et des membres, en tant qu'ils dépendaient immédiatement de l'action déterminée de tel ou tel organe cérébral; et il excluait de la science tous les faits physionomiques qui ne se soumettaient pas à son hypothèse.

Si on admet ces définitions et distinctions, que nous tirons des livres des physionomistes et de ceux de Gall et Spurzheim, il restera démontré que nous avons eu raison d'affirmer ces trois choses: 1° que Gall avait sinon rejeté, du moins complètement négligé l'expression physionomique; 2° que ceux de ses disciples

RECHERCHES SUR L'INFLUENCE DE LA SYSTOLE VENTRICULAIRE SUR LES COURBURES ARTÉRIELLES; par M. BOUCHACOURT.

C'est une doctrine généralement accréditée parmi tous nos auteurs classiques, qu'à chaque contraction du ventricule gauche, les courbures artérielles se redressent ou tendent à se redresser. Cette opinion a été combattue par Burdach. M. Bouchacourt qui, dès 1836, l'avait aussi attaquée dans sa thèse inaugurale, apporte aujourd'hui de nouveaux argumens contre elle. Loin de s'effacer, dit-il, les courbures artérielles s'exagèrent lors de la systole ventriculaire. On le voit lorsqu'on fait une injection sur le cadavre, car les sinuosités artérielles deviennent plus prononcées à chaque coup de piston qui remplit de liquide la cavité vasculaire. Le même phénomène s'observe sur les vaisseaux superficiels et tortueux, comme l'artère temporale dont il est aisé de vérifier que les courbures augmentent au moment de la pulsation. La théorie de ces effets est d'ailleurs toute naturelle. Le sang qui est lancé dans les artères par le ventricule, trouvant ces vaisseaux déjà pleins, tend à les distendre en tous sens; mais il ne peut les allonger, puisque leurs deux extrémités sont fixes; donc leurs flexuosités doivent augmenter, et même de nouvelles courbures se former; car c'est là le seul moyen pour que cet allongement puisse s'opérer. C'est aussi pour cela que, chez les vieillards, où cette distension longitudinale a été si souvent répétée, ses effets naturels, c'est-à-dire l'exagération des courbures, deviennent persistans, et tout le monde sait que la disposition flexueuse du système artériel est une des altérations les plus fréquentes qu'amènent les progrès de l'âge. M. Bouchacourt fait remarquer que l'inflexion des artères est encore favorisée par le défaut de fibres longitudinales dans le tissu de ces vaisseaux.

Ces considérations nous semblent fort justes; nous ne dissimulerons pas cependant que les expériences sur le cadavre dont parle M. Bouchacourt auraient peut-être besoin d'être confirmées par l'observation de ce qui se passe dans les artères sur le vivant; l'occasion de pareilles recherches se présente d'ailleurs souvent pendant les opérations; et M. Noël Guéneau de Mussy nous disait dernièrement, qu'assistant à une extirpation de tumeur de la face pratiquée par Sanson, il avait distinctement vu et fait voir à plusieurs personnes une exagération manifeste des courbures de l'artère faciale se prononçant à chacun de ses battemens.

Remarquons que, faute de tenir compte de toutes les conditions, on pourrait regarder comme objections à cette théorie des faits qu'elle explique au contraire fort naturellement. Pour qu'une courbure augmente pendant la systole, il faut, avons-nous dit, que les deux extrémités du vaisseau soient fixes; on comprend dès-lors, comme l'a fait observer M. Bouchacourt, que la crosse aortique se redresse au lieu de s'infléchir, puisque le cœur éprouve à chaque systole un mouvement de redressement. De même, on pourrait être tenté d'opposer à la théorie de M. Bouchacourt le soulèvement du pied qui a lieu à chaque battement de la poplitée, lorsqu'on a les jambes croisées l'une sur l'autre; mais ce redressement du vaisseau n'a également lieu que grâce au défaut de fixation du pied.

MÉMOIRE SUR UNE ENTÉRORRHÉE MUQUEUSE OBSERVÉE SUR LES BATEAUX A VAPEUR CHEZ LES CHAUFFEURS, LES AIDES-CHAUFFEURS ET LES SOUTIERS; par le docteur RENAULT, chirurgien du paquebot de l'état le *Minos*.

Ce travail offre plus d'intérêt qu'on ne le penserait au premier abord; car non seulement il y est question de l'entérorrhée muqueuse, mais encore des accidens graves auxquels une profession, encore nouvelle pour ainsi dire, et jusqu'ici peu étudiée par les hommes de l'art, expose ceux qui s'y livrent. Commençons par dire avec l'auteur que, à bord des paquebots à vapeur de la correspondance du Levant, les chauffeurs sont des ouvriers civils destinés aux réparations de la machine et au chauffage; les aides-chauffeurs et les soutiers sont des matelots. Les premiers sont employés à chauffer et les seconds à arrimer le charbon. Puis faisons connaître dans quelles conditions se trouvent ces ouvriers.

TEMPÉRATURE. — Suivant que le feu brûle plus ou moins vivement, la température du foyer varie de 1,000 à 2,000°. En hiver, le thermomètre monte à 35 ou 40° à la porte de la machine, c'est-à-dire à une distance de 9 mètres des fourneaux et dans le lieu où s'effectue le mélange de l'air extérieur avec celui de la machine; en été, le thermomètre placé au même endroit monte à 50 ou 60°. Dans les grandes chaleurs, lorsqu'on descend dans la machine, en deux ou trois secondes toute la peau se trouve en transpiration, et, en quelques instans, tous les vêtemens sont imbibés de sueur. Ainsi, d'une part le pont échauffé par le soleil enflammé du Levant, de l'autre, la vapeur dont la température varie de 100 à 105° dans les machines à basse pression, comme celles des paquebots, font de ces endroits de véritables étuves. Certaines parties de leurs travaux, comme lorsqu'il s'agit d'activer le feu, de jeter le charbon, de décrasser les grilles sont tellement fatigantes qu'on voit souvent ces malheureux ruisselant de sueur venir à la porte de la machine et y tomber épuisés. Les réparations qu'il est quelquefois urgent de faire dans le courant des flammes ou dans les chaudières avant que ces parties ne soient refroidies, déterminent souvent chez les individus qui sont exposés à l'air rarifié de ces lieux, des hémoptysies, des otorrhagies, des épistaxis; enfin la portion des matelots soutiers chargés de transporter le charbon des soutes au foyer sont dans une position plus pénible encore par la stagnation de l'air et la poussière du charbon qui viennent s'ajouter aux maux déjà indiqués; et ils sont forcés sous peine d'asphyxie, de se présenter au bout de quelques minutes à l'entrée des trous d'hommes pour respirer l'air extérieur. Maintenant on comprend combien il est facile à ces hommes de se refroidir lorsqu'ils sortent de ces fournaises soit pour respirer l'air sur le pont, soit pour aller à la poulaine (lieux d'aisance en plein air), où ils sont exposés à la température extérieure, à la pluie et même à l'eau de mer qui jaillit de bas en haut.

INGESTION. — Les *alimens* que reçoivent les ouvriers dont nous parlons sont sains et en quantité suffisante, rarement même on est obligé de leur donner de la viande salée. Les fruits ne font pas partie de leur ration et on ne leur permet d'en embarquer qu'une quantité très restreinte, encore faut-il qu'ils soient bien mûrs. Chaque homme de l'équipage reçoit par jour 69 centilitres d'un vin généralement bon, quantité qui est double pour les chauffeurs, aides-chauffeurs et soutiers. Lorsque les feux sont allumés, ces derniers boivent en outre une énorme quantité d'eau à

actuels qui fesaient intervenir l'observation de l'expression physionomique dans leurs diagnostics phrénologiques, et nommément M. Ferrus s'il se trouve dans ce cas, étaient en contradiction avec leur maître; et 3° que l'objection de M. Nacquart aux expériences de M. Voisin, était, comme argument *ad hominem*, très juste et bien fondée.

M. Ferrus a-t-il détruit soit, par des textes, soit par des raisons, la vérité de ces assertions? Nous l'en fesons juge lui-même. Les passages de Gall, cités par lui, sont contre lui. Ces passages n'ont rapport, nous le répétons, qu'à la *mimique* et non à l'expression physionomique. Il allègue aussi que Gall étant convaincu qu'il fallait tenir compte de l'*activité* du cerveau, et cette activité se traduisant en mouvemens musculaires et autres phénomènes physiologiques dont la répétition laisse des traces permanentes sur la face et ailleurs, il s'assurait de cette activité par l'*inspection du visage*, et que par conséquent il fesait entrer dans son domaine la physiognomonie tout comme la pathognomonie. Que Gall fît tout cela facilement et instinctivement comme nous tous, rien n'est plus sûr; mais qu'il le fît d'après des règles anatomiques et physiologiques, par des raisons scientifiques, et en conséquence des principes mêmes de son système; et surtout qu'il ait exposé cette doctrine dans son *enseignement* et dans ses *ouvrages*; c'est ce que nous nions absolument; et c'est ce que M. Ferrus ne prouve pas.

Spurzheim, ajoute M. Ferrus, examinant avec lui à Bicêtre les prisonniers, s'étayait aussi de toutes les particularités individuelles qu'ils offraient. Le fait est certain, puisque M. Ferrus l'assure; mais il prouve seulement qu'en cela Spurzheim était en contradiction avec ses propres principes et avec ceux de son maître; ce qui n'a rien de bien surprenant. Nous pouvons cependant dire ici en passant que plus d'une fois ces deux chefs de la crânologie ont cru nécessaire de se défendre contre l'objection de M. Nacquart, qui est fort ancienne, et qu'ils ont toujours nié d'avoir recours aux investigations physiognomoiques dans leurs horoscopes. Cette objection, en effet, leur déplaisait beaucoup, et avec raison, car elle était bonne.

Ce point étant établi, ce nous semble, d'une manière satisfaisante, nous sommes dans la fâcheuse nécessité d'en conclure de nouveau que M. Ferrus a, puisqu'il faut le répéter, un peu *manqué de mémoire*, en attribuant à tort à Gall une opinion favorable à la physiognomonie ou pathognomonie de la face. De ce que cette étude lui paraît à lui, comme à nous, importante et utile, il en a conclu que Gall avait dû s'en occuper et en faire cas. Mais cette induction n'est pas, nous venons de le prouver, justifiée par les faits. Nous sommes désolés de ne pouvoir pas faire même cette légère rétractation, car *amicus Plato, sed magis amica veritas*.

Mais cette induction même de M. Ferrus, relativement à la doctrine physiognomonique de Gall, qu'il explique et interprète dans un sens nouveau, nous conduit à examiner quelques autres assertions de notre cher et honorable confrère, qui nous semblent dériver d'une même source. Il nous avertit en un endroit qu'il ne défend pas la phrénologie, qu'il ne veut pas faire une profession de foi phrénologique explicite; il dit en outre ailleurs, que la phrénologie n'est pas la crânologie, qu'il adopte la phrénologie, mais avec les modifications que ce *changement de dénomination* suppose, et que son système d'interprétation est *large et accommodant*, etc... Ces réticences et ces formules circonspectes nous

laquelle ils ajoutent un peu de vinaigre lorsqu'il fait chaud, en sorte qu'ils ne consomment pas moins de 10 à 11 litres de liquide par jour; mais comme l'eau qui leur est destinée est dans des charniers disposés près de la machine, elle est toujours tiède, quelquefois presque chaude; or, on sait que les boissons aqueuses tièdes, prises en grande quantité en été et dans les climats très chands, donnent lien à une transpiration abondante, diminuent l'action des intestins, rendent les digestions plus lentes, causent une atonie des organes digestifs.

Si les travaux des marins augmentent leur vigueur, on ne peut en dire autant de ceux des ouvriers dont nous venons de parler. Dans les machines la nature ne peut résister longtemps au travail dont elle est sans cesse accablée, les organes s'usent promptement et les plus vigoureux finissent par succomber; aussi, au bout d'un temps plus ou moins long, beaucoup de chauffeurs sont débarqués et beaucoup de matelots chauffeurs sont réinstallés sur le pont. Malgré le renouvellement fréquent de ce personnel et, bien que, abstraction faite des états-majors, les hommes employés dans les machines ne forment que le quart des équipages, cependant les deux cinquièmes de la mortalité de ces équipages portent sur eux; en outre, plusieurs matelots, qui font partie des trois cinquièmes restans, ont été soutiers, et les maladies chirurgicales sont plus communes sur le pont des paquebots que dans leurs machines.

Après avoir signalé les conditions tout à fait spéciales dans lesquelles se trouvent les hommes sur lesquelles a frappé l'entérorrhée, passons à la description de la maladie elle-même.

Symptômes. — Sans aucun prodrôme, un homme qui était un instant auparavant bien portant, est pris tout à coup d'un sentiment vague de faiblesse et d'abattement, de frissons erratiques, d'horripilation, de mouvemens intérieurs dans l'abdomen; puis, une selle liquide après laquelle les accidens disparaissent jusqu'à ce qu'une seconde, une troisième évacuation alvine entraîne les mêmes symptômes après elle; enfin, les excrétions abdominales devenant plus fréquentes, une véritable diarrhée s'établit et dans 24 heures, dans deux, trois, quatre et jamais plus de cinq jours les selles sont faciles, sans douleur et leur nombre varie de cinq ou six en 24 heures; d'abord assez rares, mais abondantes et mêlées de fœces et de mucus, elles deviennent plus fréquentes et plus liquides, mais moins copieuses et composées de mucosités visqueuses, de sérosités aqueuses presque seules. Au déclin, elles redeviennent un peu plus abondantes et varient dans leurs qualités physiques; enfin elles reprennent leur consistance et leur cours ordinaire, quelquefois même sont remplacées par une constipation légère qui se dissipe presque toujours d'elle-même.

Dans la période d'invasion, la faim persiste, le malade ne boit pas plus qu'à l'ordinaire, il n'y a pas de mauvais goût à la bouche; dans les deux périodes suivantes, quelquefois la langue qui n'est jamais rouge sur aucun de ses points, se couvre d'un léger enduit jaunâtre ou blanchâtre; il y a de l'anémie, du dégoût, une soif vive, mais sans coliques, sans ballonnement, sans douleur ni sensibilité à la pression; enfin, sans aucun signe morbide du côté de l'estomac. La main perçoit quelquefois un peu de gargouillement à l'ombilic ou dans la région iliaque, et quand les selles sont fréquentes elles déterminent un peu de cuisson à l'anus.

Dans la période d'invasion, le pouls s'éloigne peu de l'état normal, quelquefois lent et intermittent. Quand le malade a reçu les premiers soins, garde le lit, le pouls augmente de force et de fréquence, la peau devient chaude, puis moite, la sueur s'établit, les yeux s'injectent et larmoient, la respiration s'accélère, l'urine d'abord normale devient ensuite rare, puis rouge et quelquefois se trouble légèrement.

Etiologie. — La seule cause à laquelle l'auteur attribue cette maladie c'est le refroidissement et la suppression des sueurs d'une manière subite ou successive. « Chaque fois, dit l'auteur qu'un cas de diarrhée muqueuse s'est présenté à moi, j'ai reconnu la réalité de cette cause par le malade lui-même ou par d'autres personnes. » La diarrhée commence quelquefois de suite après l'application de la cause, d'autres fois une, deux, six heures après et dans les conditions habituelles où se trouvent ces ouvriers, ce refroidissement doit avoir lieu pour eux très fréquemment.

Quant aux causes prédisposantes, elles ressortent naturellement de la position de ces ouvriers; ainsi les variations brusques de température dépendent, soit de la succession de nuits humides à des jours brûlans, soit d'un changement de vent *cap* pour *cap*, soit d'un changement de climat, comme il arrive lorsqu'on fait en quelques jours la traversée d'Alexandrie où il fait toujours chaud et sec, à Syra, dont l'air est fréquemment froid et humide, où lorsqu'on va de Smyrne à Constantinople; ou, quand un matelot levé dans un port du nord est appelé au service des paquebots de la Méditerranée.

Terminaison. — L'entérorrhée se termine toujours par le retour à la santé; quelquefois à la suite d'imprudence, elle se change en entérite, qui cède facilement aux moyens ordinaires. A sa suite, les *rechutes* sont fréquentes, quand l'exigence du service veut qu'un marin qui n'a été qu'indisposé reprenne brusquement ses fonctions, ou quand un chauffeur, à peine convalescent, ne se contentant pas du régime qui lui est prescrit, se procure des alimens, ou quand il s'expose à un refroidissement nouveau.

Nature. — Il résulte de la discussion que l'auteur établit sur ce point, que cette diarrhée est idiopathique, constituée par une augmentation de l'exhalation muqueuse, sans qu'il y ait pour cela ni irritation, ni inflammation; elle est métastatique de la sueur qui s'est supprimée.

Traitement. — Les indications sont : repos général, repos de l'organe affecté, rappel de la transpiration supprimée, et quelquefois administration de substances propres à attaquer le flux lui-même. Le malade, couché dans son hamac, enveloppé de couvertures, est privé de tous vivres et de vin; il a pour tisane une boisson émolliente ou diaphorétique. La température du poste de l'équipage est assez élevée pour qu'on n'ait besoin ni de frictions, ni de fomentations chaudes pour rappeler les sueurs. Quelquefois, quand la maladie se montre opiniâtre, l'opium donné à doses successivement croissantes ne tarde pas à amener une heureuse terminaison.

L'auteur termine son intéressant mémoire par l'indication de quelques précautions hygiéniques que la marine à vapeur gagnerait à adopter.

Observations d'hystérie, d'affections cérébrales graves, d'hémoptisie et de névralgies régulièrement périodiques; par le docteur Mazade.

Dix observations sont rapportées dans cette communication et n'offrent rien de neuf. Les seules qui offrent quelque intérêt sont celles

---

prouvent que M. Ferrus est un de ces phrénologistes qui ne sont pas phrénologistes; ce qui nous fait grand plaisir, car nous aimons et estimons beaucoup ces phrénologistes-là. Les phrénologistes de cette classe se déclarent disciples de Gall tant qu'il ne s'agit que de dire que le cerveau est en général le siége ou l'organe, ou la condition matérielle (mots très différens pourtant) des facultés intellectuelles et morales de l'homme, que *probablement* le cerveau n'est pas un organe unique, mais un composé d'organes, et enfin que la forme de ce cerveau est *jusqu'à un certain point* représentée au-dehors par le crâne; mais dès qu'on les pousse sur la spécification, le nombre, la place de ces facultés et des organes qui leur correspondent, ils prétendent que la science a besoin de nouveaux faits; que les localisations de Gall peuvent être vraies, peuvent être fausses. Bref, ils ne veulent accepter positivement la responsabilité d'aucune; et même il leur arrive, en expérimentant, de demontrer la nullité des indications de leur maître. C'est notamment ce qu'a fait M. Bouillaud en prouvant que le cervelet n'était pas l'organe de l'instinct propagateur, localisation en faveur de laquelle Gall avait réuni cependant plus de preuves que pour aucune des autres. Pour ces phrénologistes, la phrénologie n'est guère autre chose que la physiologie du cerveau ou même du système nerveux; et pour eux, s'occuper de phrénologie, c'est s'occuper des recherches sur les *rapports du physique et du moral*, comme on disait il y a quarante ans. Aussi chacun d'eux a-t-il sa phrénologie particulière; et M. Ferrus nous annonce qu'il expliquera et développera un jour la sienne, que nous souhaitons et accueillons d'avance de tout notre cœur. Nous n'avons rien à demêler avec ces phrénologistes indépendans. On ne saurait d'ailleurs par où les prendre, car ils n'affirment rien. Pour nous la phrénologie n'est autre chose que le système de Gall et Spurzheim. Nous n'en connaissons pas d'autre, et c'est celle-là que nous combattons et combattrons toutes les fois qu'elle se présentera en public, parce que nous avons des preuves de toute nature de sa fausseté.

Quant à l'opinion de M. Ferrus que la phrénologie n'est pas la crânologie, elle n'est pas foudee, si par phrénologie il entend ici le système organologique de Gall. Les phrénologistes orthodoxes ont plus d'une fois déjà essayé de mettre en avant cette distinction, espérant par là se soustraire un peu au ridicule des bosses; mais nous leur avons dit déjà souvent qu'ils y perdraient leur peine. La phrénologie, en quelque sens qu'on l'entende, pourvu qu'on ne sorte pas du point de vue général de Gall, est solidaire de la crânologie, comme la fin l'est du moyen. Sans cranioscopie, il n'y a plus d'observation possible des organes cérébraux, et la science entière disparaît avec le seul moyen d'expérimentation et de vérification qu'elle possède.

Notre honorable confrère assure ensuite que l'auteur de l'article s'est trompé sur le *caractère* de la discussion académique en pensant qu'elle portait sur les *principes* de la phrénologie, tandis qu'elle ne portait que sur des *applications*. Mais l'auteur de l'article n'a rien dit qui motive cette rectification. Il n'a trouvé d'autres caractères à la discussion que la confusion, l'obscurité et l'inintelligibilité.

Quant au dernier paragraphe de la lettre, c'est une remarque particulière sur la *tournure d'esprit* et le *genre de talent* de l'auteur de l'article, qui, selon M. Ferrus, serait plus propre aux *travaux de cabinet* et aux *études spéculatives* qu'aux patientes et pénibles recherches de l'anatomie, de la

d'hystérie, qui, présentant dans le retour des attaques une périodicité régulière, ont guéri sous l'influence du même traitement, du sulfate de quinine. Quelques praticiens prétendent que les accès d'hystérie, bien que caractérisés par une périodicité régulière, ne cèdent jamais ou cèdent très rarement au traitement par le sulfate de quinine. Ces faits, et beaucoup d'autres recueillis ailleurs, viennent déposer contre cette opinion, qui avait pour résultat de briser l'une des lois les plus générales et l'une des plus heureuses de la thérapeutique, savoir l'utilité des sels de quinine dans le traitement de toutes les affections régulièrement périodiques. L'un de ces faits présente un double intérêt, à cause de la périodicité; les accès qui consistaient en de violentes attaques d'hystérie se reproduisant régulièrement tous les cinq jours. Cinquante grains de sulfate de quinine pris après le quatrième des accès, qui acquéraient un haut degré d'intensité, les interrompirent complètement. On a nié l'existence de ces fièvres a longue périodicité, ou bien on a prétendu les expliquer en supposant que les accès intermédiaires étaient tellement faibles, qu'ils passaient inaperçus. Rien de semblable n'a été observé dans le fait dont nous parlons.

DEUX OBSERVATIONS DE CHORÉE OU DANSE DE ST-GUY; recueillies par J.-J. DEVILLE.

Ces deux observations, qui ne sont accompagnées d'aucune réflexion générale, n'offrent d'intérêt que par l'inutilité de beaucoup de moyens employés dans la première, et par l'efficacité des bains froids auxquels le sujet de cette observation fut enfin soumis, mais après beaucoup de tâtonnemens. Parmi les moyens auxquels l'auteur eut recours d'abord, nous trouvons, à notre étonnement, les purgatifs à petite dose, des évacuations sanguines, l'application d'un vésicatoire au bras. Jusque-là, aucune amélioration n'ayant été obtenue, l'auteur passa aux pilules de Méglin, sous l'influence desquelles les mouvemens convulsifs diminuèrent, mais ne disparurent pas. Enfin, au bout de deux mois de ce traitement, l'amélioration étant suspendue, et la jeune malade ne pouvant marcher, même avec des aides, on prescrivit l'usage des bains froids « que, nous dit l'auteur, quelques médecins allemands commençaient, à cette époque (1836), à vanter dans le traitement de la chorée. » L'emploi des bains froids dans la chorée remonte à une époque bien plus éloignée; c'est le moyen le plus énergique et celui qui compte le plus de succès; aussi, sommes-nous peu étonnés de la facilité avec laquelle guérit cette jeune malade, après l'emploi inutile de divers autres moyens, et de la rapidité avec laquelle disparurent les mêmes accidens chez une jeune fille traitée par les bains froids, en janvier 1840, et sans le secours d'aucun autre moyen.

OBSERVATION D'UN CAS DE LUXATION POSTÉRIEURE ET LATÉRALE EXTERNE DE L'ARTICULATION DU COUDE; par M. VIGNOLO.

OBS. — M. Duplessy, âgé de 60 ans, fait une chûte de sa hauteur sur le coude droit qui se trouvait en ce moment écarté du corps : à l'instant même il y ressent une douleur vive, et les mouvemens deviennent impossibles. L'examen auquel on se livre de suite fait reconnaître l'état suivant : douleur, sensibilité excessive et gonflement du coude qui est légèrement fléchi. Le malade ne peut exécuter de mouvement de pronation, de supination, de flexion ni d'extension. Les diamètres transverse et anti-postérieur de l'avant-bras sont considérablement augmentés, le transverse surtout a un tiers de plus que celui de l'autre côté. Cette augmentation est constituée en partie par une saillie que forme au côté externe du coude le faisceau des muscles qui s'insèrent à l'épicondyle, et en partie par une autre saillie placée au-dessous de celle-ci, et que constitue la tête du radius qui a abandonné la petite tête de l'humérus pour se porter en dehors et légèrement en avant. L'extrémité supérieure du radius semble donc située sur un plan un peu plus antérieur que celle du cubitus, au-devant de laquelle elle a glissé.

A la partie postérieure et externe du coude, en dedans de la masse des muscles de l'épicondyle, on voit une éminence formée par l'olécrâne qui, sortie de sa cavité, repose derrière l'épicondyle. Cette apophyse, qui fait en arrière une saillie d'au moins douze lignes, est située plus près de l'épicondyle que de l'épitroklée, et au-dessous de ces deux tubérosités. Le condyle huméral interne est distant d'environ 15 lignes du bord interne de l'olécrâne. Le tendon du triceps forme en dedans de cette dernière apophyse une corde fortement tendue et appliquée contre l'os. A la partie antérieure de l'articulation on remarque une saillie arrondie formée par l'extrémité inférieure de l'humérus, recouverte par le tendon du biceps.

L'extension et la contr'extension ont été pratiquées suivant la direction dans laquelle se trouvait le membre luxé, d'une part sur le bras, de l'autre sur le poignet. M. Chassaignac fit d'abord tirer jusqu'à ce que l'olécrâne fût arrivé au-dessous des tubérosités humérales; appuyant alors sur l'olécrâne avec les deux pouces en même temps qu'il faisait fléchir brusquement l'avant-bras, il opéra la réduction. Elle fut obtenue trois heures après l'accident, et au bout de 35 à 40 jours, les mouvemens avaient repris toute leur facilité.

Malgré le soin que nous avons mis à reproduire la description du déplacement, telle qu'elle a été donnée par M. Vignolo, nos lecteurs seront peut-être embarrassés pour déterminer la variété à laquelle on doit reporter cette lésion. Nous lui trouvons, pour nous, plus d'un trait de ressemblance avec celle que nous avons récemment extraite du PROVINCIAL MÉD. AND SURG. JOURNAL, et rapportée dans la GAZ. MÉD. (Voir 1841. n° 42, p. 666.) Dans les deux observations, et cette conformité entre deux cas si rares est bien remarquable, le radius se trouvait porté en avant et le cubitus en arrière; la position du membre était aussi la même, une flexion légère; enfin, c'est par un mouvement de flexion que la réduction a été obtenue chez l'un et l'autre malade. Une différence importante existe cependant entre ces deux cas. Sur le sujet observé par M. Vignolo, le radius était situé *en dehors* en même temps qu'en avant. Le chirurgien anglais, M. Bulley, dit au contraire positivement que la tête du radius se trouvait correspondre an condyle interne, elle était donc *en dedans* en même temps qu'en avant. Ces deux faits sont du reste de nature à éveiller l'attention sur la possibilité d'un déplacement dont les exemples manquaient jusqu'ici dans la science.

NOTE SUR LES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES D'UNE EAU ANTI-HÉMORRAGIQUE; par CH. FRÉMY.

Cette eau, préparée par un pharmacien de Paris, tient en dissolution un principe résineux dont on peut augmenter ou diminuer à volonté les proportions. Depuis longtemps on a signalé les propriétés hémostatiques des résines; mais l'emploi en était singulièrement borné, parce qu'il n'existait pas de moyen d'administrer ce médicament à l'intérieur. Cette eau est parfaitement limpide, sa saveur est un peu astringente et son odeur légèrement résineuse et aromatique n'est pas désagréable. A l'intérieur, cette eau s'administre à la dose de 20 à 30 grammes, et on renouvelle cette dose de quart d'heure en quart d'heure jusqu'à cessation complète de l'hémorragie. L'emploi de cette eau est tellement exempt de

---

physiologie et de la pathologie sans lesquelles on ne peut rien entendre en phrénologie qui est une science toute d'observation et de pratique. Ce n'est pas à nous qu'il appartient de décider ce qu'il peut y avoir de fondé dans ce jugement phrénologique. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans sa longue querelle avec les phrénologistes, l'écrivain dont il s'agit n'a jamais fait usage pour les combattre des vues spéculatives que fournissent en abondance la psychologie, la morale et la métaphysique dont il n'espérait pas leur faire comprendre la force; mais il s'est au contraire toujours appuyé sur des preuves matérielles tirées de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, de l'observation et de l'expérience. M. Ferrus est-il bien sûr d'ailleurs que les phrénologistes aient eu à supporter tant de patiens et pénibles travaux pour acquérir leur belle science? Nous croyons, nous, que pour savoir ce que savent la plupart et comme ils le savent, il suffit d'avoir le manuel de George Combe, si admirablement illustré par le profond docteur Fossati, et d'avoir étudié huit jours la topographie crânienne sur une tête en carton. Gall a dû travailler beaucoup et longtemps pour établir son système, quoiqu'il soit une erreur, une pseudo-science; mais pour comprendre le gros de ce système et en raisonner dans un salon ou même à l'Academie de médecine, il ne faut pas une grande dépense d'intelligence et de temps.

Nous sommes effrayés de la longueur de cette réponse; mais c'est le plaisir de nous entretenir avec notre cher et honore confrère qui nous a entraînés. Que ce soit là notre excuse auprès de lui, sinon auprès de nos autres lecteurs.

— M. LONGET commencera son cours public d'anatomie et de physiologie du système nerveux, lundi prochain 15 novembre, à midi, dans l'amphithéâtre n. 3 de l'Ecole pratique.

Les premières leçons seront consacrées à établir *expérimentalement* la distinction entre les agens de la sensibilité et ceux du mouvement dans le système nerveux.

danger, que, dans des cas d'épistaxis, dans les fièvres graves, un malade a pu prendre plus d'un demi-litre de cette eau, jusqu'à ce que l'épistaxis cessât complètement, sans qu'il en résultât la moindre entrave à la marche et à l'issue heureuse de la maladie. Employée à l'extérieur et sur des surfaces saignantes, au moyen de la charpie imbibée de cette eau, son action n'a pas été moins efficace que celle de tous les autres moyens hémostatiques. Les faits suivans, reproduits très brièvement, donneront quelque idée de la rapidité avec laquelle agit cette eau. Une femme affectée d'un cancer de l'utérus, et sujette à des pertes qui l'ont déjà beaucoup affaiblie, est prise d'une hémorragie qui, après avoir résisté pendant neuf jours aux moyens employés ordinairement pour la faire cesser, cède après la huitième cuillerée d'eau anti-hémorragique. Une jeune fille de 18 ans, prise d'une hémoptisie considérable, ayant déjà expectoré plus de 500 grammes de sang, malgré tous les moyens employés pour arrêter cet accident, prend un verre d'eau anti-hémorragique. Le sang commença d'abord par sortir en moindre quantité, et, le soir, il avait complètement disparu. Un homme affecté d'une dysenterie assez intense prend, le soir même de son entrée, huit cuillerées d'eau anti-hémorragique ; dès le lendemain, le sang avait diminué dans les selles, qui restaient fréquentes, et, le surlendemain, après huit nouvelles cuillerées, il n'y avait plus que trois selles sanglantes ; et après quelques jours de ce traitement, le malade sortait complètement guéri. Six autres faits à peu près semblables sont rapportés par M. Frémy, qui les a recueillis dans son service à l'Hôtel-Dieu, où, dit-il, l'emploi de cette eau a été jusqu'à présent presque infaillible.

Nous ne contestons point ici son témoignage, mais nous devons exprimer le regret de n'avoir trouvé dans cet article, en cherchant la composition de cette eau, que le nom du pharmacien qui la prépare.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Dans les cahiers de juillet, août et septembre 1841 se trouvent les articles suivans : 1° *Recherches sur la véritable constitution de l'air atmosphérique* ; par MM. Dumas et Boussingault. (Voy. Gaz. Méd. 1841. n° 26.) 2° *Existe-t-il des entérites rhumatismales ? et s'il en existe, importe-t-il, dans la pratique, de les distinguer des autres entérites ?* par M. Grifoulhière. 3° *Sur le pouls des enfans à la mamelle* ; par M. Trousseau. 4° *De la compression dans les engorgemens du sein* ; par M. Mayor. 5° *Consultation pour une épilepsie* ; par M. Récamier. 6° *Sur l'emploi du sulfate de quinine* ; par MM. les médecins de Mirande. 7° *Mémoire et observations sur l'emploi de l'hydrocyanate de fer dans le traitement de l'épilepsie* ; par M. Jansion. 8° *Des avantages de la méthode naturelle des mouvemens dans le traitement des déviations de la taille* ; par M. C. A. Caron. (Rien qui mérite d'être mentionné.) 9° *Réflexions et observations sur l'entortillement du cordon ombilical autour du cou du fœtus* ; par M. Cade. 10° *Arrêt d'un calcul dans la portion spongieuse de l'urètre chez un enfant de cinq ans ; son séjour dans un des sinus de Morgagni ; extraction par l'urétrotomie ; guérison* ; par M. Gislain. 11° *Hydrocèle congénitale ; guérison radicale par la méthode de l'incision* ; par M. Cabarez. (L'auteur a préféré l'incision à la ponction, parce qu'il y avait en même temps une hernie non complètement réductible, et parce que l'ouverture de communication entre le péritoine et la tunique vaginale étant béante, il craignait que le liquide injecté ne pénétrât dans l'abdomen. Cette appréhension nous semble peu fondée ; il suffit, pour éviter cet accident, d'appliquer le pouce sur l'anneau pendant l'injection. Quant à la crainte de léser l'intestin hernié avec la pointe du trocart, nous ferons remarquer que l'hydrocèle contenait ici dix à douze onces de sérosité. Or, une poche qui renferme une aussi grande quantité de liquide peut toujours être ponctionnée sans danger.) 12° *Leçon de clôture du cours de chimie organique* ; par M. Dumas. 13° *De la difficulté de guérir la fièvre intermittente pernicieuse dans les contrées méridionales* ; par M. Gourand père.

RÉFLEXIONS ET OBSERVATIONS SUR L'ENTORTILLEMENT DU CORDON OMBILICAL AUTOUR DU COU DU FŒTUS ; par M. CADE.

Pour l'auteur il y a deux signes pathognomoniques et dont l'apparition ne doit laisser aucun doute sur l'existence de cet entortillement : le premier est le mouvement alternatif d'abaissement et d'élévation de la tête fœtale, mouvemens qui sont isochrones. l'un à la contraction utérine, l'autre à son intervalle. Ce phénomène s'observe en effet fréquemment, et il a été signalé, avant M. Cade, par de Lamotte et beaucoup d'autres accoucheurs ; mais il n'est pas aussi nécessairement lié à l'entortillement du cordon que le croit notre auteur, car, ainsi que le remarque judicieusement M. Velpeau, la résistance du périnée, ou l'élasticité du crâne peuvent bien à elles seules faire remonter la tête, immédiatement après qu'une contraction l'a fait descendre. L'autre signe pathognomonique que signale M. Cade, est l'existence d'une douleur vive et poignante dans la région épigastrique, tout à fait distincte des douleurs ordinaires du travail ; il l'a observée dans trois cas où le cordon formait des circulaires autour du cou de l'enfant. N'ayant jamais rien vu de semblable nous-mêmes, nous ne pouvons qu'engager les praticiens à vérifier si ce phénomène a effectivement lieu toutes les fois qu'une pareille circonstance se rencontre. S'il en était ainsi, ce serait vraiment un signe fort important et d'autant plus précieux qu'en pareille occurrence, le diagnostic est toujours très difficile, tant que la tête est retenue au-dessus de l'excavation pelvienne.

Quant au traitement, que la tête soit arrivée dans le petit bassin, ou retenue au-dessus du détroit supérieur, M. Cade conseille de porter la main dans la cavité utérine, et *de dégager le cou du fœtus des circulaires qui l'entourent*. Le conseil est fort bon assurément, mais l'auteur qui le donne sans autre explication et d'une manière aussi générale, a-t-il suffisamment réfléchi aux difficultés de son exécution, et à l'inconvénient qu'il y aurait de porter aussi profondément la main dans l'utérus sur des signes qui ne sont, à notre avis, rien moins que suffisans pour établir le diagnostic d'une manière certaine ?

IV. L'EXPÉRIENCE.

Les nos de juillet, août et septembre 1841 renferment les articles suivans : 1° *Du traitement des ankyloses incomplètes par la tension graduée* ; par M. Thierry. (Deux observations sommairement rapportées, où la flexion du genou fut guérie par l'emploi d'une machine propre à opérer graduellement l'extension.) 2° *Recherches sur la guérison spontanée de l'ascite et de l'anasarque* ; par M. Mondière. 3° *Angine couenneuse grave chez un sujet âgé de 54 ans* ; par M. Duplan. 4° *De la nécessité de fonder un nouvel hôpital pour les maladies chroniques dans la ville de Paris* ; par M. Thierry. 5° *De la supériorité de la vision sur les autres sensations, en comparaison des sens les uns avec les autres* ; par M. Gerdy. 6° *Mémoire sur divers cas de chirurgie* ; par M. de Lasiauve.

RECHERCHES SUR LA GUÉRISON SPONTANÉE DE L'ASCITE ET DE L'ANASARQUE ; par J.-T. MONDIÈRE, D. M.

Le point de vue sous lequel l'auteur considère ici les hydropisies est essentiellement pratique ; car il a pour résultat d'appeler l'attention du médecin sur la voie que suit la nature dans les cas de guérison spontanée des hydropisies, et de leur indiquer les moyens à l'aide desquels il pourra quelquefois suivre la même voie. Il y a peu de médecins attentifs qui n'aient observé de ces cas d'ascite ou d'anasarque qui, après avoir résisté à un nombre plus ou moins considérable de moyens rationnels ou empiriques, cèdent en quelques jours, en quelques heures même, sous l'influence de quelque hyperdiacrisie spontanée. L'observation attentive de ces faits fait voir que très souvent, pendant que l'homme de l'art cherchait à produire des crises artificielles, soit par les urines, soit par les selles, la nature, quoique contrariée dans sa tendance, n'en amenait pas moins des crises spontanées par des organes sur lesquels le médecin n'avait pas cherché à agir, et cela tantôt malgré l'action opposante des médicamens administrés, tantôt, et le plus fréquemment, après la cessation de tout remède, comme si l'action toujours conservatrice de la nature avait été jusqu'alors enrayée par une thérapeutique qui ne la secondait pas dans ses vues. De là les résultats négatifs qui se présentent si fréquemment en thérapeutique, et le précepte de bien étudier, de chercher même à deviner la tendance de la nature pour la seconder, ou au moins pour ne pas la contrarier dans ses efforts. Ainsi, au lieu d'employer indistinctement, dans le traitement des hydropisies, comme on le fait le plus souvent, soit par habitude, soit par des idées spéculatives, les diurétiques ou les purgatifs, les sudorifiques ou les vomitifs, le médecin devra étudier avec soin son malade, consulter ses antécédens, et voir quel est chez lui l'organe sécréteur dominant.

M. Mondière pense que l'habitude et la prédominance de certaines sécrétions habituelles ou accidentelles donnent aux organes sécréteurs la faculté de fournir d'abondantes évacuations qui peuvent former les crises dans certaines hydropisies, et comme l'état morbide n'est le plus souvent qu'une manière d'être exagérée de la fonction naturelle, le médecin doit s'attacher à reconnaître quel est l'organe sécréteur prédominant, soit que cette prédominance soit innée ou acquise, pour tâcher d'établir artificiellement les flux critiques que la nature produit quelquefois spontanément.

L'auteur rapporte plusieurs faits qui offrent des exemples de cas où il y a un organe sécréteur dont l'action est prédominante, et pense que presque toujours on peut arriver à cette détermination en s'informant de l'état ordinaire des sécrétions. Ainsi, le médecin pourra prendre pour indication, dans le choix des remèdes qu'il devra employer, la plus ou moins grande fréquence de l'excrétion urinaire, la prompte apparition d'un flux séreux intestinal par la plus légère cause irritante, la facilité, la nature et l'abondance des vomissemens; enfin, dans des cas plus rares, la facilité des sueurs, et cet état pituiteux dans lequel les malades rendent par la bouche une grande quantité d'eau.

Dans les cas où aucune circonstance ne pourra l'éclairer sur le choix de l'organe auquel il devra donner la préférence, alors il procèdera par voie d'expérimentation, avec toutes les précautions nécessaires.

Le fait suivant est une preuve frappante de l'utilité des indications pour ceux qui savent les chercher. Il a été observé par M. Mondière lui-même.

Obs. — Le nommé Bourreau, d'une forte constitution, âgé de 66 ans, atteint d'une dilatation manifeste des cavités droites du cœur, offre une infiltration considérable des jambes, des cuisses et du scrotum, et un épanchement abondant dans la cavité du péritoine; la figure et les mains sont œdémateuses, et le malade ne peut reposer qu'assis sur son lit. Je lui prescris un mélange, à parties égales, de scille et de digitale en poudre. Malgré la persistance dans l'emploi de ce médicament, et les doses auxquelles il fut administré, il n'y eut qu'une légère augmentation dans la sécrétion urinaire et un peu de soulagement.

Au bout de six mois, l'hydropisie étant encore plus prononcée, et la ponction ayant semblé nécessaire, je questionne le malade avec plus d'attention sur ses antécédens, et j'apprends que, pendant sa jeunesse surtout, mais aussi à une période plus avancée de la vie, il avait été très sujet, par suite du moindre écart de régime ou d'un simple refroidissement des pieds, à une grande chaleur dans le ventre, suivie de coliques qui se terminaient par un dévoiement abondant qui durait souvent plusieurs jours, et que les selles, d'abord jaunâtres, finissaient par être tout à fait semblables à de l'eau un peu trouble. Pour tout traitement, nous conseillâmes, après quelques jours de préparation, une bouteille d'eau de Sedlitz, qui fut prise le dimanche matin. Quel ne fut pas notre étonnement, quand le mardi suivant, jour de marché à Laudan nous vîmes entrer, dans notre cabinet, Bourreau, ne présentait pas la plus légère infiltration des membres, ni la plus petite apparence d'épanchement dans la cavité abdominale. Il rapporta alors qu'une heure après avoir pris la bouteille, il avait été atteint de coliques violentes, de syncopes tellement prolongées, qu'on l'avait cru plusieurs fois mort; que tout à coup il avait ressenti un besoin pressant d'aller à la selle, et que, après avoir rendu quelques matières dures, il avait éprouvé un écoulement d'eau par l'anus, tellement abondant, que, en moins de deux heures, il avait rempli deux grands chaudrons. A mesure que ce flux continuait, il se sentait désenfler, et cinq heures étaient à peine écoulées depuis l'ingestion de l'eau de Sedlitz, qu'il ne restait plus aucune trace de l'hydropisie.

Depuis, ce malade, qui vit encore, a éprouvé plusieurs rechutes de son hydropisie, la maladie du cœur existant toujours, et chaque fois il s'est guéri de la même manière, au moyen d'une bouteille d'eau de Sedlitz à 8 grammes.

L'auteur, après avoir rapporté encore d'autres faits à l'appui de son opinion, passe à l'énumération des différentes espèces de crises qui s'opèrent : 1° par les urines; 2° par les vomissemens; 3° par les selles; 4° par des évacuations mixtes; 5° par la salivation; 6° par le vagin et la muqueuse nasale; 7° par des surfaces sécrétoires accidentelles. Il accumule, à l'occasion de ces différentes espèces de crises, des faits pratiques dont l'importance augmente en raison de leur réunion, et termine en concluant :

1° Que les crises dans les hydropisies ne sont pas un événement très rare.

2° Que ces crises peuvent avoir lieu par tous les organes sécréteurs, par tous les points de la vaste étendue de la membrane muqueuse, et même par des surfaces sécrétoires accidentelles.

3° Que chaque individu a un organe sécréteur plus actif que les autres, organe que le médecin doit s'attacher à découvrir, soit directement, soit indirectement, pour en solliciter l'action par des médicamens appropriés.

4° Que ce sera toujours en vain que, dans les hydropisies, on cherchera à augmenter l'activité de sécrétion d'un organe, même par des remèdes actifs, toutes les fois que la nature n'aura pas tendance à porter ses efforts conservateurs vers ce même organe.

5° Qu'il faut étudier avec soin ce mouvement fluxionnaire pour tâcher de le produire et de l'augmenter, ou, au moins, de ne point le contrarier par une thérapeutique intempestive.

MÉMOIRE SUR DIVERS CAS DE CHIRURGIE; par M. DE LASIAUVE.

L'observation suivante de défaut d'oblitération de l'ouraque nous a paru la seule qui fût digne d'être rapportée ici. Tout incomplets qu'en ont les détails, quelque doute même qu'il nous reste sur la justesse du diagnostic porté dans ce cas par M. de Lasiauve, on pourra le rapprocher du fait si connu de Littre. Laissons parler l'auteur :

Oblitération de l'ouraque. — « Le 13 février 1836, je fus appelé à Villiers en Désœuvre, pour l'enfant de M. A...., âgé de onze jours seulement. Deux ou trois jours après sa naissance, on s'aperçut d'un boursoufflement rouge et humide autour du nombril. Les jours suivans ce boursoufflement s'étendit aux parties voisines dans une grande étendue; sa face s'ulcéra, et lorsque je le vis, ce jeune enfant se trouvait dans une situation déplorable. La plaie, circulaire de quatre pouces au moins de diamètre, occupait la presque totalité de l'abdomen. Elle s'élevait de 7 à 8 lignes au-dessus du niveau de la peau, mamelonnée, fongueuse, et laissant suinter de tous côtés une humidité fétide et d'odeur manifestement urineuse. L'appétit s'était jusque-là conservé; l'émission des urines avait lieu par l'urètre. La cause de cet affreux et si rapide ulcère n'était pas douteuse. Le reflux capillaire de l'urine par l'ouraque pouvait seul l'avoir produit. J'établis une compression sur l'ombilic, et couvris le reste de la plaie avec un gâteau de charpie couvert de cérat. Le lendemain il y avait une amélioration manifeste; la plaie était moins vive et plus sèche; la santé ne semblait pas avoir souffert; tout en un mot faisait espérer un succès, quand on vint me dire que l'enfant s'était éteint dans la nuit au moment où l'on s'y attendait le moins. L'éloignement, mes occupations, la presque certitude du refus de consentement de sa famille, m'empêchèrent de songer à l'autopsie, ce dont j'éprouvai un grand regret. »

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE.

MÉTHODE HÉMOSPASIQUE.

M. Junod lit quelques observations en faveur de la méthode hémospasique, dont il fit connaître les premières applications, à l'Académie, le 25 août 1834. Depuis lors, il a dû d'importans succès à ce mode de révulsion, dont le principe est entièrement conforme aux lois physiologiques; et, en effet, on ne peut pas déplacer une grande masse de sang sans déterminer de grandes modifications dans l'économie. Parmi les faits qu'il a recueillis récemment, le suivant n'est pas un des moins intéressans.

Une jeune personne présentait une aménorrhée, dont le retour était sujet à des intermittences; elle avait aussi une paraplégie, ainsi qu'une gibbosité lombaire commençante. Les extrémités inférieures étaient froides et la circulation y languissait, en même temps que les artères carotides battaient avec force. Tous les moyens rationnels avaient été inutilement employés depuis deux ans contre cette affection compliquée; entre autres médications, on avait placé 15 cautères sur la colonne vertébrale. M. Junod, ayant constaté que l'aménorrhée avait été le point de départ des accidens, pratiqua l'hémospasie sur les membres inférieurs. Après la cinquième séance, le flux menstruel se rétablit, et la guérison s'avançait, lorsqu'il survint une péripneumonie. On parvint à en triompher; mais pendant la convalescence l'aménorrhée reparut et avec elle tous les premiers symptômes. L'hémospasie dissipa de nouveau et la cause et les effets. Cette malade a été traitée en présence de MM. Magendie, Chomet et Olivier d'Angers.

M. Junod lit encore le titre de plusieurs observations, qui témoignent de l'efficacité de sa méthode.

1° Amaurose accidentelle; récidive; guérison par une seule hémospasie.

2° Amaurose causée par la cessation du flux menstruel, guérie par la méthode hémospasique.

3° Peumonie déterminée par une phthisie commençante; guérison par l'hémospasie.

4° Pneumonie; insuffisance d'un traitement antiphlogistique et contro-stimulant; guérison par l'hemospasie.

(Commissaires : MM. Magendie, Larrey et Roux.)

AMYGDALES DOUBLES.

M. Colson (de Noyon) rappelle l'attention de l'Académie sur une disposition anatomique oubliée, quoiqu'elle eût déjà été signalée par Portal, et avant lui, par Morgagni. Les amygdales sont quelquefois doubles de chaque côté; ainsi, au lieu de deux, on en rencontre quatre.

(Commissaires : MM. Breschet et Larrey.)

M. Duméril : La particularité dont parle M. Colson n'est pas un fait nouveau; les amygdales peuvent être séparées en deux parties, en deux lobes, sans que pour cela on soit en droit de dire que ce sont deux amygdales. C'est une disposition semblable à celle qu'offre la glande parotide.

INFLUENCE D'UNE HAUTE PRESSION ATMOSPHÉRIQUE SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE.

M. Poiseuille rappelle à l'Académie des recherches qu'il a entreprises il y a

plusieurs années pour déterminer quelle est l'influence d'une haute pression atmosphérique sur l'économie animale.

Des salamandres, qu'il a soumises à une pression de 7 atmosphères, n'ont rien offert d'anormal dans leur circulation. Cette expérience a été répétée avec le même résultat sur des mammifères, tels que des souris et des rats. Des souris, qui avaient supporté pendant quelques heures une pression de 8 atmosphères, ont mangé et ont recommencé de se livrer à leurs mouvemens habituels dès qu'on a eu suspendu l'expérience.

Les recherches de M. Poiseuille font partie de son mémoire, publié depuis longtemps, SUR LA CIRCULATION CAPILLAIRE.

EXISTENCE D'UNE HUILE PARTICULIÈRE DANS L'ÉPIPLOON DES BATRACIENS.

M. ROSSIGNOL fait connaître une nouvelle série de corps gras que fournit en abondance l'épiploon des batraciens et en particulier des salamandres aquatiques (*triton*). L'épiploon de ces animaux, très volumineux, est entièrement formé par la réunion d'un grand nombre de cellules, qui constituent un véritable tissu adipeux et sont remplies d'une huile jaune abondante assez fluide, et dont l'odeur rappelle celle de l'huile de noix, rance. Cette matière grasse est beaucoup plus abondante en hiver qu'en toute autre saison, et notamment au printemps, ce qui autorise à supposer que ces animaux vivent une partie de l'année aux dépens de cette graisse. L'extraction en est on ne peut plus facile; une simple pression à froid suffit pour en vider l'épiploon. Cette huile se distingue de toutes celles que l'on connaît, en ce qu'elle est presque entièrement formée d'une matière analogue à l'acide oléique unie à une matière colorante et de nature grasse.

TRAITEMENT DE LA SURDITÉ.

M. DUCROS envoie un travail ayant pour titre : examen critique de la perforation de la membrane du tympan, des douches d'air comprimé, de l'ablation des amygdales, des injections d'air et d'eau dans la surdité. Explication de la guérison momentanée de la surdité de l'ouvrier Bloc d'après les expériences de M. l'ingénieur Triger dans l'exploitation des mines de la Loire.

D'après l'auteur, la plupart des surdités sont dues à l'existence d'une maladie cutanée qui empêche les fonctions de la peau, et avec laquelle coïncide ordinairement une inflammation catarrhale de l'arrière-bouche, des fosses nasales, de la trompe d'Eustachi et de la caisse du tympan. La phlegmasie de ces membranes détermine l'atonie et la paralysie plus ou moins complète des nerfs auditifs. Le seul moyen de remédier à cet état consiste à rappeler d'abord l'appareil cutané à son activité première, en *décapant* la peau par l'usage des bains nitro-muriatiques et des frictions excitantes. Après ce traitement préparatoire, on agit directement contre l'atonie des nerfs auditifs par les cautérisations du pharynx et du pavillon de la trompe d'Eustachi, cautérisations que l'on pratique avec la teinture d'ammoniaque et de gomme laque, ou le nitrate acide de mercure, et qui doivent être, dans quelques cas, répétées jusqu'à 90 et 100 fois.

M. Ducros n'accorde qu'une très faible valeur aux divers moyens employés habituellement contre la surdité. La perforation du tympan ne produit qu'une amélioration temporaire, et qui cesse dès que la douleur de l'opération est dissipée. C'est également par la douleur que causent les douches d'air comprimé, qu'il explique le bon effet de leur emploi. Les ouvriers, placés dans le puits où M. Triger avait comprimé l'air à plusieurs atmosphères, éprouvaient tous de la douleur, et cessaient d'entendre, tandis que l'un d'eux, le nommé Bloc, sourd depuis longtemps auparavant, entendait mieux au contraire lorsqu'il était dans le puits. L'ablation des amygdales, agissant de la même manière, sera encore un moyen infidèle. Il en est de même des injections d'air et d'eau qui ont de plus l'inconvénient d'exposer à des otites plus ou moins graves, du moins lorsque la sonde a réellement pénétré dans la trompe d'Eustachi, car M. Ducros pense que très souvent l'opérateur ne parvient pas jusque-là, et que l'instrument reste alors dans l'un des méats des fosses nasales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHELEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE.

M. le secrétaire lit une lettre de M. le baron Larrey relative à l'amputation sus malléolaire. M. Larrey dit que, n'ayant pu se rendre aux deux dernières séances de l'Académie, il se trouve obligé de lui faire connaître par écrit les raisons qui lui semblent décisives contre ce mode opératoire :

1° Si la maladie pour laquelle on opère est bornée aux malléoles, on ne peut pas donner la préférence à l'amputation sus-malléolaire, car, comme l'a montré M. Gimelle, les accidens qu'elle entraîne sont plus nombreux et plus graves.

2° MM. Arnal et Martin se sont trompés dans la partie de leur statistique qui a rapport aux amputations sus-malléolaires faites à l'armée d'Afrique; aucune opération de ce genre n'y a été pratiquée, comme l'atteste une lettre de M. Guyon, chirurgien militaire.

3° Le mécanisme sur lequel est fondée la jambe artificielle proposée par M. Martin avait été imaginé avant lui.

4° Enfin, la supériorité de l'amputation au-dessous du genou est prouvée par une expérience d'un demi-siècle.

ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE.

M. BRICHETEAU lit un rapport sur plusieurs travaux renvoyés à l'Académie par M. le ministre du commerce, et relatifs à l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans quelques communes des départemens de la Dordogne et de la Charente. Ce rapport, dit M. Bricheteau, aura deux parties : dans la première, je décrirai l'épidémie d'après les documens parvenus à l'Académie, et en la comparant avec celles qui ont été observées à d'autres époques; la seconde contiendra les réponses que je propose d'adresser au ministre.

La suette éclata au mois de mai; son invasion avait été précédée de brusques variations atmosphériques, et la constitution médicale régnante alors était caractérisée par la prédominance des fièvres éruptives. Les jeunes sujets y ont échappé, et c'est entre 25 et 45 ans que la maladie a frappé le plus de personnes. Elle apparaissait de deux manières différentes : tantôt il y avait des symptômes précurseurs, fièvre, cardialgie, inappétence; tantôt le mal débutait brusquement et sans s'être annoncé par aucun prodrôme. Une sueur générale et abondante ouvrait la scène, et après cette période, qui durait 24 à 72 heures, commençait l'éruption. A partir de ce moment, la maladie était jugée, la desquammation survenait, et la guérison ne se faisait pas attendre. Dans d'autres cas, la mort avait lieu, mais elle arrivait de différentes manières. Il est intéressant, par exemple, de savoir que, parmi les victimes de cette épidémie, un très grand nombre de malades ont succombé dans un état voisin de l'asphyxie, ensevelis qu'ils étaient sous le poids des couvertures dont on les chargeait.

La marche de l'affection a été rapide, sa durée moyenne variant de 6 à 8 jours. Quant au pronostic, il était évidemment différent, selon que les symptômes se montraient benins ou pernicieux. Relativement à la mortalité, les documens manquent, ou du moins ne contiennent que des données vagues, et desquelles on ne peut rien conclure. La frayeur, les précautions absurdes qu'elle suggère, et les faux préjugés ont fait autant de mal que l'épidémie elle-même.

Aucun des médecins envoyés sur les lieux n'a été atteint de la suette; il faudrait donc, ce semble, en conclure qu'elle n'a pas le caractère contagieux. Cependant, nous devons dire qu'un individu s'étant inoculé volontairement le sang d'un malade a contracté la fièvre miliaire peu de temps après.

Dans les cas simples, on s'est bien trouvé d'administrer, pour tout traitement, des boissons délayantes, comme la décoction de racine de chiendent. Survenait-il cependant dans la marche du mal une rémittence ou une intermittence bien prononcée, on employait le sulfate de quinine donné à la dose de 50 centigram., et jusqu'à celle de 1 gramme, s'il y avait quelques symptômes pernicieux. Les antispasmodiques ont également présenté des avantages et trouvé des cas d'application, ainsi que les saignées générales ou les sangsues à la base du crâne, lorsqu'il y avait pléthore, céphalalgie, sensibilité des yeux à la lumière. On s'est aussi attaché à modérer les sueurs, en débarrassant les malades d'une partie de leurs couvertures.

Après avoir ainsi décrit la maladie, d'après les renseignemens fournis par les médecins envoyés sur les lieux, nous vous proposons de répondre à M. le ministre :

1° Que l'épidémie de suette miliaire qui a récemment existé dans les départemens de la Dordogne et de la Charente est presque identique aux autres épidémies de suette observées jusqu'ici, et notamment à celle qui a régné en 1821.

2° Que cette épidémie a été bien reconnue et bien traitée par les médecins envoyés sur les lieux.

3° Qu'il n'existe, parmi les médecins, aucun désaccord sur sa nature, ni aucune dissidence sérieuse sur les moyens qu'il convient de lui opposer.

4° Qu'en général, le traitement employé dans cette épidémie, et spécialement le sulfate de quinine, a bien réussi.

5° Qu'il aurait cependant été à désirer qu'on eût établi par des tableaux statistiques le chiffre de la mortalité qu'a produite cette épidémie.

6° Que la migration des habitans paraît être le meilleur moyen à employer pour prévenir la propagation de la maladie.

Ces conclusions sont adoptées.

COMPOSITION DU LAIT.

M. DUBOIS (d'Amiens) fait, en son nom et en celui de MM. Baron et Chevallier, un rapport sur un mémoire de M. Devergie, intitulé : DE L'EXAMEN MICROSCOPIQUE DU LAIT DANS LE CHOIX D'UNE NOURRICE. Après quelques considérations sur les avantages que présente la coutume des lectures faites par les candidats aux places de membres de l'Académie, M. Dubois continue ainsi : M. Devergie, favorablement placé pour contrôler expérimentalement les recherches de M. Donné sur l'analyse microscopique du lait, a profité de sa position pour répéter des observations dont le résultat intéressait à un si haut degré tous les praticiens. Avant M. Donné, on s'en rapportait presque exclusivement, pour choisir une nourrice, à l'examen de la femme et à l'inspection des propriétés physiques de son lait. Leuwenhoek avait cependant déjà signalé l'existence des globules. M. Donné rappela l'attention sur l'analyse microscopique du lait, et accorda à ses résultats une extrême importance. M. Devergie, voulant juger de la valeur que méritait ce moyen d'investigation, a joint aux lumières qu'il fournit les notions qu'on peut acquérir en examinant la santé de la nourrice et l'état de son nourrisson.

M. Devergie a divisé les globules du lait en trois ordres : gros, moyens et petits. Quant à leur structure, on sait que M. Raspail les représente comme constitués par un corps central et par une membrane d'enveloppe; mais je ne sais jusqu'à quel point il est permis de regarder cette opinion comme exacte. M. Donné a démontré que le volume des globules va en augmentant jusqu'à une certaine époque de la grossesse, et aussi suivant le degré de richesse du lait. A son tour, M. Devergie a établi, par l'expérience, quelles sont les conséquences qu'on peut tirer de ces données. Ce qui distingue son travail, c'est donc surtout la couleur pratique qu'il a su lui imprimer. Il n'a pas cru qu'un médecin, par cela seul qu'il se sert du microscope, pût se dispenser de consulter d'autres sources de certitude. Cependant il a fait quelques concessions à l'emploi du microscope, et il en a même fait une de trop, ce nous semble, lorsqu'il a dit que l'usage de cet instrument peut suffire pour reconnaître le lait qui convient le mieux à un enfant. Vo-

tre commission, Messieurs, ne partage pas cette opinion; pour atteindre ce but il faudrait avant pouvoir spécifier si c'est d'un lait plus fort ou d'un lait moins fort que l'enfant a besoin. Or, c'est là une question très difficile et dont le microscope seul ne peut donner la solution.

M. Devergie, voulant exprimer les différens degrés de richesse du lait, a imaginé de les représenter par des chiffres; mais bien qu'il ait lui-même reconnu ce qu'une pareille estimation a d'arbitraire, nous ne pouvons admettre qu'il soit autorisé à s'en servir, même comme moyen d'arriver à un résultat approximatif; car, cette manière de procéder semble annoncer la prétention de soumettre au calcul une matière où nul calcul n'est possible. Il aurait mieux valu s'en tenir, comme l'auteur l'a fait du reste dans un autre passage, à dire simplement que la richesse du lait est augmentée ou qu'elle est diminuée.

En véritable médecin praticien, M. Devergie ne s'est pas aveuglé sur la valeur des conclusions qu'on peut tirer de l'emploi du microscope; et il a voulu chercher quelle est l'influence des autres conditions qu'on regarde en général comme susceptibles de changer la composition du lait. Ainsi il a, sous ce rapport, passé en revue les circonstances suivantes, savoir : l'ancienneté ou l'*âge* du lait, l'âge des nourrices, le volume de leurs mamelles, la couleur de leurs cheveux, et il a reconnu qu'aucune de ces conditions n'exerce d'action bien marquée sur la richesse du lait, en d'autres termes, sur le nombre des globules qu'il soutient. Nous savons cependant, et l'expérience journalière le prouve d'une manière évidente, que ce sont là autant de causes qui font varier les qualités du lait.

Ces résultats de l'analyse microscopique sont bien incomplets, bien insuffisans sans doute, et cependant M. Devergie est un savant habitué à ce genre de recherches, et bien certainement il les avait entreprises avec le désir de prouver plus qu'il n'a pu prouver. D'où vient donc le vague de ses conclusions? Il y a là une grande différence entre les deux observateurs qui se sont occupés de ce sujet. M. Donné considère comme à peu près de nulle valeur tous les signes que donnent l'inspection de la nourrice et l'examen des qualités extérieures du lait; d'où ressort la nécessité de s'en rapporter presque uniquement au microscope. M. Devergie, au contraire, soutient qu'on doit attacher une grande importance à ces signes. Remarquons d'abord que les conclusions de M. Donné sont beaucoup plus exclusives que celles de M. Devergie. Celles-ci sont émises avec une sage réserve, et nous paraissent aussi mieux motivées. Vous avez vu, en effet, par les détails dans lesquels je suis entré tout à l'heure, que le microscope ne trouve au lait aucune différence de composition dans des conditions d'âge, de constitution, etc., qui, incontestablement néanmoins, doivent en amener, et en amènent par le fait de considérables.

Nous pensons donc que M. Devergie a atteint le but qu'il s'était proposé. Il s'était borné à traiter de l'emploi du microscope dans le choix d'une nourrice, et il nous a effectivement montré quel parti on peut tirer de cet instrument pour cet objet. Il a eu le bon esprit de renfermer dans de justes limites la valeur qu'il convient de lui accorder dans de semblables recherches.

Nous vous proposons en conséquence:

1° De renvoyer le mémoire de M. Devergie au comité de publication.

2° D'adresser à l'auteur une lettre de remerciemens pour son intéressante communication.

M. Dupuy : Il aurait été à désirer que l'auteur se fût occupé de chercher à déterminer l'effet produit sur la composition microscopique du lait par l'alimentation. Il existe à ce sujet des expériences faites sur les animaux. Celles que Lavoisier a relatées, par exemple, prouvent que sur des vaches, un changement d'alimentation a causé une modification du lait qui a persisté plus d'une année après qu'elles avaient repris leur régime habituel.

M. Capuron : Parmi les signes auxquels on reconnaît une bonne nourrice, il en est un et des plus importans qui a été omis; pour juger si une nourrice convient, il suffit d'examiner son nourrisson, et l'on peut d'après la santé de l'enfant, juger avec certitude des propriétés nutritives du lait de la mère.

M. Delens : M. Dubois (d'Amiens) a dit que la question de savoir si les globules sont organisés ou ne le sont pas, est une question sans importance. Elle n'est cependant pas aussi indifférente pour la pratique qu'on le croit généralement. C'est un problème dont la solution est peu avancée, j'en conviens; mais comme il mérite d'être étudié, il y aurait beaucoup d'inconvéniens à décourager les hommes qui travaillent à l'approfondir. Je pense, pour mon compte, que les globules du lait sont organisés; je n'entrerai pas, en ce moment, dans de plus grands détails à ce sujet; je ferai observer toutefois que ces globules augmentent jusqu'à une certaine époque; comment cette particularité pourrait-elle s'expliquer si on n'accorde pas qu'ils soient organisés? Il faut aussi remarquer qu'ils sont de grosseur différente. Enfin leur contour a un aspect tout particulier, et cette considération est très probante pour un micrographe exercé.

M. Nacquart : Je veux seulement dire que les femmes du dépôt central des nourrices sur lesquelles M. Devergie a observé sont en général très imparfaitement nourries; c'est un fait dont j'ai été personnellement témoin.

M. Dubois (d'Amiens) : Je suis loin de m'élever contre l'opinion de ceux qui croient à l'organisation des globules de lait. C'est là une étude fort intéressante. J'ai seulement approuvé M. Devergie de n'avoir pas insisté; il a bien fait, car ce n'était pas l'objet principal de ses recherches.

M. Ferrus : Je ne trouve pas que les observations de M. Devergie détruisent celles qu'on a faites avec le microscope. Nous savions fort bien d'ailleurs avant lui que des femmes chétives, débilitées, nourrissent souvent leurs enfans avec succès.

M. Dubois (d'Amiens) : M. Devergie n'a point entendu détruire, par ses recherches, la valeur des découvertes dues à l'emploi du microscope; il a seulement cherché à restreindre l'importance exagérée que certaines personnes leur accordent.

M. Rochoux : Les globules du lait sont-ils organisés? A cette question, je crois qu'on doit répondre : Oui. Est-il possible de démontrer cette organisation? Non. Si, en effet, nous leur supposons une trame celluleuse, elle aurait la même réfrangibilité que le noyau central, et par conséquent on ne pourrait parvenir à l'apercevoir. C'est par la même raison que la texture celluleuse du corps vitré, qui est cependant beaucoup plus volumineux, ne peut être appréciée à la vue.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE.

M. Blandin présente une jeune personne, la première à laquelle il a pratiqué l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles, en 1835, à l'hôpital Beaujon. Pourvue d'un membre artificiel confectionné par M. Martin, elle dissimule parfaitement l'absence du pied, soit sous le rapport de la difformité, soit sous celui de la locomotion. On avait, dit M. Blandin, jeté des doutes sur la réalité de ce fait; on avait prétendu que la malade, loin d'avoir à s'applaudir du résultat de l'opération, éprouvait de vives souffrances lorsqu'elle voulait marcher; mais vous pouvez voir par vous-mêmes combien ces allégations sont erronées.

M. Gimelle : Ce n'est pas moi qui ai tenu les propos auxquels M. Blandin fait allusion. J'ai cité, dans la discussion, quelques malades qui n'avaient pu s'accoutumer à la jambe artificielle; mais il n'a point été question de la jeune personne que nous présente M. Blandin.

M. Blandin : Quel que soit l'auteur de ces bruits, ils ont été répandus, et par conséquent il importait qu'ils fussent démentis.

La jeune fille, interrogée par M. Blandin et par M. Gimelle, répond qu'elle n'a jamais manifesté à personne le moindre mécontentement; elle assure n'avoir qu'à se louer du résultat de l'amputation, et dit qu'elle a pu faire jusqu'à trois lieues à pied avec son membre artificiel. Elle marche en effet sans soutien, monte et descend les gradins de l'amphithéâtre avec beaucoup de facilité.

TÉNOTOMIE.

M. H. Larrey met sous les yeux de l'Académie un malade chez lequel, après une amputation du pied à la méthode de Chopart, le lambeau plantaire, ainsi que le talon, se renversèrent en arrière. Par l'effet de ce déplacement, la cicatrisation de la plaie fut empêchée, et l'incommodité qui en résulta fut telle que ce malheureux était venu à l'hôpital pour demander qu'on lui amputât la jambe au-dessous du genou. Avant de céder à son désir, M. Larrey voulut essayer la section du tendon d'Achille. Immédiatement après cette opération, le lambeau s'abaissa, revint à sa place et la guérison fut obtenue en fort peu de temps. Il y a aujourd'hui près d'un an qu'elle est confirmée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU LUNDI 20 SEPTEMBRE 1841.

PROGRAMME DES PRIX.

§ Ier. — La Société avait proposé, pour sujet d'un prix qu'elle devait décerner dans cette séance, la question suivante :

Déterminer par des faits cliniques, des recherches d'anatomie pathologique, et par l'analyse chimique, les caractères différentiels des maladies du système osseux. Dire si ces maladies n'ont pas des différences de nature plus fondamentales que celles de leurs formes. En déduire la thérapeutique la plus rationnelle.

Il ne nous est parvenu aucun mémoire sur ce sujet, d'une importance d'ailleurs si reconnue: la Société ne peut l'attribuer qu'aux difficultés qu'il présente. Cependant il règne encore tant de confusion dans le diagnostic différentiel des maladies du système osseux, qu'elle ne veut pas renoncer à l'espoir que des hommes habiles s'en occuperont, aujourd'hui surtout que des travaux récens l'ont élucidé. Mais la Société n'ose croire que cette question soit résolue dans tous ses points; aussi serait-elle satisfaite si les principaux recevaient une solution digne de l'état de la science en général. Elle rétablit donc la même question pour l'année 1842, en en élevant le prix à la valeur de 500 fr.

§ II. — La Société avait proposé un prix de la valeur de 300 fr. sur la question suivante :

Faire connaître les altérations que peuvent subir les eaux distillées en général, et en particulier celles des fleurs d'oranger, de menthe, de mélisse et de laurier-cerise. Indiquer les causes chimiques de ces altérations. Y a-t-il une méthode générale pour la conservation des eaux distillées? Y en a-t-il une particulière pour la conservation de quelques-unes d'entre elles?

La Société a reçu trois mémoires.

Celui qui est enregistré sous le n. 1, porte pour épitaphe :

Les monographies sont des travaux précieux pour l'avancement de la science, etc. — De Candolle.

Ce mémoire, qui nous est parvenu avec le timbre de la poste de Mâcon, est une copie littérale de l'ouvrage de M. Soubeiran (Nouveau traité de pharmacie). La Société a dû flétrir un tel plagiat; elle a mis ce mémoire hors de concours.

L'auteur du mémoire n° 2 a écrit son nom sous un billet cacheté; mais, par préoccupation sans doute, il a oublié l'épigraphe qui devait lui servir de suscrip-

tion. Bien qu'il ait manqué ainsi à l'une des conditions imposées, la Société, par égard pour les efforts qu'il a faits, n'a pas cru devoir s'en tenir à la lettre du programme.

L'auteur assigne à la composition normale des eaux distillées, des principes qui paraissent dus à l'altération qu'elles ont déjà éprouvée. Les causes qu'il attribue à cette altération ne sont pas assez démontrées. On reconnaît en lui un praticien exercé et un observateur exact; mais il a trop négligé la partie essentielle, l'expérimentation.

Ce vers d'Horace :

Ut desint vires, tamen laudanda voluntas.

sert d'épigraphe au mémoire n° 3.

L'auteur a négligé, comme le précédent, la partie expérimentale, et il a traité la question plutôt en pharmacien qu'en chimiste. Il admet, sans le prouver, que l'altération des eaux distillées est due à un principe mucilagineux, vert, fibrineux, etc., qui passe à la distillation. Il ne démontre pas davantage les autres causes auxquelles il rapporte cette altération; enfin, nous dirons qu'il admet trop souvent de simples assertions pour des preuves positives.

La Société juge que les auteurs des mémoires nos 2 et 3, n'ont pas résolu la question; elle croit que le temps leur a manqué et qu'ils sont capables de mieux faire.

La Société attache une trop grande importance à cette question pour l'abandonner. Elle pense que la médecine pratique n'est pas moins intéressée que la pharmacie à sa solution. Les filamens confervoïdes, les principes oléagineux, etc., qui apparaissent quelquefois en très peu de temps dans les eaux distillées, méritent d'être étudiés. Il y a aussi utilité réelle à chercher des procédés qui puissent prévenir leur formation. Par ces raisons diverses, la Société remet la même question au concours, en y attachant un prix de la valeur de 500 fr., qu'elle décernera en 1843 (1).

§ III. — La Société avait proposé, pour sujet d'un prix de la valeur de 200 fr., la question suivante :

Rechercher, par l'analyse chimique, les principes actifs de l'écorce de la racine de grenadier sauvage, et confirmer, par des faits cliniques, leurs vertus thérapeutiques.

La Société n'a reçu aucun mémoire sur cette question : elle la retire du concours.

§ IV. — La Société croit devoir rappeler ici, avec le préambule qui l'accompagnait, la question suivante, qu'elle a proposée pour l'année prochaine.

Malgré les nombreux travaux qui existent sur l'emploi thérapeutique des préparations mercurielles, entre les maladies vénériennes, on n'est pas fixé assez généralement, peut-être, sur les effets respectifs de chacune de ces préparations dans un cas donné. Trop souvent l'application semble déterminée par d'autres considérations que celles d'une expérience éclairée. On invoque trop souvent la similitude de faits qui, pour des esprits exigeans, sont loin d'être identiques. D'un autre côté, l'opinion de la plupart des médecins varie sur l'action d'agens thérapeutiques d'un autre ordre, que quelques praticiens recommandables ont substitués au mercure, dans le traitement de la syphilis. D'après ces motifs, que chacun avouera sans doute, la Société pense qu'il y a utilité à appeler l'attention sur ce point important de pratique médicale; c'est pourquoi elle propose la question suivante, pour sujet d'un prix de la valeur de 400 fr., qu'elle décernera dans sa séance publique de 1842 :

Faire l'examen comparatif de l'action thérapeutique des différentes préparations mercurielles dans les maladies syphilitiques.

» Juger comparativement la valeur thérapeutique des préparations d'iode, d'or, d'argent et de platine. »

§ V. — Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la Société a pensé qu'elle serait encore utile à ses concitoyens en accordant des récompenses spéciales aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique, à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs, soit à la topographie médicale d'une ou de plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et, enfin, soit à tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitans de cette contrée de la France.

Ainsi, chaque année, dans sa séance publique, la Société décerne des médailles d'or ou d'argent aux médecins qui ont traité un ou plusieurs de ces sujets.

§ VI. — Indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la Société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations sur quelque point de l'art de guérir. Elle se plaît ainsi à stimuler le zèle et l'émulation de ses correspondans, et à récompenser leurs efforts.

La Société a reçu, cette année, plusieurs mémoires qui, tous, si l'on n'avait égard qu'à leur mérite respectif, devraient être mentionnés ici. Mais, les uns ayant été publiés en dehors du recueil de la Compagnie, ne peuvent, d'après nos statuts, recevoir cette récompense. Parmi les autres, il en est qui ont paru dignes d'une distinction particulière.

M. le docteur Lalaurie, membre correspondant à Villeneuve-sur-Lot, dont la Société a eu le plaisir de couronner plusieurs fois les travaux, lui a envoyé cette année deux mémoires. Celui qui mérite de fixer particulièrement l'attention est une statistique médicale de la Maison centrale d'Eysses. L'auteur étudie le prisonnier dans sa vie intime; il recherche les causes qui peuvent nuire à sa santé, ajouter à sa perversion morale, et tromper ainsi l'intention de la société, qui veut punir et améliorer en même temps. M. Lalaurie agit toujours en médecin et parle en philosophe.

M. le docteur Bertulus, médecin de la marine royale, membre correspondant à Toulon, nous a adressé trois mémoires : le premier est la relation imprimée d'une épidémie qu'il a observée aux Antilles; le second et le troisième sont manuscrits : l'un traite du choléra-morbus, et l'autre de l'étiologie du typhus américain. Bien que les idées que M. Bertulus émet, principalement sur ce dernier sujet, puissent être controversées, elles sont présentées néanmoins avec toutes les conditions qui doivent leur donner un appui solide. Partout, en effet, M. Bertulus fait preuve d'un esprit cultivé, de l'application d'un bon observateur, et d'une grande expérience médicale.

La Société se fait un devoir de récompenser les travaux de MM. Lalaurie et Bertulus; elle leur accorde à chacun une médaille d'encouragement.

La Société décerne à M. Barbe, officier de santé à Bonnetan, une mention honorable pour les tableaux de vaccinations qu'il lui a envoyés.

§ VII. — Dès que la vaccine fut introduite en France, la Société s'empressa d'en proclamer les avantages, et de prouver, par des expériences exactes, son efficacité aujourd'hui incontestable. Depuis plusieurs années, elle s'est aperçue que beaucoup de familles négligent de faire profiter leurs enfans de ce bienfait. Pour encourager les gens de l'art du département de la Gironde à propager cette découverte, elle décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des tableaux authentiques, les plus complets, des vaccinations qu'ils ont pratiquées, et des remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de cette méthode.

Ces tableaux, dûment légalisés, doivent renfermer le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'état des enfans vaccinés, et les observations intéressantes à recueillir.

§ VIII. — Les mémoires écrits très lisiblement, en latin ou en français, doivent être rendus, *francs de port*, chez M. Burguet, secrétaire-général de la Société, rue Fondaudège, 41, avant le 15 juin de l'année, où chaque prix doit être décerné.

Les membres associés résidans de la Société ne peuvent point concourir. Les concurrens des prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondans. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent concourir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les tableaux de vaccinations, la Société dispense leurs auteurs de ces dernières conditions.

Bordeaux, le 20 septembre 1841.

Dubreuilh, président.

Burguet, secrétaire-général.

(1) Ce prix a été fondé par M. Loze père, membre honoraire de la Société.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DE LA PESTE ORIENTALE, D'APRÈS LES MATÉRIAUX RECUEILLIS A ALEXANDRIE, AU CAIRE, A SMIRNE, A CONSTANTINOPLE, PENDANT LES ANNÉES 1833, 1834, 1835, 1836, 1837 ET 1838; par A. S. Bulard, de Méru; 420 pages in-8°. Paris, 1839, chez Béchet jeune et Labé.

DE LA PESTE OBSERVÉE EN ÉGYPTE; RECHERCHES ET CONSIDÉRATIONS SUR CETTE MALADIE; par le docteur Clot-Bey; 436 pages in-8°. Paris, 1840, chez Fortin, Masson et compagnie.

DE LA PESTE OU TYPHUS D'ORIENT; DOCUMENS ET OBSERVATIONS RECUEILLIS PENDANT LES ANNÉES 1834 A 1838 EN EGYPTE, EN ARABIE, SUR LA MER ROUGE, EN ABYSSINIE, A SMYRNE ET A CONSTANTINOPLE, SUIVIS D'UN ESSAI SUR LE HACHISCH ET SON EMPLOI DANS LE TRAITEMENT DE LA PESTE; par le docteur Aubert; 300 pages in-8°. Paris, 1840, chez Just Bouvier.

RELATION DE LA PESTE QUI A RÉGNÉ EN GRÈCE EN 1827 ET 1828, CONTENANT DES VUES NOUVELLES SUR LA MARCHE ET LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE; par le docteur Gosse; 190 pages in-8°. Paris, 1838, chez Cherbuliez et compagnie, libraires, rue de Tournon, 17.

DISSERTATION HISTORIQUE ET MÉDICALE SUR LA PESTE,

par MUSTAPHA EFFENDI EL SOUBKY EL CHAMS, DIN DE SOUBK (moyenne Egypte); 60 pages in-4°. Paris, 1837.

(SUITE. — Voir le numéro précédent.)

M. Aubert, nous l'avons déjà dit, est très opposé à la contagion. Les faits qu'il accumule sur cette question sont nombreux et auraient plus de force s'ils étaient présentés avec moins d'assurance et plus de modération. Si nous en croyons M. Aubert, la peste ne serait que le résultat des précautions prises contre elle. Les lazarets, les quarantaines, sont des foyers d'infection qui peuvent déterminer l'apparition de la peste là où elle n'existait pas auparavant. Si, chez les riches, l'isolement paraît réellement les mettre à l'abri des attaques de la peste, ce n'est pas l'isolement qui les préserve, c'est parce qu'au lieu de diminuer pour eux les commodités de la vie, il les augmente, et qu'il rend leur bien-être complet. L'auteur n'épargne aucune peine pour montrer que les villes d'Égypte, de Syrie et de Turquie, où il observait la peste, offrent toutes des conditions d'insalubrité assez puissantes pour qu'on n'ait pas besoin d'attribuer la peste à une importation du dehors.

Nous ne quitterons pourtant pas cette discussion, dont nous n'avons signalé que quelques traits, sans faire connaître l'impression qui nous reste de l'examen de tant de faits avancés pour et contre la contagion. Tous ces travaux n'ont encore fait faire que peu de progrès à la question, et la doctrine de la contagion nous semble n'avoir reçu que des atteintes peu redoutables. Une seule objection grave, et dont MM. Aubert et Clot ont senti toute l'importance est celle qui repose sur ce que la maladie serait habituellement sporadique et même souvent endémique dans les lieux où elle fait quelquefois tant de ravages. Mais, reposât-elle sur des faits bien certains et bien observés, elle ne prouverait pas contre la contagion; n'en est-il pas de même dans nos climats de la variole, qui existe continuellement dans nos grandes villes, sous forme en apparence sporadique? Tout en réduisant à ce que nous croyons être leur valeur réelle les argumens apportés par les non contagionistes, dans cette discussion, nous repoussons loin de nous l'idée de prendre la défense des abus honteux dont la doctrine de la contagion avait été entourée dans des temps si différens des nôtres. Tout en énoncant positivement qu'à notre avis la question de la contagion n'a pas été encore tranchée en faveur des non contagionistes, nous exprimons hautement le vœu qu'une foule d'usages absurdes, et sans aucune espèce d'utilité, qu'une foule de restrictions, qui, sans amener la peste, comme semble le croire M. Aubert, sont certainement plus nuisibles qu'utiles à la santé publique, soient abandonnées. Si nous ne sommes pas assez avancés dans l'étude des affections pestilentielles pour connaître exactement les limites du mode de contagion par lequel elles se transmettent, nous en savons assez du moins pour déclarer qu'une foule de pratiques, qui portent le plus grand préjudice aux relations inter nationales et au commerce, pourraient être immédiatement supprimées sans le plus petit danger pour la santé générale et avec un immense avantage sous le point de vue social, économique et politique. Ces changemens sont réclamés de toutes parts avec instance, et il est du devoir d'une administration éclairée de ne pas attendre plus longtemps pour entrer dans cette voie de progrès, qui n'entraînera de sacrifice d'aucun genre.

INCUBATION. — De même que l'on n'a pu arriver à aucun résultat positif sur le mode de contagion, de même on ne peut rien établir de certain sur la durée de l'incubation. Sur ce point, les divers auteurs sont d'accord, c'est-à-dire que tous limitent la durée de l'incubation dans un temps assez vague pour qu'on ne doive pas l'adopter comme un résultat définitif. M. Bulard rapporte qu'en 1837, dans la peste de Smyrne, depuis le 15 mai jusqu'au 1er juillet, le temps écoulé entre une première attaque et une seconde, parmi les individus d'une même famille, ou d'une même maison, a été, sur 200 malades :

Chez	2 de....	1 jour.
	10 de....	2
	35 de....	3
	54 de....	4
	38 de....	5
	42 de....	6
	8 de....	8
	4 de....	12.

M. Gosse rapporte que 14 individus, après avoir cohabité intimement avec des pestiférés, tombèrent à leur tour malades :

4	après	24	heures de séparation.
1	—	2	jours de séparation.
1	—	3	—
1	—	4	—
2	—	6	—
2	—	7	—
1	—	8	—
1	—	10	—
1	—	12	—

Ces données sont à peu près les mêmes que celles fournies par les autres observateurs; « et encore, dit-il, elles ne doivent être considérées que comme bien vagues, car, d'après les conditions générales du milieu dans lesquelles elles ont été recueillies, il est absolument impossible de préciser d'une manière rigoureuse cette durée, comme dans la vaccine, par exemple. »

SYMPTOMATOLOGIE. — Avant d'énumérer les symptômes propres à la peste, nous devons dire quelques mots d'un état décrit par le docteur Clot comme différant de la peste, qu'il dit avoir été présenté par la grande majorité de la population en dehors de la maladie, et qu'il représente comme le produit de l'influence épidémique. « Dans cet état, on observait des douleurs glandulaires aux aînes, aux aisselles, quelquefois pongitives, et le plus souvent faibles, très supportables; mais augmentant par la pression, la contraction musculaire, ou le mouvement des membres, se faisant sentir dans un ou plusieurs points à la fois, souvent paraissant et disparaissant tour à tour, pour reparaître encore avec malaise, inappétence, langue blanchâtre, nausées, étourdissemens. L'expression de la physionomie était altérée. Ceux qui recevaient cette influence sans cesser de vaquer à leurs affaires étaient dans une sorte de lutte incessante contre elle et d'imminence perpétuelle d'invasion de la maladie. »

Si cette assertion de M. Clot est exacte, dans toute son extension, s'il est vrai qu'en même temps que la peste il existe une influence épidémique générale, ce caractère établirait un rapprochement d'une haute importance entre la peste et les maladies épidémiques générales; mais nous ne trouvons rien de semblable dans les autres descriptions de la peste, pas même dans l'ouvrage de M. Aubert, qui, bien qu'il n'ait pas donné de résumé général de la symptomatologie, a cependant rapporté un nombre d'observations assez considérable pour qu'il n'eût pas dû passer sous silence un fait pathologique d'une aussi haute importance et si favorable aux non contagionistes. Quant à M. Bulard, il semble le nier formellement : « Il n'y a point de prodrômes. »

Quoi qu'il en soit de ce point, sur lequel nous sommes obligés de rester dans le doute, la maladie débute comme dans la plupart des affections graves, par un sentiment de lassitude générale, des frissons, une céphalalgie plus ou moins intense, une expression d'hébétude, la marche chancelante comme celle de l'ivresse; plus tard, la prostration devient extrême, les accidens fébriles prennent une intensité notable, la parole est embarrassée, comme grasseiée, quelquefois il y a mutisme complet, la langue humectée, large et blanche, comme nacrée sur toute sa surface. Il y a des vomissemens souvent bilieux, rarement verdâtres. Dès le début, il y a des douleurs pulsatives, un sentiment perceptible au toucher, dans les régions axillaires ou inguinales; quelquefois les phénomènes nerveux augmentent rapidement, et amènent un état comateux, qui lui-même est bientôt suivi de la mort du malade.

Chez beaucoup d'individus, on n'observe aucun des symptômes généraux précédens; pour tout phénomène morbide, des bubons aux endroits d'élection, c'est-à-dire aux aînes, aux aisselles, aux régions cervicales et dans l'espace poplité, quelquefois avec un léger état fébrile, mais toujours avec la langue blanche, humide, nacrée. Les bubons se terminent par résolution ou par suppuration : c'est la peste bénigne. Dans les cas où l'affection a toute sa gravité, les malades meurent du premier au quatrième jour.

M. Bulard signale certains cas qui pourraient être rapprochés de l'état épidémique décrit par le docteur Clot. Dans ces cas, les symptômes diminuent de nombre et d'intensité, et avortent, pour ainsi dire, à la suite d'une sueur copieuse.

Au milieu de cet ensemble de symptômes, on voit apparaître ou seuls ou réunis :

1° *L'engorgement ganglionnaire du système hépatique* dans les régions inguinales ou axillaires, rarement cervicales, plus rarement encore poplitées.

2° Des *tumeurs charbonneuses*, le plus souvent sur les membres, moins fréquemment sur le tronc et la face, rarement aux extrémités.

3° *Des taches pétéchiales* sur le thorax, au cou, quelquefois sur tout le tronc, rarement sur tout le corps.

Quand le malade ne succombe pas, ou ne guérit pas dès le premier jour, il s'établit une fausse réaction, qui détermine tous les symptômes typhoïdes : le pouls est plein, vibrant, très fréquent, la face animée, vultueuse quelquefois, la pupille dilatée, la langue sèche et raccourcie, les dents et les lèvres sont fuligineuses et encroûtées, les narines pleines d'une matière noirâtre pulvérulente. Les soubresauts des tendons, le hoquet convulsif, la stupeur la plus prononcée annoncent la mort prochaine.

Suivant M. Bulard, il y aurait une troisième forme, qu'il appelle à tort période, et dans laquelle apparaissent au milieu des symptômes indiqués ci-dessus, des charbons à large surface, de 4 à 5 pouces de diamètre, principalement aux endroits voisins des ganglions. Les bubons marchent avec plus de rapidité vers la suppuration, le pouls perd de sa fréquence, la peau de sa sécheresse et une sueur générale, ou une éruption anormale, des érysipèles circonscrits, des abcès, des épistaxis, des hémorragies utérines, ou des avortemens complètent les phénomènes critiques.

Cette observation de la forme critique de la peste, sur laquelle nous regrettons que M. Clot ait gardé à peu près un silence complet, et dont M. Aubert n'a pas parlé du tout, paraîtra importante à tous les pathologistes, et elle est confirmée par les recherches du docteur Gosse sur la peste de la Grèce, qui a distingué deux formes de pestes différentes, depuis leur origine jusqu'à leur terminaison, et dans l'une desquelles on observe ces phénomènes critiques.

Dans la première forme, le *contage* se communiquait par le contact immédiat avec la peau soit des individus malades, soit des effets qui leur avaient servi. Alors les symptômes morbides étaient d'abord locaux et offraient beaucoup d'analogie avec ceux de la *pustule maligne*. Le charbon se développait graduellement, et vers le deuxième ou le quatrième jour une réaction générale s'établissait autour de la plaque gangréneuse, et qui se détachait sans autre trouble que les accidens locaux ou une fièvre symptomatique. Quand la réaction locale ne s'établissait pas à cette époque, il se formait des bubons dans la direction des vaisseaux absorbans, tous les phénomènes prenaient plus de gravité et ne s'amendaient que quand la suppuration avait envahi les bubons.

Dans la seconde forme, le principe contagieux ayant acquis un degré plus considérable d'intensité, par diverses causes secondaires, telles que l'encombrement, la misère, etc., il pouvait se communiquer à une petite distance, par l'intermède de l'air ou de l'haleine; c'est dans les cas de ce genre que la maladie débutait par des phénomènes généraux, fournis presque toujours par le centre nerveux cérébro-spinal; des vertiges, le frisson, la céphalalgie, etc.; dans ces cas, l'apparition des bubons comme phénomènes secondaires, et se développant régulièrement, amenait une amélioration notable et vraiment critique, au moment où la suppuration s'établissait.

La *durée* de la peste ne peut être exprimée par des chiffres exacts. «Dans certains cas, très rares il est vrai, dit M. Clot, elle a été de 15, 20, 25 et 30 jours, et même davantage; tandis que, dans d'autres, il s'est à peine écoulé quelques heures entre la mort et l'invasion de la maladie. Sa *marche* offrait les mêmes variétés que présentent toutes les affections graves épidémiques ou contagieuses dans leur cours. Au début, les symptômes éclatent brusquement, suivant M. Clot, et presque sans prodrômes; à une époque plus avancée, la maladie s'annonce d'une façon plus lente, plus régulière, et est précédée de prodrômes, qui subsistent plus ou moins longtemps. Enfin, dans beaucoup de cas, les diverses périodes de la maladie n'affectent pas une marche régulière, et se confondent l'une avec l'autre.

Le *diagnostic* de la peste ne peut être difficile que dans les cas où les symptômes, réellement pathognomoniques, se développent tardivement ou ne se développent pas du tout; mais ces cas sont rares surtout au début de la maladie. Sous ce point de vue, la peste ne diffère pas de la plupart des affections graves, et il arrive quelquefois qu'on ne peut établir le diagnostic avec quelque assurance que sur l'ensemble de tous les signes réunis. Dans la peste de la Grèce, les seules maladies avec lesquelles elle a pu être confondue, sont : la pustule maligne, les furoncles épidémiques, le typhus pétéchial et la fièvre pernicieuse. Nous résumons ici les symptômes que M. Bulard regarde comme méritant seuls le titre de signes pathognomoniques : 1° l'expression d'hébétude de la face ; 2° la langue noircie; 3° les douleurs ganglionnaires; 4° une lassitude générale; 5° la marche caractéristique de l'ivresse; 6° les bubons; 7° les charbons; 8° les pétéchies; 9° la fréquence et la petitesse du pouls.

Nous trouvons une très grande variété d'opinions relativement au *pronostic* de la peste; les mêmes signes qui sont donnés comme favorables par les uns, sont regardés par d'autres comme très défavorables. Voici cependant ce qui nous paraît ressortir de plus évident de ces différentes opinions. Quand l'éruption pétéchiale n'a pas lieu, que les charbons sont nombreux et éloignés des organes importans, que les bubons marchent vite à la suppuration, que les sueurs sont abondantes, le pronostic est beaucoup moins fâcheux que dans les conditions opposées. L'affaissement des bubons est un signe très fâcheux ; leur siége au cou et aux aisselles constitue un état plus grave qu'aux aines. Dans la première période de l'épidémie, le pronostic était toujours fâcheux, dans la seconde, incertain ; dans la troisième, favorable.

L'une des questions les plus importantes de l'étude de la peste est celle qui concerne sa *récidive*; mais ici nous trouvons encore les opinions de MM. Clot et Bulard en opposition directe. Il est à peu près adopté par tous les médecins, bien que ce ne soit pas démontré que les maladies qui ne sont pas sujettes à récidive sont contagieuses; aussi le premier affirme-t-il qu'il a observé des cas de récidive. Mais les récidives de certaines maladies contagieuses ne sont pas absolument impossibles ; tous les observateurs savent qu'il y a quelquefois des récidives après la variole, après la rougeole, après la scarlatine ; mais ces récidives sont rares et offrent des caractères particuliers; il doit en être de même de la peste qui se présente quelquefois en récidive, mais très rarement si nous en jugeons d'après le consentement unanime de l'Orient que l'on peut croire sur ce point, puisque les nombreux individus qui sont attachés au service des pestiférés, même dans les hôpitaux turcs, ont eu tous la peste, et ont pu ensuite traverser impunément dix, quinze et vingt époques pestilentielles. « Tous les employés des établissemens de ce genre, dit M. Bulard, tant à Smyrne qu'à Constantinople et dans les localités de la peste, sont tous sauvés d'une première attaque, et comptent trois, cinq, huit, dix et quinze années au milieu des pestiférés, c'est-à-dire d'un contact continuel, toujours opéré avec la plus complète innocuité. M. Bulard, qui ne nie pas que l'on n'observe quelques cas de récidive qui se terminent même par la mort, pense qu'elle n'a lieu que chez ceux qui n'ont eu la peste que sans symptômes généraux ou qui n'ont eu que la forme bubonique simple.

En Grèce, où la même opinion règne généralement, le docteur Gosse a recueilli des observations analogues. « Sur 40 *mortis* (hommes qui ont eu la peste déjà une fois) employés dans les diverses quarantaines et lazarets, il n'y eut que dix rechutes, et sur ces dix, un seul cas fatal. »

Ces faits sont d'un grand poids en faveur de la nature contagieuse de la peste, et ils ne nous paraissent nullement ébranlés par ceux que rapporte le docteur Clot.

Anatomie pathologique. — Tous nos auteurs, à l'exception d'un seul, étant d'accord sur ce point important, nous allons nous hâter de signaler, non toutes les altérations trouvées chez les pestiférés, mais celles qui ont offert un caractère particulier et constant, empruntant les détails au rapport de la commission qui observa la peste au Caire en 1835, et dont MM. Clot et Bulard faisaient partie. — *Système nerveux*. La substance cérébrale était moins consistante et généralement sablée. Entre la dure-mère et l'arachnoïde, on observait de petits épanchemens sanguinolens. La dissection des bubons a prouvé que la tumeur était toujours formée par le développement morbide des *ganglions lymphatiques* des différentes régions où ils siégeaient. Ceux des angles des mâchoires et du cou étaient toujours indépendans des glandes salivaires restées saines. Ceux du pli de l'aine étaient formés tantôt par les ganglions sous-aponevrotiques, tantôt par les ganglions sous-cutanés. Les ganglions lymphatiques étaient constamment développés ; mais chez les individus morts avant l'apparition des bubons, leur volume était huit ou dix fois plus fort qu'à l'état normal, depuis la grosseur d'une amande jusqu'à celle d'un œuf d'oie. A l'intérieur, leur tissu était dur et injecté; dans d'autres, il prenait un aspect violacé et même lie de vin, et offrait un ramollissement partiel ; dans les plus avancés, enfin, il était arrivé à un état de putrilage plus ou moins complet. Les ganglions cervicaux se continuaient en se réunissant par une sorte de chapelet, avec ceux des médiastins et de l'aisselle. Les axillaires communiquaient avec ceux qui entourent les bronches et les cervicaux; ceux du pli de l'aine se liaient de la même manière avec ceux de l'abdomen, et on les suivait sans interruption, à travers l'arcade crurale, dans le bassin le long de la colonne vertébrale.

Le péricarde offrait souvent des plaques hémorragiques, ressemblant tantôt à des pétéchies, tantôt à de véritables ecchymoses. Le *cœur* était distendu par un sang noir, présentant souvent des caillots fibrineux, albumineux, jaunâtres. Le système veineux et surtout celui de la veine-cave inférieure et de la veine-porte, était distendu au plus haut degré. Les *plèvres* costale et pulmonaire ont présenté des pétéchies qu'on a retrouvées aussi à la surface de la muqueuse du tube digestif, où elles étaient beaucoup plus nombreuses et souvent confluentes. On a quelquefois trouvé des ulcérations superficielles sur la muqueuse intestinale dans les cas où la maladie avait eu une longue durée. Le *foie*, plus volumineux qu'à l'état normal, présentait quelquefois des taches pétéchiales à sa surface. La *rate* avait presque toujours le double de son volume, et quelquefois davantage. Rarement des pétéchies et des taches; son parenchyme, gorgé

de sang, était souvent ramolli jusqu'à l'état de bouillie. La vessie était presque toujours contractée.

Le *canal thoracique* insufflé a été trouvé constamment sain. Nous terminerons cet exposé des altérations pathologiques par une observation qui appartient à M. Bulard ; c'est que les vaisseaux intermédiaires entre les surfaces d'absorption et les ganglions ne sont jamais altérés.

M. Aubert a signalé une autre altération, sur laquelle même il avait bâti toute une théorie pour l'explication des phénomènes primitifs et secondaires de la peste ; c'est une rougeur remarquable des ganglions et des cordons nerveux du grand sympathique, et qu'il avait prise pour un effet de l'inflammation de ces organes. L'observation suivante, du docteur Clot, nous dispensera de nous arrêter plus longtemps sur cette prétendue altération et sur les indications que l'auteur en avait tirées relativement à la nature de la peste. « Notre confrère, dit M. Clot, n'avait pas remarqué que les taches rouges, espèce de pétéchies que l'un observe sur ces organes, sont, d'une part, le résultat d'infiltrations sanguines qui se font dans le tissu cellulaire environnant, et que, de l'autre, ces petites ecchymoses résultent de la rupture ou de la transsudation des rameaux veineux qui rampent sur le névrilemme ; c'est donc ici une imprégnation et non une rougeur inflammatoire de la pulpe nerveuse. »

Nature. — Il nous paraît difficile, avec les élémens que nous venons de recueillir, d'arriver à quelque chose de certain sur la nature de la peste. Nous ne ferons connaître que deux opinions sur ce point, celle de M. Bulard et celle du docteur Clot. Le premier regarde la peste comme le résultat d'une altération de la lymphe, laquelle entraînerait par la suite une altération du sang dans ses propriétés vitales et dans sa composition organique, et qui, elle-même, deviendrait la cause de la plupart des phénomènes qui constituent la maladie à l'époque où elle est appréciable. Il appuie surtout sa théorie sur la fréquence de l'altération des ganglions dès le début de la maladie, et souvent avant le développement de tous les accidens généraux, expliquant d'une manière peu intelligible l'introduction du miasme ou du virus, qui produit la peste dans les ganglions, sans que les vaisseaux lymphatiques soient eux-mêmes malades. Dans cette hypothèse, qu'il serait difficile de soumettre à une discussion sérieuse, que deviendraient les cas de peste dans lesquels on n'a point trouvé d'altération des ganglions ?

Le docteur Clot ne s'aventure pas dans la discussion de la nature de la peste, et après avoir pris, sans trop de nécessité, contre M. Bulard, la défense de la doctrine physiologique, qu'il convient lui-même ne pas être applicable à la peste, il termine par ces mots, que nous aimons à citer textuellement : « Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons point encore déterminer d'une manière précise la nature de la peste, parce que nous manquons de données exactes sur une multitude de choses indispensables pour pouvoir bien établir notre jugement ; parce que nous ignorons la nature de l'agent morbide, ses propriétés, sa manière d'agir, parce que nous ne pouvons suivre sa marche dans l'économie, ni apercevoir les premiers effets de son action. »

Traitement. — Nous ne pouvons reproduire ici toutes les médications qui ont été employées contre la peste, et qui toutes ont paru également inefficaces, malgré les louanges que n'ont pas manqué de leur donner leurs auteurs ; nous nous contenterons de signaler celles qui ont été proposées récemment.

M. Gosse employait deux médications différentes, suivant que les cas appartenaient à la première ou à la seconde des deux formes qu'il a décrites. Dans la première, les indications étaient de détruire, le plus tôt qu'il était possible, la gangrène charbonneuse, afin d'enrayer l'extension du mal, de favoriser la réaction inflammatoire environnante, et d'empêcher l'absorption du virus, indication qui était remplie par l'application de la potasse caustique sur les charbons et les bubons, aussitôt qu'ils se manifestaient. Une infusion chaude aromatique remplissait la seconde indication, qui était de stimuler l'action du système nerveux, pour soutenir les efforts de réaction et expulser, par les sueurs ou par d'autres voies, les principes nuisibles introduits dans l'économie. Dans la seconde forme, un moyen perturbateur, tel que l'émétique, était employé pour modifier l'état maladif du centre nerveux cérébro-spinal ; quand la fièvre était tombée ou diminuée, le sulfate de quinine était administré, comme dans les fièvres pernicieuses ; puis on faisait la médecine symptomatique. Nous ne savons si ce traitement a produit de nombreuses cures, car M. Gosse ne nous fait pas connaître le résultat de sa pratique, qui, en raison des circonstances, dut être très limitée.

De toute l'histoire de la peste, dit M. Bulard, la partie thérapeutique est la moins avancée : nous ne savons pas si la médication qu'il conseille, et qui est remarquable par sa nouveauté et sa hardiesse, a été plus utile que toutes celles conseillées par ses prédécesseurs, et qu'il assure avoir essayées en vain. Il n'y a d'intervention possible pour le médecin, dans le traitement de la peste, que pendant la première période, celle de prostration ; car, au-delà, quand la nature n'a pas fait elle-même les frais de la guérison, les désordres deviennent généraux, complexes, et les malades succombent. Dans ces cas, si, dès le premier ou le deuxième jour, rien n'annonce l'apparition prochaine, soit des charbons, soit des bubons, M. Bulard veut qu'on les provoque artificiellement. Or, voici comment il procède à cette opération : sur l'un des points qu'il indique, il fait glisser horizontalement une lancette dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-tégumentaire, de manière à former une poche de 7 à 8 lignes de longueur, et dans laquelle il introduit de 5 à 6 décigrammes du mélange suivant :

Prenez : Deuto-chlorure de mercure. . . . 4 grammes.
Proto-chlorure. . . . . 2 —

Si l'éruption bubonique n'a pas lieu le premier ou le deuxième jour, comme il y a toujours de la douleur sur les régions ganglionnaires qui doivent en devenir le siége, c'est sur ces régions qu'il pratique une incision assez profonde pour atteindre l'un des principaux des ganglions, au fond de laquelle il fait arriver de deux à six décigrammes du mélange précédent avec deux grammes d'inde et un peu de charpie ; puis il réunit par première intention ; des plaques charbonneuses et une fluctuation, que l'on provoque par des cataplasmes, ne tardent pas à apparaître à la suite de ces opérations et amènent un changement favorable dans tous les phénomènes morbides.

Cette médication, sur laquelle nous ne voulons pas nous prononcer, nous paraît pourtant être basée plutôt sur les idées hypothétiques que l'auteur s'est faites de la nature de la peste que sur les faits. Bien plus même, malgré le succès que l'auteur lui attribue, on pourrait douter qu'il en ait réellement fait usage, et croire qu'elle attend encore les premières expériences, car nous avons cherché en vain un seul cas où elle eût été employée parmi les 57 observations de peste que l'auteur a rapportées.

Avons-nous besoin de dire que la méthode antiphlogistique employée avec enthousiasme en Égypte par deux médecins français, le docteur Anbert et le docteur Rigaud, qui mourut victime de son dévoûment, ne tarda pas à être abandonnée ? Le premier a depuis, il est vrai, vanté dans son ouvrage l'efficacité du hachich ou chanvre indien. Mais comme les essais avec ce médicament paraissent avoir été faits dans les derniers temps de la peste, nous trouvons dans cette circonstance de justes motifs de douter de l'efficacité réelle de ce moyen. Nous terminerons par l'opinion du docteur Clot qui, reconnaissant l'impuissance de l'art et l'inefficacité de tous les moyens au début de l'épidémie, pense qu'on doit se borner à une thérapeutique rationnelle ou symptomatique. Pauvre résultat après tant de travaux, tant de dévoûment, et, disons-le aussi, tant de victimes !

Nous venons d'examiner les élémens de l'étude de la peste, recueillis par des médecins nos contemporains, et qui étaient initiés aux méthodes les plus récentes et à tous les progrès de la science, et maintenant nous devons reconnaître que nous n'en savons pas moins sur la peste que sur la plupart des affections qui s'offrent chaque jour à notre observation ; les progrès qui restent à faire, nous les attendrons aussi pour presque toutes les autres. Honneur donc aux hommes qui se sont exposés à une mort que plusieurs ont rencontrée, par dévoûment pour la science et pour l'humanité. Si tous leurs travaux nous offrent quelques lacunes, quelques plaintes ou quelques souvenirs pénibles, n'oublions point qu'ils en ont recueilli les matériaux sur une terre étrangère, sous des influences pénibles, et que, néanmoins, c'est à eux que l'Orient doit l'introduction de nos moyens d'étude, tandis que nous leur devons une connaissance plus avancée de ce fléau, qui, depuis tant de siècles, effraie à la fois les peuples de l'Orient et de l'Occident ; et encore aujourd'hui est un obstacle puissant aux rapports internationaux de tous ces peuples.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET C°, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 47. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 20 NOVEMBRE 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

VALEUR DE L'APPLICATION IMMÉDIATE DE L'APPAREIL DANS LES FRACTURES DES MEMBRES; par F.-L. Tavignot.

Si, de temps en temps, on voit surgir du vaste domaine de la pathologie externe quelques points placés en relief et mis pour ainsi dire à l'ordre du jour, par les discussions dogmatiques auxquelles ils ont donné naissance, ou mieux encore par les découvertes thérapeutiques dont notre époque les a enrichis, il en est d'autres plus nombreux encore, qui, en raison même de leur importance et de leur application journalière, méritent au plus haut degré les continuelles méditations du chirurgien; parler ici de la thérapeutique des fractures.

Depuis quelques années surtout, cette partie de notre art a particulièrement fixé l'attention du monde chirurgical, et, soit en France, soit à l'étranger, on a vu s'introduire dans la pratique, pour le traitement de ces affections, divers appareils dont quelques-uns sont tout à fait nouveaux, tandis que d'autres diffèrent des anciens par d'heureuses modifications (1). Il n'entre pas aujourd'hui dans le plan de notre travail de discuter d'une manière approfondie la valeur relative de ces différens appareils, les services qu'ils peuvent rendre à la chirurgie pratique; nous devons nous restreindre davantage et nous occuper seulement :

1° De l'époque à laquelle on doit appliquer un appareil dans les fractures des membres (en prenant en considération l'état de simplicité ou de complication de la solution de continuité).

2° De l'espèce d'appareil qu'il convient d'appliquer.

3° Des divers accidens qui peuvent résulter de l'application intempestive de ces appareils et de la cause de ces accidens.

La question de l'époque à laquelle il convient d'appliquer l'appareil dans les fractures des membres se trouve *surtout* intéressante à examiner, depuis l'introduction dans la pratique de l'appareil inamovible, devenu, depuis plusieurs années, l'objet de l'attention générale, sur l'un comme sur l'autre continent (2). La solution des diverses parties du problème qui nous occupe maintenant a varié et varie encore tous les jours, selon les divers praticiens; c'est donc à examiner attentivement les argumens qu'ils mettent en avant pour justifier leur manière de voir, que nous devons surtout nous attacher. Nous prendrons pour point de départ de nos déterminations, et les résultats de la pratique d'un grand nombre de chirurgiens, consignés dans les recueils scientifiques, et les observations qui nous sont propres. C'est seulement en asseyant notre travail sur de pareilles bases que nous pourrons espérer de lui donner quelque valeur et quelque intérêt chirurgical.

On s'étonnera peut-être de nous voir traiter tour à tour les diverses

(1) Citons entre autres : 1° l'hyponarthrécie de Sauter, modifié par Mathias Mayor; 2° l'appareil de Smith; 3° l'appareil inamovible, supérieur aujourd'hui à ce qu'il était du temps de Moscati et même de M. Larrey.

(2) Voyez un mémoire assez complet sur l'appareil inamovible, par un chirurgien américain, Van Buren, dans le The American Journal of the Medical Sciences, n. LI, mai 1840.

Feuilleton.

NOUVELLES RECHERCHES A L'OCCASION D'UN FAIT DE VISION DITE MAGNÉTIQUE.

Nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié, quoiqu'il y ait bien déjà deux mois d'écoulés, le récit de quelques expériences faites en commun par le docteur Dechambre et nous, pour vérifier l'existence d'un des phénomènes les plus curieux attribués à l'état de somnambulisme magnétique (1), la vision au travers de corps opaques. Le sujet de l'observation était la demoiselle Prudence, qui s'était acquis, en province et à Paris même, une brillante réputation de lucidité somnambulique. Cette jeune fille avait été examinée, chez le docteur Frappart, par un grand nombre de médecins et par un public choisi. L'apparente rigueur de l'expérience avait déterminé la conviction d'un grand nombre d'observateurs, et ceux mêmes qui n'étaient pas entièrement convaincus se déclaraient incapables d'expliquer nettement les motifs de leur doute, et de formuler une objection directe. Nous étions personnellement du nombre de ces derniers. Les circonstances accessoires et concomitantes du fait nous étaient, au plus haut degré, suspectes; mais le fait lui-même, considéré isolément, restait pour nous inexplicable, dans ce sens, qu'en n'admettant pas l'intervention de la faculté somnambulique, nous n'avions, parmi les élémens de vérification à notre disposition, aucun moyen d'interpréter naturellement son mode de production. Quoique nous n'eussions, théoriquement et *à priori*, aucune raison de nier la possibilité du phénomène, ainsi que nous l'avons souvent déclaré ici et ailleurs, nous n'étions cependant nullement disposé à en certifier l'existence avant d'avoir épuisé tous les moyens de constatation exigés par une logique sévère et une critique indépendante. Nous comprîmes dès-lors que la simple observation extérieure du fait ne suffisait pas à beaucoup près pour fonder une conviction légitime, et nous résolûmes, conjointement avec M. Dechambre, de faire des expériences directes. Ces expériences consistèrent à nous placer nous-mêmes dans les mêmes conditions que la somnambule, et à étudier ce qui en résulterait. Ayant donc mis sur nos yeux l'appareil employé pour la demoiselle Prudence, avec les mêmes précautions et dans des conditions identiques, il nous fut démontré : 1° que sous cet appareil les yeux pouvaient s'ouvrir et se diriger dans tous les sens; 2° que la lumière pouvait pénétrer sous cet appareil par des fissures, des bâillemens, des décollemens, et dans tous les sens, en haut, en bas, sur les côtés, de manière à permettre la

(1) Voir la Gazette Médicale du 11 septembre, n. 37, au feuilleton, et dans l'Examinateur médical du 11 septembre, l'article ayant pour titre : Expériences de MM. Peisse et Dechambre pour vérifier un fait de vision dite magnétique.

questions relatives à l'application de l'appareil ordinaire et inamovible, au lieu de trancher une question et d'adopter exclusivement l'un de ces appareils au détriment de l'autre; mais nous pensons que ces deux méthodes de traiter les fractures peuvent avoir leurs avantages dans des circonstances pathologiques données, et, qu'à ce titre, elles méritent toutes deux d'être conservées dans la pratique.

Aussi s'il fallait nous prononcer ici sur la valeur absolue de tel appareil au détriment de tel autre. Nous renoncerions à traiter un pareil sujet et nous nous garderions bien de vouloir trancher une question débattue aujourd'hui entre MM. Larrey, Sentin, Velpeau, A. Bérard, Blandin, Laugier, Breschet, Michon, etc., partisans déclarés de l'appareil inamovible et quelques autres praticiens qui sont restés fidèles à l'ancienne méthode, M. Malgaigne (1), par exemple, qui, dans un mémoire assez récent, vient de formuler ses griefs contre cette nouvelle thérapeutique des fractures.

Mais il faut bien en convenir, c'est aujourd'hui un fait définitivement acquis à la science, l'appareil inamovible peut rendre de grands services dans le traitement des fractures, et même à plus d'un titre, la généralisation de son application en France est une conquête chirurgicale contemporaine, dont on devra plus tard tenir compte sans doute aux chirurgiens habiles que nous avons déjà nommés.

Mais il ne s'agit point ici d'indiquer les avantages de l'appareil dextrine avec lequel nous avons été longtemps en rapport, lorsque nous étions attachés au service de M. le prof. Blandin, qui, un des premiers, le mit en usage à l'Hôtel-Dieu de Paris. Nous devons, au contraire, afin de rendre plus générale encore s'il est possible son application, tâcher d'indiquer les inconvéniens graves parfois, qu'elle pourrait avoir, si on ne la soumettait pas à des règles fixes et rationnelles. Opposer des faits à des faits, n'est-ce pas fournir des matériaux à ceux qui, plus tard, voudront porter un jugement définitif, basé sur l'observation?

Nous aurons soin d'éviter dans ce travail de discuter les raisons théoriques pour ou contre, qui ont été alléguées par les partisans ou les antagonistes de l'application immédiate ou médiate de l'appareil. Dans une science d'observation, la partie théorique et dogmatique n'est que secondaire et doit toujours se laisser remorquer par la partie pratique et empirique. Il y a plus, c'est que, lorsqu'il s'agit purement et simplement de pratique, on peut faire pour un instant abstraction d'idées théoriques, et trop souvent spéculatives. Nos observations, par elles-mêmes, ont bien sans doute quelque intérêt; considérées même sous un point de vue différent de celui que nous avons regardé comme le véritable. Ceux qui, adoptant une méthode différente, proclameraient des principes opposés, devront donc tenir compte de nos faits et chercher, s'il est possible, à leur donner une interprétation favorable à leur manière de voir; à ceux qui viendraient proclamer hautement les succès qu'ils obtiennent journellement par une méthode opposée à celle qui sortira de nos observations, notre réponse est toute faite; nous ne contesterons pas ces faits, nous nous plaisons à les reconnaître; nous faisons des vœux pour que cette pratique soit toujours heureuse, mais nous n'osons pas l'espérer. Des chirurgiens distingués qui avaient primitivement suivi cette doctrine, ont été forcés de la déserter plus tard.

Dans certaines circonstances, l'application immédiate de l'appareil étant loin d'offrir des avantages capables de compenser les accidens funestes qu'elle peut déterminer, nous devrons agiter la question de son application médiate. Indiquer les inconvéniens graves d'une méthode, n'est-ce pas; faire jusqu'à un certain point faire ressortir les avantages de celle qui lui est opposée?

§ I. — DE L'ÉPOQUE A LAQUELLE DOIT ÊTRE APPLIQUÉ L'APPAREIL DANS LES FRACTURES DES MEMBRES.

Deux opinions opposées se partagent ce point de la science: 1° les uns veulent que l'appareil soit immédiatement appliqué dans toute espèce de fracture, de manière à pouvoir maintenir dans leur rapport convenable les extrémités fracturées, et qui n'ont qu'une trop funeste tendance à se déplacer, soit sous l'influence des contractions musculaires, soit sous celle des divers mouvemens opérés par le malade, ou bien sous cette double influence à la fois. Il faut en convenir, l'indication qui se présente d'elle-même et la première dans une fracture, après la réduction, c'est de maintenir en rapport et en contact aussi immédiat que possible les surfaces osseuses; car l'observation démontre ce que la théorie avait déjà fait prévoir, l'influence défavorable sur la marche de la lésion osseuse, de l'inflammation plus ou moins vive que de pareils mouvemens ne tardent pas à déterminer, soit dans le tissu cellulaire environnant, soit au sein du tissu musculaire lui-même, ou bien des lésions artérielles ou nerveuses, que les aspérités des fragmens peuvent parfois produire. Nous devons tenir compte aussi des accidens convulsifs, tétaniques ou autres, si fréquens dans les contrées méridionales, et que l'on voit compliquer, dans quelques cas, des fractures aussi simples que possible; c'est surtout après une course plus ou moins longue dans une voiture mal suspendue que les malheureux blessés ont vu survenir ces terribles complications. Ainsi donc, autant pour éviter ces accidens que pour maintenir en rapport les parties fracturées et dont le déplacement est toujours très douloureux, il faudrait, d'une manière générale, admettre l'application immédiate d'un appareil à fracture.

Mais il est encore une autre raison qu'ont mise en avant les partisans de l'application immédiate, et à laquelle ils ont fait jouer un grand rôle dans la thérapeutique de ces affections. Nous voulons parler de l'heureuse propriété dont jouirait un appareil compressif immédiatement appliqué, de s'opposer au gonflement ultérieur qui survient si souvent, comme on le sait, du deuxième, troisième ou quatrième jour de l'accident, et qui s'est porté parfois à un degré assez considérable, surtout dans les fractures produites par une cause directe.

Ceux qui professent cette manière de voir mettent, à la vérité, une condition indispensable à cet heureux résultat, c'est son application tellement méthodique, que la constriction porte également sur tous les points du membre, et partout à un égal degré. Ils prétendent, de cette manière, éviter, dans tous les cas, le gonflement inflammatoire des parties molles environnant la fracture, et, dans tous les cas, s'opposer au développement d'un des accidens malheureusement trop fréquent dans le

(1) BULLETIN THÉRAPEUTIQUE, 15 septembre 1839. Pour ce qui est d'un grief plus récent, que M. Malgaigne a fait valoir contre l'application immédiate de l'appareil dextriné, l'arrêt dans la formation du cal, cette objection ne nous a pas paru assez générale pour être d'un grand poids. (RECHER. HIST. SUR LES APPAREILS.)

---

vision des objets placés dans le champ de la vue normale. Et, dès-lors, nous en conclûmes: 3° que ladite demoiselle Prudence n'avait pas besoin d'une faculté exceptionnelle pour voir, au travers de son masque, les objets qui lui étaient présentés, puisque nous-mêmes, étant dans l'état naturel de veille et non magnétisés, et placés dans les mêmes conditions, nous les voyions absolument de la même manière.

Dans ces expériences, répétées souvent sur nous et sur d'autres personnes, nous constatâmes que, dans aucun des cas où la vision s'opérait, les spectateurs et observateurs ne pouvaient, du *dehors*, reconnaître le point par où elle s'effectuait, ni même le plus souvent le soupçonner; circonstance importante, en ce qu'elle prouve, entre autres choses, la nullité des preuves d'occlusion tirées de l'intégrité *apparente* de l'appareil, examiné du dehors; preuves qui, jusque-là, étaient les seules qu'on eût apportées en faveur de la sincérité de l'expérience.

Nous rappellerons aussi avec satisfaction que le docteur Frappart (qui n'est pas suspect), ayant répété nos essais, se convainquit de la vérité de nos assertions, quant à la possibilité de voir à travers l'appareil de Prudence, et y adhéra publiquement. Nous n'attendions pas moins, au reste, de sa loyauté scientifique, et nous allons bientôt avoir l'occasion de l'invoquer de nouveau.

Le fait dont il va être question est, quant au fond, absolument semblable au précédent. Il s'agit encore d'un phénomène de vision prétendue magnétique qui se trouve être un phénomène de vision naturelle. Le héros de notre histoire n'est pas, cette fois, une jeune fille; c'est un jeune homme de 20 ans, nommé Calyxte, célèbre déjà dans les fastes du magnétisme, et même, à ce qu'il nous semble, un des plus fameux somnambules qui aient été jusqu'ici présentés à l'admiration publique. Quiconque s'occupe, dans un but quelconque, de magnétisme animal, a sûrement entendu parler de Calyxte. Son magnétiseur, M. Ricard, a parcouru avec lui la France entière, et depuis un an, à notre connaissance, il donne périodiquement chaque semaine, à Paris, des preuves de sa prodigieuse lucidité, dans des séances ou représentations magnétiques publiques. Attiré par la célébrité de ce somnambule, et désirant vivement constater chez lui ce que nous n'avions pu constater chez Prudence, nous résolûmes, avec M. Dechambre, de l'observer et étudier avec tout le soin dont nous étions capables, décidés à publier, dans l'intérêt de la science, le résultat, quel qu'il fût, de notre examen.

Ce qui suit est l'histoire de ces recherches et l'énoncé de leur résultat.

Le phénomène à constater, disions-nous, était la vision ou perception des objets, malgré l'occlusion complète des yeux par un corps opaque. Nous ne ferons (pour le moment au moins) porter la recherche que sur cet unique phénomène.

Voici d'abord les faits dont nous avons été témoins dans un assez grand nombre de séances, et qui se sont toujours reproduits identiquement de la même manière, sauf quelques variations insignifiantes.

Calyxte, jeune homme de 20 ans, de constitution forte, à physionomie mobile, au regard hardi, étant introduit, s'assied sur un fauteuil à la Voltaire, placé sur une espèce de plancher ou estrade de bois d'un demi-pied de hauteur. Le fauteuil est adossé au mur et entièrement isolé de tous les autres côtés. Ce sujet étant assis se trouve élevé de quelques pouces au-dessus du parquet. Les spectateurs sont placés tout autour de la salle sur des bancs en amphithéâtre; les plus voisins du fauteuil du somnambule, ceux de face, en sont éloignés d'environ deux

traitement des fractures, l'étranglement et la gangrène. Nous verrons plus tard jusqu'à quel point cette prétention doit être admise en saine thérapentique chirurgicale, et quels sont les accidens qu'elle peut entraîner après elle.

Parmi les praticiens qui mettent journellement en usage ce précepte et procèdent à l'application immédiate de l'appareil; une fracture étant donnée, il faut établir une distinction entre ceux qui mettent, dans ce cas, en usage l'appareil ancien, et les autres qui emploient l'appareil inamovible. Il faut encore distinguer les fractures simples de celles qui sont composées et compliquées, les circonstances, en effet, étaient loin d'être les mêmes dans ces différens cas.

§ II. — DE L'ÉPOQUE A LAQUELLE IL FAUT APPLIQUER L'APPAREIL ORDINAIRE DANS LES FRACTURES SIMPLES DES MEMBRES.

Dans une fracture simple, produite par une cause indirecte, c'est-à-dire sans beaucoup de contusion des parties molles correspondantes au siége de la fracture, et même dans celles qui sont produites par une lésion traumatique directe, l'application immédiate d'un appareil contentif ordinaire peut offrir de grands avantages, comme nous l'avons déjà fait pressentir; cependant, même dans ces cas, non seulement l'appareil doit être médiocrement serré; mais, de plus, il faut, et ce précepte est de rigueur, que le malade soit revu plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, de manière à pouvoir le desserrer à temps, le gonflement survenant, et s'opposer ainsi aux développemens d'escarres gangréneuses. Il faudrait bien se garder, pour visiter le malade ou desserrer l'appareil, d'attendre que celui-ci vous y invite; car, en agissant ainsi, on s'exposerait à de graves mécomptes. Outre qu'à l'état normal le mode de sensibilité varie considérablement, selon les divers individus, il est des circonstances spéciales, générales (ivresse, délire, prostration), ou locales (lésion d'un tronc nerveux, paralysie antérieure à la fracture, etc.), qui peuvent singulièrement induire le praticien en erreur. Il convient de s'assurer par soi-même de l'état des choses et du degré de constriction exercée par les moyens contentifs et compressifs que l'on met en usage. C'est, sans aucun doute, à l'inobservance de ce précepte qu'il faut rapporter les cas, malheureusement trop nombreux, de gangrènes partielles ou totales, que l'on rencontre dans les auteurs, et que nous avons observés nous-mêmes, comme le démontrent les exemples rapportés plus bas. Ce point de la thérapeutique des fractures est tellement important, qu'il domine pour ainsi dire toutes les autres questions qui ont trait à ce sujet. Et nous n'hésitons pas à le proclamer, dans les cas où, par suite de circonstances indépendantes de la volonté du chirurgien, comme cela se rencontre parfois dans la pratique de nos provinces, ces conditions ne sauraient être remplies; nous hésiterions à prescrire, pour ces cas particuliers, l'application immédiate de l'appareil ordinaire, nous pensons qu'il serait encore préférable d'attendre que la période inflammatoire fût passée. Précisément parce qu'il exerce une constriction en général moins forte, et qu'il est d'ailleurs plus facile d'apprécier, autant qu'à cause de l'extrême faculté avec laquelle il peut être desserré et relâché à volonté, l'appareil ordinaire est donc celui que l'on doit appliquer, d'une manière immédiate, dans les fractures simples des membres.

Contrairement à l'opinion de certains auteurs, on peut affirmer que lion de s'opposer toujours au gonflement quelquefois énorme qui suit souvent une fracture produite par une cause directe; l'appareil ordinaire, *méthodiquement* appliqué, semble plutôt changer un accident, en général peu grave (le gonflement), en un autre sans remède (la gangrène). Pour des cas de cette nature (ceux avec contusion), il serait convenable d'admettre une exception à la loi générale que nous posions tout à l'heure, ou, si l'on aime mieux encore, faire rentrer ces fractures avec contusion violente, dans les cas de fractures compliquées, pour leur appliquer le traitement dont nous parlerons tout à l'heure. Quelques exemples graveront plus profondément cette maxime dans l'esprit.

FRACTURE DE LA JAMBE GAUCHE; APPLICATION DE L'APPAREIL 6 HEURES APRÈS L'ACCIDENT; GONFLEMENT ÉNORME; PLAQUES GANGRÉNEUSES DE LA PEAU; MORT (1).

OBS. I. — Dans les premiers jours du mois de mars, on amena à l'Hôtel-Dieu une femme, agée de 65 ans, dont la jambe gauche venait d'être fracturée vers son tiers inférieur par la roue d'un cabriolet; le membre ne présentant aucun gonflement, l'appareil ordinaire des fractures de jambe fut appliqué. Trois jours se passent, et la malade ne se plaint nullement de sa jambe, qui ne lui fait éprouver *aucune douleur*. Vers le soir du troisième jour, la malade ressent quelques élancemens dans sa jambe fracturée, et se plaint de ce que l'appareil est trop serré. On lève de suite ces dernier, et l'on trouve la jambe extrêmement gonflée, tendue et brunâtre par plaques (cataplasmes arrosés d'eau végéto-minérale). La malade reste ainsi un jour et demi sans appareil; pendant ce temps, le membre ne diminue pas de volume, et vers le soir, c'est-à-dire cinq jours après l'accident, des symptômes généraux se développent, la suffocation survient, et la malade succombe.

A l'autopsie, on trouve une fracture de l'extrémité inférieure du tibia et supérieure du péroné; les fragmens baignaient dans une sanie rougeâtre assez abondante. La peau dans plusieurs endroits était gangrenée; les viscères ne présentaient rien de particulier.

On comprend mieux encore, après la lecture de cette observation, combien l'infraction à la règle que nous posions tout à l'heure peut avoir de graves conséquences; il ne faut donc pas attendre l'avertissement des malades pour examiner leur membre fracturé plusieurs fois dans les premiers jours. C'est évidemment en dérogeant à ce précepte, c'est-à-dire, en ne levant l'appareil que le troisième jour après l'accident, que l'on a à déplorer une gangrène de la peau, un étranglement profond, et la mort qui en a été la conséquence.

Il peut, à la suite de fracture accompagnée de contusion des parties molles, survenir un gonflement inflammatoire sous-aponévrotique, tel qu'un étranglement produit par cette enveloppe fibreuse inextensible en soit la conséquence. La visite fréquente de l'appareil dans les premiers jours, en permettant de constater l'état des parties, fera reconnaître l'espèce de complication à laquelle on aura affaire, et son traitement appliqué au début ne pourra pas plus que gagner en heureux résultat.

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE LA JAMBE; APPLICATION DE L'APPAREIL ORDINAIRE PEU DE TEMPS APRÈS L'ACCIDENT; GONFLEMENT AVEC PHLYCTÈNES; DÉLIRE; MORT.

OBS. II. — Le 8 février 1837, on amena à l'Hôtel-Dieu la femme Minet, âgée

(1) Rendu, DES FRACTURES (J. CONN. MÉD. CHIR., t. II de la 4e année, p. 238).

---

mètres, les autres et surtout ceux des second et troisième rangs en sont à une plus grande distance encore. Le sujet étant placé sur le fauteuil, un magnétiseur assis en face de lui, commence les passes d'usage. Au bout d'une ou deux minutes, le magnétisé donne des signes visibles d'anxiété; il fait de petits mouvemens saccadés du corps et des membres, tourne et retourne sa tête d'un air d'inquiétude, tend et détend ses bras, etc. Ces symptômes appartiennent, dit-on, à l'état de magnétisation qui précède immédiatement le sommeil. A ces mouvemens généraux, communs à tous les somnambules, Calyxte ajoute des contractions particulièrement remarquables de tous les muscles de la face. Il élève et abaisse alternativement la peau du front et des sourcils, il ouvre et ferme rapidement les yeux, auxquels il imprime un roulement effrayant; les joues, les lèvres, les ailes du nez entrent simultanément en jeu. Ces tiraillemens convulsifs du visage se reproduisent plus ou moins fréquemment pendant les premiers instans de la magnétisation. Au bout de deux, trois, quatre ou cinq minutes, le sujet ferme les paupières qui demeurent immobiles, sa tête se penche légèrement sur la poitrine, ses bras s'allongent sur ses genoux, la respiration prend un rhythme régulier, et le magnétiseur le déclare endormi. Interrogé s'il peut voir, le somnambule répond affirmativement, et on procède immédiatement à l'occlusion des yeux.

L'appareil de Calyxte est fort simple; c'est un mouchoir ordinaire et du coton cardé. On applique d'abord sur les deux yeux maintenus fermés une masse de coton qui remplit toute la cavité orbitaire, dépassant un peu en haut l'arcade sourcilière, et s'étendant en bas à quatre à cinq lignes au-dessous du bord inférieur de l'orbite; le nez sépare ces deux couches de coton, qui ne se réunissent bien que vers sa racine et entre les deux sourcils. Ce coton peut être appliqué soit par flocons isolés, soit de toute autre manière. Il suffit que la couche totale ait les limites dont nous venons de parler. Le coton étant ainsi placé et maintenu par les deux mains d'une personne, une autre prend le mouchoir, ployé en cravate, l'applique sur les tampons de coton, croise les bouts derrière la tête, un peu au-dessus de la crête occipitale, et les ramenant enfin en avant les fixe par un nœud placé le plus souvent un peu au-dessous et quelquefois au niveau de la racine du nez; le mouchoir ainsi ployé forme un bandeau d'environ trois pouces et demi de largeur. Examiné en place, il s'étend en haut jusque vers la moitié du front; en bas il s'arrête vers le milieu du nez. Pendant qu'on applique cet appareil le somnambule donne des signes manifestes d'impatience, il remue les bras, s'agite dans son fauteuil; il se penche en avant, baisse la tête comme pour chercher le bandeau qu'on se dispose à lui appliquer, et presse fortement dessus dès que son front le rencontre. Cette attitude qu'il prend constamment rend parfois assez difficile la position du mouchoir qu'il faut placer pour ainsi dire à la volée. Dès que le bandeau est placé et que les bouts sont ramenés en avant, il se relève assez brusquement, maintient sa tête dans la direction verticale pendant qu'on fait le nœud, mais toujours avec des mouvemens, des gestes et même des paroles d'impatience; puis enfin quand le nœud est fait, il se renverse fortement en arrière, comme pour se reposer de la fatigue qu'il vient d'éprouver. Dans ce mouvement, qui est assez constant, le derrière de sa tête va frapper sur le dossier du fauteuil qui est très élevé et offre en haut une courbure antérieure assez saillante. Après être resté un instant ainsi renversé, il se relève lentement et tout d'une pièce, en prenant pour point d'appui les bras du fauteuil

de 66 ans. Cette femme se laisse tomber en montant un escalier, ressent une vive douleur dans la jambe gauche, ne peut se relever, et se fait transporter à l'hôpital. On reconnaît une fracture de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe; et, bien qu'il y ait déjà un peu de gonflement, on applique l'appareil. Le lendemain, la jambe est volumineuse, tendue, douloureuse et couverte de phlyctènes. On fait placer le membre sur le côté externe, et l'irrigation continue est employée.

Le 10, le gonflement de la jambe est un peu moindre; la douleur est moins vive; pendant la nuit, du délire survient, qui augmente la nuit suivante. La malade s'agite dans son lit. On ne peut continuer les irrigations. On insiste sur les opiacés administrés en lavemens et potions, et ces moyens ne peuvent arrêter le délire. Cependant, sous l'influence des irrigations que l'on a pu reprendre, le gonflement de la jambe a beaucoup diminué, et a fini par disparaître complètement; mais plus tard des escarres se développèrent au sacrum et au niveau du trochanter; le délire persista en présentant des alternatives de redoublement et de diminution. Enfin, la malade allant toujours s'affaiblissant a fini par succomber le 26 mars. Il y avait à cette époque un commencement de consolidation entre les fragmens de la fracture, comme l'a démontré l'examen nécroscopique.

Quoique la terminaison fatale ne dépendît point, dans les cas particuliers, des accidens déterminés par l'application immédiate de l'appareil, il faut dire cependant qu'elle a été pour quelque chose dans les symptômes précurseurs d'une mortification de la peau qui ont pu faire craindre une gangrène plus étendue. L'heureuse influence des irrigations d'eau froide, qu'on a eu le tort dans ce cas de ne pas employer dès le début, est bien pour quelque chose dans la terminaison favorable de la fracture; car on sait quelle a surtout pour résultat, employé au début des lésions traumatiques, de faire avorter l'inflammation qui en est une conséquence nécessaire.

FRACTURE DE LA JAMBE; APPLICATION IMMÉDIATE DE L'APPAREIL ORDINAIRE; SPHACÈLE; AMPUTATION; MORT.

Obs. III. — Dans les premiers jours de janvier 1837 est entré à l'Hôtel-Dieu le nommé Victor Brif..., âgé de 42 ans, maçon, d'une forte constitution et d'un système musculaire très développé; en se livrant à ses travaux habituels, il reçut sur le milieu de la jambe gauche le choc d'une pierre de taille très volumineuse; mais dont l'impulsion avait été quelque peu ralentie par la presence d'un échafaudage qu'elle a dû briser avant d'atteindre ce malheureux. A son entrée à l'hôpital, le chirurgien de garde reconnaît une fracture simple des deux os de la jambe gauche vers leur partie moyenne, avec épanchement sanguin, sous-cutané, résultat de la contusion des parties molles produite par la cause fracturante dont l'action a été decrite. Il se met en devoir d'appliquer immédiatement un appareil ordinaire de fracture, comme moyen de contention; cet appareil fut convenablement serré.

Le lendemain à la visite, le chirurgien en chef du service, instruit de ce dont il s'agissait, ne trouvant pas l'appareil trop serre, et le malade d'ailleurs n'accusant pas de vives douleurs dans sa jambe, laissa les choses dans l'état où elles étaient. Pendant la nuit, le malade éprouva des fourmillemens, des engourdissemens dans le membre fracture, accompagnés de temps en temps de douleurs lancinantes excessivement vives au dire des gens de service; il eut aussi un peu d'agitation et de *subdelirium*.

A la visite du matin (6 janvier), on dut de suite procéder à l'examen de la jambe; et à notre grande surprise, nous constatâmes qu'il y existait un gonflement général très manifeste, avec teinte violacée de la peau, abaissement très notable de la température, perte complete de sensibilité remontant jusqu'au genou. Comprenant la gravité de la circonstance, en presence du sphacèle de la plus grande partie du membre inférieur, le chirurgien en chef n'hésita pas à proposer l'amputation immédiate de la cuisse, et qui fut pratiquée le lendemain.

7 janvier. Cette opération ne présenta rien de particulier, soit que l'état général se fût encore aggravé, ou bien que la gangrène ait encore fait des progrès; toujours est-il qu'il n'accusa aucune douleur, et ne jeta pas même un cri pendant toute la durée de l'opération.

Le 8, état de prostration, stupeur de la face, *subdelirium*, teinte ictérique très prononcée et de la peau et des scléroliques. Le malade va s'affaiblissant de plus en plus, et succombe le 10, trois jours après l'amputation.

S'il est dans le traitement des fractures des accidens à éviter et des complications à prévenir, il n'en est pas de plus terrible et de plus redoutable que la gangrène. Dans les cas les plus heureux on en est quitte pour une mutilation du membre; dans d'autres, la terminaison est fatale comme dans celui-ci. A quoi est due cette complication si redoutable dans ce cas particulier? La fracture par elle-même était aussi simple que possible; elle se trouvait seulement accompagnée d'une contusion assez forte, sans désorganisation de la peau, ni des parties molles sous-jacentes. L'application immédiate d'un appareil convenablement serré d'abord, et plus tard devant fortement comprimer les parties par suite du gonflement inflammatoire ultérieur doit bien être comptée pour quelque chose et entrer en ligne de compte parmi les causes que l'on pourrait invoquer. Si un accident de cette nature se rencontre, surtout après l'application immédiate des appareils, dans un certain nombre de cas, il faut bien en convenir, l'application de ces appareils est donc loin d'être aussi innocente que sembleraient l'insinuer certaines personnes; ne suffit-il pas d'ailleurs qu'un pareil accident puisse se produire, même dans des cas exceptionnels, pour que nous devions, comme *méthode générale*, la proscrire dans tous les cas, ou produite par une cause directe, la fracture sera ou pourra être accompagnée d'un gonflement plus ou moins considérable.

Les avantages que fournit l'application immédiate de ces appareils sont loin, en effet, de contrebalancer un accident aussi terrible que la gangrène. Ne sait-on pas, en étudiant le mécanisme de la consolidation des fractures, que rien ne presse dans les premiers jours où la nature ne fait encore aucuns frais pour ainsi dire pour la consolidation définitive du cal?

Lorsque dans une science toute de pratique et d'application, comme la nôtre, on formule des préceptes, on établit des lois générales, on est bien en droit d'exiger que ces préceptes et ces lois puissent être d'une pratique et d'une application générales aussi; eh bien! nous le demandons, si dans nos hôpitaux de Paris, là où le service est aussi actif et éclairé que possible; là où l'application des appareils est faite par les partisans mêmes de cette application immédiate, c'est-à-dire par ceux qui ont le plus grand intérêt à voir leur méthode réussir; si, dis-je, on y observe des accidens funestes, des complications gangréneuses le plus souvent mortelles, que doit-ce donc être lorsque l'on pratiquera dans des conditions plus défavorables, dans nos provinces, par exemple, où le blessé peut se trouver à une certaine distance éloigné du chirurgien et où par conséquent la surveillance devra être moins active; évidemment il faut tenir compte des circonstances, et une condition indispensable pour la réussite d'une méthode que l'on veut généraliser, c'est qu'elle soit applicable dans tous les cas ou au moins dans le plus grand nombre.

Quelles sont donc les espèces de fractures *simples*, où l'application immédiate de l'appareil ordinaire soit rationnellement possible? Quelles

---

sur lesquels il se hisse avec ses mains, et reprend la position verticale. Dans ce mouvement d'ascension, que sa constante répetition nous engageait à étudier, nous avons remarqué que l'occiput du somnambule n'abandonnait le dossier rembourré du fauteuil qu'après en avoir plus ou moins fortement frotté ou raclé la surface. Une fois sur son séant, il déclare qu'il voit; il demande d'un ton d'impatience, d'autorité et même de défi qu'on apporte des cartes, des livres; et aussitôt en effet il reconnaît les objets qu'on lui presente, soit des lettres, soit des images. Il se trompe rarement. Pendant toute la durée de l'épreuve, Calyxte reste, en général, immobile dans la position qu'il a prise en debutant. Sa tête, légèrement inclinée en arrière, est fixe tant que les objets à voir sont places dans un espace circonscrit, détermine et invariable, par exemple, sur le côté gauche ou droit de la table qui est devant lui; mais si les objets à voir sont ou successivement ou simultanément séparés les uns des autres par un espace plus grand, il ne les aperçoit qu'en changeant plus ou moins sensiblement la position de sa tête. En l'examinant de très près et à tous les instans (et ce n'est qu'ainsi qu'on peut decouvrir quelque chose), on voit les muscles du front et du visage répeter les contorsions violentes précedemment decrites. Pendant ces contorsions le bandeau eprouve un mouvement alternatif de hausse et de baisse, qui ne doit guère être visible à la distance de quatre ou cinq pieds dans une salle mal éclairée. Toutefois ces mouvemens sont relativement peu fréquens, ou du moins on ne peut bien constater que les plus exagérés, ceux d'une moindre intensité pouvant facilement échapper à l'œil. Aux mouvemens partiels se joignent de temps en temps des poses, des attitudes particulières. Ainsi lorsqu'avant de commencer l'experience ou pendant son cours, on demande à verifier si le bandeau et le coton sont bien à leur place, le somnambule se renverse tout à fait en arrière, en dehors du dossier, sur un bras du fauteuil; son corps prend une position presque horizontale, et sa tête appuie latéralement sur le rebord du dossier. Cette position renversée a pour motif apparent de montrer completement et d'un coup tout le champ de la face aux vérificateurs. Quoi qu'il en soit, il nous a semble que dans cette pose, toujours prise brusquement, le contact du bandeau sur le rebord du fauteuil n'était pas une circonstance purement accidentelle. Il en est de même d'une autre attitude, dans laquelle le somnambule, mettant son coude sur son genou, appuie un des côtés de la tête sur sa main ouverte, comme pour se reposer. Cette pression de la main sur le bandeau ne nous a pas paru non plus tout à fait indifferente.

C'est sur une table placée devant lui qu'on met les objets à voir. Si ces objets ou figures sont grosses et très connues, comme des cartes à jouer, Calyxte les nomme de suite, sans les déplacer, ni sans se déplacer lui-même. Lorsque les images sont plus petites ou peu usuelles, telles que des lignes d'écriture fine ou en caractères particuliers, il est obligé de rapprocher le papier de son œil, en le prenant dans ses mains, ou de rapprocher son œil du papier, en s'inclinant vers la table. Cette circonstance est si constante, que le magnétiseur invite le public à écrire en très grosses lettres, attendu, dit-il, que la lecture des écritures menues fatigue beaucoup le somnambule. Quelquefois on lui fait reconnaître des cartes à la distance de trois à quatre pas. Dans cette expérience, les cartes sont placées sur une table posée sur le sol, tandis que le somnambule est sur une estrade plus élevée; nous avons observé aussi que pour cette épreuve il ne reste pas assis, et se tient à moitié et même tout à fait debout. Il lui arrive

sont celles, au contraire, où cette application doit être différée? Les fractures des membres, nous l'avons déjà dit, peuvent être produites par deux séries de causes différentes, qui, quoique bien connues dans leur action et leur mécanisme, n'ont peut-être pas été appréciées suffisamment par rapport aux indications thérapeutiques qu'elles peuvent faire naître.

1° Les fractures produites par des causes indirectes, c'est-à-dire ayant agi sur un point différent de celui où a lieu la fracture, peuvent être (abstraction faite des complications, déchirure des parties molles, issue des fragmens) aussi simples que possible, tout peut se réduire dans ce cas à une simple solution de continuité du tissu osseux, sans lésion traumatique des tissus environnans, par conséquent sans gonflement inflammatoire consécutif, au moins considérable. C'est dans ces cas, nous le reconnaissons bien volontiers que l'on peut tenter avec succès, et que l'on doit même pratiquer immédiatement, l'application de moyens contentifs ordinaires; bien entendu que l'appareil devra être continuellement serré, et de plus surveillé attentivement, de manière à pouvoir le relâcher à temps à la première menace d'accidens. Nous ne sachons pas que dans ces cas, on ait eu à redouter les accidens analogues à ceux relatés dans nos observations précédentes.

2° Mais il n'en est plus ainsi quand nous avons affaire à une fracture produite par une cause directe, comme cela se rencontre le plus ordinairement; dans ces cas, que ce soit une roue de voiture, l'action d'une pierre, etc., qui ait déterminé la solution de continuité, toujours est-il que ces causes ont dû primitivement porter leur action sur les parties, et par conséquent y déterminer une contusion plus ou moins forte dont l'inflammation et un gonflement proportionnel seront la conséquence (1).

Il devient parfaitement évident dès-lors que, les circonstances étant loin d'être les mêmes que dans le cas précédent, la thérapeutique doit se ressentir quelque peu de cette différence. A ceux qui professent qu'il convient de procéder à l'application immédiate de l'appareil ordinaire des fractures dans les circonstances actuelles, nous répondrons qu'il faut toujours être en garde contre les éventualités, surtout quand on sait que l'application méthodique de l'appareil ne garantit pas toujours de la gangrène, comme ne le prouvent malheureusement que trop mes trois premières observations.

En objectant que l'accident qui nous occupe actuellement, la gangrène, peut bien reconnaître pour cause primitive l'étranglement dont les tissus profonds sont le siége, par suite de l'inextensibilité de tissu, des enveloppes aponévrotiques des membres, on ne se met pas pour cela à l'abri de notre objection; car, pour remédier aux étranglemens, il faut constater leur existence, il faut les reconnaître avant de pratiquer les débridemens sur les aponévroses, et comment arriver à ce résultat, s'il n'est pas permis de suivre journellement des yeux son développement, sa marche, ses progrès, comme cela arrive quand le membre est placé dans un appareil? Ne s'expose-t-on pas alors à ne fixer son attention sur ce point que lorsqu'il n'y aura plus rien d'actif à faire pour prévenir la gangrène, c'est-à-dire lorsque celle-ci existera déjà? Nous sommes loin de nier que dans un certain nombre de cas les symptômes précurseurs de ces terribles accidens ne puissent être assez bien appréciés par le malade, et que l'homme de l'art averti ainsi à temps n'ait le loisir d'examiner les choses et de procéder en conséquence de cet examen; mais il est des cas particuliers, des circonstances complexes où les choses peuvent se passer tout autrement; et c'est précisément en tenant compte de ces faits plus rares que nous sommes conduit à formuler notre fin de non-recevoir dans les circonstances actuelles.

En proscrivant l'application immédiate de l'appareil ordinaire dans les fractures accompagnées d'une contusion plus ou moins violente, s'en suit-il qu'il faille abandonner à lui-même le malheureux à qui pareil accident vient d'arriver et que le chirurgien doive rester spectateur paisible et impassible des douleurs qu'il endure et des accidens qui peuvent en résulter? Nous sommes loin de professer cette manière de voir, et nous ne pensons pas que dans le but d'éviter un accident qui peut survenir à une époque plus ou moins éloignée, il faille tout d'abord s'exposer à des complications immédiates d'une gravité toujours redoutable; nous pensons au contraire qu'il convient de procéder dans ce cas à la réduction immédiate de la fracture, de donner au membre une position convenable et de le fixer d'une manière quelconque, sans exercer de compression sur lui, c'est pour remplir ce but, que l'on pourrait employer avec succès les diverses gouttières, soit en carton verni, soit en fil de fer; de cette manière on s'opposera à tout déplacement sans comprimer douloureusement les parties violemment contuses, sans risquer de produire l'étranglement du membre et sa gangrène.

La mission de l'homme de l'art, dans ce cas, n'est pas d'ailleurs de rester inactif; il devra diriger contre la contusion un traitement approprié à son étendue et à son degré, une ou plusieurs saignées générales proportionnées, aux forces, à l'âge, et à la constitution du sujet. Des fomentations émollientes résolutives, etc., peuvent trouver leur indication. Il faut bien, au début du moins, se garder de pratiquer des incisions sur le siége de la tuméfaction, dans le but de prévenir l'étranglement aponévrotique, d'abord parce qu'il n'est pas sûr que cet étranglement survienne, et qu'avant tout il faut épargner au blessé des douleurs inutiles. L'accès de l'air sur une surface baignée par un épanchement plus ou moins considérable de sang, résultat de la contusion, ne manque jamais dans ces cas d'y déterminer une altération profonde, s'opposant à la résorption, ou pouvant rendre celle-ci nuisible à l'économie, amener des collections purulentes diffuses. D'ailleurs s'il existe déjà une altération des parties molles environnant les extrémités fracturées, une solution de continuité artificielle pratiquée avec le bistouri peut mettre ainsi en rapport les fragmens avec l'extérieur et transformer dès lors une fracture simple en une fracture compliquée; circonstance toujours défavorable comme on le sait même en ne faisant attention qu'à la durée de la guérison.

3° Cette manière de voir sur l'application immédiate de l'appareil dans les fractions avec contusion, c'est-à-dire dans *toutes celles* qui sont produites par une cause directe (1), nous paraît la méthode la plus ration-

(1) En parlant des fractures avec contusion, il est bien entendu qu'il s'agit de celles où la contusion n'existe qu'à un certain degré; il faut faire abstraction ici de la contusion portée jusqu'à l'attrition, la désorganisation des tissus; ce sont là des cas qui, on le comprend, doivent rentrer pour la gravité dans l'ordre des fractures compliquées de plaie, et réclament un traitement identique. Disons aussi que certaines fractures produites par des causes indirectes peuvent cependant, par suite des lésions déterminées par les fragmens eux-mêmes, rentrer dans la classe des fractures avec contusion ou même avec plaie.

(1) Je n'entends parler que de celles qui surviennent dans les conditions phy-

---

enfin de désigner certains objets ou certaines personnes dans la salle, sans qu'on le lui demande et uniquement pour faire preuve de lucidité à de grandes distances.

Ces exercices de vision sont suivis de quelques autres relatifs à la communication de la volonté mentale du magnétiseur au magnétisé, et à son action magnétique directe sur l'organisme du somnambule. Nous laisserons ces derniers phénomènes de côté, pour nous occuper exclusivement du premier.

Ici, comme pour Prudence, la simple critique des faits observés ne pouvait suffire pour produire une légitime démonstration, soit de la vision somnambulique, soit de la vision ordinaire. Sans doute l'ensemble de ce qui s'était passé sous nos yeux ne nous laissait guère de doutes sur la nature de ces petites représentations. Nous étions sûr qu'il n'y avait absolument rien de sérieux, et il ne fallait certes pas une dose extraordinaire de perspicacité pour s'en apercevoir. Mais cette conviction, toute de sentiment, et fondée sur des indices fugitifs, quoique infaillibles, ne nous dispensait pas de chercher des preuves directes, puisées dans le fait même.

Or, le fait, étudié dans ses circonstances caractéristiques et invariables, était essentiellement suspect. De même que chez Prudence, tout concordait ici avec la supposition de la vision naturelle, et rien avec celle de la vision somnambulique. Il importe d'indiquer quelques-uns de ces motifs de suspicion, dont plusieurs ne portent que sur Calyxte, mais dont la plupart sont applicables, en général, à toutes les expériences faites dans ces derniers temps, sur divers sujets, pour vérifier le phénomène de la vision. L'ensemble de ces motifs généraux de suspicion légitime est utile à connaître, en ce qu'il constitue une sorte de *criterium* provisoire, duquel on peut partir pour instituer des expériences directes, et en tirer le meilleur parti possible pour la découverte de la vérité.

Et d'abord, la première circonstance à remarquer ici, si on suppose le phénomène réel, c'est la fréquence même de sa manifestation. L'état de sommeil magnétique bien confirmé est déjà un fait assez rare, au dire des magnétiseurs les plus respectables, comme M. Deleuze, par exemple. La lucidité franche, de quelque espèce qu'elle soit et sur quelque objet qu'elle porte, est bien plus rare encore suivant les mêmes autorités. Enfin, d'après ces mêmes auteurs, le phénomène de la vision, soit par transport de sens ou autrement, est rangé parmi les faits les plus exceptionnels. D'autre part, la réalisation de ce phénomène suppose, dans le sujet qui le manifeste, une modification si profonde du système nerveux, qu'il répugne d'admettre qu'un état si extraordinaire puisse devenir, pour ainsi dire, habituel. Or, dans les soirées de M. Ricard on ne voit que des somnambules clairvoyans. Indépendamment de Calyxte, qui a le premier rôle, on magnétise des individus des deux sexes, même pris au hasard parmi les spectateurs de bonne volonté, qui, au bout de quelques passes, ne tardent pas à manifester toute la série des phénomènes somnambuliques et même à y voir passablement les yeux fermés, avec ou sans bandeau. Il y a là certes de quoi donner à réfléchir.

Après la fréquence du phénomène, il convient aussi de noter son indéfectibilité. Les magnétiseurs ne cessent de dire et d'écrire que les facultés des somnambules sont sujettes à varier considérablement en nature et surtout en plus et en moins, suivant l'état de la sensibilité et par une multitude de causes internes et externes; qu'un somnambule n'est pas une machine, mais un être vivant, et que

nelle et qui offre les plus grands avantages dans la généralité des cas; mais n'est-il pas certaines circonstances spéciales, divers états pathologiques, où on peut, sans inconvénient, déroger à cette loi de chirurgie pratique? Ainsi, en même temps qu'il existe une fracture, il peut se rencontrer comme complication du délire, un état d'ivresse, d'agitation telle que les fragmens menacent de perforer les parties molles. Dans ces cas, évidemment l'application d'un appareil contentif peut rendre les plus grands services, il faut seulement s'attacher à rendre son action prolongée aussi innocente que possible et à prévoir les complications. C'est dans ces cas surtout que l'on se trouvera bien de mettre en usage dès le premier jour, les *irrigations d'eau froide* continue, afin de l'opposer au développement du travail inflammatoire dont le gonflement est la conséquence et dont la gangrène peut être le résultat. Dans l'immense majorité des cas, on pourra faire ainsi avorter l'inflammation, toujours ou la modifiera.

Les avantages immenses que des praticiens de notre époque, MM. Josse, d'Amiens, Breschet, Bérard jeune, Blandin, etc., ont retirés des irrigations d'eau très froide dans les fractures compliquées, produites soit par l'écrasement d'un membre par une voiture, une pierre, ou bien dans les fractures, résultat d'une plaie d'arme à feu ; indiquent suffisamment les avantages que l'on pourra en retirer dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire dans les fractures avec contusions; si, en effet, on retire d'immenses avantages dans les cas dont nous parlons, pourquoi ne pas chercher aussi à les utiliser dans la circonstance actuelle? hâtons-nous d'ajouter que la pratique a déjà sanctionné cette prévision; car il résulte, en effet, de l'expérience d'un grand nombre de chirurgiens et de notre observation personnelle, qu'employée au début dans l'espèce de fracture qui nous occupe, cette méthode a toujours eu d'heureux résultats, et en ayant soin de serrer médiocrement l'appareil, on évite toujours les accidens qu'une doctrine opposée n'empêcherait certainement pas dans tous les cas.

§ III. — DE L'ÉPOQUE À LAQUELLE DOIT ÊTRE APPLIQUÉ L'APPAREIL INAMOVIBLE DANS LES FRACTURES SIMPLES.

Quoique la découverte de l'appareil inamovible remonte à la plus haute antiquité, puisqu'il était en usage chez les Arabes, il faut convenir cependant que son introduction en France et sa généralisation ne datent que de quelques années. Ce sont surtout MM. Larrey (1), Seutin, Velpeau, A. Bérard (2), Blandin, etc., qui le mirent les premiers à l'ordre du jour. Son usage soumis à des règles fixes et rationnelles, nous paraît appelé à jouer un grand rôle, non seulement dans la thérapeutique des fractures, où son introduction a opéré une véritable révoluton, mais encore dans une foule d'autres lésions du domaine chirurgical. Ne devant pas traiter ici de l'appareil inamovible (1) en général, mais seulement de l'époque à laquelle il doit être appliqué dans le traitement des fractures, on comprendra les bornes que nous devons nous imposer. On ne s'imagine pas cependant que le point de vue sous lequel nous l'envisageons maintenant soit sans importance et dépourvu d'intérêt. Loin de là, c'est la partie capitale de son existence que nous allons agiter.

1° Doit-on appliquer l'appareil inamovible au début des fractures produites par des causes indirectes et non accompagnées de contusions, etc? Dans ce cas, comme lorsqu'il s'agissait de l'appareil ordinaire, la question peut être résolue par l'affirmative. Bien entendu que nous n'entendons parler que des cas les plus simples; car, à la plus légère menace, au moindre soupçon de gonflement ultérieur possible, il faudrait en agir tout différemment, d'autant mieux que rien ne presse d'appliquer immédiatement cet appareil dextriné, et qu'il ne peut y avoir que de l'avantage à le mettre en usage au cinquième un sixième jour.

L'observation nous a appris, que, dans ces cas, du moins, son application immédiate était sans inconvéniens; ainsi nous pensons, avec la plupart des auteurs, que dans cette occurrence, on peut procéder de suite à son application, sans avoir à craindre les accidens analogues à ceux que nous rapportons plus bas.

2° Si déjà nous avons proscrit en présence des faits malheureux que nous avons rapportés, l'application immédiate à l'appareil ordinaire dans les fractures par cause directe, c'est-à-dire dans celles qui sont accompagnées de contusion : devrons-nous déroger de cette opinion quand nous aurons affaire à l'appareil inamovible? Non évidemment ; car si le premier peut avoir et a, en effet, de graves inconvéniens, combien plus grands encore doivent être ceux produits par le dernier? La constriction qu'il exerce, en effet, sur les parties tuméfiées et qui ont de la tendance à le devenir davantage; cette constriction est constante, et ne saurait être diminuée, à moins d'enlever l'appareil lui-même (2). L'extrémité digitale du pied que l'on laisse libre pour servir en quelque chose d'indication de l'état du membre, n'est pas d'une utilité constante dans tous les cas; car la construction uniforme d'abord peut fort bien ne plus l'être, par suite d'un gonflement local et circonscrit, et déterminer, sons le point comprimé, une escarre d'une étendue variable, mais qui est toujours une circonstance fâcheuse.

A supposer que les choses se passent le mieux possible, n'est-il pas évident qu'au bout de quelques jours, par suite de la diminution du gonflement, votre appareil serait trop lâche et n'exercera plus aucune action contentive sur les fragmens; il faudra donc le renouveler: ce qui ne sera pas sans inconvénient sur l'état de la fracture, surtout si l'on met en usage le bandage roulé. Beaucoup de chirurgiens rejettent l'application immédiate de l'appareil inamovible dans les fractures avec contusion;

siologiques de l'économie, et j'omets ci-dessus les fractures *directes* qui seraient favorisées par une cachexie cancéreuse, syphilitique, une carie, une affection tuberculeuse des os, etc., où la contusion peut bien ne pas exister en réalité.

(1) Voir l'excellente thèse de M. Hyppolite Larrey.

(2) ARCHIVES 1833. Sur l'appareil inamovible, Bérard jeune.

(1) La composition de l'appareil inamovible a beaucoup varié : 1° les Grecs faisaient leur matière solidifiante avec de la chaux, du blanc d'œuf, de l'huile et du vinaigre. 2° Mascati employait le blanc d'œuf seulement. 3° M. Larrey se sert d'un mélange de blanc d'œuf, d'eau de Saturne et d'eau-de-vie camphrée. 4° Dieffenbach entoure le membre d'un moule en plâtre, qui n'environne que les quatre cinquièmes. 5° M. Seutin a mis en usage et se sert encore aujourd'hui d'amidon. 6° M. Velpeau y a substitué la solution aqueuse de dextrine.

(2) Je sais bien que M. Seutin conseille dans ce cas de le couper. Je reviendrai ultérieurement sur cette manière de comprendre la thérapeutique des fractures.

---

tout ce qui se produit dans son organisme participe nécessairement de la variabilité des actes vitaux. C'est même par ces considérations fort plausibles qu'ils expliquent l'insuccès de leurs expériences. Eh bien! ici nous voyons, depuis des années, l'acte vital le plus extraordinaire qu'il soit possible d'imaginer se reproduire à jour et à heure fixes, toujours avec le même caractère et dans le même degré, avec une régularité et une précision qui feraient honneur à une montre de Breguet. On annonce même à l'avance qu'il va se manifester de telle et telle manière, et la prédiction se vérifie toujours! N'est-ce pas là encore une circonstance très propre à éveiller des doutes?

Une troisième considération à ajouter à la fréquence et à l'indéfectibilité de l'événement, c'est l'identité parfaite de son mode de développement et de manifestation dans chaque expérience. Il se répète en effet invariablement avec les mêmes circonstances depuis le commencement jusqu'à la fin, sans que jamais aucune cause de variation, soit interne, soit externe, puisse en déranger la marche en quelque sorte stéréotypée. Aucun phénomène, non seulement vital, mais encore physique ou chimique, n'offre une telle uniformité et invariabilité.

Ces questions préalables sont applicables à tous les faits de vision somnambulique offerts dans ces derniers temps à l'examen des savans, et notamment à ceux de mademoiselle Pigeaire et de Prudence. Il en est de même des considérations suivantes.

Dans toutes les expériences relatives au fait de la vision magnétique qui ont eu lieu, soit publiquement, soit devant les Académies, la production du phénomène a toujours été soumise aux conditions qui suivent :

1° Les objets seront éclairés.

2° Ils seront placés dans la limite de la vision ordinaire, quant à la distance.

3° Ils seront placés dans le champ du rayon visuel ordinaire, quant à la position.

4° Ils ne devront pas être très menus et très fins.

5° L'appareil d'occlusion devra être appliqué immédiatement sur le globe de l'œil, tout corps opaque interposé à distance entre l'œil et l'objet empêchant le phénomène.

6° Cet appareil ne dépassera pas certaines limites, et, notamment en bas, il devra s'arrêter aux environs des aîles du nez et du creux de la joue.

Ces conditions ont été uniformément et invariablement exigées dans les expériences du sieur Petit, de mademoiselle Pigeaire, de mademoiselle Prudence ; elles sont aussi les mêmes pour Calyxte et les autres somnambules de M. Ricard. Une seule supprimée, le phénomène s'évanouirait. Ce sont des conditions *sine quâ non*.

Or, si l'on réfléchit, d'une part, que ces conditions sont, sauf le bandeau obturateur, absolument celles qui rendent possible la vision ordinaire ; et, d'autre part, qu'il suffit de supposer dans l'appareil d'occlusion un défaut quelconque soit d'opacité, soit de position, pour expliquer à l'instant la vision, on est naturellement et invinciblement porté à suspecter, *à priori*, la sincérité de l'expérience, et fondé à chercher exclusivement dans l'examen du bandeau la solution du problème.

Or, nous l'avons déjà dit, l'efficacité d'un appareil d'occlusion quelconque ne peut être rigoureusement appréciée *du dehors*. On ne peut se rendre véritable-

-ls craignent les effets de la compression exercée par ces appareils sur des parties qui, par suite de leur contusion, doivent devenir le siége d'un gonflement considérable ; l'état de ces parties exige souvent que l'on agisse directement sur elles ; l'appareil inamovible ne le permet que difficilement. Beaucoup d'autres reproches ont été adressés à ce mode de traitement dans les fractures avec contusion. On a prétendu qu'il augmentait l'inflammation, produisait des érysipèles, la gangrène. Occupons-nous surtout de ce dernier accident, le plus redoutable de tous.

M. A. Bérard, dans un intéressant mémoire (1), a réfuté chaleureusement les principaux argumens des adversaires de l'appareil inamovible. M. Larrey fils, dans son excellente thèse, a fort bien exposé les avantages de cette méthode, réintroduite en France par son illustre père. Quelques praticiens, M. Velpeau, entre autres, en ont retiré des avantages dans les fractures avec contusion.

Malgré cette dernière autorité, nous n'en persistons pas moins à dire que l'application immédiate de l'appareil inamovible dans les fractures par cause directe, peut avoir et a eu effet des conséquences funestes, qui, quoique rares, sont cependant trop terribles pour que ses avantages soient contrebalancés par ses inconvéniens. Nous n'ignorons pas, toutefois, que les partisans de l'application immédiate, pourront toujours nous répondre qu'ils n'ont entendu préconiser qu'une compression méthodique et bien faite; que, dans les cas où des accidens sont survenus (obs. 4), ces conditions n'avaient pas été remplies. S'il n'y a pas encore d'engorgement, dit M. le professeur Velpeau, l'appareil en préviendra le développement; s'il y a de la tuméfaction et que la compression soit bien faite, elle disparaîtra. (La compression est le meilleur antiphlogistique, d'après cet habile chirurgien.)

Quoique toutes les observations rapportées dans ce travail ne soient pas propres à répondre péremptoirement à cette objection, puisque l'une d'entre elles nous est propre, nous devons dire cependant que, dans toutes les autres, l'appareil a été appliqué par des chirurgiens en chef des grands hôpitaux de Paris, dont les noms seuls serviraient au besoin pour établir la compétence en pareille matière. On devra donc combattre les accidens de la contusion, surveiller les diverses périodes du gonflement, et n'appliquer un appareil inamovible que dans la période d'état, ou mieux encore de diminution du gonflement ; c'est-à dire, terme moyen (nous ferons abstraction des cas plus compliqués), du sixième au dixième jour.

FRACTURE DE LA JAMBE PAR UNE ROUE DE VOITURE ; TRACES DE CONTUSION ASSEZ VIOLENTE ; APPLICATION IMMÉDIATE DE L'APPAREIL INAMOVIBLE ; GANGRÈNE ; AMPUTATION.

OBS. IV. — Un ouvrier ébéniste, âgé de 27 ans, fut renversé, dans la nuit du 27 au 28 avril, par un fiacre. Son état complet d'ivresse l'a empêché de voir la manière dont l'accident a été produit, toujours est-il qu'il est excessivement probable qu'une des roues de la voiture a passé sur sa jambe gauche, au niveau de la réunion du tiers supérieur avec le moyen, ce que l'on constate par l'ecchymose très prononcée que l'on rencontre dans ce point. Il existe une rotation complète du pied en dehors, circonstance qui, jointe à d'autres signes, fait bien reconnaître une fracture des deux os de la jambe, sans lésion des parties molles extérieures, qui sont seulement fortement contuses. (Compresses d'eau froide que l'on renouvellera toutes les deux heures pendant la nuit ; quelques gouttes d'hydrochlorate d'ammoniaque sont administrées dans un verre d'eau, pour tâcher de faire cesser l'état d'ivresse, et, par suite, l'agitation.)

A la visite du lendemain (28), le chirurgien en chef du service se mit en devoir de procéder à l'application d'un appareil inamovible (en papier). Le bandage fut appliqué comme d'ordinaire, c'est-à-dire qu'il fut médiocrement et uniformement serré.

Le 29, le malade se trouve assez bien ; toutefois, il a peu dormi, à cause, dit-il, des fourmillemens qu'il a ressentis dans le mollet. L'extrémité digitale du pied conservant son aspect, sa calorification normale, on n'y apporta aucune modification.

Les deux jours suivans, les douleurs éprouvées par le malade sont de plus en plus vives, accompagnées d'insomnie, fièvre, etc. On dut dès-lors lever l'appareil, dans la crainte, malheureusement trop fondée, qu'il n'y eût quelques escarres de la peau. Mais, ce ne fut pas seulement une mortification de la peau que l'on eut à traiter, mais bien un sphacèle du membre tout entier, et remontant presque jusqu'au genou (3 pouces au-dessous) ; amputation dans ce point. Le reste de cette observation n'appartient plus à mon sujet.

On en conviendra, voilà un exemple bien instructif par son résultat dernier, pour faire quelque peu réfléchir les personnes qui seraient tentées d'appliquer la méthode qui a été suivie dans ce cas. Si notre science est parfois impuissante pour rendre des services, au moins doit-elle être toujours en garde contre le mal qu'elle peut causer.

Dans ce cas, dira-t-on, il fallait lever l'appareil dès les premières plaintes du malade, ou au moins le desserrer, dans certains points. Evidemment, cette conduite n'aurait rien eu de blâmable ; mais les personnes qui fréquentent les hôpitaux savent aussi bien que nous que s'il fallait obtempérer à toutes les demandes des malades à qui on vient de pratiquer l'application immédiate de l'appareil, il faudrait l'enlever à tous, pour ainsi dire, nouvelle circonstance qui milite encore en faveur de l'application médiate de cet appareil. Ceux qui, d'ailleurs, ont le plus préconisé l'action antiphlogistique de l'appareil dextriné, n'ont pas prétendu certainement que cette influence bienfaisante pût être tout à fait exempte de douleur.

Si la contusion qui accompagne une fracture était telle, que les parties molles, peau, tissu cellulaire, muscles, fussent complètement désorganisés ou dans un état d'attrition non compatible avec la vie, on comprend que la principale chose à faire dans ce cas n'est pas de maintenir les fragmens en rapport, et qu'une question bien grave, celle de l'amputation, puisse être rationnellement agitée. Le problème résolu par l'affirmative, il faut encore savoir si cette opération devra être pratiquée sur-le-champ, *illico* en quelque sorte, ou bien s'il faut la remettre à une époque plus reculée, partisans de Boucher dans le premier cas, et suivant la doctrine de Faure, dans le second (1). Si la gangrène était déjà déclarée, il faudrait, à moins qu'elle ne menaçât d'atteindre le tronc, attendre qu'elle fût parfaitement circonscrite et limitée par un cercle inflammatoire (2). Ce degré de la contusion fait d'ailleurs naturellement

(1) ARCHIVES, 1833.

(1) MÉMOIRE DE L'ACAD. DE CHIR., t. II, p. 62, deuxième mémoire, édit. encl. sc. méd.

(2) J'ai observé, en effet, dans les hôpitaux, 4 faits de reproduction de la gangrène dans le moignon, dans les cas où l'amputation avait été pratiquée avant la limitation.

ment compte de son action qu'en se l'appliquant directement soi-même. Il faut encore dans cette application se livrer à des essais nombreux et variés pour parvenir à connaître tous les dérangemens qu'il peut éprouver, et la manière dont ces dérangemens peuvent être amenés. Dans cette étude il importe de noter avec soin les moindres gestes, les moindres mouvemens du somnambule, et de répéter soi-même ces gestes et ces mouvemens, pour s'assurer s'ils sont purement fortuits ou s'ils ne sont pas, de près ou de loin, capables de modifier l'appareil. Il faut surtout ne pas s'en tenir à une seule expérience faite à la hâte; mais les répéter souvent et prendre tout le temps nécessaire pour qu'un heureux hasard ou des combinaisons appropriées au but vous mettent sur la voie. C'est par cette méthode, la seule légitime et démonstrative, que nous découvrîmes, M. Dechambre et moi, l'inefficacité du masque de terre de Prudence. C'est de la même manière que nous avons aussi, et plus aisément encore, pénétré le mystère de la cravate et du coton de Calyxte.

Avant d'essayer le bandeau de ce somnambule, la simple étude de sa mimique et de toutes les circonstance de ses exercices nous avait déjà non seulement appris le défaut de sincérité de l'expérience; mais encore dévoilé, jusqu'à un certain point le mécanisme de son procédé. Nous avions présumé, par exemple, que les contorsions du visage du somnambule avant, pendant et après l'application du bandeau ne devaient pas être sans influence sur l'appareil: nous avions vu le bandeau éprouver pendant ces mouvemens, faits souvent à la dérobée, un va et vient considérable; nous avions vu, dans ces mouvemens de frottement sur le dossier et sur le bord du fauteuil, le mouchoir descendre sensiblement en arrière et quitter la crête occipitale pour se rapprocher de la nuque; et ainsi de quelques autres gestes et attitudes difficiles à décrire, mais qui n'échappent point à des yeux défians et persévérans. Enfin, il n'est pas rare de lui voir arracher lui-même son bandeau, sous quelque prétexte, au moment même où il vient d'être appliqué et de faire recommencer ainsi cette application. A ces circonstances générales, il convient d'ajouter quelques autres non moins significatives, quoique d'une autre nature. Il ne peut voir les objets si on les place en haut, ou même en face du bandeau; il faut qu'ils soient placés en bas. La position de sa tête et de son corps varie quelquefois suivant que l'objet est placé à sa droite ou à sa gauche, ou à une distance plus ou moins grande. En somme et pour abréger, toutes ces manœuvres nous donnèrent la conviction que ce somnambule voyait par la voie naturelle, et qu'il voyait particulièrement et même exclusivement par en bas, tantôt avec les deux yeux et tantôt avec un œil seulement.

Nos essais directs ont confirmé de tout point ces prévisions. Voici ce qui se passe et ce qu'on éprouve. Au premier moment de l'application du bandeau et du coton, obscurité complète. Mais au bout de peu d'instans et à la faveur de quelques contractions des muscles du front et des sourcils, il se fait un bâillement suffisant pour apercevoir une lueur assez vive, tantôt à droite, tantôt à gauche, tantôt des deux côtés, mais toujours en bas et aux environs du nez surtout. Si en se renversant en arrière sur le dossier on fait glisser dessus, en pressant, la portion du bandeau qui passe derrière la tête, il descend aussitôt vers la nuque et se relève d'autant vers le front. Il faut, du reste, acquérir une certaine habitude pour donner à ces divers mouvemens la sûreté et l'efficacité nécessaires. Le point capital consiste à se donner du jour pendant l'application même du bandeau, en

rentrer ces espèces de fractures dans la classe des fractures compliquées dont il nous reste à parler.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS ACCIDENTELLEMENT INTRODUITS DANS LA VESSIE; par M. le docteur CIVIALE.

Monsieur le rédacteur,

L'un des derniers numéros de votre estimable journal renferme une observation de M. le docteur Bouchacourt, relative à l'extraction, par l'urètre, d'un passe-lacet, qu'une femme s'était introduit dans la vessie. La lecture de cet article m'a suggéré quelques réflexions que je vous prie de transmettre à vos lecteurs.

L'introduction accidentelle de corps étrangers dans la vessie n'est point un fait rare. Dans une notice présentée à l'Académie des sciences, et dont vous avez publié un long extrait en 1838, j'en avais réuni cent soixante-six exemples, et les détails des principaux faits de ce genre sont consignés dans mon TRAITÉ DE L'AFFECTION CALCULEUSE. Pour ce qui regarde les accidens si variables auxquels la présence d'un corps étranger dans la vessie peut donner lieu, il nous reste peu de choses à apprendre, et les cas nouveaux offerts par la pratique ne font en général que confirmer ce qu'on savait déjà. Mais, suivant la remarque fort juste de M. Bouchacourt, nous sommes moins avancés, en égard au diagnostic et au traitement. Il ne saurait en être autrement. Jusqu'à ces derniers temps, on avait été réduit à l'emploi de la sonde comme moyen d'exploration, à l'opération de la cystotomie comme moyen curatif, et l'expérience avait bien souvent fait ressortir l'insuffisance de ces ressources, les difficultés de leur application. Aujourd'hui, la lithotritie offre une série de procédés nouveaux qu'il importe d'apprécier.

Mes divers ouvrages renferment l'exposé des moyens auxquels j'ai eu recours dans les cas qui se sont offerts à moi. A l'aide de mes instrumens, j'ai retiré de la vessie un haricot, un pois, les barbes d'un épi, une tige de plante, un fétu de paille, deux bougies, une sonde et un tube de baromètre. L'opération a constamment présenté moins de difficultés qu'on s'attendait à en rencontrer. Ainsi le haricot, le pois, l'épi, la tige, la paille et la première bougie furent saisis et extraits avec facilité et promptitude sans que le malade souffrît de la manœuvre. L'extraction de la sonde fut plus pénible; cette sonde ayant été saisie par le milieu, il fallut la retirer en double, et quoique les branches du trilabe l'eussent aplatie, elle causa de la douleur en traversant l'urètre; à la vérité elle avait séjourné plusieurs jours dans la vessie et rendu le col de cet organe, ainsi que le canal, fort irritable. L'extraction de la seconde bougie fut très douloureuse aussi; mais ces douleurs et la difficulté de l'opération tenaient à ce que la bougie, tombée depuis plusieurs mois dans la vessie, s'y était pelotonnée et incrustée de dépôts urinaires, au point de former une masse trop volumineuse pour traverser l'urètre sans le distendre. A l'égard du tube de baromètre, l'opération fut difficile, mais beaucoup moins douloureuse que la précédente. Je ferai remarquer que, contrairement à ce qui a été avancé par le docteur Norris dans la GAZETTE MÉDICALE (t. VIII, p. 707), ce tube était en grande partie recouvert d'un dépôt phosphatique.

C'est avec le trilabe que ces diverses opérations ont été pratiquées. Elles sont assez nombreuses, et les faits auxquels elles se rapportent sont assez variés, sous le point de vue du volume, de la longueur, de la consistance et de la nature des corps étrangers, pour mettre hors de doute l'utilité du procédé que j'ai employé. Il paraît cependant que tous les praticiens n'ont pas jugé le problème résolu, puisque d'autres moyens ont été essayés depuis, et qu'on leur a même accordé la préférence. Passons donc à l'examen des nouveaux faits.

M. Bouchacourt a employé l'instrument courbe pour retirer un passe-lacet. M. Lallemand s'en était servi de même pour extraire un cordon de soulier, et de ce que M. Pamard, d'Avignon, n'avait pu retirer cette lanière de cuir avec le trilabe, M. le docteur Labbat a cru pouvoir conclure (GAZETTE DES HÔPITAUX, t. XI, p. 467) que le percuteur était préférable pour ces sortes d'opérations. On ne s'est même pas borné aux appareils ordinaires de la lithotritie; on a imaginé encore des instrumens particuliers, dont les principaux sont la pince de Branchetti, le forceps de Weiss et les appareils présentés à l'Académie par MM. Leroy et Ségalas.

En faisant usage d'une pince à gaîne et à deux branches avec vis de rappel, MM. Branchetti et Spissa ont retiré une de ces bruches en laiton, et de ces tiges en fer, dont les femmes se servent, en quelques contrées de l'Italie, pour retenir leur coiffure, et qu'un penchant désordonné avait amenés dans la vessie de deux jeunes filles, âgées l'une de neuf et l'autre de seize ans. En Angleterre, un bout de bougie métallique, long de plus de cinq pouces, a été extrait au moyen du forceps de Weiss. En France, des éclats de bois et des bouts de sonde d'une certaine longueur, l'ont été à l'aide du percuteur ou de pinces disposées à cet effet.

Ainsi, l'expérience établit qu'on peut réussir par des procédés divers. Mais on n'a point songé à discuter et comparer la valeur de ces procédés.

Avant d'aborder cette question, qui intéresse vivement la pratique, arrêtons-nous un instant au diagnostic.

Il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire de constater la présence d'un corps étranger accidentellement introduit dans la vessie. Tant que la sonde ordinaire fut l'unique moyen d'exploration, il arriva souvent qu'on ne put acquérir aucune certitude à cet égard. Nous en avons pour preuve une foule de faits anciens consignés dans les auteurs, et beaucoup de faits nouveaux dont plusieurs ont été publiés dans la GAZETTE MÉDICALE. Or, tous les instrumens qui ressemblent à la sonde, tels que le percuteur et l'instrument courbe articulé, participent à ces inconvéniens; ils exposent comme elle à des cuspures. On aurait grand tort de citer à l'appui d'une opinion contraire quelques cas dans lesquels le hasard seul a pu amener un résultat heureux. Ce n'est pas, en effet, parce qu'une fois on deux ces instrumens ont permis d'établir rigoureusement le diagnostic, qu'on est autorisé à faire un précepte général de les employer; il faudrait pour cela que leur mécanisme fût de nature à procurer la certitude, qu'en procédant d'une manière déterminée, on arrivera constamment au but; mais cette certitude est précisément ce qui manque. La même réflexion

---

tendant fortement dès ce moment tous les muscles de la tête, pour les relâcher ensuite lorsque le nœud est fait, ce qui donne immédiatement du jeu à l'appareil et établit des vides. L'œil s'ouvre et se ferme très aisément sous ces tampons, et ses mouvemens contribuent aussi à écarter quelques obstacles.

Grâce à ces procédés, dans lesquels nous cherchions à imiter de notre mieux le modèle, nous sommes parvenus, en assez peu de temps, à reconnaître des cartes, à lire des mots; bref, à faire très convenablement tout ce que fait le somnambule de M. Ricard. Plusieurs autres personnes, au nombre desquelles nous avons la bonne fortune de pouvoir citer M. Frapart, ont fait avec nous les mêmes essais et avec le même succès. Nous n'hésitons pas à dire qu'après trois ou quatre leçons, le premier venu, surtout s'il n'est pas myope, peut se perfectionner assez pour faire une doublure de Calyxte très acceptable.

Comme remarque générale, disons ici que dans tous ces essais, de même que dans ceux relatifs à Prudence, le bandeau a été appliqué avec autant et même plus de rigueur que dans les séances magnétiques, et absolument de la même manière; et en outre que lorsque la vision avait lieu, les spectateurs n'étaient pas en état de découvrir, ni de constater un dérangement appréciable dans le bandeau.

Nous concluons donc de tout ce qui précède : 1° que l'appareil dont on se sert dans les séances magnétiques de M. Ricard pour fermer les yeux de son somnambule Calyxte, n'empêche pas l'introduction de la lumière, et permet de voir les objets placés dans les directions et aux distances où il les voit; 2° que dès lors en ce qui touche Calyxte, la supposition d'une faculté exceptionnelle devenant inutile dès que l'action de la faculté naturelle suffit à l'explication du phénomène, le fait de vision observé chez ce jeune homme doit être considéré comme un fait de vision ordinaire auquel le magnétisme n'a aucune part.

On s'étonnera peut-être que nous ayons dépensé tant de temps à une recherche qui n'aboutit en définitive qu'à la découverte d'une petite supercherie assez puérile et assez grossière dans les moyens, et dont il fallait laisser la triste responsabilité à qui de droit. Mais on en jugera différemment si l'on veut considérer que la question même du magnétisme animal ne peut être éclaircie qu'en procédant comme nous l'avons fait. Jusqu'ici il n'y avait en effet de part et d'autre que des assertions gratuites également valables; il y avait des croyans et des incrédules, mais ni les uns ni les autres ne cherchaient à donner à leur affirmation ou à leur négation le caractère de la démonstration; de sorte que les esprits indépendans qui cherchent sincèrement la vérité n'avaient, pour former leur opinion, aucun élément véritablement positif et scientifique de certitude. Il nous est peut-être permis de dire maintenant que ces expériences, du moins sur les deux faits dont il s'agit, ne laissent plus de prise au doute; elles ont cet avantage d'interdire aux magnétiseurs tout usage ultérieur de ces mêmes faits, tandis que plusieurs autres faits analogues dont la fausseté n'a été qu'alléguée par des motifs indirects, mais non intrinsèquement et irrefutablement prouvée, continuent à être mis en avant et à circuler comme des monnaies de bon aloi; ce qui éternise les incertitudes et retarde d'autant la solution définitive du problème magnétique.

Nous croyons devoir répéter aussi que dans ce travail nous n'avons apporté aucun sentiment d'hostilité théorique contre le magnétisme animal. Cette nouvelle expérience n'ébranle pas le moins du monde notre manière de voir sur ce point.

s'applique aux pinces à gaine et à deux branches. On n'aura pas de peine à concevoir de tels mécomptes, si l'on se rappelle que, dans les cas bien moins défavorables, de pierre brisée, il a fallu renoncer aux pinces à gaine et à deux branches pour extraire les fragmens calculeux, qu'on découvrait très difficilement, et que plus d'une fois des moyens moins infidèles ont fait découvrir des restes de pierre dans la vessie de malades qu'on avait déclarés guéris.

En prenant la peine d'essayer comparativement ces pinces et les instrumens ordinaires de la lithotritie, on sera bientôt convaincu de la supériorité du trilabe par la disposition de ses branches, par la facilité qu'il donne de laisser écouler peu à peu le liquide préalablement injecté dans la vessie, et d'explorer ainsi la surface interne du viscère, à mesure qu'il passe de l'état de plénitude à celui de vacuité. Cet instrument fournit les données les plus précises qu'on puisse obtenir, quelque soit d'ailleurs le corps à la recherche duquel on procède. C'est donc lui qui mérite la préférence dans tous les cas où son emploi est possible.

J'ai indiqué ailleurs, et je vais reproduire en peu de mots la manière de monter le trilabe pour qu'il produise tout l'effet qu'on a droit d'attendre de lui. On enlève de chacune des deux boîtes à cuir les rondelles destinées à empêcher le liquide contenu dans la vessie de s'écouler. La pince à crochets très courts doit agir librement dans la gaine; et le lithotriteur à petite tête ne doit non plus remplir qu'à moitié la cavité du trilabe, de sorte qu'il glisse avec facilité et sans frottement. Le liquide peut alors s'écouler pendant la recherche, soit que la vessie se contracte avec force pour le chasser, soit qu'on exerce des pressions sur l'hypogastre, ce qu'il faut toujours faire dans les cas d'atonie vésicale.

Avec cet appareil ainsi disposé, on découvre dans la vessie les corps les plus ténus, lors même que leur mollesse les empêche de transmettre aucune sensation de résistance à la main de l'opérateur. L'expérience me l'a démontré dans les divers cas que j'ai rappelés précédemment, et dans ceux, plus nombreux encore, où j'ai eu à extraire, de vessies paralysées, des amas de dépôts urinaires et de mucosités formant les masses presque diffluentes que l'on confond si souvent avec certaines dispositions morbides des parois vésicales, que j'ai décrites avec soin dans mon traité pratique.

Ce résultat n'a rien de surprenant quand on se représente ce qui a lieu pendant l'exploration. A mesure que le liquide s'écoule, la capacité de la vessie diminue, et un moment arrive où les trois branches de l'instrument, légèrement écartées l'une de l'autre, la remplissent en entier. Le mouvement de rotation qu'on imprime à l'instrument ramène le corps étranger, quels qu'en soient la forme et le volume, dans l'intervalle des branches, où le lithotriteur, par ses mouvemens de va et vient, le fait reconnaître avec certitude.

Le corps étranger une fois reconnu, il s'agit de le saisir, d'en déterminer la forme et le volume, et de procéder à son extraction sans violenter les organes. Presque toujours les renseignemens que le malade fournit ne laissent aucun doute sur sa forme, sa nature, son volume, mais ils n'apprennent rien quant aux dispositions accidentelles qu'il a pu acquérir, s'il a séjourné quelque temps dans le viscère. Les bougies seront pelotonnées, les sondes flexibles seront recourbées, ployées en divers sens. D'autres corps auront éprouvé un ramollissement, et des dépôts qui se seront accumulés au pourtour de tous ces objets leur auront fait prendre une configuration et un volume qu'on ne saurait jamais calculer d'avance.

Il faut donc que le moyen d'exploration auquel on a recours soit propre à rectifier les données vagues de l'induction. Sous ce point de vue le trilabe a une supériorité bien prononcée; mais des distinctions doivent être établies relativement au corps qu'on se propose d'extraire.

Les corps étrangers, accidentellement introduits dans la vessie, qu'ils soient ou non incrustés de dépôts, sont les uns mous ou flexibles, les autres durs ou rigides; ceux-ci allongés et ceux-là plus ou moins ovoïdes. On peut les diviser en trois classes; 1° corps ovoïdes, mous ou friables, susceptibles d'être écrasés, aplatis ou extraits entiers; 2° corps longs, mous, flexibles, se pliant, se pelotonnant, et qu'on peut extraire dans le sens de leur longueur, ou ployer, pétrir en quelque sorte; 3° corps longs, rigides, inflexibles, qu'on ne peut extraire queldans le sens de leur longueur.

1° Corps sphériques ou ovoïdes. — Ces corps ont généralement peu de volume. La plus grande difficulté est celle de les saisir. On peut même employer pour cela les instrumens à deux branches ou ceux à trois. Les remarques suivantes suffiront pour faire apprécier la valeur respective des uns et des autres. Lorsqu'on se sert d'un instrument à deux branches au moment où celles-ci se rapprochent, le corps qu'elles vont embrasser tend à s'échapper par les vides qu'elles laissent entre elles. Que l'instrument soit droit ou courbe, et que les branches aient ou non la même longueur, le corps étranger n'est jamais saisi que par deux points opposés, et la pression qu'il éprouve tend à le faire fuir du côté où il n'est pas retenu. Si, au contraire, on emploie un instrument à trois branches, dès que la tige centrale a fait connaître que le corps est placé entre celles-ci, on les rapproche l'une de l'autre, en faisant glisser la gaine sur elles; au lieu de chasser le corps, elles le ramènent dans le centre, et les intervalles qu'elles laissent entre elles, diminuant peu à peu, finissent par se réduire à de petites fentes, alors même que la cavité centrale conserve encore une certaine ampleur; le corps n'a donc aucune tendance à s'échapper latéralement, et il ne peut pas fuir non plus par l'ouverture antérieure de l'instrument, puisque la portion courbée de chaque branche le retient. Je ne saurais trop répéter que, dans cette manœuvre, le trilabe doit rester immobile; c'est la gaine seule qui chemine pour rapprocher les branches; et il y a presque certitude qu'on ne saisirait pas le corps si l'on tirait sur le trilabe pour le faire rentrer dans la gaine, comme le pratiquent quelques personnes. Une fois le corps fixé, on le retire par l'urètre, lorsque son volume le permet; dans le cas contraire on l'écrase, on le réduit en parcelles, dont une partie est ramenée avec l'instrument, le reste étant entraîné par l'urine. Le trilabe offre donc, en cette circonstance, des avantages que ne possède aucun autre appareil. A son défaut, on peut employer le lithoclaste à mors plats et larges et à cuiller peu profonde. En ayant soin de n'introduire qu'une ou deux onces de liquide dans la vessie, et de promener l'instrument ouvert sur la surface du bas-fond de ce viscère, on parvient à saisir, quelquefois assez facilement, un corps étranger de forme ronde; puis, par une forte pression, on peut, au besoin, l'aplatir, l'écraser, et par là en diminuer le volume; ce qui rend son passage à travers l'urètre facile et exempt d'accidens. Mais c'est à tort qu'on a conseillé l'usage du percuteur de M. Heurteloup et de l'instrument de M. Jacobson, avec lesquels on ne réussit à saisir de petits corps ronds qu'à force de tâtonnemens ou par une sorte de hasard. D'ailleurs, si ce corps était mou et susceptible de s'écraser par la pression ou la percussion, il pourrait arriver qu'il s'accolât

---

Nous considérons toujours le magnétisme animal comme une étude digne d'être approfondie, parce que nous croyons qu'il y au fond des abus qui s'y mêlent, et en dehors du charlatanisme qui l'exploite, des faits réels, très curieux et très importans. Mais plus cette branche de science nous paraît digne d'attention, plus il est urgent d'en déblayer les abords et d'en purger les chemins, plus il est important d'en assainir le domaine afin que les observateurs probes et consciencieux s'y puissent établir sans craindre de s'y salir par de repoussans contacts.

Nous avons voulu dans cet examen rester dans la question purement scientifique. Il y a aussi là une question morale; mais nous laisserons à d'autres la pénible tâche de la traiter. Les conséquences à déduire de nos observations sont d'ailleurs, sous le rapport moral, assez évidentes pour que nous laissions à nos lecteurs mêmes le soin de les tirer.

L. P.

— M. Audoin, membre de l'Académie des sciences, section d'agriculture, et professeur d'entomologie au muséum d'histoire naturelle, vient de mourir.

— Un concours public sera ouvert, le 17 mars 1842, devant la Faculté de médecine de Paris, pour la chaire de clinique externe, vacante dans cette Faculté par le décès de M. Sanson aîné.

— Un chimiste de Londres, M. Brittan, vient d'être victime d'un essai fait par lui dans l'intérêt de la science. Auteur d'un ouvrage sur la chimie, il voulait, avant de l'achever, constater jusqu'à quel point un homme pourrait, sans danger, respirer une quantité de gaz hydrogène. Il en fit l'essai sur lui-même, et malheureusement le prolongea trop longtemps. Un malaise général suivi d'une stupéfaction complète, se déclara bientôt, et, malgré tous les secours de l'art, il mourut au bout de quelques heures.

— Parmi les dépenses annuelles que le conseil-général de la Seine a votées dans la session qui vient de se terminer, il en est une que nous devons faire connaître, parce qu'elle prouve une amélioration réelle sur un point important d'hygiène publique. La somme de 6,000 fr., votée annuellement pour la propagation de la vaccine, a été élevée celle de 8,000 fr. Dans le département de la Seine les vaccinations vont croissant; c'est un résultat heureux qu'il importe de constater et d'encourager. A l'aide de 6,000 fr. on offrait autrefois, aux soins actifs et bien désintéressés de nos médecins, un jeton pour sept vaccinations. On ne peut plus leur en offrir qu'un sur neuf, aujourd'hui que le nombre des vaccinations augmente. L'allocation nouvelle a pour objet de maintenir la base de l'ancienne répartition. C'est une mesure d'humanité, de prévoyance qui intéresse la population tout entière.

d'une manière intime à l'instrument, et qu'on vit se renouveler ce qui a en lieu dans quelques opérations de lithotritie, où des lithoclastes, ainsi engorgés, ont violenté l'urètre et le col vésical, au point d'entraîner des accidens graves. Rien de semblable n'est à craindre avec le trilabe, puisque le lithotriteur permet toujours de repousser le corps étranger s'il ne pouvait être extrait.

2° Corps allongés et flexibles. — Ici l'on peut se servir indistinctement du percuteur, du lithoclaste ou du trilabe; mais il ne faut pas perdre de vue que le chirurgien procède en tâtonnant, tant est confuse la sensation qu'il perçoit par la rencontre de l'instrument et du corps étranger. Souvent même on n'est averti de la saisie de ce dernier, que parce qu'on ne peut pas fermer l'instrument d'une manière complète. A plus forte raison ignore-t-on comment il se trouve placé dans la pince. Cette notion a moins d'importance ici, il est vrai, que dans les autres cas, puisque le corps étranger peut être plié en deux sans que l'extraction cesse d'être praticable. Chez l'homme, dont M. Ségalas a entretenu l'Académie, une sonde flexible fut retirée par l'urètre quoique pliée en double.

3° Corps longs rigides. — Dans ce cas, le choix a beaucoup d'importance. Accorder la préférence à l'instrument courbe et à deux branches, comme le font MM. Labat, Lallemand, Leroy, Bouchacourt, etc., c'est adopter une pratique semée d'écueils. Effectivement, le corps saisi par cet instrument est presque toujours placé en travers ou obliquement, de manière à décrire un angle, et, dans les cas les plus favorables même, l'extraction par l'urètre, outre qu'elle présente de grandes difficultés, expose à violenter et à déchirer les parois du canal. Si l'angle est droit et que le corps présente un certain volume, l'extraction devient impossible. Si l'angle est plus ou moins aigu, et qu'on parvienne à engager l'extrémité du corps dans le col vésical, à mesure qu'on tire dessus, l'extrémité opposée à celle qu'embrassent les branches est ramenée à la direction de l'instrument; qu'alors on serre trop peu, le corps s'échappe; qu'on serre au contraire avec force et qu'on tire dessus, les parois du canal se trouvent distendues dans une proportion dont on ne parvient à juger que d'après le degré de résistance, puisqu'on ignore comment le corps est disposé dans le percuteur. La position devient alors fort embarrassante. Il est facile en théorie de tracer des préceptes et d'écarter des obstacles supposés; mais les choses ne se passent point de même au lit du malade, où les défauts des moyens auxquels on a eu recours se dessinent bientôt. Dans toutes les circonstances, le percuteur est défectueux, même avec les modifications qui y ont été faites. On répondra qu'avec son secours on est parvenu à retirer un passe-lacet, des éclats de bois, etc. Sans doute: mais parce que le hasard a servi quelquefois, il ne faut pas ériger une pratique aventureuse en règle générale. D'ailleurs, dans le cas cité par un lithotriteur expérimenté les difficultés ont été telles, que l'auteur, lui-même l'assure, n'aurait pas hésité à préférer la taille, s'il avait su les prévoir. Quant au passe-lacet, M. Bouchacourt, sans faire connaître comment ce corps était placé dans l'instrument, dit qu'il était décidé à tirer avec quelque violence. Une telle manœuvre n'est pas sans danger. J'ai cité, dans une lettre sur la lithotritie, un cas où un praticien habile, de Paris, tira avec violence sur un instrument dont les branches étaient écartées par un calcul; l'instrument et le calcul sortirent, mais le malade mourut peu de temps après. Une portion de sonde métallique, longue de cinq pouces, a été extraite aussi au moyen du forceps de Weiss (Gazette médicale, t. v, p. 392); mais on n'a pas fait connaître les détails de cette extraction, et le malade succomba également le sixième jour.

Ayant eu à extraire plusieurs de ces corps longs et rigides, j'ai mis à l'essai tous les moyens proposés. Aucun ne m'a présenté autant de certitude que le trilabe; ce dont il est facile de se rendre raison. Supposons que le corps a été saisi de la manière la plus défavorable, c'est-à-dire en travers et par le milieu, ses deux extrémités formant un angle droit avec les branches, ce qui arrive le plus communément, lorsqu'on se sert d'un instrument à deux branches, si l'on tente de le retirer, on éprouvera de la résistance au col de la vessie, et il faudra le lâcher pour le reprendre dans un autre sens, tandis qu'après avoir essayé la manœuvre que voici: au moment où les extrémités du corps viennent s'appliquer contre l'orifice interne de l'urètre, et sans exercer de fortes tractions qui pourraient blesser le malade, on desserre la vis de pression de la canule, et l'on retire celle-ci de quelques millimètres; de là, résulte que les branches du trilabe s'appliquent avec moins de force sur le corps étranger; en tirant légèrement à soi, celui-ci, devenu libre, pour ainsi dire, se place dans le sens de sa longueur et parallèlement à la direction de l'instrument. Cet effet arrive surtout lorsque l'une des extrémités fait plus de saillie au dehors de l'instrument, et qu'elle appuie avec plus de force contre un des côtés du col vésical. Si, en procédant de la sorte, on s'aperçoit que l'appareil soit sorti de quelques centimètres, et si, en même temps, le lithotriteur fait connaître que le corps est toujours engagé entre les branches de la pince, on repousse la canule sur le trilabe, afin que les branches de ce dernier s'appliquent avec force sur le corps étranger, et on retire le tout. On comprend que les tractions doivent être douces et lentes, qu'il faut interroger les sensations du malade et s'assurer, à l'aide du lithotriteur, que le corps ne s'est point échappé. Si cette manœuvre ne réussit pas, on repousse l'instrument dans la vessie, on ouvre assez la pince pour que le corps étranger devienne libre, et on essaie de le saisir dans un sens plus favorable. Dans l'un des cas de ce genre qui se sont offerts à moi, le corps a été saisi d'emblée par une de ses extrémités, et l'extraction en a été facile. Dans l'autre, il ne fut convenablement saisi qu'à la seconde tentative, et je n'eus non plus aucune peine à le retirer. Il n'est pas inutile de répéter qu'on doit se servir d'un trilabe dont les crochets soient très courts. Avec un instrument ordinaire, le corps étranger ne peut jamais se placer exactement dans la direction convenable; il faut, de plus, avoir une connaissance parfaite de la manœuvre, et procéder avec autant d'adresse que de légèreté. Ce sont là des inconvéniens, sans doute; mais on en rencontre d'autres plus graves encore lorsqu'on se sert d'autres instrumens.

Au reste, je ne suis pas le seul qui ait réussi avec le trilabe. C'est à l'aide de cet instrument qu'a été retirée, à l'hospice de perfectionnement de Paris, la branche d'une pince qui avait été cassée dans la vessie d'un malade. (Gazette médicale, t. v, p. 392.)

Divers moyens accessoires ont été proposés pour aplanir les difficultés que présentent ces sortes d'extraction.

M. Ségalas ayant fait inutilement de nombreuses recherches pour trouver un fragment de sonde flexible, long de trois pouces, qui avait servi de noyau à un calcul, et qui était encore tout incrusté lorsqu'il le retira, imagina de pratiquer des injections d'air et d'eau à la fois dans la vessie, espérant que le corps étranger surnagerait.

On peut, ainsi que je l'ai conseillé en 1836, introduire dans l'urètre une grosse canule, à parois très minces, et faire servir cette canule de conducteur à un bilabe ou un trilabe muni de sa gaine, afin de garantir les parois urétrales et le col de la vessie des froissemens occasionés par le passage du corps étranger. A la vérité, celui-ci ne peut pas toujours traverser la canule; mais il m'est arrivé plus d'une fois de retirer tout ensemble la canule, l'instrument et le corps étranger. En théorie, cette pratique m'avait semblé plus utile qu'elle ne l'est réellement; la canule rend les manœuvres plus difficiles et moins précises. D'ailleurs, quand le corps a été bien saisi, les trois branches de la pince garantissent suffisamment les parois de l'urètre et du col vésical.

Agréez, etc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE.

MESURES SANITAIRES CONTRE LA PESTE.

M. Double lit, au nom de la section de médecine et de chirurgie, le projet de la réponse qu'il propose de faire à M. le ministre du commerce au sujet du mémoire de M. Aubert et de la lettre que M. le ministre a adressée à l'Académie sur la même question.

L'Académie, dit M. Double, se fera un devoir d'étudier tous les documens que le ministre a offert de mettre à sa disposition. Dans une question aussi importante, les faits doivent être examinés avec soin et sous tous les points de vue. Pour cette appréciation, on comprend que le critérium de l'administration ne sera pas toujours le critérium de la science, et réciproquement. Les pièces transmises par M. le ministre (V. Gaz. Méd., 1841, n. 42) fournissent un exemple de la divergence qui peut régner dans la manière d'interpréter une observation. Leur laconisme, le vague des détails, l'assurance avec laquelle on y énonce des faits extraordinaires, doivent rendre réservé sur le degré de confiance qu'il est permis de leur accorder. Le diagnostic de la peste, surtout quand il s'agit de cas isolés, est-il donc tellement aisé qu'on puisse se contenter d'une simple assertion? Quelle a été la durée de la maladie dont on parle, sa marche, son intensité? Chacune de ces questions aurait besoin d'être approfondie. Est-il vrai encore, comme le dit M. le consul de Malte, qu'on ait remarqué jusqu'ici qu'une fois le bâtiment ancré dans le port, il n'y a plus de nouveaux cas de peste? Cela a été soutenu, il est vrai, mais ce n'est point cependant là une proposition généralement et définitivement admise.

La dépêche de M. le consul parle d'un batelier maltais, qui, ayant communiqué avec des passagers, prit la peste vingt jours seulement après. Mais les caractères de la maladie ne sont indiqués que d'une manière insuffisante. On dit qu'il a présenté un bubon. Encore faudrait-il savoir quelle était la nature de cet engorgement, quel était son siége anatomique; et c'est là dessus que manquent les renseignemens. D'ailleurs, il est à remarquer que ce prétendu pestiféré n'aurait

communiqué sa maladie à personne, pas même à ceux qui ne l'ont pas quitté un seul instant durant sa maladie.

Le second document, transmis par l'intendance sanitaire de Marseille, ne résiste pas mieux que le premier à un examen tant soit peu rigoureux. Il est relatif à un brick qui paraissait en bon état, après une traversée de trente-sept jours, pendant laquelle il n'avait perdu que 5 passagers, morts de maladies chroniques; et cependant, seize jours après son arrivée, un matelot succomba avec les symptômes les plus caractéristiques de la peste. Mais, si ce bâtiment n'avait pas eu de cas de peste pendant sa traversée, comment donc se fait-il qu'il ait inspiré des inquiétudes à l'autorité? Quelles étaient ces maladies chroniques qui ont enlevé 5 passagers? Qu'entend-on par *ces symptômes les plus caractéristiques de la peste*? Le bubon signalé chez le matelot ne peut-il pas tenir à une autre cause que la peste? Au moins aurait-il fallu que le diagnostic eût été établi; et l'on n'en fait aucune mention.

Quant aux deux propositions fondamentales de M. Aubert, savoir : que jamais la peste ne s'est déclarée sur un bâtiment après son arrivée dans le port, et que la durée de la quarantaine peut être réduite de beaucoup, sans aucun inconvénient, l'Académie aura à les discuter et à les juger dans son travail général sur les quarantaines. Loin d'avoir des opinions arrêtées sur ce point, elle ne demande que de nouveaux faits pour contrôler ceux que la science possède déjà. La question épineuse de la contagion de la peste ne peut pas être étudiée d'une manière abstraite et métaphysique; ce n'est qu'en multipliant les observations qu'on parviendra à la résoudre. M. le ministre proposant à l'Académie de lui communiquer celles qui sont en son pouvoir, l'Académie accepte cette tâche, quelque longue et difficile qu'elle puisse être.

M. Chevreul demande que la discussion de ce projet de réponse soit renvoyée au comité secret.

M. Double : Les pièces que M. le ministre avait envoyées à l'Académie, et auxquelles je viens de faire allusion, avaient été lues en séance publique. Reproduites par tous les journaux, elles avaient répandu l'alarme au-dehors. Il importait par conséquent que le projet de réponse eût la même publicité. Cependant, la section de médecine est prête à se rendre au vœu de l'Académie, et à renvoyer la discussion au comité secret.

Cette proposition, appuyée par M. Flourens, est adoptée.

TRANSMISSION DE LA MORVE DE L'HOMME A L'HOMME.

M. A. Bérard fait la communication suivante :

La transmission du farcin et de la morve du cheval à l'homme est un phénomène que des faits nombreux et bien observés ont mis hors de doute, et personne aujourd'hui ne conteste la réalité de cette contagion. Mais jusqu'à ce jour il était sans exemple qu'un homme, affecté de la morve aiguë, eût communiqué cette maladie aux personnes qui l'approchaient et desquelles il recevait des soins. Cependant cette espèce de contagion était à craindre, puisque la propriété contagieuse de la morve de l'homme était démontrée par le résultat des inoculations faites sur les chevaux avec le pus provenant des malades atteints de cette terrible maladie.

Aujourd'hui cette crainte se trouve malheureusement confirmée, et c'est une observation de contagion de la morve de l'homme à l'homme que je viens présenter à l'Académie.

Obs. — M. Rocher, étudiant en médecine, externe dans mon service à l'hôpital Necker, était chargé du pansement d'un malade affecté de farcin chronique, puis de morve aiguë, à laquelle il a succombé le mois dernier (voy. Gaz. Méd., n. 45). Les pansemens qui nécessité un contact journalier entre le malade et l'élève; de plus, celui-ci, plein de zèle pour la science, prolongeait encore ses relations avec le farcineux, en se livrant à un examen minutieux de la maladie dont il recueillait l'observation avec le plus grand soin.

Après la mort du malade, M. Rocher prit une part très active à l'autopsie, et, pendant qu'on sciait les fosses nasales, il maintenait la tête immobile, en appuyant les mains sur les tégumens des tempes et de la face qui étaient le siège de l'éruption gangréneuse de la morve. Je dois ajouter que, pendant tout le temps que M. Rocher pansa le malade, il n'eut ni écorchures, ni plaies aux mains ; il eut toujours soin de se laver après l'avoir touché.

Telles sont les circonstances au milieu desquelles M. Rocher a contracté la maladie. Un peu avant la mort du palefrenier, ce malheureux élève éprouvait déjà des coliques, de la diarrhée; mais ce ne fut que dans la nuit qui suivit l'autopsie que le mal fit explosion. M. Rocher se réveille avec du frisson, auquel succède la fièvre et un endolorissement général. Les deux jours suivans, quoique courbaturé, il se lève et quitte encore la chambre ; mais le troisième jour, les douleurs deviennent beaucoup plus vives et se localisent dans la cuisse gauche, l'épaule droite et le côté droit de la poitrine. Le cinquième jour, je découvre dans l'épaisseur de la cuisse et de l'épaule des tumeurs ayant le caractère des tumeurs farcineuses, et je porte dès lors le pronostic le plus grave sur l'issue de la maladie. Dans les jours qui suivent, la tumeur de l'épaule est résorbée, celle de la cuisse se ramollit et devient fluctuante. J'en fis l'ouverture avec le bistouri six jours après son apparition. Le liquide qui en sort est formé de pus mêlé à du sang. Il a été recueilli et livré à M. Leblanc, qui l'a inoculé le jour même à un cheval.

Cependant, une nouvelle tumeur, précédée d'une douleur excessive, apparaît sur la malléole interne du pied droit, et, dans l'espace de trois jours, elle arrive à suppuration.

Enfin, quatorze jours après l'invasion de la maladie, la peau du nez devient rouge, chaude et douloureuse ; le lendemain, la rougeur s'étend aux joues, aux paupières, au milieu du front; des phlyctènes gangréneuses, des pustules apparaissent çà et là sur les parties rouges et gonflées du visage.

Ces désordres sont encore plus prononcés le jour suivant : un liquide sanguinolent s'écoule en abondance par le nez; de nombreuses pustules recouvrent toutes les parties du corps, et M. Rocher succombe dans la nuit, le seizième jour de la maladie.

Le cheval inoculé par M. Leblanc est mort le même jour, après avoir offert les symptômes du farcin et de la morve aiguë. L'examen de ses deux fosses nasales a montré l'existence des lésions qui caractérisent cette dernière affection.

L'observation dont je viens de rapporter les faits principaux, ajoute M. Bérard, prouve sans réplique la propriété contagieuse de la morve de l'homme à l'homme.

Ce n'est point par inoculation que M. Rocher a contracté la maladie; il n'a pas eu d'écorchures aux doigts pendant tout le temps qu'il a pansé le palefrenier morveux; il ne s'est ni piqué, ni coupé à l'autopsie; il a toujours eu l'attention de se laver les mains avec soin après avoir touché le malade. C'est donc par suite d'une infection miasmatique analogue à celle de la variole, de la scarlatine, que ce malheureux jeune homme a contracté la morve.

Sous le rapport de la science, ce fait présente déjà un grand intérêt, mais il offre encore plus d'importance sous le rapport de la santé publique; il nous montre que ce n'est pas sans danger qu'on donne des soins aux individus affectés de la morve, et il engagera par conséquent les médecins à prendre et à recommander certaines précautions pour se mettre à l'abri de la contagion autant que possible, sans toutefois manquer aux devoirs de la profession. Je dois ajouter que ce fait est de nature à éveiller la sollicitude du gouvernement, et à provoquer de sa part la mise à exécution plus rigoureuse des réglemens qui prescrivent d'abattre les chevaux morveux.

Vu l'importance du sujet, cette communication est renvoyée à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.

TRAITEMENT DU DIABÈTE SUCRÉ.

M. Bouchardat lit un travail intitulé : Nouvelles recherches sur le diabète sucré. Le point le plus difficile dans le traitement du diabète est d'assujétir les malades à l'abstinence prolongée et complète des alimens féculens. Tôt ou tard, ils cèdent à la tentation, et alors les accidens reparaissent, et amènent une terminaison funeste. Cependant, chose remarquable, le sucre disparaît de l'urine quelques jours avant la mort ; mais cela peut aisément se comprendre si l'on réfléchit que, lorsqu'ils sont arrivés à cette période, les malades ne font plus usage d'aucune espèce d'aliment.

J'avais annoncé dans mon dernier mémoire qu'il ne m'avait pas encore été donné de faire une seule autopsie de diabétique. Depuis lors, trois de mes malades ont succombé. Un résultat aussi fâcheux m'avait beaucoup découragé, lorsque le travail récent de M. Biot sur l'emploi des caractères optiques dans le diagnostic de cette affection m'inspira le désir de compléter mes recherches, en me mettant à même de reconnaître le diabète dès son début.

Deux points importans doivent être l'objet du médecin dans le traitement de cette maladie :

1° Remplacer le pain par un aliment moins féculent. Quelque difficile que fût cette première indication, je crois être parvenu à la remplir, au moins d'une manière approximative, en faisant préparer avec le gluten un pain qui ne contient plus que 1|6 de fécule.

2° Rétablir l'économie du diabétique dans son état normal. Remarquons d'abord que la sécrétion acide de la peau est interrompue dans le diabète, tandis que la sécrétion des glandes et des membranes muqueuses du canal digestif est pervertie et devient acide d'alcaline qu'elle était. Pour corriger ces modifications anormales de composition des liquides sécrétés, je propose d'exciter l'action de la peau par l'usage continuel des vêtemens de flanelle, et d'administrer à l'intérieur des préparations d'opium et de sels ammoniacaux. Il est important d'observer que lorsque le malade prend du carbonate d'ammoniaque, par exemple, ses urines ne commencent à devenir alcalines que quelques jours après qu'il a commencé l'usage de ce médicament.

M. Bouchardat lit quatre observations qui prouvent les bons effets du traitement dont il vient d'exposer les principes. De ces quatre observations, il en est deux qui sont un exemple du retour complet et persévérant des urines à l'état normal chez un diabétique; ce qui est un fait très rare. Les deux malades dont il s'agit ont seuls été soumis à l'usage de vêtemens de flanelle, et cette diaphorèse constante a heureusement secondé l'action des autres médications.

Commissaires : MM. Thénard, Biot, Magendie, Dumas et Serres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE.—PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance contient un mémoire de M. le docteur Boinet sur le strabisme et son traitement par la myotomie, travail appuyé sur le résultat de plus de 200 opérations.

M. le Président annonce que la séance annuelle de l'Académie aura lieu le samedi 11 décembre.

DE LA RARETÉ DES SUBSISTANCES COMME CAUSE DE MORTALITÉ.

M. Double lit, en son nom et en celui de MM. Villermé et Parisel, un rapport sur le mémoire de M. Mélier, intitulé : Études sur les subsistances envisagées dans leurs rapports avec les maladies et avec la mortalité, lu

dans la séance du 7 septembre. (Voy. Gaz. Méd., n. 37.) M. Mélier, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, dit M. Double, possède, ainsi que M. Devergie, sur les autres compétiteurs, l'avantage d'avoir répondu à un vœu émis par la section et sanctionné par l'Académie. La démarche qu'il a faite en venant vous communiquer ses recherches n'est pas une vaine formalité; c'est un moyen d'éclairer la conscience des juges; et le candidat qui, au moment d'une lutte en quelque sorte improvisée, peut ainsi fournir immédiatement un travail aussi important, donne l'idée la plus favorable de ses forces et de son mérite.

Il ressort de tous les documens acquis à la science que le prix du blé exerçait *autrefois* (j'insiste sur ce mot) une grande influence sur les maladies, sur le nombre des admissions dans les hôpitaux, sur la mortalité. M. Mélier a fait le même travail pour les époques récentes, et il est arrivé au même résultat général. Il y a cependant, entre les produits des observations faites autrefois et celles qu'on répète de nos jours, une certaine différence qui a été introduite par les progrès de la civilisation. Et, pour prendre un exemple, en 1816 et 1817, époque où le blé valait 36 fr. l'hectolitre, et où le prix du pain à Paris était d'environ 1 fr., le chiffre des décès, quoique plus grand que dans une année moyenne, ne fut pas cependant excessif. C'est que les autres conditions de subsistance n'avaient pas varié dans la même proportion. Indiquons de suite quelques-unes de ces conditions.

Un fait général qui résulte de l'histoire des peuples est celui que l'on peut exprimer en ces mots : *La nature donne les vivres ; les hommes font les disettes*. Les disettes, en effet, ont été bien souvent la conséquence de causes étrangères à la rareté des subsistances; des commotions politiques, des terreurs paniques, etc., ont pu leur donner naissance, et l'on conçoit que, présentement, avec la diffusion actuelle des lumières et le perfectionnement des institutions sociales, il ait été possible de remédier à un grand nombre de ces causes. D'un autre côte, les progrès de l'agriculture ont fourni quelques substances capables de suppléer au froment, de sorte qu'en France on peut dire aujourd'hui que les ressources sont au-dessus des besoins. L'agrandissement du commerce, la rapidité des communications, les sages réformes qu'on a fait subir à la législation sur les céréales sont encore venues agir dans le même sens, en empêchant l'accaparement par les riches, ainsi que les privations à supporter par les classes indigentes.

Les mauvaises récoltes qui produisent les disettes sont ordinairement l'effet des années où la maturité des grains n'a pu avoir lieu. A leur rareté se joint donc alors le plus souvent leur qualité défectueuse, nouvelle source de maladies. En outre, les travaux des journaliers, surtout des journaliers de la campagne, sont suspendus ou entravés, et l'on sait bien que le travail n'est pas seulement un moyen de subsistance, mais aussi une condition de santé, comme un élément de moralisation; causes non moins actives de détérioration pour la santé publique.

Tous les résultats auxquels est arrivé M. Mélier, et qu'il a mis hors de doute, étaient, du reste, déjà soupçonnés, indiqués par les procédés de la logique. Nous n'insisterons pas davantage sur l'analyse des faits qu'il a mis en évidence; nous en avons dit assez pour faire ressortir l'esprit juste et les connaissances variées et profondes que suppose un semblable travail. Nous proposons, en conséquence, de renvoyer le mémoire de M. Mélier au comité de publication, et nous espérons que l'Académie lui tiendra compte de sa communication comme d'un nouveau titre à ajouter à ceux qu'il a déjà pour obtenir la place vacante dans son sein.

M. Loiseleur de Longchamps : Je partage entièrement l'opinion de M. le rapporteur sur la valeur du travail de M. Mélier; je dirai seulement quelques mots pour faire sentir à l'Académie l'importance des études sur les céréales. Parmi les revenus de la France, les produits des céréales sont estimés 19 cent millions ou 2 milliards, lorsque le blé est à un prix moyen. Jugez à quel chiffre doit s'élever cette somme, lorsque le prix augmente!

M. Villermé : Un fait capital me paraît ressortir du mémoire de M. Mélier. La cherté des céréales, quand elle atteint une certaine mesure, affaiblit la santé publique et augmente la mortalité. Cette proposition était déjà tacitement reconnue vraie par tout le monde; mais M. Mélier a le mérite d'avoir résolu la question d'une manière mathématique, d'avoir changé en démonstration ce qui, aux yeux de tous, jusqu'ici, n'était qu'une assertion. M. Mélier a rendu justice aux auteurs qui ont étudié ce sujet avant lui. Cependant il n'a point parlé des recherches faites par John Barton, il y a environ quinze ans, et à vrai dire cette omission n'est pas surprenante, car le livre de cet écrivain fut enlevé avec une telle rapidité dès son apparition qu'il est aujourd'hui à peine connu en France et même en Angleterre. L'Académie entendra sans doute avec intérêt une analyse de cet ouvrage. L'auteur commence par diviser les provinces de l'Angleterre proprement dite (l'Écosse et l'Irlande non comprises) en 3 ordres, par rapport à l'industrie qui y est spécialement cultivée; ainsi, il établit : 1° des districts agricoles; 2° des districts manufacturiers; 3° des districts agricoles et manufacturiers. Examinant ensuite la marche et la proportion des décès dans ces trois classes différentes pour une période d'environ vingt années, il a reconnu que dans les années où le prix du pain baisse, la mortalité diminue dans les populations manufacturières, mais en revanche elle augmente un peu dans les populations agricoles. Ce résultat est constant; il a été vérifié séparément dans chaque district. John Barton l'a expliqué très rationnellement en disant que ces années les fermiers, les cultivateurs retirent moins d'argent et emploient moins d'ouvriers, de sorte que les journaliers, les journaliers d'agriculture surtout, pâtissent et vivent moins bien, d'où une mortalité plus considérable. Au contraire, dans les années de cherté du pain, il y a augmentation de mortalité; mais si la cherté n'est pas très grande, la mortalité porte principalement sur les populations manufacturières, tandis que si le prix des grains s'élève très haut, elle pèse également sur les agriculteurs et sur les manufacturiers. L'explication que je donnais tout à l'heure des effets produits par la baisse des prix du pain s'applique aussi bien, en la renversant, aux conséquences de son augmentation. Ici se termine ce que je voulais extraire du livre de John Barton. J'ajouterai que, relativement à ce qui s'est passé en France, la mortalité ne fut pas plus forte en 1818, je ne dirai pas que les années précédentes (car nous n'avons pas de renseignemens précis sur elles), mais que dans les années 1818, 1819 et 1820. Cependant, en 1817, elle fut un peu plus forte que les années suivantes dans les départemens du Nord et de l'Est de la France; mais elle fut, au contraire, plus faible dans ceux du Sud.

M. Desportes : Je ne puis m'associer complètement au bien que M. le rapporteur vous a dit de la coutume de faire présenter des travaux par les candidats aux places vacantes de l'Académie. Si MM. les auteurs tirent un grand profit de ces lectures, ceux qui sont chargés du choix n'y trouvent pas le même avantage, car leur esprit est nécessairement distrait par l'abondance de ces nouveaux titres qu'il faut encore examiner après avoir pesé tous les autres. Quant au mémoire de M. Mélier, s'il est réellement aussi bon que le prétend M. le rapporteur, pourquoi ne pas l'avoir soumis à une critique sévère comme on le fait à l'égard de tous les ouvrages de quelqu'importance. Pour ma part, je regrette que l'auteur n'ait pas envisagé la question sous un point de vue qui avait bien aussi son utilité. La cause des disettes est rarement unique, le plus souvent elle est complexe. Chaque année il y a une cause de disette qui fait passer un grand nombre d'individus de l'aisance à la pauvreté, et cette cause, c'est l'impôt. Ainsi, dans un pays voisin du nôtre, pays parcouru par des cours d'eau multipliés, dont le sol est fertile, et la richesse minérale considérable, on voit tous les ans trois millions d'habitans réduits à l'indigence et mourans de faim dans les rues. Je ne m'élève pas contre l'impôt considéré d'une manière absolue; il est utile en lui-même, et aucun état ne peut s'en passer, mais c'est l'exagération de la mesure que je désapprouve. En 1816, les subsistances ont manqué, et réellement alors il y avait pénurie de grains; mais c'est encore l'impôt extraordinaire que la France a été obligée de payer à cette époque qui a aggravé les effets de la disette. De même, en 1790 les troubles politiques amenèrent la cherté des grains, et je me rappelle bien que dans ma famille nous mourions de faim à côté de nos fermiers qui gardaient leurs récoltes parce que nous avions entre les mains trop peu de valeur monnayée pour pouvoir en payer le prix. J'ai dit.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

DISTINCTION DES TEMPÉRAMENS.

M. Royer Collard lit un mémoire sur les tempéramens, considérés dans leurs rapports avec la santé. Cette lecture sera continuée à la prochaine séance.

CAS DE MORVE TRANSMISE DE L'HOMME A L'HOMME.

M. A. Bérard communique à l'Académie l'observation qu'il a présentée à l'Académie des sciences. (Voyez ci-dessus compte rendu de la séance.)

TRANSMISSION DE LA MORVE DU CHEVAL A L'HOMME.

M. Bouillaud lit l'observation suivante recueillie dans son service à la Charité :

Obs. — Le nommé Letellier, âgé de 17 ans, journalier, de constitution assez peu vigoureuse, de tempérament lymphatique, remarqua, il y a trois semaines, qu'à la suite d'un travail fatigant il s'était développé une tumeur douloureuse à la partie moyenne de la poitrine. Sept jours après, il entra dans le service de M. Velpeau, qui combattit les symptômes par l'application d'un vésicatoire et des frictions mercurielles. Enfin, après qu'une saignée eut été pratiquée, on le fit passer dans une salle de médecine. Il y avait alors un peu d'enchifrènement, haleine fétide, lèvres sèches, langue couverte de taches noirâtres, érysipèle à la face. Les narines furent examinées, mais on n'y découvrit aucune lésion. La nature de la maladie resta donc incertaine. Une saignée fournit une couenne franchement inflammatoire. Le lendemain, il se manifesta du délire avec vociférations; pouls à 138. On découvrit ce jour-là de nombreuses pustules occupant diverses régions de la peau et particulièrement la face; elles frappèrent l'attention de M. Bouillaud par leur ressemblance avec celles de la morve. L'individu mourut dans la journée.

Les pièces résultant de l'autopsie cadavérique ont déjà été présentées à l'Académie. Nous rappellerons seulement qu'on trouva des abcès musculaires considérables. Plusieurs des pustules de la peau étaient converties en ulcérations. Les fosses nasales présentaient des ulcérations grisâtres dont la largeur variait de 4 à 12 millimètres. Dans leur intervalle on voyait des pustules à diverses périodes. Un ulcère plus vaste siégeait à l'entrée du pharynx. L'une des amygdales contenait du pus.

Voilà donc, continue M. Bouillaud, une morve aiguë chez l'homme, parfaitement caractérisée et, si je puis le dire, bien conditionnée. Pourtant ce ne fut que le jour de la mort que je pus la diagnostiquer ou plutôt la soupçonner, et aucun des médecins qui avaient soigné cet individu avant moi n'était venu à bout de la reconnaître. Tout contribuait en effet à répandre le doute sur la nature de ce cas. Il n'y avait ni jetage par les narines, ni douleurs dans les fosses nasales. Le malade d'ailleurs n'accusait aucun antécédent qui pût faire croire qu'il eût communiqué avec des chevaux morveux. Du reste, l'enchifrènement et l'érysipèle de la face qu'il offrait sont des phénomènes assez ordinaires à la période de la fièvre typhoïde où l'on pouvait supposer qu'il se trouvait. C'est seulement depuis la mort que nous avons recueilli des renseignemens plus positifs. Son père est venu nous déclarer qu'il avait conduit et pansé deux chevaux d'omnibus atteints de morve; et MM. Leblanc et Rayer ont constaté que c'était bien en effet cette affection que présentaient ces animaux.

M. Bouillaud termine en exprimant le vœu que la commission nommée par l'Académie pour examiner la question de la morve, fasse prochainement son rapport. Assez de victimes humaines, dit-il, ont été jusqu'ici sacrifiées à ce monstre qui vient d'affliger notre monde pathologique; qu'il se contente désormais de victimes moins nobles. L'Académie comprendra toute l'importance de sa mission, et si elle différait de s'expliquer sur ce sujet on pourrait dire que son silence aussi serait une calamité publique.

MORVE CHRONIQUE CHEZ L'HOMME, TERMINÉE PAR LA MORVE AIGUE.

M. Ambroise Tardieu, interne à la Charité, met sons les yeux de l'Académie le larynx et la trachée d'un homme mort de morve aiguë, le 10 novembre 1841, dans le service de M. Rayer, après avoir présenté des symptômes de farcin et de morve chronique. Cet individu, nommé Martin (Jean-Baptiste), âgé de 34 ans, était resté pendant trois ans, de 1834 à 1837, à l'École d'Alfort, comme palefrenier, avait été, comme a bien voulu le constater M. Mignon, en rapport habituel avec des chevaux morveux, et avait ressenti dès cette époque une douleur persistante et profonde à la gorge pour laquelle il consulta plusieurs médecins qui ne purent, a-t-il dit, constater de lésion dans le pharynx. Il était en même temps enchifrené et monchait du sang; jamais il n'a eu de maladie vénérienne. Depuis sa sortie d'Alfort, il continua à se trouver en contact avec des chevaux dont plusieurs étaient farcineux ou morveux. Vers le milieu de juillet 1841, un abcès sur le coude-pied du côté gauche le força d'entrer à la Charité. Il n'eut durant tout le cours de la maladie aucun autre abcès extérieur. Mais dès son entree, il portait à la voute palatine une large ulcération fongueuse qui résista à un traitement mercuriel et à des cautérisations successives. Les forces s'affaiblirent, la constitution s'altéra; et le 6 novembre, il fut pris de tous les symptômes d'une morve aiguë à laquelle il succomba au bout de cinq jours.— A l'autopsie, on trouve toutes les lésions ordinaires de la morve pustuleuse aiguë, tant dans les fosses nasales, où les désordres sont considérables, que dans les viscères. Mais de plus, il existe des altérations chroniques qu'il est impossible de méconnaître et qui n'ont pas été effacées par des lésions plus récentes, comme cela pourrait être arrivé dans le nez: 1° à la voute palatine, où la muqueuse ulcérée recouvre un os érodé, rugueux, percé de trous, et comme ulcéré lui-même; 2° dans les voies aériennes dont la surface interne, depuis l'extrémité supérieure de l'épiglotte jusqu'à la division des bronches, n'est plus qu'une vaste cicatrice qui doit s'être formée depuis très longtemps. La membrane muqueuse est mince, adhérente, généralement pâle, presque blanche en certains points, sèche et transparente, sans injection ni éruption pustuleuse. Des brides fibreuses très résistantes, disposées en lignes nombreuses, interceptées, réunies de mille manières, constituent un réseau aréolaire qui occupe toute l'étendue de la face interne du larynx et de la trachée.

Le siège de ces lésions, qui ont été souvent observées chez les chevaux et dont la nature ne saurait être douteuse, donne à ce fait les caractères de la morve chronique, et c'est le premier exemple de cicatrices trachéales, farcineuses ou morveuses chez l'homme.

La séance est levée à 8 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET PATHOLOGIQUES SUR LES PROPRIÉTÉS ET LES FONCTIONS DES FAISCEAUX DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET DES RACINES DES NERFS RACHIDIENS, PRÉCÉDÉES D'UN EXAMEN HISTORIQUE ET CRITIQUE DES EXPÉRIENCES FAITES SUR CES ORGANES, DEPUIS SIR CH. BELL, ET SUIVIES D'AUTRES RECHERCHES SUR DIVERSES PARTIES DU SYSTÈME NERVEUX; par M. F.-A. LONGET. — 1 vol. in-8°. Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Il est des doctrines tellement empreintes d'un cachet de simplicité et de justesse, qu'à leur seul énoncé l'esprit se sent disposé à les admettre, et oublie presque de demander des preuves, tant il se trouve irrésistiblement entraîné par tout ce qui présente une apparence de vérité. Mais ces adhésions d'enthousiasme, ces suffrages donnés comme par acclamation, chancellent bientôt et tombent dès que la raison peut se faire entendre; tôt ou tard la réflexion reprend ses droits, et lorsqu'on jette un regard en arrière, il arrive souvent qu'une défiance injuste succède à un engouement sans motif; de sorte que, faute d'avoir pris tout d'abord un milieu raisonnable, on se trouve reporté aussi loin en deçà du vrai, qu'on en avait d'abord par aveuglement dépassé les limites.

Les physiologistes en étaient à peu près là sur la localisation du sentiment et du mouvement dans le système nerveux, lorsque M. Longet commença à s'occuper de cette question. Séduits par la clarté du système de Ch. Bell, presque tous les contemporains en avaient adopté d'instinct les principales conclusions, sans savoir que ses preuves expérimentales étaient encore à faire. Partout il était cru, approuvé, professé, défendu, et la distinction des racines motrices et sensitives, généralement proclamée comme le fait le plus légitimement acquis à la physiologie. Bref, tout conspirait à son succès; les expériences insuffisantes de son inventeur étaient corrigées et complétées, par l'esprit de parti toujours si accommo dant; toute objection passait inaperçue; toute exception ne semblait devoir servir qu'à confirmer la règle, lorsqu'une circonstance fortuite vint cependant inspirer le doute à ses plus ardens prosélytes. Il y a deux ans, la question ayant été portée accidentellement devant l'Académie de médecine, un membre entreprit de démontrer que l'œuvre entière de Bell n'était qu'une hypothèse dépourvue de base solide. Nous n'avons pas en ce moment à reproduire ses argumens, non plus qu'à nous prononcer entre ses nombreux adversaires et lui. On se rappellera seulement que parmi les considérations alléguées à l'appui de la doctrine anglaise sur les racines nerveuses, il ne se trouva pas une seule expérience capable de convertir tous les opposans. Des dissections sur l'homme, des résultats d'anatomie comparée, des faits pathologiques, tels furent es argumens mis en avant par MM. Blandin et Bouillaud. Assurément, pour beaucoup d'auditeurs, ces considérations, tout imparfaites qu'elles fussent, parurent suffisamment probantes; mais pour le plus grand nombre sans doute aussi, il résulta de cette discussion que les seules preuves définitives n'existaient pas, et que la doctrine de Bell avait reçu un échec, ou du moins que son côté faible avait été mis à nu dans le combat. Les expériences seules pouvaient décider, c'est donc aux expériences que M. Longet se mit dès lors en devoir d'en appeler.

Ce n'est pas que divers physiologistes n'eussent déjà songé à chercher dans les vivisections le motif de l'arrangement des racines des nerfs rachidiens en deux ordres de filets séparés; il devenait donc nécessaire de passer leurs travaux en revue; et cette tâche si pénible par le nombre et la variété des documens à examiner, M. Longet a su la rendre aussi intéressante que profitable pour le lecteur. Prenant un à un, et à commencer par Ch. Bell, chacun des auteurs qui ont travaillé à cette question, il juge leurs droits, d'après la part suivant laquelle chacun d'eux a contribué à avancer la solution du problème. Cette revue, nous le répétons, offre une double sorte d'intérêt, tant parce qu'elle embrasse l'ensemble des faits déjà acquis à la science sur ce point, que par la manière large et sévère dont ils sont interprétés. M. Longet ne se borne pas à apprécier les résultats énoncés par un auteur, il veut encore savoir comment ils ont été obtenus, et pour cela il scrute l'expérience dans ses plus minutieux détails, en pèse toutes les circonstances, interroge et le mode de sensibilité particulier à l'animal expérimenté, et le procédé mis en usage, et la manière dont la conclusion a été déduite des faits. Cette critique, comme on le voit, peut être sévère sans que personne ait le droit de s'en plaindre; car elle n'a rien de personnel, ni d'arbitraire; et si elle paraît quelquefois un peu rude, c'est que les faits seuls y parlent, et que leur langage est souvent brutal, comme chacun sait. Une autre source d'instruction naît encore de cette analyse. En s'exerçant à signaler les écueils où sont tombés ses devanciers, l'auteur éclaire la route qu'il aura lui-même à parcourir, et chaque faute qu'il indique, chaque motif de nullité qu'il relève est une cause d'erreur qu'il sera désormais assuré d'éviter. Ainsi, à propos des expériences faites avant lui sur les racines antérieures et postérieures, M. Longet critique le mode opératoire qui consiste à diviser d'abord un ordre de racines, pour juger des effets de cette section par la paralysie qui en est la suite. L'ouverture seule du rachis, indépendamment de toute autre mutilation, diminue en effet notablement le pouvoir moteur de l'animal; et si l'on vient ensuite à couper, par exemple, les racines postérieures, l'abolition du mouvement qui apparaîtra alors ne prouvera pas grand' chose, puisqu'il était déjà extrêmement affaibli par le fait même de l'opération faite pour mettre la moelle à nu. Le procédé *par section* est donc de beaucoup inférieur au procédé *par irritation*, et c'est là ce qui explique en grande partie l'insuccès de quelques expérimentateurs qui avaient adopté cette méthode vicieuse. N'ayant pas constaté l'état de la motilité avant de couper les racines postérieures, ils s'étonnaient de la trouver diminuée à la suite de cette section, sans s'apercevoir que cette diminution existait déjà auparavant. Du reste cette circonstance n'est pas ici la seule cause de méprise, et il est bien certain qu'un membre dépourvu de sensibilité par la division des racines postérieures n'exécute plus des mouvemens aussi précis et aussi bien coordonnés. Cette influence de la sensibilité sur les mouvemens avait déjà été parfaitement appréciée et signalée par M. Foville.

Rappelons encore, d'après M. Longet, que l'irritation galvanique, lorsqu'elle est appliquée au moyen d'une pile trop forte, peut facilement passer de la partie qu'elle touche à une autre partie avec laquelle celle-ci n'a aucune connexion organique ni fonctionnelle; nouvelle cause d'erreur et de confusion dans les résultats. Rappelons aussi que, lorsqu'il s'agit de déterminer les attributions d'un cordon nerveux quelconque, d'un nerf présumé sensitif, par exemple, comme le pneumo gastrique, il faut bien prendre garde de ne pas le galvaniser dans un point où il a déjà des filets moteurs accolés à son tronc; car alors les effets se confondraient nécessairement et l'expérience ne donnerait qu'un résultat incertain.

Ces diverses considérations fournissent à M. Longet des objections puissantes contre la plupart des expériences qui ont été faites avant lui,

pour préciser les fonctions spéciales des racines antérieures et postérieures, et il conclut avec raison, ce nous semble, que celles de ces expériences où les causes d'erreur précitées n'ont pas été évitées ne peuvent en aucune façon venir à l'appui du système de Bell. Il n'en est peut-être point ainsi du reproche qu'il adresse à Müller, d'avoir choisi des grenouilles pour sujet de ses recherches ; ou du moins nous ne croyons pas qu'on soit autorisé à regarder comme incomplètes et peu décisives les vivisections faites par le physiologiste de Berlin sur ces animaux. Sans doute ils occupent un rang tellement inférieur dans l'échelle zoologique qu'on ne doit conclure qu'avec une grande réserve de ce qui a lieu chez eux à ce qui se passe sur l'homme. Mais si cette réserve est nécessaire lorsqu'il s'agit d'étudier les propriétés d'organes à structure bien différente chez l'homme et les batraciens, tels que le cœur et le système respiratoire, ou, lorsqu'on cherche à déterminer les lois de connexion des diverses fonctions vitales d'après l'analogie qu'ont entre elles ces deux classes d'animaux, il n'en est plus de même dans la question actuelle. Là, où l'organisation est une, où les fonctions sont identiques dans les deux espèces, qui pourrait blâmer un auteur de conclure de la première à la seconde? qui pourrait suspecter la justesse d'un semblable rapprochement? Eh bien! la sensibilité et la motilité existent chez l'homme comme chez la grenouille ; chez tous les deux, les racines des nerfs sont divisées en deux séries distinctes. En faut-il davantage pour légitimer une déduction de l'un à l'autre? Et, pour le dire en passant, les expériences de M. Longet lui-même ne sont-elles pas venues prouver que Müller avait eu raison, en décidant la question, d'après le seul résultat des expériences faites sur la grenouille?

Après cette introduction critique, M. Longet expose les preuves de la doctrine de Ch. Bell. Or, elles sont de deux ordres, pathologiques et expérimentales. Nous n'insisterons pas longuement sur celles de la première série : non pas qu'elles offrent prise à la moindre objection; rien au contraire de plus probant que cette masse de faits spontanément fournis par la nature, et convergeant tous vers un même but, vers une conséquence forcée. Mais les observations étant empruntées à divers ouvrages, cette circonstance, bien qu'elle soit une nouvelle garantie d'authenticité, enlève à la seconde partie du livre de M. Longet la couleur vraiment originale que possédent la première et la troisième. Nous ferons seulement remarquer que si le nombre des faits qu'il a pu rassembler paraît très petit, ce n'est pas qu'il ait exclu ceux qui lui paraissaient contradictoires à son système; cela vient uniquement de ce que, sentant le besoin de n'arguer que de preuves claires et positives, il a pris le sage parti de n'admettre que les observations qui contiendraient un résultat net et tranché, soit en faveur de la doctrine de Bell, soit contre elle. C'est dire que le triage a dû être sévère et les récusations nombreuses. Aussi de *trois cent cinquante observations* de maladies de la moelle épinière qu'il a passées en revue, n'est-il parvenu à en réunir que vingt où la lésion, constatée à l'autopsie, fût bornée exactement à l'un des faisceaux ou à une des séries de racines, et dans lesquelles les symptômes pendant la vie eussent été franchement dessinés. Ajoutons que, sur ces vingt faits, un seul a paru contraire à la théorie de Bell. Encore est-il rapporté par l'observateur d'une manière tellement succincte que le doute est bien permis à l'égard de cette exception unique.

Avant d'aborder la troisième partie du livre de M. Longet, partie qui se compose des recherches qui lui sont propres, il faut poser une distinction qui, en même temps qu'elle nous servira pour l'exposition des faits, nous permettra aussi de rendre à chacun ce qui lui appartient dans cette question. Les investigations expérimentales de M. Longet portent sur deux points différens, les fonctions des racines des nerfs et celles des faisceaux de la moelle. Examinons où en était la physiologie de ces parties avant la publication de son ouvrage.

Il résulte de l'historique tracé par M. Longet qne, relativement aux racines antérieures et postérienres, les expériences de Müller faites sur des grenouilles, celles de Panizza répétées sur des chevreaux, et celles que Valentin exécuta sur des lapins, avaient clairement moutré la différence de fonctions entre les racines antérieures et les racines postérieures. Quant à leurs propriétés (attribution qu'il faut bien distiguer de la fonction, quand il s'agit du système nerveux), Müller avait montré sur des grenouilles que les racines postérieures sont sensibles, et Valentin avait reconnu ce même fait et constaté en outre, *toujours sur des grenouilles*, l'insensibilité des racines antérieures ; Backer était arrivé au même résultat sur des chiens, mais ses expériences étaient peut-être trop peu nombreuses. M. Longet n'a donc fait, en quelque sorte, à propos des racines, que répéter les expériences de ses prédécesseurs ; mais il n'en a pas moins un mérite fort grand à nos yeux, celui de les avoir reproduites avec une patience et une dextérité telles que, *trois cent trente fois*, il a pu mettre expérimentalement hors de doute, et devant les témoins les plus compétens et les plus prévenus, la dissemblance de fonctions et de propriétés des racines antérieures et des postérieures. Il est juste de reconnaître que, si l'honneur de l'invention ne lui appartient pas sur ce point, il a le mérite d'avoir donné, ainsi que l'a dit M. Breschet à l'Académie de médecine, la *démonstration mathématique* d'un fait que tant de médecins s'obstinaient encore à nier, quoique les expériences de Müller, Panizza et Valentin fussent déjà connues. Une semblable constance dans les résultats répond victorieusement aux objections que la mauvaise foi se plaisait à tirer d'expérimentations rares et incomplètes, et de résultats plutôt insignifiants que contradictoires ; car, des effets toujours identiques, tels que M. Longet nous les a faits plusieurs fois constater, ne peuvent être que la conséquence d'une loi invariablement établie.

Voici la manière dont M. Longet s'y prend pour prouver la différence de propriétés et de fonctions des ordres de racines. La portion lombaire du rachis d'un chien étant ouverte, on coupe transversalement les racines antérieures et les postérieures, puis on les écarte l'une de l'autre jusqu'au ganglion qui existe sur la postérieure. Cela fait, on place l'extrémité périphérique de la racine antérieure sur une lame de verre, et les deux pôles d'une pile de 20 couples de 4 pouces carrés sont appliqués sur cette extrémité ; l'animal ne témoigne absolument aucun symptôme de douleur, et des contractions violentes se développent, mais toujours limitées aux muscles qui reçoivent des rameaux provenant des racines divisées. Si on applique de la même manière la pile sur l'extrémité libre des racines postérieures, jamais on n'observe la moindre secousse convulsive. En plaçant ensuite les deux pôles en contact avec l'extrémité centrale d'une racine antérieure, il n'y avait aucun mouvement de produit ; en les appliquant au contraire sur l'extrémité centrale d'une racine postérieure, toutes les parties du corps (et non pas seulement la partie où se rend le nerf dont la racine était coupée) étaient immédiatement en proie aux plus vives convulsions ; ce qui montre que ces convulsions étaient dues à une extrême douleur ressentie par l'animal. Des phénomènes semblables, quoique moins prononcés, se manifestaient lorsqu'on substituait au galvanisme une irritation mécanique.

Comme des résultats opposés ont été obtenus par certains physiologistes à la suite d'expériences à peu près semblables, il ne sera pas hors de propos d'indiquer ici les circonstances qui ont pu les abuser. Nous avons déjà parlé de la confusion qu'amène l'emploi d'une pile trop forte. On conçoit que les cordons nerveux étant conducteurs, comme le sont tous les corps humides, ils peuvent fort bien transmettre le fluide galvanique suivant les lois physiques, et contrairement à celles de l'organisation animale. M. Longet s'est assuré, par exemple, qu'en mettant la racine postérieure en communication avec un pôle et les muscles de la cuisse avec l'autre, tout le membre était pris de convulsions. L'irritation excitatrice du mouvement avait donc ici voyagé le long d'un nerf exclusivement affecté à la sensibilité, et il en est de même toutes les fois que la pile a une énergie très considérable.

M. Magendie avait avancé que les racines antérieures jouissent de la sensibilité. Les expériences de M. Longet déposent toutes, et avec une remarquable unanimité, contre cette proposition ; de sorte qu'il faut nécessairement opter entre les deux auteurs, et donner tort à l'un si l'on adopte les conclusions de l'autre. Ne pourrait-on cependant concilier ces deux opinions, tout opposées qu'elles paraissent, en tenant compte du fait anatomique suivant, signalé par M. Longet, fait qui tendrait à expliquer, par une méprise très difficile à éviter, la différence du langage tenu par M. Magendie? Chez le chien, comme chez l'homme, on trouve quelquefois pour un nerf lombaire ou sacré trois cordons distincts dont l'un appartient à la racine antérieure, les deux autres à la postérieure. Il peut donc fort bien arriver qu'en croyant pincer le cordon de la racine antérieure, on saisisse celui des deux cordons de la racine postérieure qui est le plus en avant, et alors on ne manquerait pas d'y rencontrer une vive sensibilité.

C'est surtout en ce qui a rapport aux faisceaux de la moelle que les recherches de M. Longet présentent l'intéret de la nouveauté. Malgré les travaux multipliés des auteurs qui s'étaient succedé dans ce genre d'investigations, il est vrai de dire que la science ne possédait aucune donnée positive sur la distinction à établir entre les attributions des colonnes antérieures et des postérieures. Si l'on prend la peine de relire ce qui a été écrit là dessus, on ne trouvera partout que propositions sans preuves, qu'assertions contradictoires et qu'expériences à résultats vagues et incertains. Müller lui-même ayant déclaré qu'il *est à peine possible de faire des expériences, exactes sur les animaux pour arriver à la solution du problème*, on n'osait, pour ainsi dire, plus poursuivre cette voie de recherches, et, malgré des expériences assez précises, MM. Calmeil et Seubert n'avaient pas voulu donner de conclusions positives sur le rôle dévolu à chacun des faisceaux. A M. Longet appartient donc l'honneur d'avoir établi de la manière la plus rigoureuse les fonctions et les propriétés distinctes des deux faisceaux de la moelle : vérité qui n'est que le complément des idées de Ch. Bell, que tout le monde pres-

sentait, j'en conviens, mais dont la preuve cependant n'existait nulle part. Son langage à cet égard est si précis, ses résultats tellement tranchés qu'on serait peut-être porté à les accueillir avec défiance, si l'on ne se rappelait qu'ils ont été obtenus un nombre presque infini de fois, et devant des juges qui s'y connaissaient en fait de démonstration, MM. Flourens, de Blainville, Blandin, Gerdy, etc. Voici le précis de ces expériences.

Sur un chien de forte taille, on coupe transversalement la moelle au niveau de la première lombaire, de manière à former deux portions séparées. Sur le bout caudal ou périphérique, le galvanisme appliqué à un seul faisceau postérieur ou à tous les deux ne suscite jamais la moindre trace de convulsions dans le train postérieur, (lorsqu'on a eu le soin de laisser écouler quelques instans après la section de la moelle, pour éviter les contractions auxquelles pourrait donner lieu le pouvoir réflexe). Au contraire l'irritation galvanique des faisceaux antérieurs du même bout caudal produit des contractions musculaires violentes dans les mêmes parties (1).

Si l'on agit de même sur le bout encéphalique ou central de la moelle, on voit l'irritation des faisceaux postérieurs développer de violentes douleurs que l'animal exprime par des cris aigus et des mouvemens généraux. En galvanisant le faisceau antérieur, aucune douleur : et ce qu'il y a de remarquable c'est qu'on n'observe ni dans le tronc, ni dans les membres antérieurs aucune contraction, d'où l'on peut conclure que le principe moteur ne se propage dans les faisceaux de la moelle que du centre à la périphérie, et jamais en sens inverse.

L'irritation des parties latérales du faisceau antérieur donne aussi lieu à des contractions, mais elles sont plus faibles que celles qui suivent l'excitation de la face antérieure de ces mêmes faisceaux.

Nous ne nous arrêterons pas à énoncer les corollaires qui découlent de ces expériences, car elles ont une signification tellement claire que la conclusion ressort tout naturellement de leur exposé. Voilà assurément des preuves fort concluantes. N'engageons cependant pas d'une manière irrévocable l'avenir. C'est à lui seul de décider si les résultats qui diffèrent de ceux de M. Longet proviennent d'une expérimentation vicieuse ou s'ils ne recèleraient point au contraire un germe de vérité que des recherches ultérieures féconderont un jour. Faisons néanmoins observer, d'après M. Longet, que les faisceaux postérieurs proéminent nécessairement dans l'intérieur de la moelle à cause de leur épaisseur; et par conséquent lorsqu'on introduit un instrument transversalement et de droite à gauche, par exemple, dans le faisceau antéro-latéral, on pourrait fort bien atteindre une partie des faisceaux postérieurs, et attribuer à tort la douleur qui en résulterait à la sensibilité des antérieurs.

Deux mots encore sur un point où notre auteur se trouve en désaccord avec Müller. Ce dernier enseigne que les faisceaux de la moelle peuvent transmettre l'agent excitateur du mouvement, de la périphérie au centre; en d'autres termes, que lorsqu'on irrite l'extrémité caudale de la moelle, le principe nerveux moteur peut, en suivant une direction rétrograde, centripète, aller provoquer des mouvemens dans le train antérieur de l'animal. L'expérience qui sert de preuve à cette assertion est la suivante. « Les racines des nerfs d'une grenouille étant détachées jusqu'aux » membres antérieurs, dit Müller, on put soulever la partie postérieure de la moelle et glisser sous elle une lame de verre; *l'extrémité de la moelle* mise en rapport avec les pôles provoqua des convulsions dans toutes les parties qui tenaient encore à cet organe. » J'avoue que si Müller avait eu le soin de galvaniser isolément les colonnes antérieures (ce qui à la vérité est fort difficile sur une grenouille), au lieu d'indiquer vaguement qu'il a agi sur *l'extrémité de la moelle*, son expérience pourrait faire douter de l'exactitude des résultats obtenus par M. Longet, mais cette précaution n'ayant point été prise, il est absolument impossible, quelque confiance qu'inspire d'ailleurs son autorité, d'admettre des conclusions basées sur une expérience aussi défectueuse.

L'importance des recherches de M. Longet n'est pas restreinte à l'objet qu'elles embrassent. Il est facile de voir combien les notions qui en résultent peuvent simplifier l'étude de toutes les parties du système nerveux. Ainsi, par cela seul que les sources du mouvement et du sentiment sont bien distinctes, on peut affirmer qu'il n'y a dans les nerfs que des filets sensitifs et des filets moteurs séparés, et qu'aucun d'eux ne possède ces deux propriétés réunie.

Partant de ce principe, M. Longet établit trois ordres de nerfs : 1° nerfs de sensations spéciales, l'olfactif, l'optique, l'acoustique; 2° nerfs moteurs, savoir, trente-une paires de racines *antérieures* spéciales, plus sept paires crâniennes, le moteur oculaire externe, le masticateur, (racine motrice du trijumeau), le facial, l'hypoglosse, le spinal; 3° nerfs de sensibilité générale, savoir, trente-une paires de racines *postérieures* spéciales, plus le trijumeau, le glosso-pharyngien et le pneumo-gastrique. Bien que par l'accolement de filets sensitifs et moteurs, la plupart de ces nerfs deviennent, après un trajet plus ou moins long, doués de la faculté de présider au sentiment et au mouvement qu'ils n'avaient pas d'abord, il n'est pas moins vrai de dire que cette augmentation de propriétés ne provient que de l'addition de nouveaux filets à ceux qui émanaient originairement de l'encéphale, en sorte que, comme le dit très justement M. Longet, il n'existe point de *nerfs* qui soient *mixtes* dès leur point d'union à l'axe cérébro-spinal. Il s'est assuré de cette vérité par l'expérience qui est la pierre de touche dans ce genre de recherches, c'est-à-dire par le galvanisme appliqué sur des nerfs séparés du centre cérébro-spinal, au point où ils s'en détachent, et il a toujours vu qu'en galvanisant les nerfs placés dans la classe des *moteurs*, il n'y avait que des contractions de la partie à laquelle ils se distribuent, sans aucune douleur, et qu'au contraire en galvanisant les nerfs *sensitifs*, on ne produisait que de la souffrance. Ce sont là des effets analogues à ceux que produit l'irritation des racines antérieures et postérieures des paires rachidiennes; mais pour que le résultat soit le même, il importe que ces conditions soient identiques, c'est-à-dire : 1° que les nerfs aient été *bien isolés*, afin que le galvanisme n'agisse pas sur les cordons voisins; 2° qu'on les prenne *à leur point d'émergence de l'encéphale*, avant qu'ils n'aient reçu des filets de nature différente. C'est par l'oubli de ces précautions qu'on peut s'expliquer le résultat de quelques expériences, en apparence, contradictoires à celle-ci.

Cette loi physiologique, M. Longet l'énonce en termes formels, et il en a le droit, car elle a pour elle non seulement l'appui de l'analogie et des expériences que nous venons de rapporter, mais encore les découvertes récemment faites en anatomie, et desquelles il résulte qu'aucun des nerfs *moteurs* n'est sensible qu'après avoir reçu un filet d'un nerf sensitif; comme aucun des nerfs *sensitifs* ne préside au mouvement s'il n'a préalablement reçu un filet de quelque paire motrice. Ainsi s'expliquent des phénomènes jusque là restés obscurs, et qu'on avait même niés, faute de pouvoir en donner une interprétation rationnelle. La sensibilité du facial, par exemple, se comprend aisément, dès qu'on sait qu'il peut la tirer de ses anastomoses avec la cinquième paire. Il en est de même des paralysies du voile du palais qui accompagnent l'hémiplégie faciale, fait que l'on conçoit sans peine, lorsqu'on se rappelle (comme nous l'avions déjà indiqué, V. GAZ. MÉD. 1838, n° 11, p. 164), que le glosso-pharyngien (nerf sensitif) qui se distribue à cette partie, reçoit constamment du facial un filet anastomotique qui va sans doute se distribuer ensuite aux muscles du voile du palais et leur donne l'influence motrice que le glosso-pharyngien serait, par lui-même, impuissant à leur communiquer. Tous les faits de cet ordre ne sont pas également clairs, et c'est souvent un problème très épineux que de déterminer si un rameau anastomotique qui met en rapport deux nerfs d'attributions différentes, va du nerf moteur au nerf sensitif, ou du nerf sensitif au nerf moteur. Que de questions de ce genre l'anatomie se confesse inhabile à résoudre! Les données physiologiques doivent alors être prises en considération; et souvent l'on arrivera à déterminer quel est le nerf qui fournit et quel est celui qui reçoit l'anostomose, en comparant la nature sensitive ou motrice de chacun d'eux à son origine, avec les fonctions connues des parties dans lesquelles ils se distribuent. Sans doute il paraîtra bien arbitraire à beaucoup de personnes de faire ainsi voyager un filament nerveux dans tel ou tel sens, suivant qu'il en sera besoin; mais ce moyen d'arriver à la vérité ne doit pas être rejeté; employé dans de prudentes limites il peut fournir d'utiles données, et loin de craindre que des dissections plus heureuses lui donnent un démenti, nous ne craignons pas de prédire au contraire qu'il pourra souvent servir à guider le scalpel de l'anatomiste, en lui montrant d'avance le but vers lequel doit tendre sa marche.

Étendant ensuite la même doctrine au grand sympathique, M. Longet professe que chacun de ses ganglions reçoit des paires rachidiennes un filet moteur (venant des racines antérieures), un filet sensitif (venant des postérieures), et en outre un ou plusieurs filets par lesquels il communique avec les ganglions voisins. L'anatomie, l'observation pathologique et les vivisections déposent les unes comme les autres en faveur de cette manière de voir.

Quant à l'axe cérébro spinal, M. Longet reconnaît bien qu'on peut suivre par la dissection les faisceaux antérieurs et postérieurs de la moelle de manière à s'assurer qu'ils envoient des irradiations dans toutes les parties de cet axe, ou mieux dans les différens ganglions dont l'ensemble constitue la totalité de l'encéphale. L'observation pathologique suffirait même à prouver qu'il en est ainsi, puisque la lésion, d'un seul de ces ganglions, *quel qu'il soit*, détermine le plus souvent la perte ou des troubles variés du mouvement, et quelquefois l'abolition ou la perturbation de la sensibilité. Mais par le fait même de cette diffusion des orga-

(1) Par faisceau antérieur, ou mieux antéro-latéral, nous entendons, comme M. Longet, cette portion de la moelle qui s'étend du sillon des racines postérieures au sillon médian antérieur.

nes de la sensibilité et de la myotilité dans toutes les parties, dans toutes les fibres du cerveau, il est impossible de découvrir où est le foyer central de la sensibilité et des mouvemens, et l'anatomie, la pathologie et l'expérimentation sur les animaux sont également incapables de fournir à la solution de ce problème une donnée de quelque valeur. Tout ce que l'on peut faire, c'est de constater, à l'aide de coupes ou d'irritations exercées sur certains points du cerveau, que toutes ses parties n'ont pas une égale sensibilité ; mais ce résultat, tout en nous éclairant sur les *propriétés* de certains organes centraux, nous laisse dans l'incertitude sur leurs *fonctions*.

Ici pourrait se terminer l'analyse du travail de M. Longet; mais nous devons encore mentionner les expériences qu'il a faites dans le but de rechercher si la distinction entre les organes du mouvement et ceux du sentiment, si palpable chez les vertébrés, peut aussi se démontrer sur les animaux des dernières classes. On sait que chez les crustacés la chaîne nerveuse consiste de chaque côté en deux cordons longitudinaux et superposés comme les faisceaux moteur et sensitif de la moelle des vertébrés. De ces deux cordons distincts et séparés l'un est supérieur, l'autre est inférieur, et c'est seulement sur le trajet de ce dernier qu'existent des ganglions. Cette disposition donnait déjà à penser que les cordons inférieurs sont dévolus à la sensibilité, et les supérieurs aux mouvemens. M. Longet a en effet trouvé qu'en irritant, sur une langouste, les racines nerveuses qui sortent du faisceau ou cordon supérieur, l'animal, quoique très vif, ne parut pas souffrir. Toutes les fois au contraire qu'avec une lancette il piqua un des ganglions, l'animal, pour témoigner sa douleur, se débattit et agita sa queue avec une violence extrême. Puis, le cordon inter-ganglionnaire ayant divisé en travers la partie du corps où se distribuaient les nerfs naissans au-dessous de la section devint immobile. En irritant alors la face supérieure du bout caudal de ce cordon, des contractions, quoique légères, eurent lieu d'une manière évidente, tandis qu'on n'en put découvrir aucune par l'excitation de sa face inférieure ou ganglionnaire. Ces expériences s'accordent parfaitement avec celles de Valentin, et complètent les déductions qu'on eo pouvait déjà tirer.

Tels sont les principaux faits dont M. Longet a enrichi la physiologie du système nerveux. Ils sont, comme on le voit, aussi nombreux qu'importans; et, ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que l'intérêt qu'ils inspirent vient moins de la nouveauté des idées que de la manière rigoureuse et sévère dont elles sont établies. C'est principalement ce cachet de précision qui caractérise le travail de M. Longet, et si, pour conquérir dans la science un rang distingné, c'est assez d'avoir introduit l'expérience rigoureuse dans une question où l'on n'avait jusqu'ici procédé que par analogie et d'après des expériences incomplètes, assurément à ce titre nous sommes bien autorisés à affirmer que son ouvrage marquera dans l'histoire de la science.

VARIÉTÉS.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

Quinze établissemens de ce genre, nouvellement créés ou réorganisés sur de nouvelles bases, existent déjà sur divers points de la France. Le conseil municipal de Dijon ayant affecté une allocation annuelle de 10,000 fr. pour l'accomplissement des conditions prescrites par les ordonnances relatives à l'établissement de ces écoles, et le conseil-général de la Côte-d'Or s'étant associé à ce vote en inscrivant au budget du département le surplus de la dépense nécessaire, pour que l'ancienne école médicale de Dijon puisse être régulièrement transformée en école préparatoire de médecine et de pharmacie, une ordonnance du 12, précédée d'un rapport au roi par M. le ministre de l'instruction publique, établit à Dijon une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Voici le personnel de cette école :

Chimie et pharmacie : M. Léné, professeur titulaire. Histoire naturelle médicale et matière médicale : M. Fleuriot, titulaire. Anatomie et physiologie : M. Paris, titulaire. Clinique interne : M. Salgues, titulaire. Pathologie interne : M. Vallot, titulaire. Clinique externe : M. Vallé, titulaire. Pathologie externe : M. Vialannes, professeur-adjoint. Accouchemens, maladies des femmes et des enfans : M. Naigeon, titulaire.

Directeur de l'école : M. Léné, professeur de chimie et de pharmacie. Directeur honoraire : M. Antoine, chef de l'ancienne école secondaire. Professeurs honoraires : MM. Poncet et Sédillot, précédemment attachés à l'école médicale secondaire.

— Une autre ordonnance donne les nominations suivantes à l'école préparatoire de Tours :

Histoire naturelle médicale et matière médicale : M. Leclerc fils, médecin de l'hôpital de Tours, professeur titulaire. Anatomie et physiologie : M. Thomas, titulaire. Clinique interne : M. Charcellay, médecin des aliénés de l'hôpital de Tours, titulaire. Pathologie interne : M. Haime, professeur adjoint. Clinique externe : M. Tonnelé, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, titulaire. Pathologie externe : M. Herpin, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Tours, adjoint. Accouchemens, maladies des femmes et des enfans : M. Crozat, titulaire.

Directeur de l'école : M. Tonnelé, professeur de clinique externe. Suppléans : MM. Allain-Dupré, Morand et Origet, docteurs en médecine. Chef des travaux anatomiques : M. Allain-Dupré.

— De tout temps la loi sur le recrutement a été l'objet de fraudes nombreuses; si l'on en croit même les étymologistes, le mot *poltron* proviendrait de la contraction des deux mots latins *pollice truncus* (qui s'est coupé le pouce), parce que c'est par cette mutilation que chez les Romains les jeunes soldats cherchaient à se soustraire à la charge du service militaire.

Dans le département de Loir-et-Cher de nombreuses exemptions étaient depuis plusieurs années accordées par les conseils de révision pour une infirmité qui se reproduisait annuellement sous la même forme, et qui consistait, non pas comme chez les Romains, dans la mutilation du pouce, mais dans la superposition de deux doigts du pied.

Après beaucoup d'exemptions, le conseil de révision commença à soupçonner la fraude; quelques faits furent découverts, et la justice fut saisie. L'information à laquelle il fut procédé dans l'arrondissement de Blois, révéla qu'il existait à Montrichard et à Orbigny (Indre-et-Loire) des individus faisant métier de *travailler* les jeunes soldats pour les faire exempter du service militaire. L'opération consistait à luxer (casser) un doigt de pied, puis à le coucher en travers sur le voisin. Les deux doigts étaient maintenus dans cette position jusqu'à parfaite consolidation, et il en résultait une superposition constituant un motif péremptoire d'exemption. Le salaire de cet honnête service variait, dit-on, de 100 à 120 fr. Dans les temps de grande concurrence il est descendu à 45 fr.

Un certain nombre des exemptions surprises au conseil de révision, est couvert par la prescription. Douze jeunes soldats des classes de 1838 et 1839 sont déférés au tribunal, et tous avouent les faits qui leur sont reprochés; mais ils prétendent n'avoir fait que céder aux sollicitateurs ou à leurs émissaires. A côté d'eux six individus, appartenant aux dernières classes de la société, sont inculpés d'avoir opéré les mutilations qui ont produit l'impropriété.

Le tribunal, après un court débat, a condamné les mutilés à chacun trois mois d'emprisonnement, et les mutilateurs à quatre, cinq, six, neuf mois et un an de la même peine.

— TRAITÉ COMPLET D'ANATOMIE DE L'HOMME, comprenant la médecine opératoire; par le docteur BOURGERY, avec 600 planches lithographiées d'après nature, par N.-H. JACOB. — 8 vol. in-folio publiés par livraisons.

En vente la livraison 60e et dernière du deuxième volume de médecine opératoire, et s'occupant spécialement de la ténotomie, ou traité du strabisme, du bégaiement et d'orthopédie.

L'ouvrage comprend quatre grandes divisions :

1° Anatomie descriptive ; 2° Anatomie chirurgicale et médecine opératoire ; 3° Anatomie générale ; 4° Anatomie philosophique et renfermant seize traités distincts.

On souscrit à Paris, chez Baillet, à la librairie anatomique, rue de l'Ecole-de-Medecine, 13, et chez tous les libraires de France et de l'étranger.

— GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées; par M. VALLEIX, médecin du bureau central des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la société médicale d'observation et de la société anatomique, auteur de la CLINIQUE DES ENFANS NOUVEAU-NÉS, du TRAITÉ DES NÉVRALGIES, etc., etc.

Conditions de la souscription : L'ouvrage entier se composera d'environ 6 vol. in-8 qui paraîtront, tous les deux mois, par livraison de 6 feuilles chacune, formant chaque année un volume de près de 600 pages.

On souscrit pour un an ou pour six mois.

Le prix de la souscription (franc de port) est :
Pour six mois, ou trois livraisons : 6 fr.
Pour un an, ou six livraisons : 12 fr.

La première livraison (novembre 1841) est en vente.

S'adresser, pour les abonnemens, à Paris, à la librairie veuve Lenormant, rue de Seine, 8, et, dans les départemens, chez tous les libraires, les directeurs des postes et des messageries.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Nº 48. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 27 NOVEMBRE 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois ; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, nº 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

ÉTUDE SUR LA THÉRAPEUTIQUE DES FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES ; par M. E. BOUYER, D. M. à Marennes.

§ I.

L'intermittence, toutes les fois qu'elle se montre dans une maladie, quelle que soit la série des symptômes qui se manifestent pendant la durée de l'accès, constitue le phénomène essentiel de la maladie. Toute la thérapeutique des affections intermittentes est basée sur ce fait capital. Les symptômes qui se montrent pendant la durée des accès ne sont que secondaires, qu'elle qu'en soit la gravité ; et la médication dirigée contre eux est frappée d'impuissance, si l'on n'a à sa disposition une médication spéciale à opposer à propos à la périodicité de ces symptômes.

Il n'est peut-être pas dans tout le cadre de la pathologie interne une maladie qui ne se soit présentée sous le type intermittent ; beaucoup d'affections externes mêmes ont été observées sous cette forme. En vain opposera-t-on à une affection intermittente quelconque la thérapeutique la plus rationnelle ; en vain dirigera-t-on contre elle la médication qui d'ordinaire en triomphe quand elle est *à l'état continu ;* on ne guérira pas un seul malade, si l'on ne combat le phénomène capital de l'intermittence, qui, à lui seul, pèse plus dans la balance que tous les phénomènes pathologiques qui constituent la maladie pendant la durée de l'accès.

M. Bérard dit, à l'occasion des névralgies de la face, qui se montrent si souvent intermittentes : « la considération du type de la maladie domine toutes les autres, car il est presqu'indifférent de rechercher quelle est la cause du tic douloureux, lorsque les accès de cette affection offrent une périodicité bien marquée. » (DICT. DE MÉD., tom. XII, p. 581.) Cette phrase aphoristique peut être à bon droit appliquée à toutes les maladies périodiques ; et pour moi, son application aux intermittentes pernicieuses de toute nature et de tout nom est essentiellement pratique et conduit à l'unique traitement rationnel qui doive être employé pour les combattre avec quelque succès.

Les médecins qui pratiquent dans les contrées où règnent endémiquement les fièvres d'accès sont toujours en garde contre la forme intermittente des maladies graves ; et si, dans leur préoccupation, il leur arrive parfois de voir des fièvres intermittentes pernicieuses là où il n'y en a pas, il est fort rare que ce soit au détriment des malades. Je ne crois pas du tout, n'en déplaise aux sectateurs fanatiques de l'école de Broussais, qu'il puisse être aussi funeste que l'a dit leur illustre maître d'administrer le quinquina ou le sulfate de quinine par erreur de diagnostic, lorsqu'on voit céder les accidens graves d'une fièvre que l'on croit intermittente. Les médecins, au contraire, qui exercent dans les contrées réputées saines, où les affections intermittentes n'apparaissent que rarement, et sans épidémie régnante, voient bien souvent leur échapper des malades atteints d'encéphalites, de méningites, de gastro ou d'entéro-céphalites, de pneumonies même, etc., etc., au moment où ils comptaient déjà sur la conva-

---

Feuilleton.

LE DOGMATISME.

(Second et dernier article.)

Nous voici maintenant en présence de ces détails, que nous avons mis sagement de côté pour embrasser d'un coup-d'œil tout l'ensemble. Mais, si cette manière de procéder est d'un si grand avantage pour les beautés de la perspective, elle a aussi le défaut de favoriser l'illusion et d'égarer le jugement. L'on n'admet d'ailleurs les généralités qu'à la condition des épreuves qui les justifient. L'étude du détail est une nécessité de la démonstration ; car celle-ci resterait incomplète sans l'analyse. Mais le détail a d'autres avantages, qu'il ne faut pas oublier de mettre en ligne de compte. Il sert encore à donner aux pensées, aux préceptes, aux études, enfin, où l'abstraction règne dans toute sa liberté, ce relief et cette couleur qui parlent aux sens et laissent une trace dans la mémoire. Une idée sans les faits, c'est presqu'une âme sans corps. L'idée parle, il est vrai, à l'esprit ; mais les faits frappent les sens, en revêtant l'abstraction d'un vêtement d'une forme, ou pour mieux dire, en lui donnant l'existence. Donc, si l'histoire sert à démontrer, par le cortége de faits qu'elle présente, elle sert aussi à faire ressouvenir. C'est par elle que les idées obtiennent l'immortalité dans l'oublieuse mémoire des hommes.

A ce compte, le dogmatisme est brillamment partagé. Les faits abondent durant la période de son turbulent développement ; et les hommes qui jouent les principaux rôles au milieu de ces événemens sont les plus pures illustrations de la science. Ainsi, Hippocrate, Platon, Zénon, Aristote, voilà cette filiation de génies qui ouvre et ferme la période dogmatique. Toute la philosophie, dans ce qu'elle fut comme dans ce qu'elle est, se résume pour ainsi dire tout entière dans ces quelques noms. A la suite du divin vieillard et de ces philosophes apparaissent Thessalus, Dracon, Polybe et une série nombreuse d'autres médecins, qui finit à Praxagore de Cos, le maître d'Hérophile, l'un des chefs de l'école aristotélique d'Alexandrie. Ceux-ci, en introduisant les préceptes philosophiques dans le sanctuaire médical, jetèrent sans doute beaucoup de vague dans la science, à laquelle l'observation hippocratique avait déjà mis tant de précision. Mais, en agissant ainsi, ils préparèrent de nouveaux matériaux, ils élargirent les proportions du nouvel édifice ; enfin leur œuvre consista à préparer la gangue, d'où devait être un jour séparé l'or pur. Qu'on juge d'après cela de l'agitation qui devait exister parmi tout ce monde philosophique ou médical ! C'était un monde qui se manifestait à ces intelligences préparées par l'étude et échauffées par l'enthousiasme. Mais, pourquoi nous arrêter encore là-dessus ; nous avons déjà essayé d'esquisser ce tableau, qui, au premier abord, présente une si grande confusion. Il nous suffit de répéter encore une fois que les faits, les événemens, les enseignemens, et même les renommées de bon aloi, se pressèrent en foule pendant cette courte période dogmatique, qui embrasse moins de deux siècles. Heureusement qu'il est

lescence. De véritables accès pernicieux se sont montrés lorsque déjà l'on trouvait le malade mieux; on prend l'apparition nouvelle des accidens morbides pour une exacerbation à laquelle on découvre une cause dans un léger écart de régime, ou dans l'approche de la nuit, ou dans une modification atmosphérique, etc., etc., et l'on ne songe pas à une fièvre d'accès, parce qu'on n'est pas accoutumé à en voir beaucoup. On combat les accidens qui se présentent et l'on croit, douze ou quinze heures après, avoir obtenu pour résultat de la médication employée un mieux qui en impose encore. Un troisième accès survient et emporte le malade... Ce tableau est très vrai, et n'est nullement chargé. J'ai malheureusement vu de ces sortes d'événemens. J'ai entendu d'habiles confrères convenir avec franchise que de semblables erreurs avaient été commises par eux.

Pour moi, je le déclare, au milieu de mes émanations marécageuses, dans mes habitudes de pratique, je ne crois jamais au mieux subit que je vois succéder à des accidens graves accompagnés de fièvre. Ce changement si prompt, si entier, cette amélioration si soudaine n'arrive jamais sans que mon esprit soit de suite préoccupé de la crainte d'une réapparition prochaine de tous les phénomènes qui viennent de se montrer. Dans les maladies continues graves, en effet, quand l'affection cède au traitement employé contre elle, l'amélioration est lente et graduelle, et la transition de l'état grave à l'état de mieux a lieu avec des intermédiaires, que l'œil exercé du praticien saisit et apprécie. Dans les fièvres intermittentes, au contraire, il se passe quelque chose de soudain, de presque instantané, que les gens les plus étrangers à l'art voient avec la plus grande facilité, et dont ils sont prompts à se réjouir quand ils ne sont pas habitués à vivre au milieu des épidémies des marais.

Les fièvres pernicieuses, comme les bénignes, sont désignées sous le nom de *rémittentes*, lorsque l'intervalle qui sépare les accès n'est que de courte durée, et de *subintrantes*, lorsque parfois ils chevauchent l'un sur l'autre. Cette distinction, qui peut avoir quelque utilité pour l'étude nosographique, et qui même a besoin d'être prise en considération, quand on a à traiter des fièvres simples, doit être négligée quand il s'agit du traitement des fièvres pernicieuses. Je reviendrai plus loin sur ce point important, quand j'en serai à l'indication du traitement antipériodique et du moment à choisir pour l'appliquer.

§ II.

Décrire une fièvre intermittente ou rémittente pernicieuse en peu de mots n'est pas une chose facile. Une page entière ne suffirait pas pour enregistrer seulement les épithètes nombreuses qui ont été accolées aux mots *fièvre intermittente pernicieuse* par ceux qui ont entrepris de classer ces maladies. Le cadre nosologique tout entier a été mis à contribution dans divers temps et de diverses façons, selon les tendances des doctrines contemporaines, par tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière.

Je me garderai bien d'entreprendre une classification des fièvres intermittentes pernicieuses; cela importe peu, ce me semble, pour en fixer la thérapeutique. Je crois (et cette croyance est fondée sur l'observation) qu'il n'est pas une seule affection du cadre nosologique, quelle qu'en soit la gravité et de quelque nature qu'en soient les symptômes, qui ne puisse revêtir la forme intermittente: la qualification générale de *pernicieuse* donnée à ces maladies indique leur danger et non leur nature. Je vais exposer le plus brièvement et le plus clairement que je pourrai la manière dont il me paraît convenable d'apprécier les accidens dits *pernicieux;* cette étude a pour but d'indiquer la médication à employer pendant les accès. J'insisterai plus particulièrement ensuite sur la médication anti-périodique, parce que c'est là la partie *essentielle, fondamentale* du traitement; parce que, sans elle, il n'y a pas de succès possible dans l'immense majorité des cas.

Qu'on me permette quelques citations; j'en serai sobre, car, que de choses ont été dites que je n'ai dans ce moment ni le temps, ni la volonté de rappeler, pour les discuter et les apprécier du point de vue où j'envisage les fièvres pernicieuses intermittentes!

« Præterea vero notandum est, dit Lorry, quod qui periodis subjiciuntur morbi, aliquid secum nervei habent, ut et ipsa eorum curatione declaratur; ita ut pro axiomate possit haberi, causam hanc periodorum in nervis quærendam esse et ad eos solos referendam. » (DE MELANCHOLIA, etc., t. I, part. 1, cap. VII, p. 163.) Boisseau, sous l'influence de l'idée dominante de son livre, dit (p. 554, 2e édit.): « Si la gastro-entérite a lieu dans le plus grand nombre des fièvres intermittentes, l'irritation est *toujours partagée par le cerveau* à un très haut degré. Il en est de même dans toute fièvre pernicieuse péripneumonique, pleurétique, néphrétique et autres. » Un peu plus bas, il ajoute (p. 555): « Les fièvres intermittentes ne sont point toutes des gastro-entérites, et il n'est point d'irritation intermittente qui ne puisse, quel que soit son siége, revêtir le caractère pernicieux, quand le *cerveau y participe.* » Plus loin enfin (p. 557): « Considérées dans leur nature, d'après leurs symptômes, ces fièvres sont donc seulement plus intenses que les bénignes; considérées dans leur siége, elles offrent, de plus que ces dernières, une *affection toujours grave de l'encéphale.* »

« Il est très vraisemblable, dit M. Rostan (TRAITÉ DE DIAGNOSTIC, etc., t. II, p. 705), que la cause de l'intermittence réside dans un système général de l'économie, et comme l'ont avancé MM. Georget et Rayer, probablement dans le système nerveux. »

Prenant acte de cette condition d'une constante participation du système nerveux exigée par le physiologisme pur de Boisseau, admise par Georget et par MM. Rostan et Rayer, précisée avant eux par Lorry et par bien d'autres écrivains recommandables; et admettant d'ailleurs que les fièvres pernicieuses intermittentes offrent pendant la durée des accès des symptômes qui caractérisent les affections continues, aiguës, inflammatoires ou non, des différens organes, tissus ou appareils de l'économie, je me crois en droit de formuler la proposition suivante:

L'étude des symptômes qui apparaissent pendant un accès de fièvre intermittente pernicieuse conduit à la découverte d'un ou de plusieurs organes ou d'un appareil en souffrance; mais, aux signes pathognomoniques des affections continues identiques, vient se joindre la considération dominante de l'altération nerveuse qui CONSTITUE, *qui* OCCASIONNE, *qui* ÉTABLIT *l'intermittence.*

Cette essentialité de l'intermittence n'est point une chimère et ne doit point être regardée comme une distinction scholastique. Elle a pour conséquence forcée de ramener l'esprit du praticien à l'étude clinique de ce phénomène capital, pour retirer de là l'indication si précieuse et si importante à noter dans l'intérêt du traitement. Pour corroborer mon opinion sur cette question grave, je ne puis résister au besoin de citer quelques lignes de l'excellente thèse de mon ami le docteur Maher, chirurgien de première classe de la marine au port de Rochefort, qui a beau

---

possible et même facile de comprendre le plan, de saisir l'ensemble, et de s'expliquer même les principaux détails de ce magnifique tableau.

Galien a consacré un livre à l'exposition comparée des dogmes d'Hippocrate et de Platon (1). En rapprochant les travaux de l'un des idées de l'autre, les principes rigides de l'observateur des théories physiologiques du philosophe, il a montré jusqu'à quel point les enseignemens du second avaient puisé dans les leçons aphoristiques du premier. Or, ce parallèle caractérise parfaitement les commencemens du dogmatisme. S'il n'explique pas tout, il fournit les principaux élémens d'une juste appréciation de l'école médico-philosophique qui sépara le règne d'Hippocrate de la naissance de l'école d'Alexandrie. Ce travail va nous guider.

Nous nous sommes déjà occupé de la doctrine d'Hippocrate. Nous avons dit en effet que l'empirisme raisonné était le principe suivant lequel ce médecin procédait à ses observations et à ses enseignemens. Toutefois, il est nécessaire de bien établir que cet empirisme ne partait pas du détail comme nous pouvons le faire nous-même dans nos habitudes d'analyse minutieuse. Il s'exerçait dans la sphère des communautés que l'observation faisait découvrir dans la marche et le caractère des maladies. Pour tout dire, la manière d'Hippocrate consistait à faire de l'analyse dans des proportions assez grandes pour renfermer dans un seul cadre l'histoire animée du développement des phénomènes morbides. On conçoit qu'en procédant ainsi, il était impossible de s'isoler des idées philosophiques du temps. La médecine d'ailleurs ne peut se jeter dans les considérations d'ensemble qu'à la condition d'entrer dans le domaine des théories. Hippocrate fut donc à la fois l'homme de l'observation et de l'induction; le médecin qui savait observer en même temps qu'il comprenait l'avantage de philosopher. Eh bien! Platon, qui ne comprenait la médecine que sous le point de vue théorique, puisa dans Hippocrate ce que celui avait dit du mode d'action des élémens et de la nature des humeurs. C'est sur cette base qu'il s'appuya pour établir sa théorie du triangle et pour produire ces hypothèses si ingénieuses sur les principales fonctions du corps qu'il a semées d'une main si peu avare dans *le Timée* et dans le *Phædon*. Mais passons là-dessus pour nous arrêter sur les idées platoniciennes qui nous paraissent avoir fourni une lumière assez vive et assez inaltérable pour que le temps n'ait pu jusqu'ici l'obscurcir.

La doctrine des humeurs fut surtout développée par Platon. Les quatre humeurs cardinales du corps, le sang, la bile, le mucus et l'eau étaient les fauteurs de la maladie. Issues d'une source commune (l'estomac), elles se portaient par le corps entraînées par une force attractive; et là elles y établissaient le désordre jusqu'à ce que la nature ou les remèdes eussent mis un terme à ce dérangement. Ce mouvement des humeurs conduisit aux idées de *dérivation* et de *révulsion* dont Platon ne parle pas il est vrai; mais dont les successeurs d'Hippocrate s'occupent pendant la période dogmatique. Galien assure, en effet (MATH. MED.), qu'à cette époque de vives disputes retentirent sur cette grande question. Les élémens n'excluaient pas les humeurs dans la philosophie platonicienne, comme dans la doctrine hippocratique. Aussi Platon leur fait jouer un grand rôle dans la formation des maladies. C'est leur défaut de proportion, dit-il dans *le Timée*, qui en est la cause prochaine. Puis, il déduit de ce principe une classification de

(1) Galien. DE DOGM. Hipp. et Plat.

coup vu et bien vu : « D'abord, il est à remarquer, dit-il, que la plupart des auteurs ont une tendance marquée à rattacher au système nerveux les fièvres intermittentes simples et pernicieuses ; je suis tout à fait de cet avis, et j'en trouve la justification dans plusieurs périodes de la fièvre intermittente ; mais c'est surtout dans les fièvres pernicieuses que la lésion du système nerveux est évidente. » .... « Les fièvres intermittentes sont un empoisonnement miasmatique. Quand peu de miasmes sont absorbés, ou que la puissance de réaction est considérable, on ne contracte que la fièvre, ou l'on n'a qu'une fièvre simple ; quand une grande quantité de miasmes est absorbée, ou que la puissance de réaction est faible et qu'il règne une grande chaleur atmosphérique, la fièvre intermittente est pernicieuse. » .... « Le typhus, le choléra, la peste, la fièvre jaune, les fièvres intermittentes pernicieuses, forment une seule et même famille dont les traits portent le cachet d'une parenté très rapprochée. » (THÈSES DE MONTPELLIER, 1837, n. 11, pages 12 et 13.)

§ III.

Il ne faut pas se faire illusion et croire qu'en adaptant à une maladie *pernicieuse intermittente* un traitement qui la guérirait si elle était continue, on la guérira tout de même, cela est une erreur grossière et qui a été fatale à bien des malades à l'époque où la médecine physiologique a tenté de tyranniser l'art et de ramener la thérapeutique entière à la médication exclusivement antiphlogistique et révulsive.

Je ne crains pas de le dire, et mes paroles trouveront de l'écho parmi les praticiens qui voient beaucoup de ces maladies, la médication dirigée contre les affections qu'indiquent les symptômes observés pendant l'accès est *tout à fait impuissante* si l'on ne combat pas l'*intermittence* ; et j'établis en principe que s'il se trouvait deux médecins dont l'un négligeât entièrement les symptômes pernicieux pour ne s'occuper que de l'intermittence, tandis que l'autre ne voudrait voir qu'une maladie organique à combattre sans avoir égard au type intermittent ; le premier guérirait le plus grand nombre de ses malades, et le deuxième les perdrait presque tous. Le traitement pendant l'accès n'est que secondaire. Quelque actif et énergique qu'il soit, il est la plupart du temps inefficace. Il peut bien diminuer l'intensité des accidens pendant l'accès présent ; il peut même rendre cet accès plus court ; mais il ne peut absolument rien pour prévenir l'accès suivant.

Si je voulais donner une énumération même succincte des moyens à employer pendant l'accès, j'aurais à transcrire la nomenclature de toutes les maladies graves continues et à établir en regard le traitement qui leur convient. Je me bornerai à dire à ce sujet qu'il faut pendant l'accès que le médecin fasse la médecine du symptôme, en s'attachant d'une manière particulière à la prédominance morbide de l'élément nerveux, si je puis m'exprimer ainsi, et qu'il compte surtout sur la thérapeutique de l'intermittence pour obtenir un résultat avantageux.

Qu'il me suffise, pour faire comprendre entièrement ma pensée, de citer quelques faits en exemple et d'y joindre quelques remarques. Je choisis de préférence des observations récemment recueillies.

OBS. I. — M. P..., docteur en médecine, âgé de 29 ans, vint à Marennes au mois d'août 1840 pour assister au mariage d'une de ses sœurs. Le jour de son arrivée, à dix heures du soir, on me manda en toute hâte auprès de M. P. qui, depuis le matin, et pendant un trajet de six lieues qu'il avait fait en voiture, éprouvait du malaise, et qui, tout à coup, vers les six heures du soir, avait été pris d'un sentiment de froid d'abord, puis de vomissemens, de crampes dans les membres, de douleurs intolérables d'entrailles, de selles incessantes liquides, blanchâtres et filantes, comme la matière des vomissemens. Le pouls était presque insensible, la peau froide, la langue blanche et étalée, froide au contact ; les traits grippés ; la face d'une pâleur livide. Aussitôt mon arrivée, mon jeune confrère prononça le mot *choléra*. Cette fatale affection était bien sa maladie, à n'en pas douter. Aucune boisson froide, acide ou opiacée n'avait pu être supportée par le malade. On le frictionnait à outrance ; on cherchait à le réchauffer par toutes sortes de moyens. Je fis à l'instant fractionner 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium en dix pilules, et je les lui administrai de quart d'heure en quart d'heure ; les frictions furent continuées ; on ne donna rien à boire ; mais le malade, pour tromper une soif ardente, dut fréquemment se rincer la bouche avec de l'eau très fraîche, à défaut de glace.

A une heure du matin, le pouls était revenu presqu'à son état normal, avec la chaleur générale. Les accidens énumérés plus haut s'étaient dissipés avec une merveilleuse rapidité. A huit heures, le malade était pris d'une douce moiteur ; il souffrait un peu de la tête et éprouvait un sentiment d'extrême fatigue dans tous les membres. L'épigastre et le ventre tout entier étaient encore douloureux à la pression.

Cette amélioration si rapide et si complète me donna à penser : je ne voulus pas croire que la médication employée fût la cause unique de cet heureux résultat. Éclairé par mon expérience sur la matière, et préoccupé de l'idée que j'avais affaire à une *fièvre pernicieuse cholérique intermittente*, je n'hésitai pas, et je n'eus pas de peine à faire goûter mon avis à mon confrère. 2 grammes de sulfate de quinine avec addition de 5 centigrammes d'extrait d'opium gommeux en vingt pilules furent administrés dans la matinée (deux pilules de demi-heure en demi-heure), malgré un reste de sensibilité abdominale, et cela en conservant sur le ventre des fomentations de décoction de graine de lin laudanisée.... Quelle ne fut pas ma satisfaction lorsque retournant auprès de M. P., le soir, entre sept et huit heures, je le trouvai au début d'un accès de fièvre intermittente simple, sans vomissemens, sans selles, sans crampes, sans symptômes cholériques en un mot ! Trois jours de l'administration du sulfate de quinine, à la dose de 50 centigrammes, le guérirent complètement, et il put retourner au lieu de sa résidence.

Je le demande à tous les praticiens qui me liront, quelle est ici la médication qui a guéri M. le docteur P. ? Est-ce le traitement employé pendant l'accès pernicieux, ou bien le traitement antipériodique ? La réponse à cette question sera facile pour tous, et personne n'osera mettre en doute que si l'on se fût contenté de continuer la médication dirigée contre le choléra continu, on eût vu survenir un deuxième accès probablement mortel. Qu'un physiologiste pur, s'il en est encore, me dise aussi pourquoi l'épouvantable gastro-entérite qui existait la veille, et dont on voyait encore quelques signes le matin, n'a pas été réveillée avec une intensité nouvelle par l'administration de l'énorme dose de 2 grammes de sulfate de quinine.... Moins d'un mois après j'eus occasion d'observer un cas identiquement le même sur une vieille dame de soixante-deux ans, chez laquelle la maladie fut également enrayée dès le premier accès.

OBS. II. — La fille Catherine N., âgée de 40 ans environ, cuisinière, est sujette, depuis une vingtaine d'années, à des crachemens de sang qui surviennent à des époques indéterminées ; mais presque tous les trois ou quatre mois, et particulièrement à la fin de l'hiver et à l'automne. Cette fille, d'un tempérament sanguin, a de l'embonpoint, le visage habituellement très coloré, et est abondamment et régulièrement menstruée. Chaque année, au printemps, elle a l'habitude de se faire pratiquer une ou plusieurs saignées. Elle n'habite Marennes que depuis le mois de septembre 1840.

Le 6 mars dernier, on me fit appeler auprès de Catherine N., à sept heures du soir. Elle était en proie à un violent spasme, dont le siége était au diaphragme.

---

maladies qui certainement ne manque pas d'une certaine logique ; et il finit enfin par créer une doctrine des fièvres, en attribuant à chaque type une cause particulière ; mais ce que Platon nous semble avoir établi de plus complet sous le point de vue médical, c'est une question de haute physiologie qui depuis est adoptée comme un principe fondamental par toute une école. Nous voulons dire la différence entre l'ame immatérielle et l'ame animale ou mortelle. C'est de cette bissection, si l'on peut s'exprimer ainsi, de la cause de tous les phénomènes de la vie qu'est partie cette lumière médicale qui a élucidé tant de mystères physiologiques. On reproche, il est vrai, aux médecins spiritualistes (on donne ce nom aux médecins intelligens) d'avoir pris dans ce principe le germe de toutes leurs erreurs. Mais ce principe a servi également aux médecins de l'école matérialiste qui ont eu besoin de l'idée platonicienne pour donner un nom aux forces conservatrices ou médicatrices du corps. Ainsi que cette catégorie de médecins ne fasse pas de reproches à l'autre. Connais-toi toi-même, disaient les dieux de l'antiquité, et ce sage conseil est aussi bien à l'usage de la science qu'à celui de la morale.

Nous ne faisons qu'effleurer les dogmes de Platon, et on peut voir cependant combien ce philosophe s'était servi des dogmes de notre philosophe à nous, d'Hippocrate. Sans aller plus loin, si Hippocrate n'eût pas parlé dans ses œuvres de cette *nature* qui agit si merveilleusement pendant les crises morbides de l'organisme, Platon n'eût pas séparé l'âme immatérielle de l'âme végétative. Dans ce cas, le médecin a révélé, et le philosophe a formulé.

Dans son ouvrage sur les dogmes d'Hippocrate et de Platon, Galien s'occupe beaucoup d'une doctrine qui avait ses sympathies et qui naquit pendant la période dogmatique. Cette doctrine, c'est celle de Zénon, c'est le stoïcisme. Or, ce ne sont plus les idées de Platon qui servaient en quelque sorte de prolégomènes à la doctrine du Christ ; c'est le matérialisme dans toute sa splendeur. Ici ces idées innées, ces formules des idées futures sont rejetées comme une immense erreur. Tout nous vient des sens. L'homme et l'univers s'expliquent l'un par l'autre ; et c'est par l'action de celui-ci que celui-là se développe, pense et agit. Or, on voit déjà combien cette doctrine pouvait être utile, sous un certain point de vue, aux progrès de la médecine, qui avait alors, comme aujourd'hui, beaucoup à apprendre sur les rapports de l'homme avec les objets extérieurs. Les sens furent donc soumis, autant que pouvait le permettre la faiblesse ou plutôt, l'absence de connaissances anatomiques, à un certain travail d'observation. Il serait difficile de dire les résultats qui en furent le fruit, malgré la quantité d'écrits qui existent sur les croyances de l'école stoïcienne. Mais, ce qu'il y a de certain, d'après le témoignage de Galien et du faux Plutarque, c'est qu'elle introduisit dans la science une opinion qui, bien que d'ancienne date, conserve encore toute sa première fraîcheur. C'est l'hypothèse de l'esprit vital, pour expliquer les rapports du sens avec le centre, le *sensorium*. Maintenant, nous appelons cet esprit des stoïciens le fluide nerveux : voilà toute la différence.

Une autre doctrine vint se joindre et se mêler encore à cette affluence de principes et d'hypothèses dont le terrain de la science était submergé. La théorie des nombres de Pythagore envahit en quelque sorte la médecine tout entière. Hippocrate avait admis, il est vrai, les jours critiques. Mais, après lui, on voulut appliquer cette théorie à tous les phénomènes de la vie normale, à tous les accidens de la maladie. Le nombre 7 régnait sur toutes choses ; et c'était renier la

Elle éprouvait à la base de la poitrine un sentiment de constriction insupportable, et elle avait eu, avant mon arrivée, une défaillance d'une demi-heure, pendant laquelle la respiration était anhéleuse et bruyante. De violentes quintes de toux étaient survenues, accompagnées d'un crachement de sang abondant. Le pouls est plein, dur et fréquent; la peau chaude et sèche; la respiration vite et pénible; céphalalgie intense (saignée de 500 grammes; potion avec 30 grammes de sirop de morphine, à prendre par cuillerée d'heure en heure). Toux pendant la nuit, insomnie, agitation.

Le 7, au matin, mieux sensible, quoique la toux persiste sans crachats sanguinolens. A six heures du soir, mêmes accidens que la veille; toux plus violente que dans la journée; expectoration abondante de crachats d'un sang pur; défaillance; constriction à la base de la poitrine (deuxième saignée de 500 grammes; deuxième potion avec le sirop de morphine).

Le 8, au matin, mieux comme la veille. Aujourd'hui je prescris 60 centigr. de sulfate de quinine, avec addition de 5 centigr. d'extrait gommeux d'opium, en six pilules, à prendre de dix heures à midi. Le soir, à sept heures, défaillance moins longue; toux; spasme; point de crachats sanguinolens.

Le 9, six pilules comme hier. Le soir, bien; l'accès a à peine marqué. Le pouls a de la fréquence; la céphalalgie et la chaleur sont encore assez fortes. Il n'y a *point eu de frissons*, pas plus que les jours précédens.

Le 10, quatre pilules. Le soir, bien.

Le 11, deux pilules. La malade est très bien. Les règles sont survenues dans la journée. Toute médication a cessé dès-lors, et la guérison a été complète.

Est-il possible de rien voir de plus manifeste et de plus évident que l'action du médicament antipériodique dans cette maladie? Le sulfate de quinine n'a-t-il pas guéri là une affection, dans laquelle, malgré la gravité des symptômes pendant l'accès, l'intermittence était le phénomène capital? L'évacuation sanguine, répétée deux jours de suite, et la médication narcotique avaient été inefficaces; et cependant, quand cette fille habitait un autre pays, cette médication la guérissait tous les ans. Mais, d'après son rapport, ce violent spasme, cette céphalalgie intense, ces défaillances quotidiennes et à heure fixe, ne sont venus que cette fois-ci se joindre aux autres phénomènes qui se montraient les années précédentes. Ne voilà-t-il pas là cette influence du climat bien décidément imprimée à une maladie qui d'ordinaire était continue et qui cédait à une ou deux saignées? Pourrait-on dire qu'il y avait là seulement une phlegmasie ou une congestion pulmonaire intermittente, sans autre chose, sans cet *aliquid nervei* qui constitue, suivant Lorry, l'essentialité de l'intermittence?

Le lecteur aura remarqué sans doute que, dans la fièvre pernicieuse péripneumonique, ou hémoptoïque, ou dyspnéique (comme on voudra, je n'y tiens nullement), dont je viens de donner l'observation, les accès se sont montrés sans *période de froid*. Ce n'est pas sans intention que j'ai choisi cette observation entre plusieurs; elle me servira de point de départ pour relever une assertion que je crois erronée, quoique due à un savant professeur devant lequel, moi praticien obscur, je m'incline avec le plus profond respect.

M. Andral dit (au tome IV de sa CLINIQUE, p. 590, 2ᵉ éd.) : « Il faut, d'ailleurs, distinguer deux classes de ces phlegmasies intermittentes (il s'agit des phlegmasies du péritoine et de la plèvre). Les unes ne se montrent que comme de simples complications pendant un accès de fièvre; elles sont le produit d'une congestion locale plus forte que de coutume, et déterminent des accidens plus ou moins graves qui disparaissent avec l'accès; de là résultent les maladies appelées *fièvres pernicieuses*.... D'autres phlegmasies se montrent aussi d'une manière intermittente, mais seules, sans être précédées ou accompagnées de frissons, ni suivies de sueur; en un mot, sans l'appareil des symptômes qui constituent un accès de fièvre.

Cette distinction du célèbre professeur me paraît erronée, ai-je dit, en ce sens qu'il dit implicitement que, dans les accès intermittens, lorsqu'ils ne sont point accompagnés de froid au début, ou de sueur à la fin, ou, en un mot, des phénomènes caractéristiques de la fièvre simple *pendant la durée de l'accès*, le traitement antipériodique n'est point indiqué. Il n'en est point ainsi à mon avis, et je maintiens que la diversité des symptômes qui se montrent pendant la durée de l'accès ne peut rien changer à la nature de l'affection envisagée sous le rapport de la thérapeutique à suivre. Il y a intermittence, donc il y a accès, donc il y a lieu à employer la médication antipériodique. La nature de la maladie est dans l'intermittence, et si je ne craignais de faire une pétition de principe, je dirais avec Lorry et en m'appuyant sur l'observation que je viens de transcrire, *curatione declaratur*. Si donc la distinction établie par M. Andral est admissible, nosologiquement parlant, en ce qu'elle a pour but de faire connaître qu'il y a des fièvres intermittentes dont les symptômes ne sont pas toujours les mêmes pendant la durée de l'accès, elle doit être rejetée, thérapeutiquement parlant, parce qu'elle ne peut en rien influer sur le traitement. Et, après cela, je ne veux pas dire qu'il soit sans exemple qu'une maladie intermittente ait été guérie par une médication autre que la médication antipériodique. Il y a des faits que l'on pourrait me citer et que je veux bien accepter, concernant des intermittentes simples et même des intermittentes de quelque gravité....; mais, qu'on ne s'y fie pas, et qu'on se tienne en garde contre les accidens véritablement pernicieux, c'est-à-dire mortels!

OBS. III. — La femme Laroche, jeune paysanne âgée de 28 ans, nourrice depuis six mois, était atteinte, depuis le 16 février 1841, d'une angine tonsillaire. La sœur de la charité (1) qui lui donnait des soins ne remarqua pas qu'il y avait une fièvre intermittente quotidienne dont les accès revenaient chaque nuit. Des pédiluves synapisés, un vomitif, des sangsues, un *synapisme à la partie antérieure du cou*, un vésicatoire à la nuque, furent successivement employés, parce que chaque matin l'on annonçait à la sœur que, pendant la nuit, les accidens avaient apparu plus intenses que la veille.

Dans la nuit du 20 au 21, on vint en toute hâte, et pour la première fois, me demander pour visiter cette malheureuse femme. Je la trouvai assise sur son lit, les yeux hagards, apostrophant à grands cris des personnes absentes qu'elle croyait voir devant elle, s'agitant avec force pour se lever et se soustraire aux efforts de deux hommes qui la maintenaient. Le pouls était petit et concentré; la peau froide; la langue brune, large, sèche, rugueuse; la tuméfaction des tonsilles avait disparu; la déglutition était facile; la soif ardente. (Affusions froides sur la tête; boissons froides et acides; synapismes promenés sur les membres inférieurs, des pieds aux cuisses.)

21, à sept heures du matin. Déclin de l'accès; moiteur; pouls fréquent et encore un peu serré; visage un peu abattu; conversation raisonnable et facile. (Sulfate de quinine, 1 gramme, en potion à prendre avant midi.) A trois heures du soir, la malade est encore bien, après avoir passé une bonne matinée. Il n'y a

(1) Dans notre pays, les sœurs de St-Vincent de Paule sont, depuis un temps immémorial, en possession d'*exercer la médecine*, sans que jamais il soit venu dans la pensée de personne, sous les divers régimes qui se sont succédé, de s'opposer à cette illégalité. Ces dignes filles, qui pourtant rendent de véritables services à la population pauvre, par leur zèle et leur charité, sont cause de bien des malheurs par leur ignorance, et à cause de la trop grande confiance qu'ont en elles les habitans de la campagne.

---

science que de ne pas faire intervenir ce nombre sacramentel dans toutes les élucubrations dont elle était l'objet. Comme tout doit avoir son développement, l'erreur tout aussi bien que la vérité, la question n'en resta pas là. Ce chiffre, auquel les *numéristes* (qu'on nous passe cette épithète contemporaine) rattachaient tous les phénomènes, conduisit à cette pensée qu'il y avait au fond des mystères du corps une chose, ou abstraite, ou matérielle, qui leur était commune. Hippocrate avait déjà parlé de l'unité de la vie humaine; et bientôt les *harmonies* et les *symphonies* corporelles firent partie du langage de l'école. Certainement nos *sympathies* et nos *synergies* remontent à cette paternité pythagoricienne. En présence de ces idées toutes musicales qui faisaient considérer la vie comme un orchestre en action, les médecins devaient surtout s'occuper du pouls. On l'avait déjà fait même avant Hippocrate; mais on s'était égaré dans une foule d'hypothèses qui, en voulant tout expliquer, n'expliquaient absolument rien. Hérophile, cette grande lumière de l'école d'Alexandrie, mit fin à ce désordre, en faisant un livre où le pouls était étudié dans ses phases, dans ses accidens, dans ses altérations, avec une sagacité qui a laissé des souvenirs dans les traditions de la science. Sans doute ce médecin avait puisé dans les leçons de son maître les principes qui le guidèrent pour la conception de son traité. C'est à Praxagore de Cos, en effet, qu'il faut faire remonter les premières idées d'une portée réellement féconde qui aient été émises sur la nature du pouls. Il fut le premier qui établit cette vérité qui, malheureusement, n'a pas toujours été une vérité vulgaire; c'est-à-dire que ce phénomène physiologique et constant indiquait dans les maladies les altérations de la force vitale. Nous avons perdu ce livre d'Hérophile qui ne fut sans doute que le développement de ce grand fait d'observation. Mais le dogme fondamental nous est resté, et l'école pythagoricienne ne nous eût-elle donné que cette formule, qu'elle mériterait certainement une place honorable parmi les grandes écoles de la Grèce.

Tels furent les principaux élémens du dogmatisme philosophique et médical. On peut voir qu'ils portaient en eux quelque fécondité. C'est ainsi d'ailleurs que la science se montrait sous le beau ciel de la Grèce. Une doctrine avait toujours son beau côté! Fût-elle la plus capricieuse, la plus illusoire des hypothèses, elle contenait toujours une pensée, un principe qui devenait tôt ou tard une grande vérité. Malheureusement, comme nous l'avons déjà dit plus d'une fois, il y eut une espèce de confusion de langues au milieu de cette période où l'esprit philosophique s'agitait avec tant de puissance. Mais c'était inévitable. Une foule de théories surgissaient, ou pour se donner un démenti les unes aux autres, ou pour exploiter une vérité nouvelle, ou mieux encore pour dépenser cette exubérance de force intellectuelle qui poussait tous les penseurs de l'époque à écrire ou à parler. Le dogmatisme ressembla sous ce point de vue à la période de réaction qui se produisit au seizième siècle. L'analogie est même si grande entre le seizième siècle et celui-là que les discussions qui régnèrent alors finirent par revêtir les mêmes formes et à conduire aux mêmes erremens. Ainsi, cette dialectique si honorée par les scolastiques, parce qu'elle pouvait servir l'esprit de dispute, n'importe de quel côté se trouvait la raison, cette dialectique naquit pendant le dogmatisme. Diogène nous dit qu'Euclide de Mégare fit un art de la passion de la dispute; et si nous en croyons Sextus Empiricus on devint si déraisonnable une fois qu'on se fut engagé dans cette voie, que Diodore de Cronos et les siens furent bientôt des modèles de ridicule. Eh bien! au 16ᵉ siècle, on n'eut

plus de trace de délire; interruption, du moins apparente, de la sécrétion du lait. (Lavement salé qui procure une abondante selle; deuxième dose de sulfate de quinine d'un gramme.)

22, à sept heures du matin. Il y a eu de la fièvre toute la nuit, accompagnée d'une sueur abondante qui a obligé de changer la malade trois fois. Il n'y a eu ni délire, ni agitation, mais point de sommeil. Dans ce moment, le déclin semble se manifester un peu. (Sulfate de quinine, 50 centigrammes.) A onze heures du matin, accès pernicieux avec les mêmes symptômes que le précédent. (Lavement purgatif; synapismes aux jambes; affusions froides sur la tête.) On a trouvé deux vers lombrics dans les selles. Les accidens pernicieux ont cessé à trois heures du soir. A cinq heures du soir, apyrexie presque complète. (Sulf. de quinine, 1 gramme.)

23, à sept heures du matin. La nuit a été bonne. Ce matin, moiteur générale; légère céphalalgie. (Sulfate de quinine, 50 centigrammes, à prendre avant dix heures.)

24. La soirée d'hier et la nuit ont été bonnes; la malade se trouve bien, mais fatiguée et faible. (Diète; sulf. de quinine, 40 centigr.)

25. Même état. (Deux bouillons de volaille; sulfate de quinine, 20 centigrammes.)

26, à sept heures du matin. Accès pernicieux qui a commencé à minuit. Symptômes identiquement les mêmes que ceux qui se sont montrés il y a cinq jours. Il y a eu dans la soirée d'hier un écart de régime qui peut seul m'expliquer la rechute. La malade, malgré mes recommandations expresses, a mangé du *pain béni*, qui lui a été donné par ses voisines, morceau de galette mal cuite, qu'après l'accès la malade m'a dit avoir été *très lourde à son estomac*; ce sont ses termes. (Affusions froides sur la tête; vésicatoires aux jambes; synapismes aux cuisses en attendant l'action des vésicatoires.)

27, à six heures du matin. L'accès s'est prolongé jusqu'à minuit, et a par conséquent duré vingt-quatre heures. A la suite des accidens pernicieux, il y a eu quatre heures d'un sommeil tranquille. Ce matin, la malade est assez bien; elle éprouve seulement de la fatigue; le pouls conserve de la fréquence et est encore un peu serré. (Sulfate de quinine, 1 gramme; lavement purgatif; diète absolue.) A trois heures du soir, le mieux persiste. Le lavement a produit deux selles abondantes, dans lesquelles se sont trouvés trois vers lombrics morts. (Sulf. de quinine, 1 gramme; pansement des vésicatoires, que j'ai laissés pendant trente-six heures pour produire une révulsion plus énergique.)

28, à 6 heures du matin. Accès pernicieux la nuit dernière, mais moins violent que le précédent. Ce matin, délire tranquille; pouls peu fréquent et mou; léger engorgement du sein gauche duquel s'écoulent quelques gouttes d'un lait séreux. (Sulfate de quinine 60 centigrammes à prendre avant 10 heures. Lavement purgatif. On videra le sein gauche par la succion.) A 3 heures du soir, délire tranquille. La malade se croit *ensorcelée* depuis la visite d'une femme du village qui passe pour *sorcière*. (Pansement du vésicatoire.) Le lavement a produit encore l'expulsion d'un ver.

29, à 6 heures du matin. La nuit a été meilleure; il y a eu du sommeil par intervalles. La malade est toujours en proie à la même idée qu'hier, mais avec moins d'exaltation. Pouls presque normal. (Sulfate de quinine 60 centigrammes. On tètera encore le sein gauche.) A 3 heures du soir, le délire cesse peu à peu; les seins sont mous et vides.

30 mars. La soirée d'hier et la nuit dernière ont été bonnes, sauf quelque peu d'agitation dans la nuit. (Sulfate de quinine, 40 centigrammes.)

31 mars. Cette nuit et ce matin la malade est bien. (60 centigrammes de mercure doux.) Trois selles dans la journée sans expulsion de ver.

1er avril. La nuit dernière et la journée se sont bien passées. (3 bouillons.)

2. Bien. (3 soupes légères.) 3. Bien. 4 et 5, bien, encore un ver dans une selle. (Mercure doux, 80 centigrammes en deux prises.)

6 et jours suivans, convalescence et rétablissement complet.

Cette intéressante observation m'offre plusieurs remarques à faire concernant le traitement des symptômes pernicieux, et concernant aussi l'administration et l'action du sulfate de quinine.

1° La sœur de la Charité avait traité l'angine, elle l'avait même guérie; et néanmoins la fièvre revenait chaque nuit et a fini par devenir pernicieuse dans la nuit du 20 au 21 mars. Le synapisme placé à la partie antérieure du cou le 20 peut bien avoir contribué en quelque chose à produire l'excitation cérébrale dont j'ai été témoin quelques heures après son application; mais il est bien évident que si, malgré cette médication intempestive, on eût donné chaque jour du sulfate de quinine qui eût enrayé les accès, cette cause n'eût pas pu suffire pour amener de si graves accidens.

2° L'administration de l'héroïque remède a coupé court aux accidens pernicieux, alors que la dérivation énergique employée pendant les accès n'obtenait que des résultats bien peu apparens, si tant est qu'elle en ait obtenus.

3° Avant la rechute, d'énormes doses de sulfate de quinine étaient administrées, et non seulement l'estomac les tolérait aisément, mais encore la guérison arrivait à grands pas. Et voilà qu'un écart de régime, que l'ingestion de 15 à 20 grammes de galette grossière renouvelle les accidens pernicieux et les rappelle plus graves qu'auparavant. Qu'est ce donc que ce médicament si tonique, si excitant, si incendiaire, qui est toléré et qui guérit, tandis qu'un peu de pain amène une épouvantable rechute? Qu'est-ce que cette gastro-entéro-céphalite qui se renouvelle ainsi pour une si petite cause, tandis qu'elle sommeille pendant et après l'administration de deux grammes de sulfate de quinine?.... Si je voulais hasarder une explication, ne pourrais-je pas dire que le sulfate de quinine, *médicament*, agit d'une manière spécifique et qui lui est propre contre l'altération nerveuse qui constitue l'intermittence, tandis que le pain, *aliment*, a besoin que l'action digestive soit normale pour être reçu et digéré sans accidens. Mais qu'importe l'explication; je constate le fait, et cela suffit pour réduire au néant les doctrines erronées contre lesquelles je m'élève.

4° Après la rechute, les accès deviennent *erratiques, anormaux*; les intervalles en sont moins marqués; les accidens se montrent sous diverses formes; un délire tranquille persiste pendant l'apyrexie; et tout cela cède à la médication antipériodique continuée à heures variées, suivant les indications qui se présentent. « Ainsi que l'ont observé, avec beaucoup de raison, Sydenham et Torti, dit Alibert, certains effets de la fièvre subsistent souvent lorsque la fièvre ne subsiste plus. Il n'est pas rare de voir les malades, anéantis en quelque sorte par les fatigues qu'ils ont essuyées, rester froids avec un pouls fréquent, petit, irrégulier, etc., sans qu'on doive considérer ces accidens comme une extension de paroxisme. » (TRAITÉ DES FIÈVRES PERN., page 142, 4e édition.) La persistance du délire après la disparition des autres symptômes de l'accès ne m'a pas empêché le 28 et le 29 mars d'administrer encore le sulfate de quinine.

5° Enfin la position particulière de la malade qui était nourrice, et la présence de quelques vers lombrics dans le tube intestinal ont dû fixer mon attention, et le traitement employé concurremment avec la médication antipériodique m'a paru indiqué par les circonstances accessoires de la maladie.

Je pourrais aisément multiplier les observations et présenter successivement des intermittentes pernicieuses, *algide, diaphorétique, soporeuse, convulsive*, etc.; car j'en ai vu de bien des sortes depuis 18 à 20 ans; mais je m'abstiens pour ne pas donner trop d'étendue à ce tra-

pas, il est vrai, l'avantage d'inventer ce qui existait. Mais, il faut l'avouer, on perfectionna d'une manière brillante, cette dialectique, dans ce qu'elle avait d'outré et d'absurde. Les savans du temps allèrent jusqu'à faire retentir les chaires de violentes disputes sur l'importance d'une lettre de l'alphabet!

Mais laissons de côté ces erremens. Jamais la science ne se montre dans une auréole où tout serait lumière et pureté. On n'eût pas reconnu de taches au soleil qu'il aurait fallu en admettre *à priori* l'existence.

Les médecins ne s'engagèrent pas en aveugles dans le dédale sans issue de la dialectique. Obligés d'avoir souvent recours à l'observation, ils pouvaient moins facilement que les philosophes théoriciens se laisser aller à ces désordres d'esprit que nous signalions tout à l'heure. Toutefois, s'ils s'égarèrent moins que les autres, ils furent comme eux de leur siècle. Les médecins les plus voisins d'Hippocrate, c'est-à-dire des sources des bons exemples et des saines traditions, donnèrent l'exemple, et ils furent imités par les hommes dont la science médicale du temps s'honorait le plus. Ainsi, Thessalus, Dracon, Polybe furent les premiers, nous ne dirons pas à faire de la dialectique, mais à dogmatiser. Ils introduisirent par excès les théories dominantes dans les livres qu'on leur attribue et qu'une critique superficielle a longtemps attribués à Hippocrate. Ce sont les premiers dogmatiques, c'est-à-dire ceux qui donnent tout d'abord l'exemple de cette alliance trop étroite que la médecine d'observation conclut avec la médecine philosophique, en d'autres termes avec les théories. Ce n'est pas qu'Hippocrate ne montre, dans ses écrits originaux, des tendances de même genre; nous avons déjà dit ce que nous pensions là-dessus.

Hippocrate, d'ailleurs, n'est pas le père de la médecine; c'est l'un de ses ancêtres. Quand il vint, l'art de guérir avait à la fois une histoire philosophique et une histoire pratique. Ses écrits, ses actes devaient donc en porter le cachet. Mais, la différence, l'immense différence qu'il y a entre ce grand homme et ses enfans, c'est que, chez lui, les idées théoriques n'ont jamais le pas sur les faits ou les inductions, tandis que chez les autres les faits sont submergés pour ainsi dire dans la féconde abondance des théories. Il est bien entendu qu'ici nous parlons de toute cette génération médicale qui s'écoula depuis Hippocrate jusqu'à l'école d'Alexandrie. Thessalus, Polybe et Dracon avaient trop vécu avec le maître pour s'éloigner brusquement de la voie qu'il leur avait appris à suivre avec lui. Ils donnèrent le signal de l'émancipation de la pensée, en affaiblissant ce lien solide des faits qui fixe cette pensée au monde réel. Voilà comment ils commencèrent l'œuvre; d'autres l'achevèrent.

Ceux-ci forment cependant une classe de médecins qui a rendu de grands services à la science. Mais, dans ce nombre, se trouvèrent d'extravagans exagérateurs dont les enseignemens et les habitudes sociales même pouvaient tout au moins faire douter du progrès. Ces enthousiastes des excentricités de l'esprit s'emparaient d'une idée, d'un principe, d'un des systèmes philosophiques les moins connus ou les plus honorés. Ils en travaillaient en quelque sorte la substance jusqu'à ce qu'ils fussent parvenus à croire qu'ils étaient les créateurs d'une vérité nouvelle. Et cette conviction acquise, ils ne s'arrêtaient qu'après avoir franchi tous les obstacles que les faits pouvaient opposer à l'aveugle audace de leur imagination. Alors, pères d'une doctrine qu'ils croyaient aussi solide que les vérités éternelles, ils adoraient leur ouvrage et finissaient par s'adorer eux-mêmes. C'était une hallucination médico-philosophique, une sublime folie! Méne-

vail. En indiquant en termes généraux, comme je l'ai fait plus haut, le traitement à employer pendant l'accès et en citant ces trois exemples tirés de ma pratique personnelle, j'en ai dit suffisamment pour faire bien comprendre ma pensée, et pour qu'on puisse aisément suppléer aux détails que j'omets.

§ IV.

Après les considérations sur lesquelles j'ai insisté dans les paragraphes précédens, il me paraît suffisamment établi qu'une fois la maladie reconnue pour *intermittente* ou *rémittente*, le traitement est écrit et dicté d'une manière précise et sûre. « C'est ici le triomphe de la thérapeutique médicale ; et le chirurgien qui conserve les jours d'un blessé en se rendant maître d'une hémorragie artérielle n'agit point avec plus de certitude et d'efficacité que le médecin qui guérit, au moyen du quinquina, une fièvre intermittente pernicieuse. (Fournier et Vaidy, Dict. des sc. méd., t. xv, p. 328, art. *Fièvre*.)

Mais, on ne saurait se le dissimuler ; si, dans beaucoup de cas et lorsqu'on voit le malade dès le début, le diagnostic est facile, il est des circonstances dans lesquelles on éprouve beaucoup de difficulté pour saisir et apprécier la rémittence. Il n'entre pas dans mes vues d'insister sur le diagnostic différentiel de ces affections. Je viens aujourd'hui déposer quelques matériaux de thérapeutique, et je n'ai pas l'intention de traiter la grande question des fièvres pernicieuses sous toutes ses faces. Alibert, au chapitre 3 de son traité, a émis, sur le diagnostic, des considérations d'un haut intérêt, en s'étayant des travaux de plusieurs médecins célèbres.

Presque tous les auteurs s'accordent à dire que le type le plus commun des fièvres intermittentes pernicieuses est le type tierce ou double-tierce. Mes observations, dans le pays marécageux que j'habite, ne se trouvent pas tout à fait d'accord avec cette assertion. Les fièvres pernicieuses tierces et quartes m'ont paru bien plus rares que les quotidiennes et les doubles-tierces. On en rencontre cependant ; mais le plus souvent, quand elles ne sont pas enrayées après le deuxième accès, elles deviennent quotidiennes et même rémittentes.

Dans tous les cas, sans aucune exception, et quel que soit le type, il est prudent de se conduire comme s'il était quotidien rémittent. On courrait de grands risques en perdant un jour ; on n'en court aucun en administrant le sulfate de quinine vingt-quatre heures plus tôt. J'ai *l'habitude invariable* de prescrire la médication antipériodique, comme si le type était quotidien, et de revenir à la charge le lendemain s'il y a apyrexie, comme s'il était tierce.

Mais l'intermittence n'est pas toujours bien marquée, et il arrive assez souvent que les accès sont *subintrans* ; c'est-à-dire qu'un deuxième accès commence alors que le précédent n'est qu'à peine ou même pas encore à son terme. Dans ces cas là, la maladie, quelle que soit sa forme, se rapproche du type continu, augmente en gravité et n'est que *rémittente*. Le médecin doit se hâter alors : s'il attendait la cessation complète de l'accès pour recourir au sulfate de quinine, il perdrait un temps précieux, et le malade lui échapperait promptement, faute d'un traitement convenable administré au moment opportun. Ce rapprochement des accès contraint à donner de plus fortes doses encore du médicament fébrifuge, dès que le déclin de la fièvre commence à se manifester. Si donc il doit être admis en principe, dans le traitement de la *fièvre intermittente simple*, de donner le sulfate de quinine ou le quinquina après que l'accès est arrivé à son terme, et peu d'heures avant l'invasion de l'accès suivant, il faut, quand on a affaire à des *fièvres pernicieuses*, user largement de la médication fébrifuge dès l'instant où les symptômes pernicieux commencent à s'amender dès le déclin, sans avoir égard à l'état du pouls et à la persistance de quelques symptômes qui subsistent encore, bien qu'ils soient moins prononcés que dans le moment le plus redoutable de l'accès.

Quand il arrive, dans certains cas où le diagnostic actuel présente du doute, que le médecin appelé trop tard n'observe qu'une courte rémittence, le commémoratif peut lui servir de guide ; et s'il apprend qu'avant l'apparition des accidens graves dont il est témoin, les accès étaient réglés et offraient une intermittence marquée, il doit hardiment prescrire la médication antipériodique et user sans crainte du sulfate de quinine à l'heure correspondante aux précédentes intermittences. « Eo igitur tempore quo primum ad ægrum accessi, vix distinguebantur exacerbationes et remissiones : distinguebantur tamen ; et ab initio morbi longe clarius fuisse distinctas certiorabar a cunctis...... Opiatam *potum* præscripsi ex confectionibus cardiacis aliqua ex parte, majore vero ex china compositam, de qua bis ac ter in die sumebat quantitatem modicam, ita ut methodum meam pro *subcontinuis perniciosis* descriptam impleret..... » (Torti, lib. iv, cap. 2, obs. 17, p. 223-24. Edit. 1732.)

Il y a tout avantage à se hâter, même dans le cas où l'intermittence devrait avoir une longue durée, parce qu'ainsi on ne court pas le risque de laisser passer un intervalle, et que, dans le cas de prolongation de l'intermittence, on peut, tout à son aise, donner quelques heures après une deuxième et même une troisième dose du précieux fébrifuge. Avec cette manière d'agir, le type importe peu, et l'on n'a jamais à se repentir d'avoir laissé échapper l'occasion. Quand, au contraire, on compte sur une intermittence longue et déterminée, on a souvent à regretter d'avoir attendu. L'accès avance, et il est trop tard ; on a perdu un jour ; et que de fois cette perte de temps est irréparable ! que de fois la mort du malade en est la conséquence fatale !

L'importance et l'urgente nécessité de la médication fébrifuge la plus énergique est d'autant plus grande, de l'aveu de tous les praticiens, que les accidens pendant l'accès ont été plus graves et plus prononcés, et que la rémission est de plus courte durée. Dans les idées des sectateurs outrés de la médecine physiologique, il ne devrait pas en être ainsi ; car, plus les phénomènes dus à la phlegmasie d'un organe important, du tube intestinal surtout, ont été intenses, plus il faudrait avoir de circonspection en dosant le quinquina ou le sulfate de quinine, plus il faudrait avoir d'appréhension en en administrant une quantité considérable. Ce raisonnement conduirait à dire que, plus une fièvre pernicieuse est grave, plus il faut diminuer la dose du médicament destiné à la guérir. Conséquence absurde s'il en fut jamais, et dont l'absurdité est démontrée par les faits de tous les temps et de tous les lieux. Que le praticien qui, avant tout, veut guérir, n'hésite pas à sacrifier à l'évidence des opinions qui, toutes rationnelles qu'elles paraissent en théorie, n'en sont pas moins funestes dans l'application.

Plus donc les symptômes pernicieux, quelqu'affection qu'ils dénotent, seront graves et compromettans, plus on devra se hâter ; plus on devra élever les doses ; plus on devra redouter l'accès suivant. C'est folie que de

---

crate, de Syracuse, tient la première place parmi ces médecins. Il brilla pendant le règne de Philippe de Macédoine de tout l'éclat que le ridicule pouvait lui donner. Se faisant appeler *Jupiter*, parce qu'il se croyait doué de l'omnipotence médicale, et être aussi haut placé que le plus grand des dieux, il ne marchait que majestueusement drapé et une couronne sur la tête. Il fallait un cortége à sa grandeur, des courtisans pour son orgueil, et il obligeait ses malades à jurer qu'ils le suivraient en tous lieux lorsqu'il les aurait guéris. C'est avec cette cour grotesque, où chacun était affublé d'un costume semblable à celui de quelque divinité, que ce *Jupiter médical* parcourait les villes de la Grèce. Sans doute, de nombreuses mésaventures durent signaler cette promenade olympienne, et retomber de tout leur poids sur les convictions médicales de Ménécrate et de ses partisans. Mais, il y a des maladies incurables, surtout parmi celles de l'esprit. Elien raconte en effet que Philippe ayant invité un jour Ménécrate à un grand festin, fit servir devant lui une cassolette d'encens, afin que celui-ci ne se pût nourrir que de fumée. Eh bien ! le médecin ne vit dans cette épigramme silencieuse du roi autre chose qu'un hommage. Il trouva seulement qu'il durait trop longtemps au gré de son estomac, et demanda qu'on remplaçât, par des mets plus substantiels, celui qui convenait si bien à son orgueilleuse folie. Ménécrate devait donc jusqu'au bout rester fidèle à lui même. Il devait finir comme il avait commencé.

Pour les esprits frivoles, cette histoire peut n'être qu'un épisode amusant ; mais elle prouve surtout combien était puissante l'activité élaboratrice qui travaillait l'intelligence des médecins de ce temps. La passion de l'art était portée jusqu'à l'enthousiasme, jusqu'à la folie. Renfermée dans des limites normales, elle ne pouvait que créer de grandes choses, que laisser de brillans souvenirs. Il serait trop long de faire la nomenclature des hommes et des travaux qui ont illustré la période dogmatique, depuis la mort d'Hippocrate jusqu'aux premières années de l'école d'Alexandrie. Il faudrait pour cela entrer dans de plus grands détails, ce qui serait impossible, à cause de l'absence presque complète de documens originaux. Mais notre but est atteint. Aussi nous contenterons-nous seulement de nommer deux illustrations, dont la renommée s'est faite au milieu du grand travail d'élaboration qui caractérise l'école dogmatique. Ces deux médecins sont l'un Dioclès de Caryste, et l'autre Praxagore de Cos. Le premier avait mérité le surnom de second Hippocrate, le second était considéré comme l'une des lumières médicales du temps. On doit à Dioclès d'excellens préceptes d'hygiène, de bonnes descriptions de maladies et un travail tout nouveau sur les dissections ; on doit à Praxagore des opinions particulières touchant les humeurs et une grande et féconde idée sur les altérations du pouls, dont nous avons déjà parlé. Dans ces travaux, il y a des préceptes pleins de justesse, des principes pleins de vérité, des idées pleines d'avenir, et qui avaient leur place marquée dans les assises fondamentales de l'édifice médical. Les théories y sont souvent invoquées, et l'hypothèse s'y mêle presque toujours aux faits et aux observations. Mais cet inconvénient est renfermé dans les limites de l'enseignement, et ne nuit pas aux inspirations et aux inductions de la pratique. Hippocratiques sous un point de vue, Dioclès et Praxagore se montrent dogmatiques sous un autre : ils sont à la fois de l'ancienne et de la nouvelle école. Attachés au passé et travaillant sous l'influence du présent, ils constituent une physionomie scientifique mixte, qui suffit pour les faire reconnaître comme pour les classer. Enfin, ce défaut d'homogé-

craindre d'augmenter l'irritation ou la phlegmasie gastro-intestinale, pulmonaire, pleurétique, encéphalique ou antre.

Un bouillon, une cuillerée de soupe, pris intempestivement, peuvent occasionner un accès pernicieux, alors que deux, trois, quatre grammes de sulfate de quinine, ingérés dans l'estomac ou dans le rectum pendant l'intermittence ou la rémission, le préviendront, bien loin d'en augmenter la gravité. Il y a dans ce phénomène, produit par l'agent médicamenteux, quelque chose qui semble contraire à la raison en présence de l'état actuel de nos connaissances en pathologie; mais il y a là un fait, un fait d'évidence; et ce fait, dans sa brutalité, est plus fort et plus concluant que les raisonnemens les mieux déduits en apparence.

§ V.

Dans mes notes sur le traitement des fièvres intermittentes simples, auxquelles je renvoie le lecteur (Gaz. méd. 1841, n° 1), j'ai pris soin d'indiquer les doses de sulfate de quinine à employer suivant les âges; et j'ai dit, à la fin du paragraphe, que les quantités indiquées doivent être doublées et même triplées quand on a à combattre des intermittentes pernicieuses. Je me contenterai ici de rappeler que 4 grammes (5 gros) de sulfate de quinine correspondent à peu près à 160 grammes (5 onces) de quinquina en poudre. Or, cette dernière substance, quand elle était employée exclusivement, était conseillée par tous les auteurs à la dose de plusieurs onces. Albert cite, d'après Galeazzi, un cas dans lequel la poudre de quinquina a été donnée à la dose de cinq à six onces (160 à 192 grammes).

Pour mon compte, et dans la conviction intime où je suis, d'après ma propre expérience, que des doses énormes de sulfate de quinine ne peuvent entraîner aucun inconvénient et ont, au contraire, fort souvent un très grand avantage, j'imite la conduite de M. Bally, et je le prodigue sans crainte.

La forme la plus convenable pour que le médicament agisse de suite et revête toute sa puissance thérapeutique est, sans contredit, l'administration en poudre délayée dans un peu d'eau ou en potion. Si l'on emploie des pilules, elles doivent être préparées à l'instant, pour que leur solution dans l'estomac soit facile et prompte. Quand, au lieu d'une intermittence de plusieurs heures ou d'un jour entier, je n'ai que quelques instans de rémission qui ne me permettent pas de fractionner la quantité de sulfate de quinine que j'ai à administrer, j'ingère en une seule fois la dose prescrite : bien plus, pour peu que je craigne qu'elle ne soit rejetée par le vomissement, j'en confie en même temps à l'action absorbante du rectum, pour en saturer de suite l'économie tout entière, si je puis ainsi m'exprimer.

Les détails circonstanciés dans lesquels je suis entré lors de la publication du travail cité plus haut, sur la nécessité et l'opportunité d'associer quelques autres substances et notamment l'opium au sulfate de quinine dans certains cas donnés, me dispensent de rien ajouter aujourd'hui. L'alliance de l'opium avec le sulfate de quinine, qui m'a toujours paru un moyen de rendre ce sel plus facilement tolérable par l'estomac, est blâmée, dans un récent article de la Gazette médicale (n° du 10 avril 1841), par M. le docteur Audiganne, qui a pratiqué, dit-il, la médecine pendant deux ans à Ancenis, où les fièvres intermittentes sont endémiques. Ce médecin prétend que l'opium gommeux, uni à la dose de 3 centigrammes, à 30 ou 40 centigrammes de sulfate de quinine, provoque des contractions de l'estomac et des vomissemens dans des cas où le sel fébrifuge seul et sans aucun correctif est aisément supporté. Sans vouloir en rien contester la réalité des observations faites par M. Audiganne, j'affirme positivement que j'ai constamment vu le contraire depuis vingt ans, tant à l'hôpital de la marine de Rochefort qu'à Marennes, où je pratique depuis 1832.

Quelques médecins, ne pouvant se refuser à l'évidence et ne pouvant nier l'efficacité du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement des fièvres pernicieuses intermittentes, et voulant néanmoins ne voir dans ces maladies qu'une phlegmasie organique sans ce *quid ignotum* qui y apparaît pourtant si bien, ont donné une singulière explication à la propriété curative du médicament. Les sels de quinine, me disait l'un d'eux, possèdent sans doute une propriété *hyposténisante*, en vertu de laquelle, administrés à haute dose, ils ralentissent la circulation, font disparaître l'afflux du sang vers les organes malades et en proie à une phlegmasie mortelle. Ils agissent alors comme antiphlogistique puissant.

Je ne sais jusqu'à quel point de pareilles allégations peuvent être sérieusement émises. Je ne veux point essayer de pénétrer dans les arcanes de cette thérapeutique rasorienne. Les praticiens sont libres d'accepter pour bonne l'épithète *hyposthénisante* à la place de l'épithète *antipériodique*, pour caractériser la vertu du quinquina et du sulfate de quinine. Pour moi, je parle en praticien qui veut guérir; qui a la conviction que l'emploi du sulfate de quinine est héroïque, quand il a lieu à propos, dans le traitement des fièvres intermittentes pernicieuses; qui cherche, à ce sujet, à propager parmi les médecins la thérapeutique que l'expérience lui a prouvé être la meilleure; et qui, après cela, n'attache qu'une très médiocre importance aux mots et aux théories qui sont destinés à expliquer l'action médicatrice du précieux fébrifuge, dans l'intérêt de tel ou tel système.

Et pourtant, ne pourrais-je pas demander à ces thérapeutistes qui ont si bien reconnu aux sels de quinine la propriété de faire tomber le pouls et de diminuer en peu d'instans le nombre des pulsations artérielles et l'activité circulatoire, ne pourrais-je pas leur demander pourquoi ils ne les administrent pas dès le début ou encore au milieu de l'accès, alors que le pouls bat 120, 140 fois et plus par minute, plutôt que d'attendre, comme ils le font eux aussi et comme il est conforme à l'expérience de le faire, le moment de l'intermittence ou de la rémission ?... Ne pourrais-je pas leur demander encore contre quelle inflammation ou contre quel phénomène circulatoire lutte l'activité hyposthénisante du quinquina et des sels de quinine dans la fièvre *algide*, dans la *syncopale* et dans bien d'autres encore où il est impossible de préciser un point quelconque de l'organisme que l'on puisse, avec quelque certitude, déclarer atteint de cette phlegmasie, et où l'on voit la circulation à peine sensible et même, par instans, presque interrompue, bien loin d'être activée ?...

J'aime mieux admettre un fait avec ses conséquences connues, sans chercher à l'expliquer, que de prendre au sérieux et d'accepter pour bonnes des explications de l'espèce de celle que je viens de signaler pour la rejeter bien loin.

J'arrête ici ce travail. Je n'ai pas la prétention, en le publiant, de rien apprendre de nouveau aux lecteurs de la Gazette médicale; mon but est, si je le puis, de ramener aux saines et vraies doctrines, concernant les fièvres pernicieuses intermittentes, les médecins que les systèmes contemporains ont pu en éloigner. Les travaux de l'école physiologique ont

---

reille, qui se montre dans les doctrines comme dans les œuvres de ces deux médecins et de tous les dogmatiques, prouve que leur école a eu surtout pour fonction d'annoncer et de préparer l'avenir.

Ainsi, la période dogmatique, si active, si exubérante, n'a pas de caractère qui lui appartienne en propre : c'est ce caractère complexe qui lui a longtemps donné des dépréciateurs. Comme toutes les périodes transitoires, elle a mêlé le faux au vrai, l'idéal au positif, l'hypothèse et le préjugé à la sage expérience. Cela devait être; car la médecine n'avait pas encore assez étudié l'homme pour pouvoir dogmatiser logiquement sur ses fonctions, ses besoins et ses conditions d'existence; il fallait encore un nouveau travail d'observation pour constituer une méthode. L'école d'Alexandrie fit de l'anatomie et ramena la science à l'étude des faits et d'un ordre de faits avec lequel elle n'avait jamais été familière. C'est à Aristote que la science doit cette réaction. Aristote, il est vrai, ne vivait plus au temps de l'école égyptienne; mais il vivifiait de sa doctrine et de son esprit. Théophraste, l'héritier de sa philosophie et de ses livres, y était le compagnon d'Hérophile; et Ptolémée Soter, qui avait connu et admiré le précepteur d'Alexandre, encourageait les doctrines aristotéliennes, en protégeant et en attirant auprès de lui les grandes intelligences du temps. L'école d'Alexandrie était donc réellement l'école d'Aristote; car les principes de ce philosophe ont laissé leur empreinte sur tous ses travaux : on peut dire que c'est de lui qu'elle émane.

La logique des faits est si grande que le méthodisme succède à l'école d'Alexandrie. Le dogmatisme avait prouvé que la connaissance de l'homme ne pouvait se passer des études anatomiques, et l'école aristotélienne se forma afin de donner à la science ce qui lui manquait pour suivre les périodes de son développement. L'anatomie devenue l'une des branches de la médecine philosophique, on pouvait dogmatiser avec plus de logique, le méthodisme pouvait se développer à son tour. Le dogmatisme a donc été utile comme peut l'être l'un des facteurs d'une opération mathématique, ou comme l'un des termes d'une induction. Elle a produit et surtout elle a préparé. Aussi loin d'être une époque perdue, c'est jusqu'à cette période qu'il faut remonter pour trouver les germes des plus belles conquêtes de notre science.

Ed. C.

— Le rapport de M. Patissier, fait au nom de la commission des eaux minérales de l'Académie royale de médecine, vient de paraître à la librairie de J.-B. Baillière. Ce compte-rendu offre le plus grand intérêt à la science, et nous ne doutons pas qu'il ne soit recherché avec empressement par tous les gens de l'art. Nous nous plaisons à faire connaître les noms des médecins-inspecteurs des eaux qui y sont honorablement mentionnés, et qui ont été signalés par le mérite de leurs travaux à l'attention de l'Académie et du gouvernement; ce sont MM. les docteurs Lemolt à Bourbonne-les-Bains, Revillout à Luxeuil, Bailly à Bains, Bertrand au Mont-d'Or, Capuron à Castera-Verduzan, Ganderax à Bagnères, Pagès à Bareges, Barrié à Luchon, Cazaintre à Rennes, Blanquet à Bagnolles, Poullain à Bagnolles (Orne); les médecins des Thermes, de la Corse et les officiers de santé de l'hôpital militaire de Bourbonne.

à n'en pas douter, fait faire de grands pas à la *science*, et ont donné aux recherches pathologiques une impulsion favorable sous bien des rapports; mais ils ont fait rétrograder l'*art* au sujet des maladies qui m'occupent. Il me semble utile que les praticiens signalent la fausse route dans laquelle se sont engagés la plupart des auteurs qui ont traité cette matière depuis une trentaine d'années, depuis l'époque où Alibert inscrivait à la tête de son livre cette consolante sentence de Torti : « Medicus curatione febrium, ut ainnt methodicè institutâ, se gerit ut inspector morbi et minister naturæ, *curatione verò per kinam kinam, se gerit ut arbiter morbi et instaurator naturæ.* »

CHIRURGIE PRATIQUE.

VALEUR DE L'APPLICATION IMMÉDIATE DE L'APPAREIL DANS LES FRACTURES DES MEMBRES; par F.-L. TAVIGNOT.

(SUITE.—Voir le numéro précédent.)

§ IV. — DE L'ÉPOQUE A LAQUELLE IL CONVIENT D'APPLIQUER L'APPAREIL ORDINAIRE DANS LES FRACTURES COMPLIQUÉES.

Par fractures compliquées, nous n'entendons pas parler seulement des solutions de continuité simultanées des os et des parties molles indépendantes l'une de l'autre, mais surtout de celles où les os ont traversé les parties molles. Or, si une indication urgente à remplir se présente jamais dans la pathologie des fractures, c'est dans le cas actuel de maintenir en rapport les fragmens, qui, privés du soutien que leur offrent, dans d'autres circonstances, les parties musculaires, font facilement issue au-dehors.

Plus haut nous avons démontré les accidens fâcheux qui ont suivi l'application immédiate de l'appareil ordinaire dans les fractures avec contusion; on comprend que, les circonstances étant ici plus graves encore, le danger soit plus imminent. Aussi, malgré l'urgence parfois extrême du cas, nous n'hésiterions pas à la proscrire si, heureusement pour la thérapeutique chirurgicale des fractures compliquées, il n'était possible de combiner son usage avec celui d'un agent très efficace dans ce cas et dont nous parlerons tout à l'heure. L'observance du précepte que nous tracerons est d'une rigueur absolue, et c'est certainement à son omission, ou bien à son exécution incomplète que l'on a dû de terribles accidens; nous aurons, pour notre compte à en rapporter deux, qui ne laisseront pas que de faire méditer davantage sur ce point important de la pratique.

Ainsi une fracture compliquée se présente, que convient-il de faire? Sauf les cas qui nécessitent l'amputation immédiate, ou la résection, il faut se hâter de réduire et d'appliquer de suite l'appareil ordinaire médiocrement serré. Mais là ne doit pas se borner notre thérapeutique, il faut encore faire arriver à l'aide d'un appareil particulier un jet d'eau continu sur le lieu même de la fracture. Indiquer ici tous les cas où cette pratique a obtenu d'heureux résultats serait une chose superflue car c'est aujourd'hui un fait acquis à la science que l'heureuse influence des irrigations sur la guérison des fractures compliquées. Pour notre compte, nous les avons vues dans bon nombre de cas semblables produire des succès vraiment merveilleux. Indiquons seulement ici un fait qui nous est propre, et où nous avons eu l'heureuse idée de les mettre en usage au début, avec le plus grand succès.

FRACTURE DES DEUX OS DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE GAUCHE, AVEC ISSUE DES FRAGMENS; RÉDUCTION; APPAREIL ORDINAIRE; IRRIGATIONS; GUÉRISON.

OBS. V. — Le 12 août 1840 est entré au n. 14 de la salle Cochin le nommé Desjardins, âgé de 34 ans, carrier. Cet homme venait de faire une chute de 7 à 8 mètres de hauteur dans une carrière des environs de Bicêtre, où il travaillait. Il se fractura la jambe gauche à quatre travers de doigt au-dessus des malléoles, avec déchirure de la peau en avant et en dehors, et issue de 2 ou 3 centimètres du fragment supérieur. Nous jugeons convenable de procéder à la réduction, d'appliquer un appareil ordinaire très médiocrement serré, et d'y joindre des irrigations, qui furent continuées pendant trois semaines. A l'exception d'un petit abcès, que l'on ouvrit bientôt, les choses marchèrent très bien, et aujourd'hui, 8 octobre, le malade se trouve parfaitement bien, sa jambe a sa forme et sa longueur normales, et il se dispose à quitter bientôt l'hôpital Cochin.

Dira-t-on que, dans ce cas particulier, la guérison eût été plus prompte et plus sûre par une autre méthode, en se hâtant, par exemple, d'appliquer, lors de l'entrée du malade, que nous avons reçu nous-même à l'hôpital, l'appareil inamovible? Nous sommes loin de le croire, et, ce qui le prouvera mieux que nos raisonnemens ne pourraient le faire, ce sont les faits que nous allons rapporter plus loin, et où l'application de cet appareil, dans des conditions analogues, a déterminé la gangrène.

Non seulement les irrigations continues sont encore indispensables dans la circonstance qui nous occupe; non seulement l'appareil doit être médiocrement serré, mais encore il doit être surveillé attentivement, de manière à pouvoir le desserrer au moindre soupçon d'étranglement. L'oubli de l'un ou de l'autre de ces préceptes, ou même des deux à la fois, n'a été que trop funeste dans les observations qui suivent.

FRACTURE COMPLIQUÉE DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS; APPAREIL CONTENTIF LAISSÉ PENDANT QUATRE JOURS; A SA LEVÉE, GANGRÈNE; AMPUTATION; MORT.

OBS. VI.—Un jeune enfant de 15 ans fut amené à l'hôpital Cochin le 1er avril 1840 (1), venant de faire une chute d'un arbre assez élevé, sur lequel il était monté pour prendre des hannetons; il tomba d'une hauteur que l'on peut évaluer à 6 ou 7 mètres environ. Sa chute eut lieu surtout sur la paume de la main droite, qui eut ainsi à supporter le poids du corps, accru par la vitesse qu'il avait acquise. Le jeune malade nous fut immédiatement présenté à l'hôpital Cochin, où nous étions de service; il ne fut pas difficile de constater l'existence d'une fracture du radius et du cubitus, ayant lieu à peu près au même niveau; c'est-à-dire vers le quart inférieur de l'avant-bras. Dans le point correspondant, et vers le bord radial existe une solution de continuité de la peau, assez peu étendue d'ailleurs, et à travers laquelle on voit l'extrémité du fragment supérieur du radius. Le malade paraît d'une indocilité extrême, se laissant à peine examiner, et *agitant avec violence* l'avant-bras fracturé, de manière à imprimer à sa main des mouvemens dans tous les sens.

Le cas nous parut grave en lui-même d'abord, puis à cause de l'indocilité du malade; aussi proposâmes-nous l'admission à l'hôpital, qui fut également refusée et par la mère et par l'enfant. Nous ne dûmes pas insister à cause de l'encombrement des salles. Que convenait-il de faire en pareille occurrence? La question était délicate à décider; renvoyer l'enfant sans appliquer de moyens contentifs dans l'état où il se trouvait, la chose eût été peu prudente. La mère nous ayant affirmé qu'elle voulait garder son enfant chez elle, nous avons cru devoir lui appliquer un appareil contentif aussi simple que possible. C'est ainsi que nous avons mis en usage une bande roulée et des attelles de carton, le tout médiocrement serré. Craignant d'avoir serré trop, et en garde que nous étions contre toute sorte d'éventualité, nous avons défait cet appareil pour le réappliquer de nouveau d'une manière plus lâche encore. Nous avons conseillé à la mère de maintenir le jeune blessé dans le repos le plus complet, et d'appliquer toutes les deux heures des compresses imbibées d'eau froide sur le membre fracturé, précaution que nous avions prise nous-même; puis de ramener l'enfant le lendemain à la visite.

Non seulement on a omis d'appliquer les compresses d'eau froide; mais encore l'enfant ne fut pas ramené; seulement le 3 avril la mère vint dire à la consultation publique de l'hôpital que son enfant souffrait un peu du bras. Ne me trouvant pas là, le chirurgien-consultant ne sut pas ce dont il était question, il lui conseilla cependant d'amener immédiatement le malade pour pouvoir apprécier son état *de visu*. Mais ne comprenant pas sans doute toute l'importance et toute la gravité de la situation, cette malheureuse femme remit encore cette visite au lendemain. Il nous fut facile alors de reconnaître un léger gonflement avec teinte violacée de la main. L'appareil fut tout aussitôt desserré.

Le 5, incision à la partie externe et inférieure du bras, qui donne lieu à un médiocre dégorgement. Une large plaque bleuâtre, avec légère tuméfaction de la peau, semble se continuer jusqu'aux parties antérieures et latérales du tronc; la gangrène qui se trouve d'ailleurs assez régulièrement arrêtée à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen du bras, et qui a envahi tout l'avant-bras. Le parti qu'il restait à prendre dans une aussi terrible circonstance était tout tracé : attendre que la gangrène fût limitée et circonscrite par un cercle inflammatoire, eût été, presque certainement, rendre impossible une opération que seule offrait encore quelque lueur d'espérance; aussi fut-elle pratiquée par M. le docteur Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin, qui employa la méthode circulaire, à trois travers de doigt au-dessus de l'épaule. Les tissus sur lesquels porte l'instrument tranchant, étant déjà livides et noirâtres à l'intérieur, la sensibilité diminuée; c'est à peine si le jeune enfant jette quelques cris; non seulement l'innervation se trouvait altérée, mais aussi la circulation; une ou deux petites artérioles seules furent liées. Pansement simple.

Le malade à dater de l'opération s'affaiblit de plus en plus; la teinte livide du thorax sembla faire des progrès. Enfin, il succomba 28 heures après l'opération.

A quoi est due la complication si fâcheuse à laquelle a succombé notre malade? L'appareil avait été lâchement appliqué, et au commencement du moins la compression qu'il exerçait était plutôt au-dessous qu'au-dessus de celle que l'on emploie ordinairement. Les compresses d'eau froide que nous avions conseillées n'ont pas été appliquées, et cette omission aura bien quelque importance, pour ceux surtout qui savent combien, au début des phlegmasies traumatiques, sont puissantes les irrigations d'eau pour annihiler ou au moins pour diminuer le mouvement inflammatoire. Mais ce qu'il y a eu de plus fâcheux dans tout ceci, c'est certainement de ne nous avoir pas ramené l'enfant le lendemain à la visite; il nous eût été loisible dès-lors de desserrer l'appareil, s'il y avait lieu, par suite du gonflement survenu, ou bien d'agir directement sur l'aponévrose brachiale, si elle avait été le siége d'un étranglement. Mais loin de là, on nous le ramène le quatrième jour, c'est-à-dire à une époque où la gangrène existait déjà. La coupable négligence des parens et l'indifférence avec laquelle ils ont écouté nos avis réclament la part

(1) Observation déjà publiée par moi dans le journal l'EXPÉRIENCE, tom. VI, 1840.

principale dans l'accident qui est arrivé. Il paraît d'ailleurs que le jeune malade n'a pas souffert beaucoup de son bras [illegible] médiocrement, ce qui engagea encore à différer. Ainsi la douleur dont on voudrait attendre le développement pour se décider à lever un appareil serait donc un signe en général trompeur, qui ne manquerait pas d'induire souvent en erreur et de conduire à de fautives indications (1). Visiter l'appareil, le visiter souvent pendant les dix premiers jours d'une fracture compliquée, même quand on a appliqué un appareil ordinaire, médiocrement serré (et en y joignant les irrigations indispensables), tel est le précepte chirurgical que des cas malheureux, déjà assez nombreux dans la science, doivent profondément graver dans l'esprit du praticien.

Pour ce qui est du parti violent qu'on a dû prendre en pareille circonstance de pratiquer l'amputation du membre, même avant la limitation de la gangrène par un cercle inflammatoire, on comprend aisément cette détermination, justifiée d'ailleurs par de puissantes autorités. « Quoique, dit Boucher (2), il nous semble qu'un état de mortification non bornée doive être un sujet de retard pour l'amputation; cependant, si cette mortification était prête à gagner l'endroit au-delà duquel on ne peut reculer la section des chairs (comme dans notre cas particulier), il est visible qu'il ne reste plus alors d'autre parti que celui de l'amputation prompte, quoique très équivoque. »

FRACTURE DE L'AVANT-BRAS, AVEC PLAIE; APPAREIL ORDINAIRE APPLIQUÉ IMMÉDIATEMENT; GANGRÈNE; AMPUTATION; GUÉRISON.

OBS. VII. — Dans un voyage que je fis au mois de juillet 1840 dans le département de l'Oise, il m'a été donné d'observer un cas bien malheureux, et pour le blessé à qui il est survenu, et pour le médecin qui a été appelé à lui donner les premiers soins. Le nommé Carpentier, âgé de 17 ans, de St-Just, fait une chute d'une vingtaine de pieds de hauteur, se fracture l'avant-bras gauche, au niveau à peu près de sa partie moyenne; il existe, dans le point correspondant, et vers la partie postérieure du membre, une solution de continuité des parties molles, à travers laquelle font saillie les extrémités supérieures du radius et du cubitus; une légère hémorragie se manifeste au moment même de l'accident mais il fut bien facile de l'arrêter par une légère compression. Appelé sur-le-champ, M. de Berny, officier de santé à St-Just, procéda à la réduction d'abord, et, immédiatement après, à l'application de l'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras. (Saignée, 3 palettes; repos et diète.)

L'appareil fut maintenu fixé jusqu'au 17 juillet, troisième jours de l'accident; le malade, pendant ce temps, accusa bien quelques douleurs, il faut en convenir; elles furent parfois telles, que l'on jugea à propos d'essayer de les calmer à l'aide d'assez fortes doses d'opium. (20 centigr. d'extrait thébaïque.)

A la levée de l'appareil, que, dans son agitation, le malade avait singulièrement dérangé, on constate une gangrène du membre remontant jusqu'au coude. Dans un pareil état de choses, un chirurgien distingué de Beauvais fut appelé en consultation, et l'on se mit en devoir de procéder à l'amputation du membre après toutefois que la gangrène parut limitée. L'amputation, pratiquée au tiers inférieur du bras a eu un plein succès, à ce qu'on m'a rapporté du moins; car quoique ayant perdu le malade de vue, j'ai appris qu'il se trouvait aujourd'hui parfaitement rétabli.

Nous ne croyons pas devoir insister sur cette observation; à la rigueur, elle n'aurait pas grande valeur pour proscrire l'application immédiate de l'appareil; car une faute grossière a été commise dans ce cas: c'est l'incurie et la négligence impardonnables avec lesquelles on a traité cette malheureuse fracture. C'est un précepte connu aujourd'hui de tout le monde, depuis surtout qu'il a été formulé par Boyer, que, dans les fractures compliquées, il faut visiter l'appareil le lendemain même de son application; et puis, dans ce cas, ne fallait-il pas d'ailleurs céder aux douleurs du malade, desserrer les lacs de l'appareil, et, mieux, les diverses parties qui le constituent? Nouvel exemple à ajouter à tant d'autres, pour prouver combien il faut surveiller attentivement les phénomènes qui suivent une fracture compliquée; et combien la plus légère négligence sous ce rapport peut avoir de funestes résultats. L'application médiate de l'appareil, c'est-à-dire du sixième au dixième jour en général, n'eût pas certainement amené d'aussi terribles conséquences. Mais, cependant, nous ne pensons pas que l'on doive rejeter les bienfaits d'une application immédiate de l'appareil ordinaire; nous croyons au contraire qu'il convient de procéder à cette application méthodique; mais nous devons ajouter aussi que, dans ces cas, il convient d'ajouter, à l'élément contentif de l'appareil lui-même, un second élément que l'on peut appeler *antiphlogistique*; nous voulons parler des irrigations d'eau froide (3).

FRACTURE COMMINUTIVE DU RADIUS ET LUXATION DU CUBITUS, DU CÔTÉ DROIT; GANGRÈNE SÈCHE [illegible]; AMPUTATION; MORT SUBITE AU TREIZIÈME JOUR (1).

OBS. VIII. — Rigaud (Marie), 45 ans, d'un tempérament sanguin, entrée à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, le 5 juillet 1838.

Le 3 juin, Marie était occupée à cueillir des feuilles de mûrier sur un arbre de moyenne taille, tout à coup le pied lui tourne et elle tombe. Notre malade ne perd pas connaissance, aussi a-t-elle ressenti une forte douleur dans le bras droit, près de l'articulation radio-carpienne. Le médecin appelé reconnut une fracture comminutive du radius du même côté. Il se livra dès-lors à l'application de l'appareil ordinaire; mais à sa levée, la main droite se trouva gangrénée dans un point de son étendue. Marie s'était plaint *de douleurs* dans cette main; mais on avait *présumé* qu'elles étaient dues à la fracture, et trois jours s'étaient écoulés depuis l'application de l'appareil; ce fut alors qu'on ordonna des lotions avec une forte décoction de feuilles de noyer jointes à celles d'olivier; la gangrène ne continua pas moins ses progrès; et le onzième jour seulement un cercle inflammatoire traça la limite entre les parties vivantes et celles qui avaient cessé. Voyant sa position s'aggraver de plus en plus, Marie se décida à faire le voyage de Montpellier pour y aller chercher des soins plus assidus. Elle fut reçue alors dans notre service, et placée au n° 17 de la salle Notre-Dame. Nous constatâmes facilement que la main droite est dans sa totalité le siége d'une gangrène sèche. On trouve, à deux travers de doigt de l'articulation radio-carpienne, un cercle inflammatoire qui délimite la partie gangrénée. Notre malade éprouve en même temps des douleurs à la poitrine, qui est cependant reconnue sans lésions appréciables. On panse la main droite avec des plumasseaux de charpie trempés dans du chlorure de chaux.

8 juillet. Potion, avec 2 décigrammes de laudanum; tisane pectorale.

Le 9, cette femme, à laquelle on avait fait sentir la nécessité de l'opération, se décida à faire le sacrifice de son membre. L'amputation est pratiquée à la partie moyenne de l'avant-bras; il s'écoule à peine quelques onces de sang. Tous les faisceaux qui dominent sont liés avec exactitude, et les ligatures coupées ras du fil; on réunit la plaie par cinq points de suture; quelques bandelettes agglutinatives et un bandage approprié terminent le pansement.

En procédant à l'autopsie du membre enlevé, nous avons trouvé quatre fragmens au radius; le cubitus est luxé près de l'articulation radio-carpienne; les vaisseaux sont sains. Jusqu'au 13 rien de remarquable se passe. La malade a médiocrement souffert du moignon. On enlève l'appareil et les bandelettes sont changées. Nous remarquons qu'il y a fort peu de suppuration, ce qui est ordinaire après la réunion immédiate obtenue de cette façon.

Le 15, rougeur érysipélateuse sur le bras et, chose remarquable, qui ne s'étend pas jusqu'au moignon lui-même.

Le 17, l'érysipèle a fait des progrès vers le tronc seulement et a envahi le dos; le moignon va parfaitement bien.

Le 19, la plaie du moignon est tout à fait cicatrisée; le point qui reste ne suppure plus.

Le 20, notre malade n'a pas dormi et a souffert du dos; il n'y a rien cependant dans le pouls ni le facies qui indique une grande souffrance.

Le 21, M. Serre coupe les points de suture, laissés jusque-là en permanence. Vers les deux heures de l'après-midi, la malade fort contente causait avec ses voisins, lorsque *tout à coup* elle est prise de mouvemens convulsifs et expire au bout d'un quart d'heure.

L'autopsie cadavérique a été muette sur la cause de la mort.

« Dans ce cas-ci, dit l'auteur de l'observation, il faut tâcher de savoir si la gangrène est la suite de la compression exercée par le bandage, nous ne le pensons pas, *quoique* cet accident ait pu arriver, puisque M. Roux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, a vu lui-même survenir une gangrène au bras à la suite d'une trop forte constriction. »

M. Sicard attribuant la gangrène à une inflammation artério-veineuse, consécutive, à la fracture compliquée, nous a paru au moins bien peu conséquent avec lui-même, puisqu'il prend soin de dire dans son observation, à propos de l'anatomie pathologique du moignon, que les artères et les veines du moignon n'offrent rien de particulier. Peut-être voudra-t-on bien admettre que la levée immédiate de l'appareil, lors des premières douleurs accusées par la malade, n'eût pas été irrationnelle, pour s'assurer et de l'état du membre et du degré de constriction qu'exerçait l'appareil lui-même. Des irrigations continues eussent modéré sans aucun doute l'inflammation qui s'est emparée du membre, et par conséquent son gonflement consécutif. Faisons donc des vœux pour voir de plus en plus se répandre une méthode de traitement dont les avantages peuvent être immenses, tandis qu'employée avec discernement elle paraît à peu près exempte d'inconvéniens (2).

---

(1) Opinion opposée à celle de M. Seutin de Bruxelles (J. DES CONN. MÉD. CHIR., fév. 1840, t. II, p. 58. — LETTRE A M. MAYOR SUR L'APPAREIL INAMOVIBLE.)

(2) MÉM. ACAD. CHIRURG., t. II p. 69. Edit. ENCYC. DES SC. MÉD.

(3) Je ne prétends pas dire qu'avec des irrigations d'eau froide, une fracture avec plaie ne présente pas plus de gravité qu'une fracture simple, et que l'on soit toujours à l'abri de tous les accidens qui suivent souvent cette complication: abcès, infection purulente, etc.; non, sans doute; mais, ce que l'on évitera surtout par cette méthode, ce sera la gangrène.

(1) Observation qui a été déjà publiée dans la GAZ. MÉD., n° 30, 1840, p. 478, par le docteur Adrien Sicard.

(2) Depuis que ce travail est terminé, une gangrène du bras, consécutive à l'application immédiate de l'appareil ordinaire pour une fracture compliquée a été observée à l'Hôtel-Dieu de Paris, la voici: le 30 août, un enfant de 13 ans, en tombant d'une voiture, se fracture les deux os de l'avant-bras gauche, tiers supérieur, avec plaie. Application immédiate en ville d'un appareil ordinaire, sans irrigations; au bout de deux jours, gonflement, phlyctènes à la main; on enlève alors l'appareil: sphacèle. Entré le 13 septembre à la salle Ste-Marthe, il

§ V. — DE L'ÉPOQUE A LAQUELLE DOIT ÊTRE MIS L'APPAREIL INAMOVIBLE DANS LES FRACTURES COMPLIQUÉES.

L'expression seule d'appareil inamovible semble faire rejeter, *à priori*, son application immédiate dans les fractures compliquées; c'est-à-dire dans celles où on a le plus souvent besoin de visiter le membre lui-même, de voir et l'état de la plaie et la disposition des fragmens. Boyer, qui recommande, dans ce cas particulier, la levée de l'appareil et l'examen du membre le lendemain même de son application, sous peine de voir se développer la gangrène, Boyer, certes, n'eût pas été partisan de l'application immédiate de l'appareil inamovible dans les fractures compliquées.

Un des chirurgiens de notre époque, qui a surtout contribué à répandre l'appareil en question, M. Seutin (de Bruxelles), a si bien senti la gravité de ces reproches, qu'il s'est constamment appliqué à les combattre; s'attaquant même jusqu'aux mots, il veut que l'on désigne le bandage d'amidonné ou dextriné par l'expression d'*amovible* et *inamovible*, ou *amo-inamovible* (1). Cet appareil, dit-il, est éminemment dilatable, tandis qu'on peut aussi le rétrécir à volonté. « Après après prouvé que son application s'allierait le plus facilement du monde avec une inspection journalière des parties, si une telle inspection venait à devenir nécessaire, comment se fait-il, dit-il, qu'après tout cela l'on représente encore l'appareil dextriné ou amidonné comme une espèce de cuirasse qui doit conserver invinciblement sa forme première, sans pouvoir la modifier, d'après le développement ou la diminution de volume des organes contenus? » M. Seutin conseille de couper l'appareil plutôt que de l'enlever, lorsqu'il survient des menaces d'accidens du côté des parties molles comprimées.

Cette doctrine du chirurgien belge nous paraît présenter le flanc à plus d'une attaque; 1° pour relâcher son appareil amidonné, il convient d'attendre, d'après lui, le développement de symptômes inquiétans du côté du membre comprimé; mais, ne pourrait-il pas se faire que, si variable et si bizarre chez les différens sujets, même dans l'état normal, la douleur fût à peine accusée, alors que des désordres fâcheux s'accompliraient dans les parties molles, de telle sorte qu'à la levée de l'appareil, la thérapeutique devînt impuissante, la gangrène existant déjà. Chez des sujets chez lesquels une complication existerait dans l'encéphale, quelle valeur aurait alors la perception de la douleur qu'ils ne pourraient nous transmettre, à supposer que cette perception ait encore lieu? 2° Par contre, en suivant cette méthode et en tenant compte, pour pratiquer la section de l'appareil, de l'apparition d'une douleur plus ou moins vive, nous le demandons, combien de fois, par prudence, ne devra-t-on pas, chez des sujets susceptibles et nerveux, enlever cet appareil, alors même qu'il n'y aura aucun accident imminent! Et, quoi qu'en dise M. le docteur Seutin, ces sections et réapplications multipliées de l'appareil ont plus d'un inconvénient. 3° Si l'appareil inamovible a sur l'ancien quelque supériorité, et, de l'avis de tous les chirurgiens amis du progrès, il en a d'incontestables, ces avantages ne sauraient se rencontrer au début des fractures compliquées, et, en les admettant même, ils se trouveraient plus que contrebalancés par les accidens terribles dont nous avons été témoins.

Obs. IX. — Un jeune homme de 17 ans, nommé Victor Briand, s'amusant sur le quai de la Tournelle, fait une chute du parapet sur le bord de l'eau; c'est-à-dire d'une hauteur de 7 à 8 mètres environ, se fracture la jambe gauche, et, dès-lors, est conduit à l'hôpital (3 novembre 1837). Nous constatons facilement une fracture siégeant au tiers inférieur de la jambe, avec issue de fragment supérieur du tibia d'au moins 9 à 10 centimètres; ce fragment est obliquement taillé en bec de flûte, aux dépens de sa paroi postérieure; le périoste qui le recouvre paraît intact; pas d'hémorragie; plaie contuse à bords irréguliers, située à la partie interne et antérieure du membre; son grand diamètre, verticalement dirigé, peut avoir 5 à 6 centimètres. L'extension et la contre-extension, convenablement dirigées, permettent une coaptation facile, sans avoir besoin d'agrandir la plaie ni de pratiquer de résection. On procède immédiatement après à l'application méthodique de l'appareil amidonné à l'aide d'une bande roulée. La constriction exercée par le bandage était médiocre, et comme elle devait l'être, pratiquée qu'elle était par l'habile chirurgien dans le service duquel le malade était placé; une sorte de fenêtre fut disposée autour de la plaie, de manière à pouvoir la visiter souvent et la panser sans toucher au bandage. Les choses furent laissées dans cet état, et le jeune blessé semblait se trouver dans les meilleures conditions possibles (eu égard à sa position).

Le 4, à la visite, on examine avec le plus grand soin l'appareil qu'on trouve encore convenablement appliqué. L'extrémité digitale du pied laissée libre offre des caractères nouveaux; le malade n'accuse aucune douleur sérieuse dans le membre fracturé; on croit convenable et il paraissait rationnel en effet de laisser les parties dans l'état où elles étaient.

Le 5, on apprend que pendant la nuit le malade a été fort agité, qu'à plusieurs reprises il a accusé de vives douleurs dans la jambe. Mais il paraîtrait, d'après ce qu'il rapporte lui-même, que ces douleurs ont été en diminuant depuis quatre heures du matin, et maintenant à la visite elles ont presque complètement cessé. Le pouls est assez fréquent, 103-104. Le facies est décomposé; les traits ont quelque chose de hagard; teinte un peu brunâtre des orteils et surtout notable abaissement de leur température, ils sont en effet aussi froids que les corps inertes environnans. Avec des données aussi peu rassurantes, on fut facilement sur la voie, on enleva l'appareil tout entier; et par malheur force fut bien de croire à l'évidence des faits et d'admettre que cette gangrène, que nous observions et qui remontait jusqu'au genou, était survenue sous l'influence de l'appareil inamovible que l'on dit si innocent et tout à fait incapable de produire ces sortes d'accidens. Quoi qu'il en soit, le malheur était produit; il fallait bien chercher à le rendre aussi supportable que possible; aussi prit-on le parti extrême, mais unique alors, de l'amputation qui fut pratiquée le 7 novembre, c'est-à-dire avant la limitation du mal par un cercle inflammatoire. La section des chairs fut pratiquée au quart inférieur de la cuisse par la méthode circulaire, la réunion immédiate fut tentée, mais ne donna aucun espoir; car, dès le lendemain 8 et les jours suivans, des plaques gangréneuses ne tardèrent pas à se développer dans la peau du moignon; accidens généraux de prostration, d'adynamie. Mort le 10, c'est-à-dire trois jours après l'opération.

Nous le demandons aux personnes de bonne foi et sans idées préconçues, une pareille observation n'est-elle pas assez éloquente, ne parle-t-elle pas assez haut? car on ne nous dira pas sans doute que le mode d'application du bandage était vicieux, il suffirait, en effet, de nommer l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu pour répondre à une aussi triste accusation. D'un autre côté, une fois réduite, la fracture était de celles que l'on voit tous les jours guérir, et guérir parfaitement sous l'influence des irrigations et du bandage ordinaire. Nous n'ignorons pas qu'il est encore une dernière ressource, et que l'on peut mettre sur le compte de la fracture elle-même ce que nous croyons plus rationnel et plus physiologique d'attribuer à l'étranglement déterminé par l'appareil inextensible lui-même. Pour ce qui est de la levée de l'appareil et de l'examen du membre, on suivit les règles de la plus stricte prudence; on s'est empressé d'y procéder au premier indice de douleur et d'accidens; mais déjà il n'était plus temps. Nous nous permettrons de le demander à M. Seutin, qu'eût-il fait lui-même en pareille circonstance? évidemment temporiser, comme il l'enseigne d'ailleurs, et se tenir prêt à agir lorsque l'indication se présente; mais il en conviendra, dans le cas malheureux que nous venons de rapporter, sa vigilance eût été en défaut, et ses préceptes fatals pour le malade.

Le chirurgien expérimenté, que nous ne citerons pas puisqu'il s'agit d'un cas malheureux (1), a si bien compris la valeur et la portée chirurgicales d'un pareil accident que, depuis cette époque, il s'est constamment abstenu, dans les fractures compliquées, de procéder à l'application immédiate de l'appareil inamovible; oserons-nous tirer des conclusions différentes des siennes, en présence d'un pareil fait, nous n'en aurions pas le courage. Reconnaissons donc la vérité quand elle nous apparaît aussi claire et malheureusement d'un enseignement si tardif!

Obs. IX. — Un homme d'une quarantaine d'année, d'une forte constitution, exerçant une pénible profession, se fracture la cuisse gauche, le 11 mars 1839, et entre à l'hôpital de la Charité. Lors de son arrivée, on constate, à la visite du matin, une fracture de la partie moyenne de la cuisse, avec déchirure des parties musculaires et de la peau; tendance à l'issue du fragment supérieur. Réduire la fracture, et, dans le but de la maintenir réduite, appliquer un appareil dextriné embrassant la totalité du membre, fut l'affaire de quelques instans. On eut soin, comme on le comprend bien, de laisser une ouverture au bandage correspondant à la plaie et à la fracture elle-même, et le malade fut ainsi confié à la force médicatrice de la nature. Une médiocre douleur fut à la vérité accusée par le malade le lendemain mais cette douleur paraissait légère, et rien n'indiquait d'ailleurs une compression exagérée exercée par le bandage; on crut devoir temporiser.

Le lendemain 13, les symptômes ayant été en augmentant, on jugea convenable d'enlever l'appareil. On constate alors l'existence d'une assez large escarre de 15 à 18 centimètres de diamètre environ, et occupant le pourtour de la solution de continuité des parties molles. Pansement simple.

Depuis cette époque jusqu'au 3 avril, des symptômes devenus assez graves se sont manifestés; l'escarre, cependant, tendait à s'éliminer, lorsque survinrent, au milieu d'une suppuration en apparence de bonne nature, les symptômes si redoutables de l'infection purulente avec lesquels le malade ne tarda pas à succomber.

Croit-on que le bandage n'ait pas eu ici d'influence sur la production de l'escarre? Nous pensons qu'il serait difficile de le nier, et, quoique celle-ci n'ait pas directement conduit à une terminaison fatale, cependant on peut dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, qu'elle l'a au moins pré-

est amputé le 15 par M. Maisonneuve. Le malade a guéri. (Observation communiquée par M. J. Canirel.)

(1) Voir son dernier écrit. J. MÉD. CHIR., février 1840, p. 57.

(1) On ne s'étonnera pas sans doute du peu de précision qu'à dessein nous avons mise, dans la plupart de nos observations, par rapport à l'hôpital et aux salles où nos malades ont été placés. N'ayant à rapporter dans notre travail que des cas malheureux, agir autrement c'eût été remplir un rôle qui ne saurait nous convenir et manquer d'ailleurs aux sentimens de justice et de convenance que nous devons aux chirurgiens les plus illustres de notre époque,

parée, en augmentant la quantité de surface suppurante, et ainsi le nombre de veines lésées.

Deux autres observations de gangrène des membres inférieurs résultant de l'application immédiate de l'appareil inamovible m'ont été communiquées par M. Mayor, de Lausanne. L'analogie qu'elles ont avec ma dixième observation fait que je ne les ai pas rapportées avec détails. Mes observations seules ne sont-elles pas d'ailleurs de nature à faire naître des réflexions sérieuses dans l'esprit de tout homme qui compte pour quelque chose la vie de son semblable?

CONCLUSIONS.

1° Dans les fractures simples, produites par une cause indirecte, il est généralement admis, et avec raison, de procéder à l'application immédiate de l'appareil ordinaire.

2° L'appareil amidonné ou dextriné peut également être appliqué immédiatement dans les fractures (indirectes) des membres. Il y a plus, c'est qu'il peut remplir, dans ces cas, des médications réelles.

3° Dans les fractures par cause directe, c'est-à-dire avec contusion plus ou moins forte, l'appareil ordinaire immédiatement appliqué devra être surveillé attentivement, de manière à pouvoir le desserrer en temps opportun, à la moindre menace d'accident; des irrigations devront y être jointes dans tous les cas possibles.

4° L'application immédiate de l'appareil inamovible ne sera pas faite dans ces cas, les faits malheureux que nous avons rapportés ne prouvent que trop ses inconvéniens; aussi n'hésitons-nous pas à le proscrire au *début* de ces espèces de fractures.

5° Les fractures compliquées et, *à fortiori*, les fractures comminutives, doivent être soumises au bandage ordinaire immédiatement appliqué et aux irrigations d'eau froide longtemps continuées.

6° Si, dans les fractures compliquées, on a pu appliquer et on applique encore tous les jours, d'une manière immédiate, l'appareil amidonné ou dextriné sans le moindre accident, il faut voir aussi le revers de la médaille, et prendre en sérieuse considération l'histoire de plusieurs malades, qui n'ont succombé à des gangrènes des membres que parce qu'on a voulu généraliser une méthode qui nous paraît loin d'être toujours sans inconvénient.

7° L'application médiate de l'appareil inamovible peut toujours être faite sans danger, et nous paraît appelée à rendre de grands services à la chirurgie pratique (1).

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RUPTURE DU RACHIS DANS LA RÉGION CERVICALE, A LA SUITE D'UN VIOLENT EFFORT MUSCULAIRE; observation communiquée par M. LASALLE, interne à la Maison royale de Santé de Charenton.

Nous espérons que l'observation suivante offrira quelqu'intérêt, en s'ajoutant à celles qui ont déjà été publiées dans le but de déterminer l'influence de l'action musculaire dans certaines ruptures du rachis.

OBS. — Le nommé Mathurin Tual, militaire, âgé de 36 ans, né dans la commune de Meneac (Morbihan), fut conduit, le 26 juillet dernier, dans la Maison royale de Charenton.

Violente agitation musculaire, exaltation et perturbation des facultés intellectuelles, impuissance absolue de la volonté pour régler le cours des idées, loquacité incessante, tels étaient, en résumé, les principaux symptômes de l'aliénation dont il était atteint.

Tual était, d'ailleurs, d'une constitution robuste, de grande taille; il avait un peu d'amaigrissement qui paraissait tenir uniquement à son état habituel d'agitation, et à la privation prolongée de sommeil qui en était la suite.

Nous n'avions pu obtenir aucun renseignement sur son état antérieur, si ce n'est qu'il était malade depuis environ un mois.

Au bout de quelques jours, l'application d'un traitement énergique parvint à diminuer le trouble des fonctions cérébrales, mais cette amélioration fut de courte durée.

Le 10 septembre, quelques minutes après la visite de M. Foville, médecin en chef, je fus appelé auprès de ce malade. Depuis plusieurs jours, il avait eu de la diarrhée, et on l'avait fait passer dans une infirmerie. Or, malgré la débilitation évidente des forces, son agitation n'ayant rien perdu de son intensité, et les besoins du service ne permettant pas d'attacher un infirmier exclusivement à sa personne, on était contraint de le tenir dans la camisole, et fixé sur un fauteuil à certaines heures du jour.

Les moyens à l'aide desquels Tual était maintenu sur son fauteuil, consistaient: 1° en deux courroies de cuir qui, partant de la partie supérieure du dossier, s'engageaient sous les épaulettes de la camisole, et fixaient les épaules; 2° en deux autres courroies, partant également du dossier, un peu plus bas que les premières, et servant à y tenir appliqués les bras qu'elles embrassaient dans leurs anses. Les pieds étaient libres de toute entrave.

D'après le récit de l'infirmier, dont les assertions sont confirmées par un malade, Tual, quelques minutes avant mon arrivée, aurait, dans un accès d'agitation, essayé de se dégager de ses liens. Après avoir exécuté, pendant quelque temps, des mouvemens latéraux du corps, naturellement très bornés, il s'était soulevé sur son siége, avait énergiquement redressé la tête, et puis l'avait projetée en avant avec violence. A la suite de ce dernier mouvement, la tête était restée fléchie sur le cou, le cou sur la poitrine, et les membres dans un état de résolution absolue. Cet état persistait à mon arrivée. Tual n'avait poussé aucun cri, exprimé aucune douleur au moment de l'accident.

Je constate la paralysie complète des membres inférieurs, les muscles abdominaux sont mécaniquement repoussés par les viscères, lesquels le sont eux-mêmes par les contractions du diaphragme; mais il est aisé de reconnaître qu'ils ne participent plus d'une manière active à la respiration qui se fait par le diaphragme. Les muscles interosseux sont également paralysés, les pectoraux ont conservé une très faible partie de leur action: les avant-bras et les mains exécutent quelques mouvemens, moins étendus du côté gauche que du côté droit. La région cervicale a perdu une grande partie de ses puissances musculaires; la tête se meut librement sur le cou; mais le cou retombe sur la poitrine lorsqu'on l'abandonne à son propre poids. Les mouvemens de la face et de la langue sont parfaitement libres; la déglutition se fait sans difficulté.

La sensibilité est abolie partout où les mouvemens sont paralysés.

Il n'existe nulle part ni ecchymose, ni gonflement, ni déformation, sur le trajet de la colonne vertébrale, dont l'examen, ordinairement si douloureux en pareil cas, n'arrache aucune plainte au malade. La physionomie n'offre pas une expression de souffrance bien prononcé; mais l'égarement du délire. Il ne répond pas aux questions que je lui adresse, mais remue les lèvres, et paraît suivre quelque idée étrangère à sa situation actuelle.

Je le revois dans la soirée: son état n'a pas varié. L'impuissance dans laquelle il est de mouvoir ses membres lui fait croire qu'on l'a fixé sur son lit. Il demande qu'on le débarrasse des liens qui la retiennent; sa voix est à peine altérée.

Le 11 septembre au matin, les mouvemens respiratoires paraissent encore plus bornés que la veille. Les extrémités sont froides; le pouls faible et lent. L'état de replétion de la vessie ne permet pas de douter de sa paralysie; le cathétérisme est pratiqué. Le malade prend sans difficulté un bouillon et quelques pruneaux. Le soir, la respiration est presque éteinte; le pouls presque insensible, le teint aminé, les yeux saillans, le refroidissement général; les mouvemens des avant-bras et des mains persistent. Tual se plaint de suffoquer.

La mort a lieu dans la nuit, à deux heures, sans qu'il y ait eu apparition de nouveaux symptômes.

AUTOPSIE, 30 heures après la mort.

Après la mort, le cadavre a été couché sur le ventre, afin d'empêcher l'afflux mécanique du sang vers la région vertébrale.

Après avoir divisé les couches profondes des muscles spinaux postérieurs qui sont le siége d'ecchymoses assez étendues, on aperçoit une solution de continuité existant entre la cinquième et la sixième vertèbre cervicale.

Le ligament cervical postérieur, les fibres musculaires inter-épineuses sont rompues, et aucun moyen d'union n'est conservé entre les apophyses épineuses de ces deux vertèbres dont les bases laissent entre elles un espace de 3 à 4 millimètres qui permet de voir les débris du ligament jaune également rompu, et, au-dessus de lui, la moelle revêtue de ses enveloppes membraneuses.

Par suite de ce léger écartement, on aperçoit aussi les surfaces cartilagineuses supérieures des apophyses articulaires de la sixième vertèbre cervicale.

Les apophyses transverses ont conservé leurs moyens d'union, les muscles inter-transversaux sont, sinon entiers, du moins en grande partie conservés. Toutefois, l'apophyse de la sixième cervicale du côté gauche est entamée, une partie de la lèvre antérieure de la gouttière qu'elle forme est fracturée.

La substance inter-vertébrale qui unit le corps de la cinquième vertèbre à celui de la sixième est déchiré, une partie du disque a suivi la cinquième vertèbre, et l'autre partie, plus considérable, est restée adhérente à la sixième. Les surfaces osseuses ne sont point entamées; il n'y a point de déplacement.

Une particularité à noter, c'est qu'il existe deux côtes surnuméraires articulées avec la septième vertèbre cervicale; leurs têtes sont bien conformées, leurs corps rudimentaires se perdent dans l'épaisseur des muscles.

INTÉRIEUR DU RACHIS. — Le tissu cellulaire extérieur à la dure-mère est infiltré d'une assez grande quantité de sang, particulièrement au niveau et au-dessous de la rupture.

La dure-mère, teinte de sang, est intacte dans son tissu; l'incision de cette membrane donne issue à une sérosité sanguinolente assez abondante.

L'arachnoïde et la pie-mère n'offrent aucune déchirure, mais le réseau vasculaire qui enveloppe la moelle et les origines nerveuses est dans un état de réplétion qui le rend très apparent aux environs de la rupture.

La moelle ayant été fendue longitudinalement, en suivant son sillon postérieur, on aperçoit, au niveau de la rupture du rachis, une vaste ecchymose qui occupe toute l'épaisseur de la substance médullaire. Quelques fibres sont rompues, mais le plus grand nombre d'entre elles sont seulement baignées par le sang épanché. L'épanchement s'étend en outre, au-dessous de la rupture, jusqu'à la deuxième vertèbre dorsale, et remonte au-dessus jusqu'au bord inférieur de la

(1) Tout en signalant les dangers d'une application vicieuse de l'appareil inamovible, je n'en suis pas moins resté partisan zélé de son application rationnelle; et cela est si vrai que j'ai cherché à généraliser son usage chez les jeunes enfans, en le rendant inattaquable par l'urine, à l'aide d'une couche de *vernis gras*, dont je revêts sa face extérieure. (Voy. DE L'APPLIC. DU VERNIS GRAS A L'APP. DEXTRINÉ CHEZ LES ENFANS. EXAMINAT. MÉD., n. 6; par F.-L. T.)

troisième cervicale; mais diminuant de volume à mesure qu'il s'éloigne du niveau de la rupture. Il n'occupe que la partie centrale de la moelle dont il a détruit la substance grise.

On serait tenté, de prime-abord, de regarder l'action musculaire comme ayant été la cause unique de cette rupture du rachis; mais, si l'on examine avec soin ce qui s'est passé, on ne pourra s'empêcher de reconnaître que l'action des muscles a été puissamment secondée :

1° Par le poids de la tête agissant à l'extrémité de la tige rachidienne ;

2° Par la situation forcée du malade; en effet, toute la partie du rachis située au-dessous des liens qui fixaient les épaules était fortement appliquée contre le dossier du fauteuil, par le double effet de ces liens, et du bassin; dès lors, elle ne pouvait obéir au mouvement de flexion communiqué de haut en bas, et l'action de toutes les forces est venue nécessairement se concentrer sur l'articulation inter-vertébrale immédiatement supérieure aux liens qui fixaient le rachis;

Les cas, peu nombreux d'ailleurs, qui ont été publiés dans le but de prouver que l'action musculaire suffit à elle seule pour produire la rupture du rachis, ne nous paraissent pas plus concluans que celui qui s'est offert à notre observation, parce que, dans tous, comme dans celui-ci, il y avait complication évidente d'autres causes. Ainsi donc, le point d'étiologie chirurgicale n'a été, jusqu'ici, jugé par aucun fait.

NOTE SUR UN CAS REMARQUABLE D'OSTÉOSARCÔME DE LA CUISSE; par M. THORE, interne à l'Hôtel-Dieu.

OBS. — Aubray, âgé de 36 ans, scieur de long, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, le 17 janvier 1840, dans le service de M. Roux.

Il paraît d'une assez robuste constitution, n'a jamais eu d'affections vénériennes ou scrofuleuses; ses parens sont morts dans un âge fort avancé, et il ne sait point à quelle maladie ils ont succombé.

Vers la fin du mois d'août 1839, il s'aperçoit de l'existence d'une tumeur située au-dessus et en dehors de la rotule du côté gauche, de 3 ou 4 pouces d'étendue en travers. Il n'a point reçu de coup, point fait de chute, et cette tumeur s'est développée sans cause appréciable. Elle était le siége d'une douleur continue, mais sans caractère lancinant; la peau avait conservé dans cet endroit sa coloration normale. Il entre dans un hôpital au commencement d'octobre; on le traite par les antiphlogistiques, les cataplasmes, les sangsues qui furent appliquées au nombre de 120. Ce traitement énergique n'amène aucun changement favorable, et l'on finit par proposer l'amputation; il refuse, quitte l'hôpital, et revient chez lui pour se faire successivement soigner par plusieurs médecins. La maladie avait fait de rapides progrès; la cuisse avait un tiers en plus de son volume ordinaire. On lui applique des vésicatoires; on lui prescrit des bains, des frictions, toujours sans le moindre succès. Il se décide alors à subir l'amputation; et c'est dans cette intention qu'il entre à l'Hôtel-Dieu.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — Elle existe à la cuisse gauche, naît à quatre travers de doigt du pli inguinal, et se termine inférieurement un peu au-dessus du pli du jarret; sa forme est allongée, son volume augmente à mesure que l'on se rapproche du genou; elle offre de légères inégalités et paraît comme étranglée dans son milieu. Quoiqu'elle comprenne toute la circonférence de la cuisse, elle paraît s'être surtout développée à sa partie antérieure. Près du pli inguinal, on voit de petites taches d'un rouge violacé qui sont dues à la dilatation des vaisseaux capillaires; la peau partout ailleurs est sillonnée par des veines nombreuses et très dilatées qui lui donnent une coloration violette; dans quelques points, elle est fendillée, n'ayant pu résister à l'énorme tension qu'elle éprouvait. Sa consistance n'est point partout la même. Dans quelques endroits, elle est très élastique, et l'on croirait presque à l'existence d'un liquide; dans d'autres, elle est très dure, et semble formée de tissu très compacte. Il est difficile de bien reconnaître la position de la rotule qui se trouve comprise dans la tumeur. On ne constate point de mouvemens d'expansion, de bruits anormaux de soufflet ou autres. Il n'existe point de douleurs bien vives; mais, en exerçant une pression assez forte, on détermine une sensation très pénible; les mouvemens peu étendus que le malade exécute avec une grande difficulté le réveillent; aussi laisse-t-il son membre dans une immobilité presque complète.

La jambe est très infiltrée et le mollet a 17 pouces de circonférence. Voici d'ailleurs les dimensions de la tumeur qui donneront une idée exacte de son énorme volume.

Circonférence au milieu de la tumeur. . .	27 p. 1/2
Supérieurement. . . .	25 p. 1/2
Inférieurement	30 p.

L'état général du malade est d'ailleurs très satisfaisant; il mange avec appétit, digère bien; le séjour prolongé au lit est cause d'une constipation opiniâtre; toutes les fonctions s'exécutent bien.

Le 22 janvier, M. Roux pratique l'amputation; l'incision de la peau est faite sur la tumeur même; la dissection en est faite avec soin, mais très rapidement; elle est à peine commencée qu'il s'échappe aussitôt une large nappe de sang noir, provenant du lacis veineux qui recouvrait la tumeur. La masse musculaire est coupée et l'on fait immédiatement la ligature de l'artère fémorale. L'hémorragie est si considérable que le malade tombe en syncope et pâlit, ses yeux deviennent fixes, ses pupilles se dilatent, le cœur cesse de battre, les urines et les fèces s'échappent involontairement. Pendant qu'on s'empresse de le rappeler par des frictions à la région précordiale, les aspersions d'eau froide, l'aspiration d'ammoniaque, etc., l'opération est continuée; les muscles coupés à la partie la plus large de la cuisse se rétractent avec difficulté, malgré l'emploi d'un rétracteur, qu'on a, à cause de cela, préféré à la compresse fendue. La section de l'os s'est faite aussi avec plus de peine qu'à l'ordinaire, pour des raisons que l'examen anatomique fera facilement comprendre. Pendant que l'amputation se termine, on commence à sentir les battemens du cœur, et l'état syncopal cesse d'une manière incomplète, grâce aux moyens qu'on a employés avec la plus grande activité. Les artères, qui n'avaient point donné de sang pendant l'opération commencent à en lancer; on en fait la ligature.

M. Roux, malgré la grande étendue de la plaie, se décide à en faire la réunion immédiate. Le malade revient avec peine; les syncopes se succèdent rapidement; il éprouve le besoin incessant de se livrer au sommeil; la peau est partout froide; le pouls à peine perceptible (120). On administre à l'intérieur du vin de Bagnols; frictions sur les membres inférieurs; synapismes, etc. Il reste dans cet état pendant trois heures, après lesquelles une faible réaction commence à se manifester; la peau est moins pâle; les lèvres prennent une teinte violacée; la chaleur renaît; les synapismes, quoique fort énergiques, ne sont point sentis encore. Le pouls bat avec plus de force. Vers le soir, à cinq heures, la réaction a lieu d'une manière plus complète; la peau est tout à fait chaude et la face se colore légèrement. Un suintement sanguin peu abondant traverse l'appareil.

On procède à l'examen du membre amputé.

La tumeur avec la rotule, les os de la jambe étant sciés immédiatement au-dessous des tubérosités du tibia, pèse 12 kilogrammes et demi (25 livres). La tumeur est divisée en deux parties à peu près égales par une section pratiquée de la partie antérieure à la partie postérieure; elle s'est un peu affaissée à la suite de l'écoulement d'une quantité assez considérable de sang veineux. La peau a perdu sa coloration bleuâtre, qu'elle devait aux nombreuses veines qui se ramifient à sa surface. On voit que l'articulation fémoro-tibiale est parfaitement saine; on avait pu en effet constater sur le vivant l'intégrité des mouvemens.

La tumeur a une forme ovalaire, légèrement déprimée dans sa partie moyenne et comme bilobée. Son plus grand diamètre est de haut en bas. Le diamètre antéro-postérieur est de 24 centimètres, et, de haut en bas, de 29. La circonférence de la coupe est de 81 centimètres.

Le fémur est sain dans sa partie inférieure, au niveau et un peu au-delà des condyles; dans le milieu de la tumeur, il a disparu et ne reparaît qu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessous du petit trochanter. La distance entre les deux extrémités de l'os est de 22 centimètres.

Les cartilages diarthrodiaux des condyles ne sont nullement altérés. Deux pouces au-dessus, dans le point où commence le canal médullaire, le tissu osseux est dégénéré, ramolli, jaunâtre, friable, privé de phosphate calcaire, à l'exception de la partie tout à fait externe, où il reste une couche fort mince de tissu compacte; cette couche est inégale, rugueuse et adhérente en plusieurs points aux tissus voisins, dont on peut cependant la détacher facilement. Ce tissu dégénéré se continue, sans intermédiaire aucun, avec la tumeur, dont il semble former la racine inférieure.

L'extrémité supérieure du fémur ne présente point tout à fait la même disposition; dans cette partie, où le périoste et la substance compacte sont encore à l'état sain, on trouve la substance médullaire dégénérée; ce sont de petites granulations demi-transparentes, du volume d'une lentille, séparées par une substance jaunâtre et cartilagineuses. Ces granulations sont bornées à la cavité médullaire; elles s'étendent aussi au tissu compacte, qu'elles ont détruit dans plusieurs endroits.

La tumeur est formée dans le point voisin du fragment supérieur du fémur, de stalactites osseuses, inégales, séparées par des cavités remplies d'une matière analogue à celle qui vient d'être décrite; il semblerait que cette matière a fait, par son développement, éclater le tissu osseux, dont les fragmens sont dispersés au milieu de la masse.

Au centre, on ne trouve plus de points osseux, mais antérieurement il existe un espace de forme irrégulière, rempli par un lacis veineux et un sang noirâtre et très liquide; cette cavité communique avec plusieurs autres cavités de même nature, mais d'une moins grande dimension; quelques-unes sont pleines de sang, d'autres d'un liquide gélatiniforme. Quant au reste de la tumeur, il est constitué par un tissu rosé, parsemé de taches rougeâtres dues à la section de petits vaisseaux; d'espace en espace sont semés des grains cartilagineux. Sa consistance est assez ferme; il crie sous le scalpel; il est comme durci, transparent, et présente çà et là une teinte bleuâtre.

ENVELOPPE DE LA TUMEUR. — Elle est immédiatement enveloppée par une coque fibreuse qui la sépare des muscles dont on la détache facilement. Cette enveloppe est, au contraire, adhérente à la tumeur et se continue avec les deux extrémités du fémur. Les muscles sont amincis, décolorés; les superficiels ont conservé leurs insertions, et se trouvent presque à l'état normal. Supérieurement ils s'épanouissent en éventail au-dessus de la tumeur. Les muscles profonds ont disparu et ont été remplacés par le tissu de nouvelle formation. Le muscle droit antérieur est rejeté à la partie externe de la cuisse. Il est pâle et un peu aminci, ainsi que ce qui reste du triceps. Le couturier est rouge et bien développé; il en est de même du droit interne et du demi-tendineux. Le biceps n'a plus de distinct que ses attaches inférieures. Il ne reste aucun vestige des muscles adducteurs.

L'artère fémorale est continue dans sa gaîne fibreuse jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, où elle se trouve placée dans un canal qui répond à celui du troisième adducteur; mais creusé en totalité dans la masse cancéreuse, son calibre se rétrécit dans cet endroit, sans cependant qu'il y ait obstacle au cours du sang. Dans son trajet, elle envoie de nombreux rameaux dans l'épaisseur de la tumeur.

La veine s'arrête tout à coup à son tiers supérieur et se divise en une foule de petites branches qui vont se ramifier dans les cavités remplies de sang; elle reparaît à la partie inférieure de la cuisse; elle est presque complètement oblitérée par des caillots blanchâtres.

Le nerf sciatique est très développé ; son canal est comme celui de l'artère creusé dans la tumeur ; ses branches sont extrêmement volumineuses.

La peau est pâle, à l'exception des endroits où l'on a appliqué des vésicatoires; elle est comme mamelonnée. L'épiderme et le derme sont très développés ; dans l'épaisseur de ce dernier rampent les nombreuses veines ou plutôt de véritables sinus veineux très largement dilatés ; ils se ramifient, et ont entre eux de fréquentes anastomoses. Il n'a point été possible de reconnaître quelle était leur origine et s'ils communiquaient avec les veines profondes.

Le 23 janvier. Dans la nuit du 22 au 23 le malade a été calme ; mais il n'a pu goûter le sommeil. Le pouls est toujours faible et précipité à 120. Teinte jaunâtre de la peau ; les joues sont colorées, la peau est chaude. Le suintement sanguinolent, qui commençait la veille à traverser l'appareil, est plus abondant.

Le 24, pouls toujours faible à 120. La peau est chaude et sèche. Pas de symptôme fâcheux.

Le 25, pouls à 112, vibrant et plus résistant.

Le 26, levée de l'appareil. La réunion par première intention ne s'est point opérée ; le pus n'est pas très abondant ; il est grisâtre et un peu grumeleux. Les deux bords de la plaie ne sont unis dans aucun point ; le tissu cellulaire a une teinte pâle. (Pansement, bandelette agglutinative, plumasseaux enduits de cérat, etc.) Le pouls est à 112. Le malade est toujours pâle et très faible.

Le 27, même état ; la plaie offre le même aspect.

Le 28, au soir, il éprouve subitement une grande gêne dans la respiration, accompagnée de mouvemens convulsifs. (Synapismes, potion éthérée.) Dans la nuit, il rejette quelques crachats sanguinolens.

Le 29, quelques crachats rouillés. Dyspnée. L'auscultation, à cause de l'état de faiblesse du malade, n'est pratiquée qu'à la partie antérieure de la poitrine et n'apprend rien. Le pouls est fréquent et filiforme.

Le 30, il meurt à neuf heures et demie du matin.

Le 31, AUTOPSIE.

MOIGNON. — Les ligatures s'enlèvent avec facilité ; la plaie est béante et baignée par un pus grisâtre. Les parties molles ont une teinte verdâtre ; le fémur est complètement dénudé ; sa cavité contient un peu de pus. La section en a été faite au niveau du petit trochanter. La veine fémorale renferme des caillots rougeâtres, non purulens, qui occupent sa cavité. Il en est de même de la veine iliaque.

TÊTE. — Légère infiltration gélatiniforme sous-arachnoïdienne. Les membranes s'enlèvent avec facilité ; la substance grise est très pâle ; la substance blanche pointillée en quelques endroits.

THORAX. — Un peu d'engorgement hypostatique à la partie postérieure et à la base du poumon droit. Dans le lobe inférieur, en avant et sous la plèvre, se voient des noyaux de volume variable, d'un jaune grisâtre, de consistance ferme, dont on peut exprimer une petite quantité de pus, nulle part ils ne sont ramollis ; le tissu pulmonaire placé autour de ces noyaux est fortement injecté et offre une coloration lie de vin. Dans le poumon gauche, même disposition ; mais à la partie antérieure du lobe inférieur existe une cavité assez considérable renfermant un liquide grisâtre et purulent. Partout ailleurs le tissu pulmonaire est sain ; aucune trace de tubercules.

COEUR. — Ses deux cavités sont remplies de caillots rougeâtres, sans adhérence aux parois. Épaisseur du ventricule gauche, 5 lignes 1/2.

ABDOMEN. — Le foie pâle n'offre aucun abcès métastatique. La rate est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal. Dans le centre son tissu est jaunâtre et ramolli. Les autres organes de la cavité abdominale sont à l'état sain.

Si tout le monde est d'accord aujourd'hui pour regarder le mot ostéosarcôme comme synonyme de cancer des os ; il n'en est point de même quand il s'agit de déterminer le siége précis, le point de départ de cette affection. De plus on a décrit, sous des noms très différens, des maladies qui doivent être confondues avec l'ostéosarcôme. Ainsi il est évident qu'une espèce de *spina ventosa*, comme on peut le voir dans l'ouvrage de Boyer, n'est autre chose qu'un cancer des os dont la forme diffère à peine de celle que l'on observe le plus fréquemment. Ce chirurgien a d'ailleurs reconnu implicitement l'identité de ces affections dans l'observation qu'il rapporte (t. III, p. 598) et qui a la plus grande analogie avec la nôtre ; elle offre d'après ceci un exemple de complication du *spina ventosa* avec l'ostéosarcôme, ou plutôt elle démontre la fusion de ces deux maladies en une seule.

L'exostose fongueuse de la membrane médullaire d'Astley Cooper n'est aussi qu'un cancer des os, et sa remarquable description s'applique parfaitement bien au cas que nous venons de rapporter. Quant au point de départ de la maladie, on trouve une plus grande divergence d'opinions. Boyer a admis deux espèces de cancer des os ; l'une qui n'est que le résultat de l'extension au tissu osseux des parties molles environnantes, et sur laquelle nous n'avons point à nous étendre ici ; l'autre, dans laquelle la maladie a son siége primitif dans l'os, mais plutôt dans le tissu osseux lui-même que dans la membrane médullaire. Il rejette et combat l'opinion de ceux qui l'ont considéré comme une affection particulière de la moelle ; cependant il convient plus loin que l'état dans lequel se trouvent les tissus osseux et l'organe médullaire, suppose un ramollissement du premier et une affection simultanée de l'un et de l'autre (t. III, p. 582). Cette manière de voir est partagée par Lobstein qui, dans son TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, dit : « Je tiens pour certain avec le docteur Becker que l'ostéosarcôme ne commence ni dans le périoste, ni dans la toile médullaire ; mais dans la substance osseuse elle-même. » Depuis, il ne le regarde point comme toujours et essentiellement cancéreux.

Béclard paraît avoir le premier, en France, regardé la membrane médullaire comme le siége primitif de la lésion, et il partageait cette opinion avec la plupart des chirurgiens de l'Angleterre et de l'Allemagne. Un grand nombre de ces derniers ont démontré ce fait à propos des tumeurs fongueuses de la dure-mère.

Le docteur Cumin de Glascow n'applique le nom d'ostéosarcôme qu'à « la dégénération ou l'épaississement morbide de la membrane interne du canal des os longs, ou au cancer des os accompagné de l'absorption de la substance osseuse. »

La dénomination d'exostose fongueuse médullaire employée par A. Cooper fait assez voir ce qu'il pense sur ce sujet. « C'est, comme il dit, dans la membrane médullaire au-dessus du tissu spongieux que cette affection a son point de départ. »

M. Sanson dit, à propos du *spina ventosa*, que, dans la plupart des cas, la substance qui remplit le canal médullaire dilaté est fongueuse, et qu'elle ne peut être développée qu'aux dépens de l'organe médullaire ; cette membrane qui en se gonflant repousse en dehors les lames osseuses et éloigne ainsi les parois du canal médullaire du centre de la cavité. (NOUV. ÉLÉM. DE PATHOL., t. III, p. 107.)

M. Gerdy qui, dans son travail sur l'état anatomique des os malades (ARCH., 2e série, t. X, fév. 1836), se fondant sur leur structure vasculaire, a voulu rattacher toutes leurs maladies à l'inflammation, a décrit l'ostéosarcôme dans l'ostéite avec hypérostose. Il lui donne ce nom lorsque les cellules très raréfiées contiennent des substances morbides accidentelles qui par leurs symptômes et leur marche caractérisent le cancer. Ce sont les vaisseaux qui fournissent les matériaux constituant des formations nouvelles qui à leur tour résorbent le tissu osseux. « Lorsque celles-ci s'enflamment, suppurent en s'accompagnant de douleurs lancinantes et des autres caractères du cancer, la maladie est un cancer des os et pas autre chose. »

Ce chirurgien paraît aussi partager l'opinion des auteurs que nous venons de citer, comme plusieurs passages de son mémoire en font foi.

Nous ne multiplierons point ces citations qui suffisent pour faire comprendre les principales opinions sur l'origine première du cancer des os. Nous ne chercherons point même ici à trancher cette question. Cependant la seconde opinion a pour elle un plus grand nombre de chirurgiens et notre observation paraît beaucoup plaider en sa faveur.

En effet, on voit que la tumeur a ses racines dans l'intérieur même des deux extrémités séparées du fémur, que la dégénérescence a procédé de dedans en dehors, que dans l'extrémité supérieure du fémur, où le tissu compacte et le périoste existent à l'état normal, la membrane médullaire a subi un changement complet. On y trouve en effet de petites granulations arrondies, du volume d'une lentille, demi-transparentes et séparées par une substance jaunâtre, cartilagineuse. A mesure qu'on se rapproche du centre de la tumeur, on reconnaît distinctement qu'elles ont envahi le tissu compacte. Il semble que par leur développement elles en aient séparé les fibres et aient fait dans ce point éclater l'os, dont on trouve les débris dans les stalactites osseuses semées au milieu du tissu de nouvelle formation. Cependant, faut-il attribuer, comme le fait Boyer, à une cause toute mécanique la disparition de l'os qu'il compare à un tuyau de métal qui aurait éclaté ? ne vaudrait-il pas mieux expliquer avec M. Gerdy cette disposition par l'action résorbante des nouvelles formations morbides, tandis que les productions osseuses, ces jetées irrégulières, seraient à la fois secrétées par ces mêmes tissus nouveaux et par le périoste ? Ce dernier en effet est conservé, il semble s'être développé en même temps que la tumeur à laquelle il adhère fortement et dont il est l'enveloppe la plus interne.

Le tissu qui formait la masse principale de la tumeur paraissait être d'une nature complexe. Le tissu est encéphaloïde, reconnaissable par sa vascularité, sa teinte rosée, son défaut de consistance. Dans d'autres points elle était formée par un tissu très ferme, blanchâtre, demi-transparent, criant sous le scalpel, enfin par des prolongemens fibreux et cartilagineux, des productions osseuses de forme irrégulière, etc. Sa consistance n'était point partout homogène, mais dans aucun endroit elle n'était notablement ramollie, seulement elle était plus friable dans les cavités remplies par un liquide sanguin ou gélatiniforme. Ce qu'il y avait surtout de remarquable, et cela a été indiqué par Boyer et A. Cooper, c'était l'existence de foyers assez vastes et nombreux, remplis d'un sang noir et fluide. Ces cavités étaient tapissées par un lacis veineux, dont la coupe présentait un grand nombre de loges ; des communications vasculaires étaient établies entre elles, et le sang y était apporté par le tronc même de la veine fémorale divisé à la partie supérieure de la cuisse en nombreux rameaux, ce qui peut espliquer, lors de la période d'ulcération d'une tumeur semblable, l'apparition d'hémorragies fort sérieuses.

Suivant A. Cooper, les gros vaisseaux sanguins, de même que les muscles et les nerfs, sont éloignés de leur situation habituelle et refoulés vers la superficie du membre; dans le fait qui nous occupe, les muscles les plus superficiels étaient amincis, fort éloignés de l'axe du membre; quelques uns étaient déviés : leurs attaches étaient encore conservées, et leur forme reconnaissable; mais les muscles profonds avaient été envahis par la dégénérescence cancéreuse, et ils avaient complètement disparu. L'artère crurale et le nerf sciatique, loin d'être repoussés à la superficie du membre, étaient contenus dans une gaine, creusée aux dépens de la tumeur elle-même.

Pour terminer nos remarques sur l'anatomie pathologique, nous insisterons sur l'existence de ce lacis veineux placé dans l'épaisseur de la peau qui en constituait les parois. Ces canaux, tout-à-fait comparables aux sinus utérins, avaient un diamètre de 2 à 4 millimètres, étaient extrêmement nombreux, se bifurquaient très souvent et s'anastomosaient de manière à embrasser la cuisse dans un vaste réseau. A la section du derme, on voyait leurs orifices béans. Il n'a point été possible de reconnaître s'ils communiquaient avec le système veineux profond du membre; ils semblaient avoir leur origine dans la dilatation du réseau capillaire cutané.

La tumeur pesait 25 livres (12 kilog. 1/2). Nous ne connaissons pas de fait où le poids ait été aussi considérable. Chez le malade de M. Boyer, la moitié inférieure du fémur, avec la tumeur et la rotule, les os de la jambe dépouillés de leurs parties molles, et frais, pèsent 19 livres 1/2 (1). Quant au volume, chose singulière, il était le même, du moins quant au maximum de la circonférence, dans notre observation et dans celles de Daubenton et de Boyer, c'est-à-dire de 30 pouces.

Les symptômes n'ont d'ailleurs rien présenté de bien important à noter, si ce n'est la rapidité avec laquelle la maladie a marché. Malgré le plus énergique traitement, la tumeur a fait des progrès continuels et réguliers depuis le moment de son apparition; elle n'offrait point partout la même consistance, dure et incompressible dans quelques endroits, d'une élasticité douteuse dans quelques autres, sans pulsations, sans fluctuation, etc. Les douleurs aiguës et profondes, signalées par Boyer dans l'ostéosarcôme et le *spina ventosa*, n'ont jamais existé ici; jamais non plus elles n'ont présenté le caractère lancinant. Toujours sourdes et tolérables, elles n'étaient guère réveillées que par les mouvemens un peu étendus du membre.

Tous ces symptômes n'ont point été assez bien accusés pour permettre d'établir le diagnostic différencié entre l'ostéosarcôme et les tumeurs du périoste, diagnostic, au reste, d'une importance fort secondaire dans un cas aussi grave que celui dont il s'agit.

L'opération que le malade venait réclamer était parfaitement indiquée. Il était placé dans les meilleures conditions possibles; encore dans toute la force de l'âge, vigoureux, fortement constitué, il n'offrait aucun indice de la diathèse cancéreuse; et, lorsqu'il succomba aux accidens de la résorption purulente, il a été facile de constater qu'à part les lésions qui avaient été cause prochaine de la mort, il n'existait aucune trace de la dégénérescence cancéreuse dans les principaux viscères. L'amputation, à cause de la hauteur à laquelle s'élevait la tumeur, devait présenter de sérieuses difficultés; cependant, M. Roux pensa que même en faisant la section de la peau au niveau des parties malades, il lui serait possible de couper les tissus profonds au-dessus de la tumeur, ce qui arriva en effet, et quoique l'os ait été scié au niveau du petit trochanter, la plaie n'avait été faite qu'aux dépens de parties parfaitement saines. Seulement, la section de l'os présenta quelque difficulté en raison de la mobilité du fémur, qui, ainsi qu'on a pu le voir dans l'observation, avait cessé d'exister dans le centre de la tumeur et était réduit supérieurement à un fragment très court sur l'extrémité duquel la scie a dû agir. Un accident bien remarquable de l'opération, c'est l'hémorragie effrayante due à la simple incision de la peau, à cause du développement en forme de sinus de tout le système veineux. L'écoulement du sang fut rapide et instantané, et la quantité si considérable, qu'il survint une syncope qui aurait pu devenir promptement mortelle, sans le sang-froid de l'opérateur et les secours énergiques qui ont été immédiatement donnés.

(1) Tulpius a rapporté une observation qui a beaucoup d'analogie avec la nôtre; la tumeur pesait 16 livres. « Foris glaber et inequalis, sed intùs *steatomatis*, gypsea pituita, *induratis calculis*, *dilatatis venis* ac *sinuosis scrobiculis*, vera levitatis causa, impendio nimis repletus, latitans extrinsecus sub estimo femoris musculo, etc. » (Tulpii, Obs. med. Amsterdam, liv. III, obs. 51.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE.

MOYEN DE COMBATTRE LA SAILLIE, LA DÉVIATION ET LA PERTE DU MOUVEMENT DES YEUX, CONSÉCUTIVES A L'OPÉRATION DU STRABISME; par le docteur Jules Guérin.

M. Jules Guérin lit un mémoire sur ce sujet.

Voici un extrait de ce travail, en attendant que nous le publions en entier :

« Ces trois accidens, consécutifs à l'opération du strabisme, dépendent :

« 1° De ce que les enveloppes de l'œil, fascia et conjonctive, ont été détachées dans une trop grande étendue, et se sont insérées consécutivement plus ou moins en arrière de la portion du globe oculaire, à laquelle elles s'insèrent à l'état normal;

» 2° De ce que le muscle divisé pour remédier au strabisme présente l'une des quatre dispositions suivantes : ou bien les deux bouts du muscle sont réunis sans avoir contracté d'adhérence vicieuse avec les parties environnantes, mais le muscle est resté trop long; ou bien les deux bouts du muscle sont réunis; mais la portion intermédiaire a contracté de fortes adhérences avec le globe oculaire et avec la face correspondante du fascia; ou bien, les deux bouts ne s'étant pas réunis, le bout postérieur, séparé de l'antérieur, s'est greffé sur un point postérieur du globe oculaire; ou bien, enfin, le bout postérieur, séparé de l'antérieur, n'a contracté aucune adhérence avec la sclérotique, et ne s'est pas rattaché à l'œil.

» Les causes matérielles de ces trois accidens, étant ainsi ramenées à leur plus simple expression, fournissent pour ainsi dire d'elles-mêmes les indications à remplir pour les faire disparaître. Si, d'une part, les liens de l'œil sont relâchés ou détruits, il s'agit de les resserrer ou de les rétablir; si, de l'autre, le muscle est trop long, il faut le raccourcir; s'il a contracté des adhérences vicieuses, il faut détruire ces adhérences, et leur substituer une insertion qui se rapproche le plus de la normale; si enfin le muscle est resté détaché de son bout correspondant, ou même ne s'est pas du tout réuni à l'œil, il s'agit de renouer ces deux bouts, ou de rattacher le muscle lui-même au globe oculaire. Aucune de ces indications n'avait été posée jusqu'ici. Pour mieux faire comprendre le système d'opérations à l'aide duquel je les ai remplies, je vais rapporter, avec quelques détails, une des applications que j'en ai faites.

» Une demoiselle de la province, âgée de 18 ans, m'a été présentée il y a deux mois environ; elle avait été opérée dans sa ville natale pour un strabisme convergent double très prononcé. A la suite de cette première opération, les deux yeux, devenus très saillans, s'étaient fortement déviés en dehors, et ils ne pouvaient plus être ramenés en dedans, du côté droit principalement. Le chirurgien qui avait pratiqué les deux premières opérations tenta en vain de remédier à ces accidens en faisant la section et même la résection du droit externe du côté droit. Cette opération, réitérée trois fois au dire de la malade, n'amena aucune amélioration. Au contraire, des adhérences considérables entre le fascia oculaire, le fascia des paupières et la glande lacrymale, complétèrent l'immobilité de l'œil. De ce côté, en effet, le bord externe de la cornée touchait habituellement l'angle externe des paupières, et, dans les plus grands efforts, la malade ne pouvait faire voyager l'œil en dedans que de quelques millimètres. A gauche, la déviation de l'œil en dehors était presque aussi considérable, mais il pouvait être ramené au centre de l'orbite, sans toutefois dépasser cette position d'un millimètre. La malade était dans cet état depuis cinq mois environ, lorsqu'elle est venue me consulter. Elle avait recueilli les avis de plusieurs autres chirurgiens de Paris : les uns avaient déclaré le mal au dessus des ressources de l'art; les autres s'étaient bornés à conseiller la section déjà pratiquée des droits externes, regardant toute autre opération comme inutile; ils ne laissaient d'ailleurs pas espérer grand résultat de la dernière ressource à laquelle ils s'arrêtaient.

» Pour moi, qui croyais m'être rendu compte d'une manière plus précise de la nature des accidens, je consentis à tenter les opérations suivantes :

» La malade étant couchée comme pour l'opération du strabisme, je commençai par détruire les adhérences qui existaient à l'angle externe de l'œil droit; je découvris ensuite le siége présumé du muscle; mais, à la place du tiers antérieur de ce dernier, il n'existait que des lames fibreuses intimement unies à la sclérotique. Ayant pénétré plus profondément, je trouvai les débris de la gaine musculaire et la portion postérieure du muscle, confondus avec les points correspondans de la sclérotique. Je disséquai le tout avec beaucoup de précaution, j'arrivai à détacher ce qu'il restait du muscle, ainsi que la portion de fascia qui occupait la place de son bout antérieur. Ce dernier paraissait avoir été excisé. Ayant détruit ainsi tous les liens qui retenaient l'œil bridé en dehors, j'essayai de le faire ramener en dedans au moyen de la contraction du droit interne; mais il resta à peu près aussi dévié et aussi immobile qu'avant le premier temps de l'opération. Des tractions exercées au moyen d'une érigne me permirent de le ramener dans une adduction complète. Je m'assurai ainsi que j'avais détruit toutes les adhérences et tous les obstacles au redressement de l'œil. Je m'occupai immédiatement de maintenir ce redressement, et d'en rétablir les agens physiologiques.

» Je découvris l'emplacement du droit interne; je rencontrai d'abord, comme dans l'angle externe, une portion de cicatrice dure, nacrée, très adhérente à la sclérotique, qui avait été le siége de végétations consécutives à l'ancienne opération, et qui occupait une étendue de 4 à 5 millimètres. Je pénétrai plus profondément derrière cet espace, et ne rencontrai que le fascia, dont l'insertion à l'œil paraissait avoir été ainsi reculée de près d'un centimètre. Cependant une dissection minutieuse de ces membranes, dans l'étendue de presque la moitié de la circonférence de l'œil, ne me fit découvrir aucune trace d'insertion du muscle à l'œil, et même aucune trace de fibres musculaires. Je présumai que le bout postérieur du droit interne s'était retiré dans sa gaine, et que l'orifice antérieur de cette dernière avait été bouché par la cicatrice. Un examen plus approfondi

et une dissection minutieuse des parties me montrèrent en effet qu'il en avait été ainsi. Je désobstruai donc, et j'agrandis, au moyen d'une incision longitudinale, l'orifice antérieur de la gaîne musculaire; j'aperçus l'extrémité libre du muscle, je l'attirai en avant à l'aide d'une pince, et l'appliquai contre le point correspondant de la sclérotique. Je recouvris le tout du lambeau de lamelle fibreuse et de fascia que j'avais détaché, comme je le pratique dans mon procédé de strabotomie par dissection. Une dernière indication à remplir, et la plus importante, c'était de maintenir l'œil en dedans pour favoriser l'insertion du muscle et du fascia sur des points séparés de la sclérotique, et sur des points suffisamment antérieurs pour s'opposer au retour du renversement de l'œil. Je remplis cette indication de la manière suivante. Un fil ciré fut passé, à l'aide d'une aiguille à coudre, dans l'épaisseur du fascia oculaire, tout près du bord externe de la cornée transparente. L'œil étant ainsi accroché, je l'attirai en dedans d'un centimètre environ, et le maintins dans cette position, en attachant les deux bouts du fil au dos du nez, à l'aide d'emplâtre de diachylon gommé. Le reste du pansement se fit comme à la suite de l'opération du strabisme. Aucun accident ne survint. Le lendemain, dans l'après-midi, le fil se détacha de lui-même, et, chose presque incroyable, le mouvement de l'œil était rétabli en dedans, mais nul encore en dehors. Le globe oculaire était resté tourné un peu en dedans. A mesure que la plaie de l'angle externe se cicatrisa, le mouvement correspondant se rétablit, l'œil se redressa complètement, et en moins de huit jours il avait recouvré sa forme, sa position, et presque toute sa mobilité normales. Je dis presque; car le mouvement d'abduction resta un peu borné, et à mesure qu'il se rétablit, il diminua proportionnellement l'étendue du mouvement d'adduction; mais la mobilité redevint suffisante et resta la même dans les deux sens.

» Le succès de cette première opération m'encouragea à la répéter sur l'autre œil. On remarquera qu'ici il n'y avait pas d'adhérence en dehors; le droit externe n'avait pas été coupé; l'opération a donc été modifiée en raison de cette différence de conditions, sans toucher au droit externe. Cependant le résultat a été aussi heureux que dans le cas précédent, et la malade est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant, c'est-à-dire que les deux yeux sont complètement redressés et jouissent de leur mobilité presque normale; seulement l'œil droit au repos reste un peu plus ouvert que le gauche; mais cette légère différence disparaît complètement dans les mouvemens d'expression de la face. Depuis lors j'ai pratiqué une troisième fois la même opération, et j'ai obtenu les mêmes résultats. »

M. Chervin adresse à l'Académie la lettre suivante :

« Paris, le 22 novembre 1841.

« Monsieur le président,

» Lorsque l'on croit devoir répondre à un mémoire qui a été lu devant un corps savant, il est d'usage d'adresser la réponse à ce même corps, qui, par ce moyen, est plus à même de juger avec connaissance de cause les questions qui lui sont soumises.

» Depuis quelque temps on s'est néanmoins écarté de cette marche si simple, si naturelle, si logique. Des travaux présentés à l'Académie des sciences ont été attaqués dans le sein de l'Académie de médecine, et lundi dernier, M. Bertulus, ancien chirurgien-major de la corvette *la Caravane*, a soumis au jugement de l'Académie des sciences une réponse à un mémoire que j'ai lu à l'Académie de médecine pour réfuter les erreurs graves que ce chirurgien a publiées dans le but d'établir que nos relations avec les Antilles exposent l'Europe aux ravages de la fièvre jaune.

» Loin de me plaindre de la marche irrégulière et insolite qu'a suivie dans cette circonstance M. Bertulus, je m'en félicite hautement, puisqu'elle m'amène devant des juges si éclairés, si indépendans, et si amis de la vérité.

» Je prie en conséquence M. le secrétaire perpétuel de vouloir bien m'inscrire pour une prochaine lecture dans laquelle je répliquerai aux assertions de M. Bertulus.

» Agréez, etc. Chervin, D. M. P. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE.—PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CONTAGION DE LA MORVE.

M. Cornac : Bien que j'approuve en général la circonspection et la sage lenteur que les commissions mettent à se prononcer sur des questions délicates, il y aurait cependant à mon avis un grand inconvénient à perdre trop longtemps de vue les observations de morve qui vous ont été communiquées dans la dernière séance. Je demande en conséquence que la commission nommée pour s'occuper de ce sujet hâte autant que possible son rapport.

Cette proposition est adoptée par l'Académie.

M. le président annonce qu'il y aura séance extraordinaire samedi, 27 novembre.

DISTINCTION DES TEMPÉRAMENS.

M. Royer-Collard continue la lecture du mémoire qu'il a commencé dans la dernière séance. Dans ce travail, il se propose principalement de montrer que les caractères à l'aide desquels on distingue les divers tempéramens manquent de base, et ne reposent pas sur des faits assez rigoureusement établis.

Commissaires : MM. Adelon, Guéneau de Mussy et Roche.

A quatre heures, l'académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES NÉVRALGIES OU AFFECTIONS DOULOUREUSES DES NERFS; par F.-L.-I. Valleix, médecin du bureau central des hôpitaux et hospices civils de Paris, membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique, ancien interne, etc. — 1841, in-8°, 719 pages. Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 17.

« Status præsens illius pathologiæ partis, quæ nervorum singulorum morbos explanat, tam egenus est, ut, si ægritudines nervorum faciei, et extremitatum præcipue inferiorum, excipiamus... vix duæ paginæ repleri possint. »

(Praxeos med., t. III, p. 134.)

Malgré les vingt années qui se sont écoulées depuis l'époque où J. Frank formulait ce sévère jugement, on pourrait l'appliquer encore, avec autant de raison aujourd'hui qu'alors, à la pathologie des nerfs. Sans doute les beaux travaux de Ch. Bell, de Grégory, de Magendie, Bérard, Bischoff, etc., ont éclairé depuis cette époque bien des points obscurs; mais outre que tous ces travaux se rapportent précisément à cette partie des névralgies que déjà Frank exceptait, on n'a produit aucune œuvre d'ensemble, et malgré l'initiative heureuse de Chaussier, et sa table synoptique, les faits partiels restaient là, isolés, sans critique, sans rapprochement, sans idée de classification.

Il fallait un observateur patient pour enregistrer lui-même une somme suffisante de faits nouveaux; rigoureux, pour analyser et juger les faits anciens; il fallait un logicien habile pour faire, avec les matériaux épars dans la science, un travail coordonné et systématique.

Cette tâche si laborieuse d'observateur et de critique ne pouvait être mieux remplie que par M. le docteur Valleix, à en juger, et par les antécédens de l'auteur, et par le cachet d'exactitude et d'utilité pratique dont ce dernier ouvrage est empreint.

Comme tous ceux qui entreprennent un travail consciencieux, M. Valleix, sentant à chaque pas l'insuffisance des documens laissés par les anciens auteurs, n'a commencé son œuvre qu'après avoir recueilli par lui-même toutes les données que peut fournir une longue et patiente observation des faits; mais de ce contrôle des faits anciens par les faits nouveaux, de cette comparaison de ses propres recherches avec les recherches des autres, à l'oubli complet et au mépris des anciens auteurs, il y a, on en conviendra, bien loin; et M. Valleix, en plaçant en tête de chaque chapitre un résumé historique complet, et en joignant, comme l'indique Morgagni (*tum aliorum, tum proprias*), les observations disséminées dans les auteurs à celles qu'il a recueillies lui-même, répond par avance à ce reproche banal qu'on adresse à l'école d'observation, de négliger ce qui a été fait avant elle. « En soumettant, dit-il, à l'analyse les principaux faits que m'ont fournis les ouvrages antérieurs, j'ai prouvé tout mon désir de les employer utilement, et si je n'en ai pas toujours tiré un grand parti, ce n'est point à moi mais à leur insuffisance qu'il faut l'imputer. » La division la plus simple et la plus facile du sujet a paru aussi à l'auteur la plus naturelle. Chercher quels sont les principaux troncs nerveux dans lesquels siége la névralgie; établir des genres fondés sur cette différence de siége; diviser l'ouvrage en autant de chapitres qu'il y a de ces genres, et terminer par un résumé sur la névralgie en général; c'était là tout ce qu'il y avait à faire, et c'est ce qu'a fait M. Valleix, avec une lucidité qu'on n'était pas habitué à rencontrer dans ces matières jusque-là si confuses; c'est ce qu'exprime du reste très clairement la classification suivante, qui permettrait sans contredit de faire l'arbre des névralgies plus facilement qu'on n'a fait celui des dermatoses.

NÉVRALGIES.	VARIÉTÉS.	
1° Trifaciale..........	sus-orbitaire.	
	sous-orbitaire.	
	maxillaire inférieure.	
	nasale..............	Variétés rares.
	temporale..............	
2° Cervico-occipitale..	occipitale.	
	mastoïdienne.	
3° Brachiale..........	cubitale.	
	musculo-cutanée.	
	radiale.	
	médiane..............	Variété fort rare.
4° Dorso intercostale...	dorsale..............	Variétés rares.
	intercostale..............	
5° Lombo-abdominale..	lombaire..............	proprement dite.
	ilio-scrotale.	

NÉVRALGIES.	VARIÉTÉS.	
6° Crurale............		
7° Fémoro-poplitée....	fémoro-poplitée........	proprem. dite (sciatique).
	péronière.	
	plantaire externe.	
	plantaire interne.	
8° Multiple ou erratique.		

Les névralgies se trouvent douc, comme ou le voit, d'après ce tableau synuptique, séparées en autant d'espèces qu'il y a de troncs nerveux, on de plexus envoyant des branches à la superficie du corps ; quant à celles qui sont burnées à une seule division de ces nerfs ou de ces plexus, elles sont mises an rang de simples variétés.

Bien que la description de la névralgie en général ait été rejetée à la fin de l'ouvrage comme le résumé analytique des descriptions particulières, l'anteur ne pouvait cependant aborder un sujet jusqu'alors aussi vague sans déterminer d'une manière catégorique le sens du mot *névralgie* qu'il définit ainsi : *une douleur plus ou moins violente, ayant son siége sur le trajet d'un nerf, disseminée par points circonscrits, véritables foyers douloureux d'où partent, par intervalles variables, des élancemens ou d'autres douleurs analogues, et dans lesquels la pression, convenablement exercée, est plus ou moins douloureuse.*

Par cette définition, qui diffère du reste de toutes celles adoptées jusqu'alors, M. Valleix écarte de son cadre ces douleurs des viscères dans lesquelles les fonctions sont plus ou moins altérées, sans lésion organique apparente, et que l'on connait sous le nom générique de *viscéralgies*. En effet, le siége de la douleur viscéralgique occupant dans tous les sens une étendue considérable de l'organe, la viscéralgie consiste bien plus dans les troubles fonctionnels de l'organe malade, que dans la douleur des nerfs qui s'y rendent, tandis que dans la névralgie la douleur du nerf est le point capital, les lésions fonctionnelles des organes auxquels ils se distribuent n'étant que des phénomènes accessoires. « Quant aux douleurs du cancer, dit l'auteur, outre qu'elles n'ont pas un trajet bien déterminé, elles ne présentent pas les caractères des douleurs qui siégent dans un tronc nerveux, car les élancemens seuls les constituent. Je ne prétends pas dire, néanmoins, que ces diverses douleurs n'ont pas de nombreux points de contact, et ne se rapprochent pas l'une de l'autre par leur nature ; mais la différence du siége en apporte de si grandes dans leur manière d'être, dans leur marche, dans le traitement qui leur convient, en un mot, dans les circonstances les plus essentielles, que le praticien doit nécessairement les distinguer avec soin. »

Une attention dont on doit savoir gré à l'auteur, c'est d'avoir fait précéder, pour chacun des chapitres, l'histoire des symptômes par la description topographique du nerf malade, et par des considérations anatomiques du plus haut intérêt. Nous regrettons de ne pouvoir, dans cette courte analyse, indiquer la manière dont cette partie du travail a été conçue, en donnant, d'après M. Valleix, un aperçu anatomique des nerfs dont la distribution et surtout les rapports avec les autres nerfs sont les moins connus ; mais il suffira de lire les considérations qui précédent l'étude des névralgies faciale et intercostale, par exemple, pour comprendre quelles inductions pratiques on peut tirer des rapports si remarquables qui existent entre la distribution des branches nerveuses et la dissémination de la douleur névralgique dans telle ou telle partie du corps.

Il me suffirait de prendre presqu'au hasard dans le tableau synoptique tracé plus haut, pour montrer ce qu'a gagné au travail de M. Valleix l'histoire des névralgies ; mais parmi tous les points propres à exciter surtout l'intérêt des praticiens qui n'ont pu suivre les études partielles faites tout récemment, ou prendre parti entre les opinions souvent contradictoires de MM. Ch. Bell, Magendie, Bérard, Bellingeri, Jobert, Bassereau, Valleix, etc., il faut citer surtout l'histoire de la névralgie faciale, si élaborée dans ces derniers temps, et dont plusieurs parties laissent cependant tant de doutes. Il faut citer encore l'histoire des névralgies cervico-occipale, cervico-brachiale, dorso-intercostale, lombo-abdominale, crurale, etc., dont le nom même est ignoré de la plupart des médecins.

Pour ces dernières espèces, dont plusieurs paraissent pour la première fois dans le cadre nosologique, il faudrait des détails que nous ne pouvons donner dans une analyse ; mais par les considérations qui ont pu faire exclure de la pathologie certains genres, on jugera de celles qui ont pu en faire admettre certains autres. Ainsi la névralgie du nerf facial, qui faisait pour plusieurs pathologistes (Chaussier, Reverdie, Arloing, Ribes, Halliday, Bellingeri, Rennes, etc.) un article de foi, se trouve niée positivement, irrévocablement exclue par l'auteur, et d'après les preuves physiologiques si habillement déduites il y a plusieurs années par M. Bérard, et d'après des preuves pathologiques et des observations cliniques rassemblées par M. Valleix lui-même.

Le point de départ des élancemens névralgiques étant, en effet, au niveau du trou stylo-mastoïdien, devait facilement induire en erreur, et faire attribuer l'affection à la septième paire, mais tout près du point d'émergence du nerf facial, un peu en dedans de la région mastoïdienne est un nerf volumineux qui vient s'anastomoser avec des rameaux considérables de deux branches du trifacial : ce nerf est le sous-occipital, et d'après MM. Bérard et Valleix, c'est par cette voie que la douleur partant de derrière la tête irait retentir dans les diverses parties de la face. Ne pouvant donner en entier la discussion intéressante que l'auteur a consacrée à cette question, je me bornerai à donner les conclusions dans lesquelles elle se trouve résumée.

Dans la distribution anatomique des nerfs de la face, rien ne peut démontrer que, dans tel ou tel cas, le nerf facial est douloureux plutôt que le nerf trifacial ; car, partout où l'on a observé la douleur dans le premier de ces nerfs, il s'unissait plus ou moins intimement avec le dernier.

Parmi les expériences physiologiques, celles qui offrent le plus de détails et paraissent les plus concluantes, démontrent le défaut de sensibilité de la portion dure de la septième paire.

En interrogeant et en explorant les malades avec tout le soin nécessaire, on parvient à constater, dans des cas tout-à-fait semblables à ceux qui sont rapportés par les auteurs, que la douleur a son point de départ, non pas dans le nerf facial, mais dans les nerfs occipitaux.

Si l'observation ultérieure venait démontrer que la névralgie du nerf facial existe réellement, ce fait ne serait pas plus embarrassant pour le physiologiste que pour le pathologiste ; car les sources abondantes de sensibilité qu'il trouve dans plusieurs nerfs, et notamment dans le trijumeau, rendraient parfaitement raison de cette anomalie apparente.

Le chapitre qui traite des névralgies en général est un véritable résumé dans lequel l'auteur a rassemblé les détails numériques propres à faire juger d'une manière plus précise que par le passé toutes les questions relatives à l'âge, au sexe, à la cause, aux saisons, etc., etc., et surtout à l'un des phénomènes pathognomoniques de la névralgie, je veux dire la douleur. Tous les autres avaient remarqué en effet que les nerfs les plus superficiels étaient principalement, et peut-être uniquement, affectés de névralgies ; mais on n'a pas poussé l'investigation plus loin, et l'on ne s'est pas demandé quels sont les points de ces nerfs superficiels qui sont plus particulièrement envahis par la douleur.

En résumant les principaux résultats fournis par l'observation, on voit que la douleur se trouve placée sur quatre points principaux du trajet des différens nerfs : 1° *au point d'émergence d'un tronc nerveux.* Ainsi à la sortie des trous sus et sous-orbitaire, et mentionnés pour le nerf trifacial ; dans l'aine pour le nerf crural ; à la partie inférieure de l'occipital pour le nerf occipital, etc. ; 2° *dans les points où un filet nerveux traverse les muscles pour se rapprocher de la peau dans laquelle il vient se jeter* ; ainsi les parties dans lesquelles viennent se rendre les branches postérieures des nerfs spinaux, etc. ; 3° *dans les points où les rameaux terminaux d'un nerf viennent s'épuiser dans les tégumens* ; ainsi, à l'extrémité des principaux rameaux de tous les nerfs cutanés, comme la partie antérieure des nerfs intercostaux, l'extrémité des doigts, etc. ; 4° *enfin, dans un point qu'on pourrait rapprocher du premier, et qui se trouve aux endroits où des troncs nerveux, par suite du trajet qu'ils ont à parcourir, deviennent très superficiels.* Les deux principaux sont ceux dans lesquels le nerf cubital et le nerf péronier contournent, l'un l'épitroclée et l'autre la tête du péroné.

Le traitement qui, dans une affection si douloureuse et si rebelle, devait former la partie principale de l'ouvrage, est aussi celle sur laquelle l'auteur a le plus spécialement porté son attention. On conçoit qu'il me serait impossible d'indiquer celui qu'il propose pour chaque espèce de névralgie, et je renvoie au texte lui-même.

J'en ai dit assez, je pense, pour faire voir sous quel jour nouveau se trouvent envisagées toutes ces questions, les unes si ardues, les autres si confuses, quelques-unes enfin presque complètement ignorées. C'est là, comme le voit, un ouvrage qui rendra d'éminens services aux élèves dont il facilitera beaucoup les études, et aux praticiens dont il éclairera les doutes dans ce diagnostic souvent si obscur, et dont il dirigera la conduite dans cette thérapeutique toujours si difficile des névralgies.

H. LANDOUZY, de Reims.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE BÉGAIEMENT ET SUR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DU MUSCLE GÉNIO-GLOSSE; par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1).

Toutes les opérations découvertes dans ces dernières années ont contribué à perfectionner la connaissance des maladies qu'elles étaient destinées à guérir. Les résultats obtenus par la section des tendons et des muscles dans les pieds-bots, les torticolis chroniques, les incurvations de la colonne vertébrale ont détruit la théorie qui attribuait ces maladies a des arrêts de développement et démontré le rôle important du système musculaire dans la production des difformités du système osseux. La cicatrisation sans accidens, sans formation de pus, des solutions de continuité faites à travers une petite ouverture de la peau a fait disparaître les préjugés classiques sur les plaies par piqûre et a conduit à la série de recherches sur lesquelles se fondent les principes de la méthode sous-cutanée, cette belle généralisation, la plus importante et la plus pratique de la chirurgie moderne. L'opération du strabisme a permis de décider quelle était la part de l'action musculaire dans les déviations de l'œil et a servi à soupçonner d'abord, à démontrer plus tard l'influence des muscles sur la forme de l'œil et sur les phénomènes jusque-là si hypothétiques de l'accommodation à la vue des objets placés à des distances diverses. Enfin, l'opération de la myopie née de celle du strabisme a démontré que l'état des yeux qui ne permet de voir que les objets rapprochés n'est pas toujours dû à une disposition anatomique permanente, mais qu'il peut dépendre d'un changement de forme de l'œil dû à la compression qu'exercent sur cet organe les muscles qui l'entourent.

Tandis que la connaissance des difformités du système osseux, des plaies, du strabisme, de la myopie, a reçu de si vives lumières des progrès de la médecine opératoire et presque changé de face avec la découverte des affections tendineuses et musculaires, l'opération du bégaiement a été créée, appliquée, modifiée à l'infini, sans que la connaissance du bégaiement jusqu'à présent si mal étudié, si imparfaitement compris, en ait reçu la moindre lumière. Pendant plusieurs mois, chaque jour a vu naître quelque procédé, quelque section différente (des procédés et des sections qui avaient jusque-là été proposées et pratiquées sur la langue); mais tous ces travaux entrepris avec tant d'ardeur, défendus et attaqués avec tant de passion, se sont toujours bornés à la médecine opératoire; la raison de chacun avait beau faire comprendre qu'à une opération non-

(1) Ce mémoire est extrait d'un ouvrage que l'auteur doit publier incessamment sur *le strabisme, la myopie, la disposition à la fatigue des yeux, le bégaiement, les pieds-bots*, etc.

Feuilleton.

SUR LES ANCIENS PSYLLES.

> Je rapporte les propos des Libyens.
> (Hérodote.)

Au nombre des nations, peuples ou peuplades, qui occupaient autrefois le nord de l'Afrique, étaient les Psylles, sur lesquels nos connaissances sont très bornées. C'est ce qu'on concevra sans peine d'une peuplade dont l'existence même n'était pas moins fabuleuse à l'époque des écrivains qui en parlent, qu'elle ne l'est aujourd'hui. Les Psylles, du temps d'Hérodote, n'existaient déjà plus que dans les souvenirs, et ce grave historien rapporte qu'ils périrent dans une guerre qu'ils avaient entreprise contre le vent du Midi.

« Les Psylles, dit Hérodote, périrent autrefois de la manière suivante:

» Le vent du Midi avait, de son souffle, desséché leurs citernes, car tout leur pays était au-devant de la Syrte et sans eau. Ayant tenu conseil entre eux, ils résolurent, d'un consentement unanime, d'aller faire la guerre au vent du Midi. Lorsqu'ils furent arrivés dans les déserts sablonneux, le même vent, soufflant avec violence, les ensevelit sous des monceaux de sables (lib. XV). »

Comme on le voit, cette disparition des Psylles dans les sables du désert n'est que l'histoire renouvelée de celle de l'armée de Cambyse, ou bien la disparition de cette armée, l'histoire renouvelée de la disparition des Psylles, comme on voudra, avec cette remarque, que les deux événemens se seraient passés à peu près dans les mêmes lieux. Les Psylles, en effet, comme nous le verrons plus loin, habitaient non loin de l'Oasis d'Ammon, dans l'ouest, et c'est dans une expédition contre les habitans de cette contrée que périt, au rapport de l'histoire, l'armée du roi perse.

Solin, tout en disant qu'il ne reste des Psylles que les conjectures qu'on fait à l'occasion de leur nom, *neque quicquam aliud præter opinionem de vestigio nominis sui Psyllii reliquerunt*, leur assigne pourtant une fin moins fabuleuse que celle que leur donne Strabon. « Toute cette nation, dit Solin, a été exterminée par les Nasamons. *Sed hœc gens interivit à Nasamonibus.* »

Mais, qu'était donc ce peuple, qu'étaient donc ces Psylles, en quoi se distinguaient-ils des autres nations, peuples ou peuplades, du nord de l'Afrique?

« Les Psylles, dit Solin, étaient des hommes d'une force merveilleuse pour résister à toute sorte de venin, *Psyllii contra noxium virus muniti incredibili corporis firmitate*; ils étaient les seuls de tous les mortels à qui la morsure des serpens ne fût point fatale, *soli morsibus anguium non interibant*, car, quoiqu'ils en fussent mordus, ils continuaient de jouir d'une santé inaltérable, *et quamvis dente letali appetiti, incorruptâ durabant sanitate.* »

Les Marses, chez les Romains, passaient aussi pour invulnérables au venin des reptiles; ils guérissaient, par la succion, la morsure de ces animaux, ainsi que faisaient les Psylles, à ce qu'il paraît. Chose remarquable dans l'histoire des

velle, il fallait une science nouvelle; l'opération du bégaiement se modifiait, se perfectionnait peut-être; la connaissance du bégaiement restait toujours la même.

J'ai fait tous mes efforts pour combler ces lacunes, pour arriver à quelques notions précises sur le caractère des vices de la parole que l'on confond sous le nom de bégaiement, et, quoique je reconnaisse combien, dans ce travail, le plus difficile peut-être de ceux que j'ai entrepris, je suis resté loin du but que je m'étais proposé, je crois avoir perfectionné la méthode à suivre dans l'observation du bégaiement, déterminé avec plus de précision qu'on ne l'a fait sa nature et les diverses variétés de cette maladie et établi quelques rapports pratiques entre ces variétés et les résultats de l'opération nouvelle.

La première partie de ce mémoire a pour but de faire connaître ces recherches scientifiques; la seconde est consacrée à l'examen de la méthode sous mentale ou sous-cutanée que j'ai, le premier, appliquée à la section du muscle génio-glosse. J'ai lieu de croire que l'on commence assez généralement à comprendre aujourd'hui toute la supériorité de cette méthode sur celles qui ont été primitivement proposées et qui consistaient à couper le muscle génio-glosse du côté de la bouche, à travers une grande incision; mais on ne connaît pas encore toutes les dispositions anatomiques qui se rattachent à la pratique de cette opération. Dans la note où je l'ai décrite dans le mois de mars 1841, je n'ai indiqué que d'une manière incomplète les précautions à prendre dans son emploi; je n'ai pas décrit ses effets immédiats et précis, quelles sont ses chances de succès et ses chances de revers. Ce sont ces lacunes que je vais m'efforcer de remplir.

J'examinerai successivement:

1° La méthode à suivre dans l'étude du bégaiement;

2° La nature et les diverses variétés de cette maladie;

3° Les principes de l'opération du bégaiement;

4° Les avantages de la méthode sous-cutanée ou sous-mentale appliquée à la section du muscle génio-glosse;

5° La disposition des aponévroses qui unissent la langue à la mâchoire inférieure;

6° Le procédé à suivre dans la section sous-mentale du muscle génio-glosse;

7° Les suites immédiates de cette section et les résultats pratiques qu'elle a donnés dans plus de 70 cas où elle a été appliquée par divers chirurgiens.

MÉTHODE À SUIVRE DANS L'OBSERVATION DU BÉGAIEMENT.

Il en est du bégaiement comme de toutes les maladies qui résident dans des organes dont les divers états sont difficiles à apprécier : il faut une méthode spéciale pour l'observer avec précision et d'une manière complète. Dans l'impossibilité où je me trouve de développer dans cet article tous les moyens d'investigation qu'on peut employer pour connaître l'état des bègues, je me contenterai de parler de ceux qui me paraissent les plus importans, et qui ont été les plus négligés jusqu'ici.

L'examen de la disposition anatomique de la bouche et celui des mouvemens de la langue, lorsque les bègues ne parlent pas, donnent en général peu de lumières. Ce n'est que dans l'exercice de la parole que les bègues diffèrent de ceux qui parlent avec facilité; c'est dans cet exercice qu'il faut spécialement les étudier.

Les réflexions que je présenterai dans la suite de ce mémoire feront comprendre aisément qu'en examinant les bègues pendant qu'ils parlent, il faut surtout avoir pour but de déterminer la position que prennent les diverses parties de leur bouche dans l'articulation des mots, et de juger du rapport ou de la différence que présentent ces positions avec celles qu'on observe chez ceux qui parlent sans peine.

A part les cas assez rares où la langue s'avance entre les dents et les lèvres, et où le malade en mord la pointe involontairement, on ne voit pas, en observant les bègues qui parlent, quelles sont les positions vicieuses que prennent chez eux les diverses parties de la bouche, et lors même qu'on pourrait voir ce qui se passe dans cette cavité lorsqu'ils prononcent des phrases entières, on ne pourrait déterminer, dans l'évolution rapide des divers mouvemens, si ceux qu'ils exécutent sont ou non ceux qu'exige l'articulation normale des mots qu'ils prononcent.

Pour savoir quels sont les faux mouvemens que les bègues peuvent faire avec leur langue en parlant, il faut savoir : 1° quelle est, dans l'état normal, la position de cet organe dans l'articulation des sons élémentaires dont l'ensemble constitue la langue parlée, et faire prononcer successivement aux bègues, les mâchoires écartées de 2 centimètres au niveau des petites molaires, tous ces sons élémentaires.

En comparant ensuite la position que prend la langue, d'une part, chez ceux qui parlent bien, d'autre part, chez les bègues, on peut juger si les mouvemens qu'elle exécute chez ces derniers sont dans une bonne ou dans une mauvaise direction.

J'ai appliqué cette méthode de recherche un grand nombre de fois, et en faisant répéter comparativement aux bègues et à ceux qui ne le sont pas, tous les sons élémentaires, c'est-à-dire autant que je puis le faire comprendre en écrivant les voyelles, les diphtongues et les consonnes.

Voici les seuls mouvemens sur lesquels j'ai fait des observations propres à établir des différences marquées entre les uns et les autres.

En répétant les consonnes *le*, *ne*, *de*, *te*, etc., les bègues se trompent presque constamment sur *de* et *te*; au lieu de prononcer ces lettres en appuyant, comme on doit le faire, la pointe de la langue derrière les dents incisives, ils les prononcent en portant la langue entre les dents.

Dans quelques cas plus rares, en articulant *le* et *ne* qui exigent également l'élévation de la pointe de la langue contre la partie antérieure de la voûte palatine, ils se trompent et portent plus ou moins la langue entre les dents; quelquefois, dans l'articulation de ces consonnes, *le*, *ne*, *de*, *te*, qui forment un groupe si naturel que M. Michelot les a réunis sous le nom de sommo-linguales, la langue ne vient pas se placer entre les dents, mais elle ne s'élève pas assez haut derrière les dents incisives, elle ne touche pas la voûte palatine ou les dents incisives contre lesquelles elle doit presser dans l'état normal.

Enfin, lorsque les bègues articulent le *re*, la pointe de leur langue, au lieu de se darder en haut et en arrière contre la voûte palatine, se place assez souvent derrière les dents incisives inférieures, et reste fixée dans cette position, ainsi que plusieurs auteurs l'ont observé dans le grasseyement.

La méthode d'observation que je signale m'a permis de constater très souvent le fait si souvent signalé de la position trop basse de la langue dans l'articulation des consonnes qui exigent l'élévation de la pointe de

---

reptiles, c'est l'accord unanime de tous les peuples, les plus étrangers les uns aux autres, anciens et modernes, pour appliquer la succion au traitement de leur morsure, moyen qui, du reste, est tout à la fois, il faut le dire, le plus rationnel et le plus expéditif : le plus rationnel, car, par lui, en enlevant la cause du mal, on prévient les accidens qu'elle eût déterminés; le plus expéditif, car l'application de la bouche sur la plaie est plus tôt faite que celle d'une ventouse, instrument dont l'action d'ailleurs ne saurait être dirigée comme celle de la bouche, qu'on pourrait appeler, sous ce rapport, une ventouse intelligente. D'un autre côté, le point essentiel, en pareil cas, est d'agir promptement : tout le succès en dépend. En effet, une fois introduit dans les chairs, le venin est rapidement absorbé, et cette absorption consommée, la succion devient sans objet, de même que tous les autres moyens employés dans le but de le détruire dans les parties où il a été introduit, telle que la cautérisation de celle-ci et même leur ablation entière.

Le nom de Psylles (*Psylli*) est passé, chez les Romains, aux jongleurs qui faisaient profession de charmer les serpens et de guérir leurs morsures, et nous savons, de Plutarque, que Caton, qui n'aimait pas les médecins parce qu'ils étaient grecs, en avait attaché un certain nombre à l'armée avec laquelle il traversa la Libye. Cet usage paraîtrait s'être conservé dans les armées romaines, d'où il se serait introduit plus tard dans celles de nos ancêtres, les Gaulois; il s'est conservé chez leurs descendans jusque vers la fin du dix-huitième siècle, époque à laquelle « les régimens français, dit Percy, étaient encore pourvus de suceurs de plaies, » qui *pansaient du secret*, comme on disait. Mais, il ne faut pas perdre de vue que, pendant long-temps, jusqu'à l'invention de la poudre à canon, la succion entrait pour beaucoup dans le traitement des blessures par armes de guerre, dont la plupart, produites par des instrumens piquans, pouvaient être imprégnées de substances vénéneuses, comme le sont souvent celles que se font de nos jours les peuples sauvages des deux continens, dont les principales armes consistent en des dards ou flèches empoisonnées; elles pouvaient se compliquer aussi d'autres corps étrangers introduits par les armes. La succion, rationnelle encore dans ces cas comme dans la morsure des serpens, l'était aussi, comme elle l'est toujours, lorsqu'on ne peut y suppléer par la ventouse, dans le cas de plaies simples, par instrument piquant, où l'on avait à craindre un épanchement de sang dans l'intérieur d'une cavité, telle que la poitrine ou l'abdomen, et de là l'usage qui s'en est conservé de nos jours, « où il n'est pas rare de voir, dit Percy, à la suite d'un combat singulier, un généreux adversaire, oubliant son ressentiment, sucer la plaie qu'il vient de faire dans l'espoir de conserver une vie que, dans sa rage aveugle, il voulait arracher un instant auparavant (1). » Mais, revenons à nos Psylles d'autrefois, et voyons d'abord quelle était la position géographique qu'ils occupaient dans le nord de l'Afrique.

« Au-dessus de ceux-ci, dit Strabon, parlant des Marmarides, qui habitaient le littoral depuis l'Egypte jusqu'à Cyrène, sont les Syrtes, les Psylles, les Nasamons et une partie des Gétules. »

« Après les Nasamons, dit Hérodote, viennent les Psylles. »

« Ensuite, dit Marianus, on trouve les Garamantes, au-delà desquels habi-

(1) DICT. DES SCIENCES MÉDIC., art. *Psylles*.

cet organe, et de reconnaître aussi comme très fréquente la tendance de la langue à se porter entre les dents, fait que M. Colombat (de l'Isère) avait reconnu dans les cas où il est assez évident pour qu'on le voie sans recourir à aucun moyen qui facilite l'observation.

Un des phénomènes du bégaiement, sur lesquels l'attention doit être fixée avec le plus de soin, est le mode suivant lequel la respiration s'exécute. Quelquefois on ne trouve aucun trouble dans les inspirations et les expirations; tout semble résider dans la langue. Mais quelquefois la respiration est singulièrement troublée dès que les malades parlent. Il en est qui au moment de commencer une phrase font 3 ou 4 inspirations et qui répètent ces inspirations au commencement ou au milieu des mots. Chez ces malades, on voit la bouche s'ouvrir largement, la poitrine se dilater et éprouver des secousses que je ne puis mieux comparer qu'à celles qui accompagnent les sanglots.

Dans d'autres cas, le malade qui veut parler s'arrête sans proférer aucun son, sans agiter ses lèvres; puis, quand après une suspension plus ou moins longue, il peut enfin parler, il prononce complètement et sans obstacle le mot qu'il voulait dire. Cette suspension momentanée de tout mouvement et de tout bruit paraît dépendre d'un obstacle à l'expiration, elle ne s'observe pas toujours au commencement des mots, mais quelquefois au milieu de ceux-ci.

Je n'insisterai pas sur l'observation des causes qui produisent le bégaiement et en modifient l'intensité; chacun sait qu'elles agissent presque toutes sur le système nerveux et qu'elles sont presque uniquement morales; le seul point que je voulais ici signaler à l'attention des observateurs était l'étude des faux mouvemens que peuvent faire les bègues dans l'articulation de certaines consonnes et celle des inspirations intempestives et des arrêts brusques de l'expiration qui jouent un si grand rôle dans la production des vices de la parole.

DE LA NATURE ET DES DIVERSES VARIÉTÉS DU BÉGAIEMENT.

Déterminer la nature d'une maladie, c'est analyser les divers élémens dont elle se compose et dire quels sont, parmi ces phénomènes élémentaires, ceux qui sont primitifs, et ceux qui sont subordonnés.

Les phénomènes élémentaires du bégaiement sont d'abord :

1° La maladie nerveuse qui en a été la cause première.

2° Les troubles fonctionnels des organes de la parole.

L'existence de ces deux ordres de phénomènes ressort de la connaissance des causes du bégaiement, qui toutes agissent sur les centres nerveux et des observations que l'on peut faire sur les bègues pendant qu'ils parlent, et qui démontrent des mouvemens répétés, des efforts pénibles dans la poitrine et dans la bouche. Mais si l'on ne peut douter qu'il existe dans le bégaiement deux phénomènes élémentaires, l'un siégeant dans les centres nerveux, l'autre dans les organes de la parole, on peut différer sur la question de savoir quel est le rapport d'importance de ces phénomènes, quel est celui qui est primitif, dominateur, quel est celui qui est secondaire, subordonné.

Je n'hésite pas à dire que, quoique la maladie du système nerveux ait précédé celle des organes de la parole, quoiqu'elle en ait été la cause véritable, une fois qu'elle est guérie, elle ne joue plus aucun rôle dans le bégaiement qui en a été la suite. Celui-ci n'est plus alors qu'une maladie locale fixée dans les organes de la respiration et de la parole. Il est, sous certains rapports, semblable aux pieds bots qui, bien qu'effets presque constans de convulsions et, par suite, de maladies du système nerveux, n'en sont pas moins, après la guérison de ces maladies, des lésions toutes locales que l'on doit traiter et que l'on ne traite avec succès que par des moyens locaux, et jamais par des modifications du système nerveux.

Il est vrai que dans le pied bot la lésion locale est constante, et que ce n'est pas seulement dans de certaines conditions et à des intervalles plus ou moins éloignés qu'elle se manifeste. Il n'en est pas de même du trouble fonctionnel qui constitue le bégaiement, celui-ci ne se montre que lorsque le malade parle; et, dans ce cas, il est modifié par tous les états de l'âme. Mais, lors même que les impressions morales augmentent ou diminuent l'intensité d'une maladie, elle peut cependant être toute locale.

Ainsi le strabisme, du moins chez un certain nombre de personnes, est modifié dans son intensité par tous les états du système nerveux. L'on voit des enfans qui ne louchent pas, lorsqu'ils sont tranquilles au milieu de leurs parens; et qui louchent à un haut degré, lorsqu'ils se trouvent avec des étrangers dont la présence leur cause quelque émotion. J'ai vu des acteurs qui louchaient à peine dans la société, montrer un strabisme très disgracieux lorsqu'ils paraissaient sur la scène et qu'ils faisaient tous leurs efforts pour dissimuler leur infirmité.

Cependant l'opération réussit dans ces strabismes comme dans les autres, ce qui prouve que la lésion est bien locale, puisqu'un remède local, comme l'opération, peut la guérir.

Ce premier point établi, savoir que le bégaiement est un trouble fonctionnel des organes de la parole, que ce trouble fonctionnel a une existence indépendante de la maladie du système nerveux qui en a cependant été la cause première, nous devons aborder la question des phénomènes locaux du bégaiement, les analyser et chercher les rapports qu'ils ont entre eux.

Les phénomènes locaux du bégaiement me paraissent être :

1° Des troubles dans la respiration.

2° Des difficultés dans certains mouvemens de la langue.

3° Des mouvemens en apparence spasmodiques des lèvres et des joues.

Lorsque chez les bègues les mouvemens respiratoires s'exécutent régulièrement pendant l'exercice de la parole, les seuls troubles fonctionnels qu'on observe chez eux sont les mouvemens spasmodiques des joues et des lèvres et la difficulté qu'a la langue à se porter dans certaines directions.

Quel est alors le phénomène subordonnateur et le phénomène subordonné, du mouvement spasmodique des lèvres ou du mouvement difficile de la langue?

Pour résoudre cette difficulté, il faut se faire une idée juste des mouvemens répétés qu'exécutent les lèvres et les joues dans le bégaiement.

Les mouvemens spasmodiques des muscles consistent dans des contractions brusques, irrégulières qui se succèdent avec rapidité les unes aux autres et impriment aux organes des mouvemens désordonnés; tantôt elles ne s'accompagnent d'aucune douleur. comme dans la chorée; tantôt elles coexistent avec de vives souffrances, comme dans le tic douloureux. Dans tous les cas, elles sont involontaires et se reproduisent malgré tous les efforts des malades.

---

taient autrefois les Psylles, *post hæc Garamantes, super hos fuere Psylli.* »

« C'est au-dessus des premiers, dit Pline parlant des Garamantes, qu'étaient autrefois les Psylles, *super illos fuere gens Psylli.* »

Les Psylles étaient donc un peuple qui vivait au-delà de plusieurs autres, procédant du littoral vers l'intérieur, du nord vers le sud; c'était un peuple ou peuplade de l'intérieur, circonstance qui permettait aux voyageurs de l'envelopper d'un peu plus de merveilleux que s'il eût habité le littoral : a beau mentir qui vient de loin, dit le proverbe. Aussi n'est-ce pas sur le littoral, mais dans l'intérieur, qu'étaient les Blemyens, ces hommes sans tête, a visage sur la poitrine, *Blemyis capita absunt, vultus in pectore est* (1); les Satyres, qui n'avaient rien de l'homme que la figure, *satyris præter effigiem, nihil humani*; les Egipanes ou Egipans, ces nains à corps velu, à pieds de chèvre, la tête armée de cornes; et ces troupeaux des Garamantes, obligés de paître en se renversant la tête, *eaque obliqua cervice pascuntur*, à cause de la direction de leurs cornes, tournées directement vers la terre, *nam pronis directa in humum cornua officiunt*, et tant d'autres choses ou coutumes non moins incroyables, que Pomponius Méla répète, à son tour, dans son AFRIQUE INTÉRIEURE, chap. 9.

Comme nous venons de le voir, si les auteurs sont d'accord pour placer les Psylles dans l'intérieur des terres, ils ne le sont pas sur la place qu'ils y occupaient. Comme nous l'avons vu encore, Strabon les place avant les Nasamons, tandis qu'Hérodote les place après, divergence d'opinion qui n'en établit pas moins le voisinage des deux peuples. D'un autre côté, nous pourrions voir, dans la patrie même des Nasamons, celle des Psylles, puisque, ainsi qu'Hérodote nous l'apprend, ceux-ci ayant été détruits, les autres s'emparèrent de leurs terres. « Les Psylles détruits, dit Hérodote, les Nasamons s'emparèrent de leurs terres. » Mais, d'après le même historien, les Nasamons étaient avant les Garamantes. « Au-dessus de ces peuples, dit Hérodote, parlant des Nasamons, vers le midi, dans un pays rempli de bêtes féroces, sont les Garamantes, qui fuient le commerce et la société de tous les hommes. » D'un autre côté, nous avons vu que Pline et Martianus placent les Psylles au-dessus des Garamantes. Quel parti prendre ici, entre Pline, Martianus et l'historien grec? Je ne les sais.

(1) *Blemmyis traduntur capita abesse, ore et oculis pectore affixis.* Pline.

Dans un sermon aux frères du désert, faussement attribué à saint Augustin, on lui fait dire qu'il a vu de ces sortes d'acephales en Ethiopie, où il était allé, avec d'autres serviteurs du Christ, prêcher le saint Evangile, lorsqu'il était déjà évêque d'Hippone. Saint Augustin, en effet, avait vu de ces monstruosités et beaucoup d'autres, non pas à l'état vivant, mais représentées en mosaïque, *musivo*; non pas non plus en Ethiopie, où il n'a jamais été, mais sur la place du port de Carthage, *in maritimâ plateâ Carthaginis*. « Mais, dit le saint prélat, après avoir fait, dans la *Cité de Dieu*, l'énumération de toutes ces sortes de monstruosités, nous ne sommes pas obligés de croire qu'il y a de ces sortes d'hommes : *Sed omnia generâ hominum quæ dicuntur esse, credere non est necesse.* »

Le caractère des mouvemens spasmodiques ainsi bien établi, que l'on compare l'agitation convulsive des lèvres et des joues dans certains bégaiemens, et que l'on juge si l'on peut établir une parité entre ces deux ordres de phénomènes. Dans tous les spasmes véritables, le mouvement convulsif se reproduit malgré tous les efforts du malade. Dans le bégaiement, on ne peut pas empêcher, il est vrai, la répétition des mêmes mouvemens des lèvres et des joues, si l'on essaie de parler, mais cette répétition n'est pas forcée, nécessaire, le malade a un moyen de la prévenir, celui de ne pas parler; sous ce rapport, les mouvemens qu'il répète sont différens des spasmes véritables.

Or, si ces mouvemens répétés, qu'on observe dans le bégaiement, ne peuvent être assimilés aux véritables spasmes, quel est donc leur caractère? D'où peuvent-ils provenir? J'ai lieu de penser qu'ils ne sont que des mouvemens nécessaires à la production de la parole, qui se répètent jusqu'à ce que les mouvemens qui doivent s'accomplir avec eux et qui éprouvent un obstacle puissent enfin se produire.

C'est une loi générale de l'organisme, que lorsqu'une fonction exige le concours d'un certain nombre d'actes qui doivent s'harmoniser entre eux, si l'un de ces actes ne peut s'exécuter, les autres se reproduisent, jusqu'à ce que la simultanéité des mouvemens harmoniques puisse enfin s'accomplir.

Qu'on admette donc que certains mouvemens de la langue sont difficiles chez les bègues, qu'ils restent longtemps avant de pouvoir être exécutés, et l'on comprendra les mouvemens en apparence convulsifs des lèvres et des joues, etc., etc.

Dans l'articulation d'une lettre quelconque, les lèvres, la langue, le voile du palais, agissent simultanément, et l'articulation du son ne peut avoir lieu que lorsque toutes ces parties se sont placées dans une situation déterminée et telle que leurs mouvement soient parfaitement harmonisés les uns avec les autres. Or, si l'un de ces mouvemens est lent à se produire; si, par exemple, la langue doit se porter en haut ou en bas, et qu'elle tarde à le faire, les lèvres, le voile du palais, la face même, entreront dans des mouvemens convulsifs, répéteront ceux qu'ils doivent exécuter dans l'articulation du son, jusqu'à ce que le mouvement de la langue qui est retardataire puisse être enfin exécuté.

Les conclusions que je crois pouvoir déduire des réflexions qui précèdent sont les suivantes:

1° Le bégaiement est un trouble fonctionnel local siégeant dans les organes de la parole, bien que les centres nerveux aient été primitivement affectés.

2° Les mouvemens en apparence convulsifs des lèvres et des joues ne constituent pas le phénomène essentiel, local du bégaiement; ce ne sont que des phénomènes subordonnés à certaines difficultés dans les mouvemens de la langue ou d'autres parties de la bouche.

Ces principes établis sur la nécessité d'éliminer la lésion du système nerveux, et les mouvemens spasmodiques du nombre des phénomènes essentiels du bégaiement, nous pouvons aborder avec plus d'assurance la question des diverses variétés de cette maladie.

C'est un principe incontestable que les classifications ne doivent être établies que sur la considération des phénomènes qui en tiennent d'autres sous leur dépendance. Les phénomènes secondaires ne sauraient servir de base à des classifications pathologiques, et si j'eusse regardé, à l'exemple de quelques auteurs, les mouvemens répétés des lèvres et des joues comme le phénomène essentiel du bégaiement, j'aurais dû en tenir compte dans mes divisions, ce que je ne ferai point, du moment où leur caractère de subordination est parfaitement démontré.

Après ces éliminations successives, il ne me reste plus, pour établir quelles différences séparent les diverses variétés de bégaiement que les troubles de la respiration et les mouvemens difficiles des organes de la bouche. Je vais examiner d'abord isolément ces phénomènes; je chercherai ensuite quels sont leurs rapports.

DIFFICULTÉS DE LA PAROLE DÉPENDANTES DE MOUVEMENS VICIEUX DE LA LANGUE.

Dans la plupart des bégaiemens, la langue a de la peine à s'élever contre la voûte palatine et à se porter en arrière; elle tend au contraire à se porter entre les dents.

Cette tendance de la langue peut être quelquefois reconnue, sans qu'il soit nécessaire d'employer aucun moyen qui facilite l'observation de ces mouvemens; on la voit, pendant l'exercice de la parole, s'avancer entre les lèvres; quelquefois le malade la mord, s'il parle avec précipitation.

Lorsque le phénomène n'est pas aussi apparent, on peut le reconnaître par la méthode d'observation, qui consiste à faire articuler aux bègues quelques consonnes, spécialement *le*, *ne*, *de*, *te*, pendant qu'ils tiennent la bouche assez ouverte, pour que les petites molaires soient écartées de 2 centimètres.

La plupart d'entre eux se trompent dans les mouvemens qu'ils doivent exécuter pour prononcer ces lettres; car, en cherchant à les articuler, ils portent la pointe de la langue entre les dents. Au plus faible degré de leur maladie, ils n'exécutent ce faux mouvement que sur le *te*, à un degré plus fort sur le *de*, et enfin, dans les cas extrêmes, sur *le*, *ne*, *de*, *te*.

J'admets, comme un des élémens de la difficulté qu'on éprouve à parler dans le bégaiement, la tendance qu'a la langue à se porter en bas et en avant, et, ce qui est à peu près la même chose, la difficulté qu'elle éprouve à se diriger en haut et en arrière. Cette tendance, d'une part, et cette difficulté, de l'autre, peuvent être attribuées à la rétraction du muscle gémo-glosse qui porte la langue en bas et en avant, et s'oppose au mouvement en haut et en arrière.

Mais si ce muscle peut être rétracté isolément, les autres muscles peuvent l'être aussi de leur côté. Dès-lors, on est conduit à penser que la langue peut avoir, dans certaines variétés du bégaiement, de la tendance à se diriger dans d'autres directions que celles où l'entraîne le génio-glosse; mais l'observation ne m'a point permis de reconnaître ces variétés; je me borne donc à indiquer le soupçon que je conçois de leur existence, et j'évite par là de sortir du cercle des faits observés.

DIFFICULTÉS DE LA PAROLE, DÉPENDANTES DE CE QUE L'EXPIRATION EST BRUSQUEMENT INTERROMPUE AU COMMENCEMENT OU AU MILIEU DES MOTS.

On peut observer des difficultés de la parole, dans lesquelles les mêmes syllabes ne sont pas fréquemment répétées, mais où le malade s'arrête brusquement au milieu des mots et reste longtemps sans proférer aucun son avant de commencer une phrase. Ce genre de maladie est bien

---

Les Garamantes habitent la contrée connue aujourd'hui sous le nom de Fezzan, au sud des états de Tripoli. Ce serait donc au sud du Fezzan que, dans la version de Pline et de Martianus, il faudrait chercher le pays qu'occupaient les anciens Psylles, entre cette contrée et les lacs ou marais signalés par les voyageurs modernes, dans les plaques sablonneuses qui s'étendent au-delà, et dont l'un d'eux pourrait être ce lac de Lycomède, qui se trouvait, au rapport de Pline, au-dessus du pays des Psylles. « Au-delà de leur pays, dit Pline, se trouve le lac de Lycomède, au milieu du désert, *super quos lacus Lycomedis, desertis circumdatus*. »

Mais, évidemment, c'est trop nous enquérir de la position géographique d'un peuple qui, comme corps de nation, n'eut sans doute d'existence que dans l'imagination des écrivains qui en ont parlé, et vraisemblablement les Psylles d'autrefois n'étaient autres que ceux d'aujourd'hui, c'est-à-dire des jongleurs qui parcouraient les différentes peuplades du nord de l'Afrique, faisant profession d'être invulnérables aux serpens et d'en guérir les morsures; peut-être étaient-ils fournis en plus grand nombre par une certaine peuplade que par les autres, mais très probablement, voilà tout. Sans doute les Psylles de nos jours pourront servir à mieux faire connaître ceux des temps passés. Malheureusement, tout ce que j'en sais, se borne au peu que j'en vais raconter.

Me trouvant à Bône, l'année dernière, j'aperçois, près de la porte d'Hippône un rassemblement; je m'en approche. Après une quête peu fructueuse, un indigène, enveloppé d'un bernous, se fait mordre la langue par un reptile qu'il venait de prendre dans un sac de peau. A peine mordu, il semble pris de défaillance; il chancelle et tombe en étendant les membres, les bras le long du corps. On s'empresse de le couvrir d'un haïque, sous lequel il reste immobile. Mais bientôt commence une musique barbare, exécutée par une sorte de tambour de basque et un instrument à corde d'une grande simplicité. Sous les accords de cette symphonie, le corps sort insensiblement de son immobilité, les mouvemens augmentent de plus plus en plus; puis, tout à coup, l'homme se redresse, en se débarrassant du haïque, et simulant ainsi une résurrection. La musique était alors étourdissante, et la représentation terminée. Dès que le calme fut rétabli, je traversai la foule pour arriver jusqu'à la scène, et proposai aux acteurs de recommencer pour moi la représentation, que je payai d'avance. L'un d'eux, sortant aussitôt un reptile du sac qui gisait par terre, il lui présente la langue en le tenant par la nuque: l'animal, ouvrant alors les mâchoires, y enfonce profondément les dents.

Les dents des reptiles, comme on sait, sont dirigées obliquement d'avant en arrière, de sorte que, pour les dégager d'un corps où elles se trouvent implantées, on est obligé d'entr'ouvrir plus ou moins les mâchoires, en même temps qu'on les porte légèrement en avant. Les Psylles auxquels j'avais affaire devaient être exercés à cette manœuvre, à laquelle il leur fallait recourir pour retirer les parties qu'ils livraient à leurs reptiles. Je me chargeai de l'exécuter moi-même, dans la circonstance que je viens de rapporter; j'y procédai, à ce qu'il paraît, avec une certaine habileté, à en juger par l'étonnement dans lequel elle les mit, et qu'ils m'exprimèrent par un sourire dans lequel je crus comprendre qu'ils me soupçonnaient d'être un des leurs parmi les miens. Cette fois, le Psylle ne se donna pas la peine de mourir: satisfait de l'intérêt que je prenais à son industrie, il termina la séance en me faisant voir toutes les bêtes de la société ambulante. Ces animaux, comme nous l'avons déjà dit, étaient renfermés dans un sac de peau;

diffèrent du bégaiement proprement dit. Dans ce dernier, l'expiration de l'air continuant à se faire, les mots sont articulés avec difficulté, il est vrai, mais ils sont articulés. Dans le cas dont je parle, toute émission de sons est momentanément suspendue, et le malade s'arrête, faisant des efforts convulsifs pour arriver à proférer un son.

Je n'ai pu constater encore par l'observation quelles sont les positions des organes vocaux qui produisent ces arrêts brusques de l'expiration. Ceux-ci peuvent venir d'une contraction spasmodique du larynx ou d'un soulèvement de la base de la langue, qui vient s'appliquer contre la voûte palatine et ferme l'issue à l'air du côté de la bouche.

La première de ces opinions n'est pas sans fondement, mais la seconde me semble la plus probable; probabilité dont le seul fondement, à vrai dire, est la facilité que l'on a à imiter ces arrêts brusques de l'expiration, en soulevant la base de sa langue et la maintenant dans cette position, comme on le fait lorsqu'on veut articuler les lettres *gue*, *que*, qui exigent pour être prononcées un mouvement d'élévation de la base de la langue, dont la continuité empêche tout effort d'expiration.

DIFFICULTÉS DE LA PAROLE, DÉPENDANTES DES VICES DANS LES INSPIRATIONS.

Lorsque les difficultés de la parole dépendent du mode vicieux suivant lequel les malades inspirent, on voit ceux-ci faire, au milieu des mots, ou avant que les premières syllabes puissent s'échapper, de grandes inspirations, semblables à celles qui précèdent les sanglots.

Le siége véritable du vice fonctionnel dont ces inspirations intempestives sont la conséquence est difficile à déterminer; mais si l'on peut rester incertain sur la question de savoir quels sont les nerfs et les muscles inspirateurs qui sont alors affectés, on peut assurer tout au moins que la langue ne participe en rien à ce trouble dans la respiration, et l'on prévoit sans peine que toute opération pratiquée sur elle n'ait aucune influence sur la guérison.

La santé parfaite des malades chez lesquels j'ai observé ce trouble dans la respiration ne me permet d'admettre chez eux aucune maladie pulmonaire.

Ainsi donc, en éliminant, comme je l'ai fait, les lésions du système nerveux et les mouvemens spasmodiques des lèvres et des joues, les phénomènes élémentaires des vices de la parole que l'on confond sous le nom de bégaiement sont :

1° La tendance de la langue à se porter en avant et en bas, ou, en d'autres termes, la difficulté qu'elle éprouve à se porter en arrière et en haut.

2° Les obstacles qui arrêtent l'expiration de l'air avant et au milieu des mots.

3° Les inspirations que font intempestivement les malades pendant qu'ils parlent.

Ces divers phénomènes peuvent exister indépendamment les uns des autres; ils peuvent coexister ensemble; mais les rapports qu'ils ont entr'eux me paraissent être simplement des rapports de co-existence, jamais des rapports de causalité.

J'ai vu la difficulté dans l'expiration coïncider avec la difficulté dans les mouvemens de la langue; cette dernière, avec les inspirations intempestives; quelquefois, ces trois ordres de phénomènes, coexister les uns avec les autres. Mais je n'ai pas vu que l'un d'eux entraînât nécessairement les autres, et admettant qu'ils peuvent ainsi avoir une existence indépendante, je les considère comme les phénomènes essentiels du bégaiement qu'ils produisent, soit lorsqu'ils sont isolés, soit lorsqu'ils s'associent les uns aux autres de diverses manières.

Quelqu'aient été les progrès de la science dans ces détails, nous en sommes toujours à cette idée, que les classifications médicales peuvent être fondées sur les mêmes principes que les classifications en histoire naturelle; on croit que l'on peut distribuer des modifications de l'être vivant, telles que les maladies, de la même manière que des êtres distincts comme les plantes et les animaux. C'est là une erreur fondamentale et qui se démontre surtout par cette observation, que les êtres ne se combinent pas les uns avec les autres pour former des composés, tandis que les modifications d'un être, telles que les malades, peuvent s'associer les uns aux autres, suivant des combinaisons très variées.

C'est à la chimie, qui recherche quels sont les corps élémentaires et qui étudie ensuite les diverses combinaisons de ces corps, qu'il faut emprunter le modèle de nos classifications pathologiques. C'est en suivant ces principes que j'ai établi quels sont les phénomènes élémentaires qui constituent le bégaiement, et de quelle manière ces élémens peuvent se combiner entr'eux.

PRINCIPES DE L'OPÉRATION DU BÉGAIEMENT.

La plupart des physiologistes et des médecins s'accordent encore aujourd'hui à regarder la section des muscles appliquée à la cure du bégaiement comme contraire à toutes les conséquences qu'on peut déduire des causes de cette maladie. En considérant que celles qui le produisent ou qui en modifient l'intensité agissent toutes sur le système nerveux, ils blâment un traitement qui n'agit que sur la langue, c'est-à-dire sur l'organe qui, à leurs yeux, n'est pas le siége du mal. Leur opinion compte un grand nombre de partisans et cette idée que l'opération du bégaiement est contraire aux vrais principes de la physiologie pathologique, a contribué plus que toute autre cause à la défaveur qui l'accueille encore aujourd'hui; on peut réfuter ces opinions par les faits et par les raisonnemens.

Les faits seront cités plus loin avec tous les détails nécessaires; ils constituent la réfutation la plus positive. Mais, comme ceux qui sont favorables au principe de l'opération du bégaiement ne sont pas constans, et que ceux qui démontrent la justesse de ces principes ne peuvent être mis sous les yeux de tout le monde; que, faute d'en avoir été les témoins, plusieurs personnes prennent le parti de les nier, on conçoit que nous ne négligions pas les raisonnemens qui agissent sur l'esprit de tous; car c'est une vérité incontestable, que l'on persuade plus en démontrant qu'une proposition est raisonnable, qu'en prouvant que cette proposition, toute absurde qu'elle paraisse, a des applications utiles.

Mais, d'abord, les auteurs que je cite partent de cette idée que le bégaiement est une maladie nerveuse, proposition que je me suis appliqué à réfuter avant tout, et qu'il suffit de montrer erronée pour détruire tout l'échafaudage de leurs raisonnemens. Le bégaiement, nous l'avons prouvé, est une maladie locale; comme telle, elle admet des remèdes locaux. Mais la lésion fonctionnelle locale qui la constitue étant très variée, le remède local doit l'être lui-même, et sa nature ne peut être examinée qu'en

---

ils se composaient de trois espèces de couleuvres (1), sans aucune espèce venimeuse (2).

Sans doute, il est permis de croire que les serpens des Psylles anciens n'étaient pas moins innocens que ceux de nos Psylles modernes, de sorte que la coutume où ils étaient, au rapport de Solin, d'exposer leurs nouveau-nés à la morsure des serpens, pour juger de leur légitimité, ne devait pas plus compromettre la vie de ces petites créatures que la réputation de leurs mères. « Ils avaient coutume, dit Solin, d'exposer à ces animaux leurs enfans dès qu'ils venaient de naître, et lorsque leurs mères avaient failli à la fidélité conjugale, elles ne manquaient pas d'en être punies par la mort de l'enfant; si, au contraire, les enfans étaient légitimes, ils n'avaient rien à craindre de la morsure des serpens : *Recens etiam editos serpentibus offerebant; si essent partus adulteri, matrum crimina plectebantur interitu parvulorum; si pudici, probos ortus à morte paterni privilegium tuebatur.* »

Les Psylles, dont nous trouvons des représentans en Algérie, en ont aussi en Egypte. Un des hommes qui ont le plus contribué à la civilisation de ce pays, qui a aussi la gloire d'avoir doté son armée d'un service de santé en rapport avec ses besoins (1), M. Clot-Bey, s'exprime ainsi sur les Psylles égyptiens :

« Les Ophiogènes, ou enchanteurs de serpens, dit M. Clot-Bey, ont été renommés de tout temps. Strabon en parle, et Prosper Alpin a été témoin des effets singuliers de leur art. La plupart des voyageurs modernes qui ont visité l'Egypte ont été également frappés de la familiarité avec laquelle ils manipulent les reptiles et les animaux venimeux.

---

(1) La *vipérine*, l'*hippocrepis* et une couleuvre verte, à tête plate, le *coluber lacertinus*, dont on vient de faire un genre nouveau. Cette dernière est à la fois très méchante et très vorace. Je l'ai vue tuer et avaler une vipère qui avait presque le double de son volume, et que je venais de recevoir de la province d'Oran. C'est avec cette couleuvre et la précédente, l'*hippocrepis*, que les jongleurs ont opéré en ma présence.

(2) Jusqu'à ce jour, un seul reptile venimeux a été trouvé en Algérie, c'est la vipère dite à *courte queue*, *vipera brachyura*, qu'on rencontre dans la province d'Oran, et qui n'avait encore été signalée qu'au cap de Bonne-Espérance. Le céraste, ou vipère cornue, est très multiplié au sud de l'Algérie, d'où des biskris nous en ont apporté des individus, mais il ne s'avance pas jusque dans nos possessions algériennes. Un naturaliste allemand, M. Wagner, m'a assuré avoir trouvé la *vipera redi* dans les environs d'Alger; si elle y existe, elle doit être bien rare, puisqu'elle ne s'est pas encore rencontrée dans le grand nombre de reptiles qui, depuis huit ans, m'ont été apportés du massif d'Alger et des différens points de la Mitidja.

(1) Méhémet-Ali a compris la médecine militaire; il a compris que les hommes appelés à partager les dangers du soldat ont besoin de voir, comme lui, au faîte de leur corps, quelque chose qui témoigne que leur carrière aussi a sa valeur parmi les autres, et la haute position faite en Egypte à notre compatriote est la réalisation de cette pensée. Elle portera son fruit : avec elle, l'armée égyptienne se recrutera de médecins distingués; ils ne sauraient plus lui manquer.

tenant compte de toutes les variétés que nous avons reconnues dans les vices de la parole.

Or, puisqu'il en est dont le phénomène principal est dans l'inspiration, d'autres dans l'expiration, quelques-uns dans un obstacle aux mouvemens de la langue, quelques-uns où ces divers troubles fonctionnels sont associés, les traitemens locaux qui conviennent aux uns ne sauraient convenir aux autres, et c'est dans chacune de leurs variétés que les principes de traitement doivent être examinés.

Lorsque, pendant la parole, la langue est habituellement entraînée en avant et en bas, et ensuite qu'elle a de la difficulté à se porter en arrière et en haut, il est raisonnable d'attribuer cet état à l'action du muscle génio-glosse dont la contraction porte la langue en avant et au-dehors de la bouche; et lorsque ces signes de rétraction existent, l'analogie la plus rigoureuse conduit à faire la section du muscle génio-glosse, puisque la section est le moyen le plus prompt et le plus sûr que l'art possède pour détruire l'action exagérée d'un muscle. Cette analogie se fonde sur le succès des opérations de pieds-bots, de strabisme, que l'expérience a si bien démontré.

Dans les bégaiemens où l'expiration est si brusquement interrompue pendant l'exercice de la parole, l'ignorance complète où nous sommes du siége précis de la nature des obstacles qui s'opposent à la libre issue de l'air nous empêche de concevoir une opération qui détruise ces obstacles. Le peu de lumières que donne la science entraîne ici l'impuissance de l'art.

Cependant, s'il nous est impossible d'établir sur des bases scientifiques une opération qui puisse remédier aux arrêts de l'expiration, pendant l'exercice de la parole, la connaissance de ces arrêts de l'expiration nous permettra d'interpréter quelques opérations nouvelles, qui jusqu'ici sont restées empiriques et inintelligibles. Si, comme je suis disposé à l'admettre, l'obstacle qui s'oppose à la sortie de l'air pendant l'exercice de la parole est la pression du voile du palais contre la base de la langue, lesquels vont à la rencontre l'un de l'autre, le voile du palais par son abaissement, la base de la langue par son élévation, l'on conçoit qu'on puisse réussir en coupant les abaisseurs du voile du palais et les élévateurs de la langue, ou même en diminuant le volume de la base de cet organe. A ce point de vue, l'on comprend la section du pilier antérieur du voile du palais et l'excision des amygdales, comme l'a pratiquée M. Jearsley; on comprend aussi l'opération de M. Dieffenbach, qui retranche une partie de la base de la langue. Les méthodes de ces auteurs ont en quelques succès, et je pense, quoiqu'on ne l'ait pas spécifié, que ces succès ont eu lien dans les cas où les arrêts de l'expiration empêchaient les malades de parler librement.

Lorsque les vices de la parole dépendent de ce que les inspirations ne se font pas à des époques convenables, et qu'elles se succèdent brusquement et sans interruption au commencement et au milieu des mots, la science actuelle n'indique aucune opération qui soit en rapport avec la nature du mal. Tant que nous ignorerons, du reste, la cause, le siége de ces inspirations intempestives, il nous sera impossible de tenter aucune opération raisonnable pour y remédier et nous devrons nous contenter de chercher, par des exercices appropriés, à régulariser le mouvement respiratoire.

En résumé, il est conforme aux principes de l'analogie la plus rigoureuse de recourir à la section du muscle génio-glosse dans les cas où la difficulté de la parole dépend de la tendance qu'a la langue à se porter en bas et en avant; mais dans toutes les variétés de bégaiement où la difficulté de parler est sous la dépendance de troubles dans la respiration, la maladie échappe entièrement à la médecine opératoire, à moins que ces vices de la respiration ne se compliquent des signes qui annoncent la rétraction du génio-glosse, cas dans lequel la section de ce muscle est indiquée, comme moyen de remédier à l'un des élémens du mal, mais non comme moyen de le guérir complètement. Ces conclusions, déduites des théories que j'établis aujourd'hui, sont parfaitement conformes, comme on le verra, aux résultats de la pratique.

SECTION DU MUSCLE GÉNIO-GLOSSE; MÉTHODE SOUS-MENTALE.

En examinant les procédés opératoires et les résultats pratiques, je suivrai le même ordre qu'en examinant les principes de l'opération du bégaiement; je commencerai donc par les cas où la section du muscle génio-glosse est indiquée.

La section de ce muscle a été faite du côté de la bouche et du menton. Convaincu que toutes les méthodes de section du côté de la bouche ne doivent plus appartenir qu'à l'histoire de la science, ne connaissant, du reste, par ma propre expérience, que la méthode sous-mentale, que j'ai créée, cette dernière sera la seule que je décrirai sous le rapport du manuel opératoire, et la seule dont je ferai connaître les résultats. Mais avant d'arriver à la description des procédés qui me paraissent devoir être suivis dans son application, je vais faire connaître quelques aponévroses, dont la connaissance est utile pour la section du muscle génio-glosse, et exposer d'une manière générale les principes suivant lesquels cette section doit être pratiquée. En voyant les recherches anatomiques qu'a nécessitées une méthode attentive de l'opération du bégaiement conduire à une description plus exacte qu'on ne l'a faite des aponévroses de la langue, on trouvera un nouvel exemple de cette réaction utile que la pratique exerce souvent sur la science.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ORGAN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE, publié par NAUMANN, WUTZER et KILIAN.

Les trois premiers cahiers du premier volume contiennent les articles originaux suivans: 1° *Sur la guérison radicale des hernies réductibles*, par le professeur Wutzer. 2° *Matériaux pour une prochaine monographie des maladies scrofuleuses*, par le docteur Wolff (article non achevé). 3° *Traitement de la fièvre typhoïde par le nitrate d'argent*, par le docteur Kalt. (En s'appuyant sur l'expérience de M. Boudin (Gaz. Méd., p. 812, 1836), l'auteur rapporte quelques observations où il a donné avec succès ce médicament à la dose de 3 à 6 gr. sur six onces d'eau distillée.) 4° *Sur l'épidémie de varioloïde qui a régné à Bonn en* 1839 et 1840, par le docteur Vetten. 5° *Description des sinus*

» Les Psylles vont de maison en maison, évoquant et charmant les serpens qu'elles peuvent renfermer. Ils prétendent les attirer par une vertu particulière. Armés d'une courte baguette, ils entrent dans l'appartement qu'ils doivent purger de ces hôtes venimeux, font claquer leur langue, crachent sur le sol, et prononcent la conjuration suivante: *Je vous adjure par Dieu, si vous êtes dehors ou dedans, de paraître; je vous adjure par le plus grand des noms; si vous êtes obéissans, paraissez; si vous désobéissez, mourez! mourez!* Le serpent, docile à cet ordre, déloge sur-le-champ; il sort d'une fissure de la muraille ou du parquet. »

Je renvoie, pour ce que l'auteur dit encore des Psylles égyptiens, à l'ouvrage auquel j'ai emprunté le passage que je viens de citer. (Aperçu général sur l'Égypte, p. 65 et 66) (1).

Je ne sais si les Psylles algériens ont aussi l'habitude d'aller de maison en maison pour évoquer et charmer les serpens, comme les Psylles égyptiens. Sur ce point, comme sur tout ce qui se rattache à leur histoire, on ne saurait trop appeler l'attention des observateurs: souvent les écarts de l'esprit n'instruisent pas moins que le produit de la saine raison.

D[r] Guyon.

(1) Paris, 1840.

— M. le ministre de l'instruction publique vient d'accorder à M. le docteur Donné une autorisation spéciale de faire un cours de microscopie appliqué aux études médicales; c'est un juste encouragement donné à une science dont le domaine s'étend chaque jour et aux progrès de laquelle M. Donné n'a cessé de consacrer ses efforts. Déjà les cours qu'il a fondés à Paris, et qui ont été suivis par un grand nombre de médecins étrangers, sont imités dans quelques pays; un essai d'enseignement public de microscopie est fait en ce moment à Edimbourg, et nous ne doutons pas que les facultés ne s'emparent bientôt de ce précieux moyen de démonstration.

Nous annoncerons prochainement l'ouverture du cours de M. Donné dans l'amphithéâtre, où il a réuni à ses frais une collection d'instrumens propres à mettre sous les yeux des élèves la texture et la composition intime des tissus et des fluides de l'économie, et à leur faire répéter toutes les observations microscopiques qui intéressent l'anatomie, la physiologie et la pratique médicale.

— Nous recevons de M. Leroy-d'Étiolles une lettre sur l'extraction des corps étrangers de la vessie, que nous publierons dans le prochain numéro.

ptérygoïdien et zygomatique, par le professeur Mayer. (Remarques d'anatomie comparée au sujet d'une tête de Malais sur laquelle ces sinus étaient très développés.) 6° *Sur les sensations, les mouvemens et les excrétions du canal intestinal à l'état de santé et de maladie*, par le docteur Budge. 7° *Sur les crampes qui surviennent pendant le travail de l'accouchement*, par le professeur Kilian. 8° *Sur la section des tendons contre les difformités*, par le professeur Wutzer. 9° *Sur l'asthme thymique*, par le docteur Engelmann. (Les quatre cas d'asthme thymiques, suivis de guérison, nous laissent encore bien des doutes sur la nature et la symptômatologie de cette maladie.) 10° *Des eaux minérales du versant occidental et méridional du Taunus*, par le professeur Wutzer. 11° *Observations*, par le docteur Wolff : 1° Un individu, affecté de rétrécissement du canal de l'urètre, eut une apoplexie ; plusieurs essais de cathétérisme pour vider la vessie très distendue étant restés infructueux, on fit la ponction au-dessus du pubis. Le malade guérit, mais succomba l'année suivante à une seconde attaque d'apoplexie. 2° Rétrécissement d'une partie du colon descendant chez un enfant de cinq ans. 3° A l'autopsie d'un individu mort de fièvre typhoïde, on trouva, outre les altérations ordinaires des intestins, deux petits os de la grandeur d'une fève à la surface de la portion mitoyenne de l'hémisphère droit du cerveau, à côté du repli falciforme de la dure-mère. 12° *Sur les principales sources de la thérapeutique générale*, par le professeur Nasmann. 13° *Méditations métaphysiologiques*, par le docteur Zaymann. 14° *Des amputations spontanées des membres de fœtus*, par le docteur Nettekoven. (L'auteur, après avoir rapporté un grand nombre de faits recueillis dans les ouvrages sur la chute des membres du fœtus encore dans le sein de la mère, y ajoute quatre nouvelles observations.) 15° *Défaut de prononciation auquel on a remédié par une opération chirurgicale*, par le professeur Wutzer. 16° *Observation de ramollissement du cervelet, précédée de quelques réflexions théoriques*, par le docteur Budge. 17° *Deux cas de sections du sterno-mastoïdien*, par le docteur Gottschalk. (Rien de nouveau.) 18° *Ligature de la carotide externe comme opération préparatoire à l'extirpation d'une tumeur fongueuse*, par le professeur Wutzer.

SUR LA GUÉRISON RADICALE DES HERNIES RÉDUCTIBLES ; par le professeur Wutzer.

La Gazette Médicale (p. 697, 1840) a déjà fait connaître la méthode du professeur de Bonn pour la cure radicale des hernies. Dans ce mémoire où l'auteur passe en revue tout ce qui a été dit et fait sur cet objet, il décrit l'appareil qu'il met en usage et en donne un dessin ; puis il rapporte quatre observations de hernies opérées par sa méthode ; dans un premier cas, le succès fut complet ; dans un second, le malade étant affecté de hernie double, la guérison fut parfaite à gauche, mais à droite le canal ne fut oblitéré qu'inférieurement, et par précaution on fit encore porter un bandage. Un troisième malade atteint de sycose, de fièvre et de rétrécissement du canal de l'urètre fut opéré deux fois sans succès ; chaque fois le bouchon après avoir été maintenu pendant quelque temps s'était de nouveau relâché. L'opération fut entreprise sur un quatrième malade avec un plein succès.

SUR LES SENSATIONS, LES MOUVEMENS ET LES EXCRÉTIONS DU CANAL INTESTINAL A L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE MALADIE ; par le docteur Budge.

Il résulterait d'après des vivisections que les sensations dans le canal intestinal sont d'autant plus promptement manifestées que la partie d'intestin irritée communique plus directement avec le cerveau ; c'est ainsi que dans le fond de l'estomac les douleurs sont plus vite senties que dans l'intestin grêle où ne se rendent que des nerfs ganglionnaires ; il paraît donc que les ganglions retardent l'action de l'influx nerveux sur le cerveau, et c'est dans celui-ci que sont perçues les douleurs. Un chat, auquel on enlève les organes, fait encore des mouvemens lorsqu'on irrite l'intestin, mais ne manifeste pas le moindre signe de douleurs.

Quant aux mouvemens des intestins, les grêles ne se meuvent que peu pendant la vie, durant la digestion, ou lorsqu'on les irrite ; mais immédiatement après la mort les mouvemens sont très vifs, déjà par le simple contact de l'air et encore plus par d'autres irritans.

Les mouvemens des gros intestins sont forts pendant la vie, peu marqués après la mort et au contact de l'air.

L'excrétion des matières fécales peut avoir lieu par les simples efforts du rectum lorsqu'il est violemment irrité, sans coopération des muscles abdominaux.

Le rectum, à l'état normal, ou seulement stimulé par des purgatifs drastiques, ne rejette plus les matières fécales lorsqu'on a coupé les muscles abdominaux.

SUR LES CRAMPES QUI SURVIENNENT PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT ; par le professeur Kilian.

Dans ce mémoire très long, l'auteur s'étend beaucoup sur les crampes qui retardent le travail de l'accouchement, et insiste surtout sur leur division en crampes *spasmodiques* et *tétaniques* ; aux unes conviennent surtout la saignée générale, les applications de sangsues dans le vagin, l'opium, l'ipécacuanha, les fomentations chaudes et les bains, et, dans quelques cas, l'introduction de la belladone dans l'orifice de la matrice ; aux autres le musc, le castoréum, la valériane, l'assa fœtida, et surtout les vomitifs quelquefois répétés.

DÉFAUT DE PRONONCIATION AUQUEL ON A REMÉDIÉ PAR UNE OPÉRATION CHIRURGICALE ; par le professeur Wutzer.

Obs. — M. Robert Berg, de Solingen, candidat en théologie, vint consulter, en février 1832, M. le professeur Wutzer, pour un défaut de prononciation qui consistait à ne pouvoir articuler la consonne L, et l'empêchait par conséquent de parler en public. Après avoir bien examiné les organes de la phonation, le chirurgien crut devoir l'attribuer à un épaississement de la luette et du voile du palais, qui était causé par un rapprochement trop grand des deux branches de la mâchoire inférieure, et espéra d'y remédier en amincissant le voile du palais, qu'il a habitué pendant quelques jours au contact des corps étrangers.

Le 20 février 1832, il a entrepris une opération dans laquelle il a été assisté par M. le docteur Nasse, actuellement professeur à Marbourg ; à cet effet, il a tendu le voile du palais à l'aide d'une érigne implantée dans la luette, et a essayé d'enlever une lame antérieure de tissu à l'aide d'un bistouri sondé sur le plat ; mais cet instrument n'ayant pas été trouvé commode fut immédiatement remplacé par un bistouri droit ordinaire, avec lequel le chirurgien a d'abord pratiqué une légère incision conduite en demi-cercle de droite à gauche depuis la base du voile du palais jusqu'au bord gauche de cet organe ; puis il a accroché avec l'érigne le bord libre du lambeau formé, et en disséquant de droite à gauche, il a ainsi enlevé une couche épaisse d'une à deux lignes de la face antérieure du voile du palais. L'hémorragie fut arrêtée facilement à l'aide d'eau fraîche ; la cicatrisation se fit promptement ; peu à peu les muscles tenseurs produisirent un effet plus sensible sur le voile du palais, et déjà le vingt-troisième jour après l'opération, la lettre L put être distinctement prononcée.

Voici la traduction d'une lettre que M. le pasteur Berg a adressée à M. Wutzer :

« Le vice de prononciation dont j'ai été affecté existait depuis mon enfance ; il consistait dans l'impossibilité de prononcer la lettre L ; à la place, je produisais un son nasal tenant le milieu entre N et L. Je dois en outre convenir que mon langage avant l'opération avait quelque chose de forcé, qu'à la vérité je n'attribue pas à une cause physique ; mais je pense que, quoique la prononciation de toutes les lettres, à l'exception de L, me fût facile sous tous les rapports, je devais paraître embarrassé dans la conversation ; car, malgré ma grande habitude d'éviter les mots avec L, souvent il arrivait que je ne pouvais immédiatement les remplacer par d'autres ou par des périphrases, et je m'arrêtais au milieu des mots, surtout lorsqu'il s'agissait du nom d'une personne que je décrivais souvent jusqu'à ce qu'un auditeur la nommât. Si malgré toutes mes peines, je ne parvenais pas à éviter les L, je me trouvais dans l'embarras, je me fâchais, et je devais paraître très emprunté aux personnes qui ne me connaissaient pas. Le défaut de prononciation disparut vingt-trois jours après l'opération ; dès ce moment j'ai pu prononcer la lettre L sans la moindre difficulté ; pourtant il se passa encore quelques semaines avant qu'elle me fût aussi familière que les autres lettres, et je ne parvins plus à reproduire ce faux son nasal dont je me servais auparavant. D'après le dire de mes parens, ce même défaut n'a été observé qu'une fois dans notre famille, chez un petit neveu de ma grand'mère, qui en fut débarrassé sans le secours de l'art à l'âge de 5 ans. Chaque fois que je prêche, je me rappelle, qu'après Dieu, c'est à vous que je dois la satisfaction d'avoir pu continuer une vocation dans laquelle je trouve mon bonheur.

» Agréez, etc. »

Solingen, le 24 février 1841.

LIGATURE DE LA CAROTIDE EXTERNE COMME OPÉRATION PRÉPARATOIRE A L'EXTIRPATION D'UNE TUMEUR FONGUEUSE ; par le même. (Avec dessin.)

Obs. — Henri Behr, de Boisdorf, près de Siebourg, âgé de 41 ans, a été souvent affecté d'angine tonsillaire ; pendant six mois il a eu la gale ; au reste, il était d'une bonne constitution, exempte de toute cachexie. Depuis deux mois et demi, il a remarqué que l'amygdale gauche a augmenté considérablement de volume, et rétrécissait tellement la cavité buccale et pharyngienne, que le malade était menacé de suffocation pendant la nuit, et qu'il ne pouvait presque plus ava-

ler d'alimens solides. Le malade entra à la clinique le 10 février 1841 ; il avait alors, entre les deux piliers ganches du voile do palais, une tumeur arrondie, qui avançait derrière la base de la langue an point de remplir tout le pharynx ; elle était élastique, d'une conleur ronge, bleuâtre ; à sa droite, on voyait à peine saillir une petite portion de la luette refonlée ; il n'y avait plns le moindre espace libre entre la tumeur, la luette et les piliers droits, en sorte que le malade ne pouvait plus respirer que par le nez ; à peine parvenait-il, avec des efforts inouis, à avaler des alimens fluides. Depuis trois semaines le malade éprouvait des douleurs lancinantes dans la tumeur ; la glande sous-maxillaire ganche était sensiblement augmentée de volume, mais non squirrbeuse ; sous le chef supérieur du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, tout près de l'apophyse mastoïde, il y avait une tumeur arrondie, du volume d'une aveline, qu'on ne pouvait pas examiner de plns près, à cause de la tension du muscle. A la nuque, il existait encore un lipôme qui, d'après le dire du malade, était reste au même point depuis son enfance. Faut-il attribuer la production de ces différentes tumeurs à une cachexie occasionnée par l'usage de l'eau-de-vie ? Le malade prétend n'en avoir jamais fait abus.

Il était urgent d'entreprendre le plus promptement possible l'opération, pour ne pas voir étouffer le malade, qui, au reste, n'avait presque pas de fièvre. Il était dans des conditions assez satisfaisantes. Pour se garantir de l'hémorragie, qui aurait pu survenir pendant l'opération par la blessure de rameaux importans de la carotide externe, surtout de la palatine ascendante, l'auteur a cru devoir lier le tronc de la carotide externe avant d'entreprendre l'extirpation de la tumeur ; il a regardé l'oblitération de la carotide interne comme trop dangereuse pour la vie, pour oser lier la carotide commune, plus facile à atteindre.

L'opération fut faite le 24 février 1841, de la manière suivante : on pratiqua d'abord une incision de 2 pouces, le long de la veine jugulaire externe gauche, et, au-devant d'elle ; on divisa ainsi la peau, le peaucier et le feuillet superficiel du fascia superficialis ; à l'aide d'un crochet mousse, la lèvre postérieure de la plaie, ainsi que la veine jugulaire, furent attirées en arrière. A l'angle inférieur de la plaie, on vit la veine faciale antérieure ; à l'angle supérieur se montrait le ventre postérieur du digastrique ; le tissu cellulaire fut ensuite écarté au moyen de la pointe et du manche du scalpel ; une glande lymphatique, de la grosseur d'une noisette, couvrait les deux carotides ; on l'écarta, et bientôt on découvrit trois gros vaisseaux, la carotide externe, l'interne et la jugulaire interne. Par un heureux hasard, la carotide externe ne donnait pas de branches dans une étendue de 4 lignes au-dessus de la thyroïdienne supérieure ; on put la soulever facilement et la lier avec un fil conduit par une aiguille ; il n'y eut presque pas d'hémorragie ; les nerfs grand hypoglosse et vague n'ont pas été apparens ; puis on passa à l'extirpation de la tumeur. Après avoir écarté les mâchoires avec des morceaux de liége et attiré la langue traversée d'une anse de fil confiée à un aide ; l'opérateur passa une seconde anse à travers la tumeur, et la fixa ainsi avec la main gauche, et avec la main droite il conduisit un bistouri légèrement convexe sur son tranchant et à pointe mousse, de droite à gauche, d'abord le long de la luette, puis du bord supérieur de la tumeur, et enfin entre celle-ci et les piliers gauches du voile du palais, et détacha ainsi le produit morbide. Il n'y eut qu'un léger écoulement de sang veineux qui fut facilement arrêté par des injections d'eau à la glace ; un reste de tumeur fut encore aperçu vers le pharynx, on l'enleva et on cautérisa tout le fond avec deux fers chauds. L'examen de la tumeur donna tous les caractères de l'encéphaloïde.

Les plaies se fermèrent en très peu de temps, et le malade put de nouveau prendre des alimens et dormir. Pour prévenir des récidives, on administra à l'intérieur l'hydriodate de potasse, et on appliqua un cautère au bras ; malheureusement, au bout d'un temps très court, on vit la tumeur située au-dessous du chef supérieur du muscle sterno-mastoïdien augmenter de volume, et on se décida à l'enlever le 18 mars. L'opération fut bien plus difficile que la première. L'artère occipitale fut divisée, et donna lieu à une hémorragie aussi forte que si la carotide externe n'avait jamais été liée ; néanmoins cette nouvelle plaie guérit également après avoir suppuré longtemps. De nouvelles tumeurs se développèrent bientôt derrière l'angle gauche de la mâchoire ; on n'espéra plus rien de la chirurgie.

Le 14 avril, Behr quitta l'hôpital, et on apprit plus tard que les difficultés d'avaler étaient revenues.

L'opération, quoique n'ayant procurée qu'un soulagement temporaire, n'a pas moins été très heureuse ; c'est un nouvel exemple de ligature de la carotide externe qui a évidemment des suites moins dangereuses que celle de la carotide commune, et par conséquent doit être préférée chaque fois qu'on en a le choix.

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE POUR LA SECONDE FOIS SUR LA MÊME FEMME ; par le professeur KILIAN.

OBS. — Catherine Charonbel, âgée de 33 ans, affectée d'ostéomalacie, a déjà subi une fois l'opération césarienne (HOLSCHER'S HONNOV. ANNALEN, vol. IV) ; de nouveau enceinte, et à la fin de la gestation, le 23 août 1840, elle ressentit à cinq heures du matin les premières douleurs d'enfantement, et à onze heures l'orifice était déjà sensiblement dilaté ; tout à coup la femme pâlit, les yeux devinrent ternes, le nez effilé, le pouls filiforme, une sueur froide couvrit son corps ; les paupières étaient à demi-fermées. Le ventre qui, auparavant, avait été régulièrement tendu, changea complètement de forme ; il devint flasque et pendant ; on ne distingua plus la forme de l'utérus ; on palpa à droite, et immédiatement au-dessous des tégumens abdominaux, la tête et les membres du fœtus, et pendant les contractions, l'abdomen ne se tendit plus et était douloureux au toucher ; il ne s'écoula pas de sang par le vagin. Dans la conviction d'avoir affaire à une rupture de l'utérus, M. Kilian se dépêcha de faire l'opération césarienne. Il incisa les tégumens du ventre à côté et le long de l'ancienne cicatrice, qui avait une couleur brune et 2 pouces de large vers son angle inférieur ; le péritoine fut ouvert ensuite, et il s'échappa immédiatement une grande quantité de sang et une anse d'intestin ; dans la profondeur de la plaie une portion de l'épiploon adhérait à la paroi abdominale ; il fallut les séparer avec précaution ; aussitôt on vit à droite une masse bleuâtre et fluctuante ; c'était l'œuf tout entier ; on l'ouvrit ; beaucoup d'eau s'échappa ; le bras gauche du fœtus se présenta : on le saisit, et on retira sans difficulté l'enfant qui était mort. Une quantité assez considérable de caillots de sang suivit sa sortie ; on coupa le cordon ombilical et on retira de suite le placenta qui se trouvait immédiatement derrière la paroi abdominale ; c'est seulement alors qu'on put apercevoir l'utérus : il était contracté en un globe dur, rompu à sa face antérieure dans une étendue de 4 à 5 pouces, la déchirure admettait plusieurs doigts, et l'ancienne cicatrice était encore très solide et très distincte. On retira encore quelques caillots de sang ; on rentra l'anse d'intestin ainsi que la portion d'épiploon qui s'était échappée, et on ferma la plaie du bas-ventre avec quatre points de suture soutenus par des bandelettes agglutinatives.

La femme s'était évanouie à plusieurs reprises pendant l'opération ; le pouls était petit, à peine perceptible, la peau froide, le nez pointu, la face très pâle ; pourtant elle répondit juste aux questions qui lui furent adressées. On lui donna à l'intérieur 25 gouttes de teinture d'opium.

A quatre heures du soir, le pouls se releva et la peau entra en moiteur ; la malade se plaignit de douleurs au bas-ventre qui se tuméfia un peu ; elles disparurent complétement vers les dix heures, après une selle liquide, abondante et précédée de la sortie de quelques gaz. Elle dormit pendant plusieurs heures et transpira beaucoup.

Vers le matin, nouvelle selle, lochies très abondantes, quelques renvois furent combattus par une potion de 12 gouttes d'acide hydrocyanique dans 5 onces d'eau.

Dans la nuit, la malade eut quelques vomissemens ; puis elle dormit pendant plusieurs heures ; le bas-ventre se relâcha.

Le lendemain, la plaie devint brûlante, et on la couvrit d'une vessie remplie de glace. Dès ce moment l'opérée alla mieux, toutes les fonctions s'exécutèrent bien, les lochies furent abondantes, les seins se tuméfièrent, et déjà le cinquième jour, lorsqu'on changea l'appareil, on trouva la plaie fermée avec une suppuration très superficielle en quelques endroits.

Le 16 septembre, 24 jours après l'opération, la malade se leva, et le 29 elle quitta l'hôpital complètement rétablie.

Les annales de la science comptent quelques cas d'opération césarienne, pratiquée plusieurs fois sur la même femme ; mais nous n'en connaissons pas où cette opération ait été entreprise avec succès immédiatement après une rupture de l'utérus, et où la femme ait guéri en très peu de jours ; et chose remarquable, la rupture de l'utérus ne s'était point faite à la cicatrice d'une première opération césarienne.

L'ÉLECTRICITÉ COMME MOYEN DISSOLVANT.

On écrit de St-Pétersbourg que le docteur Krussel de Helsingfors a, dans le service ophthalmologique du docteur Zerche, à St-Pétersbourg, dissous, à l'aide du pôle positif d'un appareil galvanique, dans l'espace de cinq minutes, une cataracte grise, que M. Zerche avait déclarée n'être pas opérable. Sur des lapins, M. Krussel a produit, à l'aide du pôle négatif, des cataractes, qu'il a de nouveau dissoutes avec le pôle positif. Des tumeurs superficielles, des endurcissemens, etc., ont été également résolus, fondus par ce procédé, mais non sans produire quelquefois une forte réaction.

Par contre, nous lisons dans dans le JOURNAL MÉDICAL DE BAVIÈRE (n° 18, 1841), que M. le docteur Keidenreich a cherché à vérifier sur des yeux d'animaux récemment tués l'action de la pile galvanique sur le cristallin, et il n'a pas obtenu les résultats annoncés à St-Pétersbourg. La pile, composée de plusieurs couples, a décomposé l'eau contenue dans l'œil, qui s'est alors rempli de gaz.

III. RUST'S MAGAZIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Les deux premiers cahiers du 58e volume contiennent : 1° *Idées sur la doctrine des fièvres* ; par le docteur Schlesier. 2° *Compte-rendu de l'hôpital de Wittstuck* ; par M. le docteur Wurmes. (Rien d'inconnu.) 3° *Observation précédée de quelques réflexions sur une hémorragie spontanée périodique par les yeux chez une personne mal menstruée* ; par le docteur Kersten. 4° *Fracture du crâne, compliquée de deux excroissances de la dure-mère, qui ont usé les deux pariétaux* ; par le docteur Leviseur. (L'individu qui fait le sujet de cette observation a été frappé par un marteau de cordonnier ; il a succombé sept jours après. A l'autopsie, on a constaté une fracture allant depuis le milieu du pariétal gauche, à travers la suture sagittale et tout le pariétal droit, jusqu'au temporal droit. Sur le trajet de cette fracture, il existait deux pertes de substance du crâne, sans aucune trace d'esquilles, à travers lesquelles passaient deux végétations de la dure-mère, chacune du volume d'une

grosse noisette. Les bords des ouvertures osseuses étaient amincis, ainsi que le pont osseux qui les séparait, celui-ci correspondait à la suture sagittale, et avait de 9 à 10 lignes d'étendue. Les végétations ont-elles précédé ou suivi la fracture ?) 5° *Écartement des os du crâne chez un enfant de trois ans et demi*; par le docteur Riecke. 6° *Matériaux pour une topographie médicale du cercle de Cœslin*; par le docteur Pitsch. 7° *Sur la phlebite et les dépôts purulens*; par le docteur Engelmann. (Rien d'inconnu). 8° *Autopsie d'une femme morte de pustule maligne*; par le docteur Meyer. (Après avoir rapporté un long cette observation, l'auteur cite plusieurs faits devant confirmer l'opinion d'Alhers que les viandes d'animaux malades de rage, de charbon, de variole, ont été mangées impunément. (Gaz. Méd., p. 246, 1840.) 9° *Examen des facultés morales d'un individu accusé de meurtre*; par le docteur Hochgeladen.

II. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT BAYERISHER AERZTE.

SUR LA PATHOGÉNIE DE LA SCARLATINE ; par le docteur HEIDENREICH.

Depuis plusieurs années, l'auteur cherche à connaître la pathogénie de plusieurs maladies; les résultats auxquels il est arrivé par de nombreuses expériences sont très remarquables; nous allons les rapporter avec détails, en laissant de côté quelques théories qui les entourent. Le temps seul justifiera ce qu'il y a de vrai ou de faux dans les assertions de M. Heidenreich.

La scarlatine, considérée sous le point de vue *matériel*, est *hydrogénique*.

Le produit de la scarlatine miliaire, ainsi que la scarlatine lisse, est de *nature hydrogénique*, comme dans tous les érysipèles, comme Schoenlein l'a avancé le premier; de plus, on a trouvé dans ces derniers temps que toutes les maladies contagieuses sont hydrogéniques.

La maladie, considérée sous le point de vue *dynamique*, est *électro-négative*.

Dans les ouvrages élémentaires de la pathologie et des maladies des enfans, on a souvent dit que l'électricité jouait un grand rôle dans beaucoup d'éruptions cutanées, et Schoenlein a comparé les différentes formes d'exanthèmes aux figures électriques de Lichtenberg et nodales de Cladni; mais on n'a pas encore spécifié laquelle des deux espèces d'électricité était en jeu; de plus, le professeur de clinique de Berlin, en traitant du rhumatisme, dit que les observations, sans ce rapport, ne sont pas encore assez satisfaisantes. M. Heidenreich a toujours trouvé, dans ses expériences faites pendant huit années, que l'électricité dans la scarlatine et dans tous les érysipèles était toujours négative.

La température augmentée est la condition de développement de cette électricité; elle est, d'après les auteurs, de 35° R.; pourtant M. Heidenreich ne l'a jamais vue dépasser 32-33° R.

Pour prouver la grande influence de la chaleur sur l'état électrique, M. Heidenreich rappelle que Pfaff, Gmelin (J. Muller) ont vu l'électricité de la peau disparaître complètement par le refroidissement, et reparaître peu à peu, à mesure que le corps se réchauffait, et devenir très forte pendant la fièvre; selon Buzzorini, l'électricité animale disparaîtrait complètement dans le choléra; et, selon M. Heidenreich, elle serait le plus appréciable dans la scarlatine; il résulterait en outre que la chaleur dans les maladies ne dépendrait pas de l'électricité, mais que celle-ci dépendrait au contraire de la chaleur.

Comme la fièvre avec la chaleur apparaît avant l'électricité avec l'éruption cutanée, ce fait paraît prouver que la température augmentée provoque en général, et principalement dans la scarlatine, l'électricité négative, et celle-ci l'exanthème et son produit basique.

L'électricité négative engendre dans les maladies des produits basiques, et l'électricité positive des produits acides, comme le pôle cuivre attire l'hydrogène, et le pôle zinc l'oxigène; de même tous les exanthèmes avec électricité négative de la peau, tels que les différentes espèces d'érysipèle; l'urticaire, la variole, la varioloïde, la varicelle, la vaccine, la roseole (rubeola), le zona, etc., développent un produit basique dans leurs taches, papules, vésicules et pustules; et toutes les maladies avec électricité positive de la peau, tels que les rhumatismes, la rougeole (morbilli), la miliaire, développent un produit acide.

A la question de savoir pourquoi la chaleur dans les maladies provoque une fois l'électricité négative, et une autre fois l'électricité positive, M. Heidenreich répond que si la chaleur est accompagnée d'une prédominance du système nerveux, il en aura de l'électricité négative, et l'inverse avec prédominance du système sanguin. A l'appui de cette nouvelle assertion, l'auteur cite les typhus, dans lesquels il dit avoir toujours trouvé la peau négativement électrique avec sueurs basiques; et jamais les malades ne sont entrés en convalescence avant que l'électricité soit redevenue positive et les sueurs acides, et quand même le typhus serait dû à une intoxication du sang, les symptômes nerveux ne sont pas moins les prédominans.

Chez les enfans, où le système nerveux l'emporte, les maladies les plus fréquentes sont les convulsions, les congestions cérébrales, les coliques, les spasmes de la glotte, la coqueluche, etc., ainsi que la scarlatine, l'urticaire, les varicelles; de même, chez les femmes dont l'organisme s'approche le plus de celui des enfans, les érysipèles sont des plus fréquens. Dans toutes ces maladies, avec augmentation de la température, apparaît l'électricité négative ; par contre, dans les maladies où le système sanguin est prédominant, même dans les rhumatismes aigus, l'électricité devient positive et la sécrétion acide.

L'auteur, après avoir rapporté tous ces faits, à la connaissance desquels il est arrivé par des expériences multipliées pendant plusieurs années, les explique par une hypothèse à laquelle, toute originale qu'elle soit, on devait s'attendre ; le système sanguin et le système nerveux sont pour lui les élémens d'une pile galvanique, en ce que le cerveau et les nerfs contiennent du phosphore et du soufre, et que le sang renferme de l'acide phosphorique, des sels et du fer.

Quant à l'hypothèse par laquelle l'auteur cherche à expliquer les causes de la chaleur dans la scarlatine, elle est à peu près celle des anciens qui ont admis une combustion lente, une action du principe morbide susceptible d'être transmis d'individus à individus.

L'auteur admet avec Schœnlein que le siége primitif de la scarlatine se trouve dans la muqueuse pharyngienne, et que le fluide qui sert de véhicule au principe contagieux est en partie du mucus sécrété dans le pharynx; en partie une vapeur exhalée par la peau. Dans quelques cas, M. Heidenreich a vu, avant même que l'éruption ait paru à la peau, la muqueuse pharyngienne devenir rouge et ponctuée; le mucus pharyngien était alors électro-négatif et alcalin, tandis que l'urine et les sueurs restaient encore acides.

SUR DIFFÉRENTES AFFECTIONS QUI COÏNCIDENT AVEC LA PÉRIODE DE LA DENTITION; par le docteur EISENMANN.

Les affections qui accompagnent le plus souvent l'apparition des dents sont des diarrhées, des vomissemens, des symptômes cérébraux et spinaux. L'auteur les divise en quatre classes :

1° La maladie s'étend aux intestins grêles et principalement à l'iléon ; les diarrhées, d'abord muqueuses, deviennent peu à peu très abondantes et aqueuses; le bas-ventre est très sensible au toucher ; parfois il y a douleur spontanée : les enfans poussent de temps en temps des cris, l'appétit se perd, mais la soif augmente ; le sommeil est troublé, le pouls très fréquent, mais pas plein ; l'enfant maigrit promptement, tombe souvent dans le marasme. Cette variété est fréquemment chronique. A l'autopsie on trouve les cryptes muqueuses malades, souvent ulcérées.

2° La maladie s'étend à la muqueuse de l'estomac; alors des vomissemens se joignent à la diarrhée et aux autres symptômes indiqués; cette affection se termine par un ramollissement de l'estomac, et a une marche beaucoup plus rapide, soit vers la mort, soit vers la guérison.

3° La maladie a encore son siége dans les intestins; mais il s'y joint des spasmes et même l'éclampsie; les symptômes nerveux peuvent aussi exister sans affection du ventre ; ils proviennent alors de la présence d'acidités dans les premières voies.

4° La maladie du bas-ventre réagit sur les membranes du cerveau et donne naissance à l'hydrencéphale avec caractère asthénique, si bien décrit par Marshall Hall. Les enfans sont pris de diarrhée, de beaucoup de soif, perdent l'appétit, maigrissent, et présentent enfin les symptômes d'hydrencéphale.

M. Eisenmann dit avoir employé avec succès, contre les deux premières variétés, des poudres composées de sulfate de cuivre 1/4 de grain, d'opium 1/12° de gr. et 10 gr. de sucre; à prendre 3 ou 4 paquets par jour. Il pense que ce remède sera aussi applicable aux deux dernières variétés.

IV. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

SPHACÈLE D'UNE HERNIE ÉTRANGLÉE GUÉRIE PAR LES SEULS EFFORTS DE LA NATURE; par le docteur DE NICK, à Heimsheim.

Les observations de hernie étranglée, sphacélée, et suivie de guérison ne sont pas rares; mais le cas suivant se distingue par la gravité et l'étendue du mal et par d'autres circonstances intéressantes.

Obs. — Ch. Schaefle, idiot, âgé de 56 ans, éprouva, le 23 septembre 1840, à la suite d'un effort, les symptômes d'une hernie étranglée, qui s'enflamma et

devint gangrénée. Ce n'est que le 27 qu'on appela un médecin ; jusqu'alors le malade avait été complétement abandonné; M. de Nick le trouva dans l'état suivant : tout le bas-ventre et le scrotum étaient d'un rouge foncé, presque noir; la tumeur qu'avait formée l'intestin hernié était sphacelée, et à sa place il n'y avait plus qu'une ouverture au ventre.

Le malade était dans un épuisement extrême; le pouls intermittent, à peine perceptible; il y avait une odeur insupportable. Le médecin, ayant perdu tout espoir de guérison, se contenta de couvrir la plaie avec une pommade composée d'un blanc d'œuf, d'huile et d'extrait de saturne. A sa visite du lendemain, les parens lui refusèrent l'entrée, en disant qu'il était impossible d'approcher le malade à cause de l'infection et qu'ils ne voulaient plus supporter de frais inutiles. Malgré cet abandon complet et un régime désordonné, cet homme d'ailleurs très vorace guérit de son anus contre nature, d'où s'étaient échappé pendant huit à dix jours des excrémens, des vents, des vers et des chairs gangrénées; et ce n'est que vers le 12 octobre que les matières fécales repassèrent par les voies naturelles.

Le 30, le malade se donna une indigestion qui fut suivie d'une nouvelle inflammation dans le bas-ventre et de deux abcès stercoraux au-dessus du mont de Vénus, donnant issue de nouveau à des excrémens, des gaz, du pus et d'autres matières fluides; cependant le malade se rétablit, les fistules se fermèrent, l'hypogastre resta rouge, dur et sensible à la pression dans l'étendue de 11 centimètres; ce qui n'empêcha pas Schaefle de sortir, de travailler, de boire, de manger tout ce qu'on lui donnait et de prendre de l'embonpoint.

SUR UN ÉTAT PARTICULIER DES REINS CHEZ LES NOUVEAU-NÉS MORTS D'ICTÈRE ; par le docteur CLESS jeune.

Billard, dans son TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANS (3e édit., p. 474), dit, en parlant des reins : « Il est une altération de couleur fort remarquable, et qui s'observe chez les enfans ictériques; on voit s'étendre en rayonnant, du sommet à la base du mamelon, des stries d'un jaune éclatant, qui sont dues sans doute à la coloration de la sérosité qui se trouve entre les fibres de la substance mamelonnée. » M. Cless a porté une attention particulière sur ce phénomène pathologique, tant à Paris où il séjournait durant l'hiver de 1837-38, qu'à Stuttgard où il pratique. Il a trouvé les reins des enfans morts d'ictère dans l'état suivant : les mamelons sont injectés d'une masse rouge, jaunâtre dans une étendue d'une ligne à une ligne et demie depuis leur sommet. Déjà à l'œil nu et plus facilement à la loupe, on voit que les conduits de Bellini sont distendus par une masse jaunâtre qui ne peut-être mieux comparée qu'à un liquide dans lequel on aurait délayé du pollen de plantes; des fluides renfermés dans le bassinet et les calices paraissaient également résulter de cette espèce de poudre jaune semblable au pollen. Lorsqu'on fait macérer les reins dans l'eau ou l'esprit de vin, la coloration du mamelon disparaît au bout de vingt-quatre heures, et on n'y trouve plus cette poudre. M. Cless en a récueilli une petite quantité, à peine un demi-grain qu'il a exprimé de deux reins ; il n'a pu la faire dissoudre, ni dans l'eau ni dans l'alcool chaud ou froid, et la regarde comme un produit particulier encore inconnu provenant de la décomposition des humeurs du corps et destiné à être éliminé par les voies urinaires.

AUTOPSIE D'UNE JEUNE FILLE QUI S'EST SUICIDÉE ; par le docteur HOFER.

A plusieurs reprises on a cité dans ce journal des observations d'individus suicidés, chez lesquels on a trouvé des hydatides aux parties génitales. Dans le cas présent où il est question d'une paysanne, non encore âgée de 20 ans, on a rencontré une hydatide à la trompe de Fallope gauche. Rien n'a pu expliquer la cause morale de ce suicide.

V. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN; publié par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cahiers d'avril, mai et juin, juillet, août, septembre et octobre contiennent : 1° *Sur la consomption des nourrices;* par le docteur Wilde. (Mémoire contenant des idées justes, mais très connues.) 2° *Sur le croup et son traitement* ; par le docteur Grabl. (L'auteur insiste de nouveau sur l'emploi des bains de bras très chauds, dont on peut, au besoin, seconder les effets par le calomel à l'intérieur et le vésicatoire appliqué au larynx.) 3° *Observations de syphilis latente et congéniale* ; par le docteur Erzdorf. 4° *Histoire de l'opération du strabisme*, par le docteur Unna. (Article d'érudition.) 5° *Sur les tumeurs sanguines à la tête des nouveau-nés*; par le professeur Osiander. 6° *Observation* de M. Tott. (Cas intéressant, mais n'offrant rien d'inconnu.) 7° *Considérations physiologiques sur le grasseyement;* par le docteur Hoppe. 8° *Sur la constitution médicale de Hambourg pendant l'année* 1840 ; par le docteur Gaedechens. 9° *Commentaire d'un passage obscur de Celse;* par le docteur Zeis. 10° *Élémens sur une théorie des rêves, ou sur la métamorphose et le siége de l'âme pendant le sommeil* ; par le docteur Nathan. 11° *Duplicité du vagin, du col de l'utérus et probablement aussi de l'utérus lui-même;* par le docteur Fricke.

SUR LES TUMEURS SANGUINES A LA TÊTE DES NOUVEAU-NÉS ; par le professeur OSIANDER.

C'est toujours, dit l'auteur, la partie du fœtus qui se présente à l'orifice de la matrice qui devient le siége d'ecchymoses ou de tumeurs sanguines plus ou moins prononcées ; tantôt c'est au sommet de la tête, à l'occiput, au front, à la face; tantôt c'est au tronc, aux fesses, aux pieds, aux bras, etc., qu'on observe les suffusions sanguines, qui peuvent devenir très importantes sous ce rapport pour la médecine légale.

Ces ecchymoses sont dues à l'absence de la compression de cette portion de tégument du fœtus, qui regarde le vagin de la mère, tandis que, pendant les contractions de l'utérus, toutes les parties du fœtus sont considérablement comprimées; d'après cela, l'auteur regarde comme des assertions tout à fait gratuites tout ce qu'on a dit sur l'état des vaisseaux veineux et artériels, et, pour lui, la dénudation du diploé et l'érosion de la table externe de l'os sont des suites et non des causes de l'extravasation.

Les petites ecchymoses abandonnées à la nature se résorbent ordinairement; il n'en est pas de même des suffusions de sang étendues et fluctuantes, qui sont quelquefois suivies de suppuration, de dénudation de l'os, de carie, de fistule et de la mort. M. Osiander propose de vider tout simplement ces derniers par un coup de lancette et de répéter l'opération si la tumeur se remplit de nouveau ; il rejette avec raison tous les autres moyens qu'on a proposés. Suivent neuf observations.

DUPLICITÉ DU VAGIN, DU COL DE L'UTÉRUS, ET PROBABLEMENT AUSSI DE L'UTÉRUS LUI-MÊME ; par le docteur FRICKE.

OBS. — M. C. B., âgée de 21 ans, d'une constitution assez forte, et atteinte de scoliose, pour avoir toujours porté des enfans sur le bras droit, fut menstruée à 14 ans et deflorée à 18; depuis elle se livre souvent au coït.

Il y a deux ans, elle contracta une maladie syphilitique, dont elle fut guérie au bout de deux mois. Le 17 septembre 1840, elle fut reçue à l'hôpital des vénériens pour une nouvelle affection, datant déjà de trois mois. On l'examina, et on découvrit que le vagin et le col de l'utérus étaient doubles, ce que la malade avait ignoré jusqu'alors. Les grandes lèvres, fortement développées, sont normales; entre elles proémine la nymphe gauche, très volumineuse, qui recouvre la droite cachée plus profondément. Si on écarte les petites lèvres, on voit à l'entrée du vagin un bourrelet rouge, pâle, s'étendant d'avant en arrière, depuis la face postérieure du canal de l'urètre jusqu'à la paroi postérieure du vagin ; le bord inférieur de ce bourrelet est libre et convexe ; il se bifurque un peu en avant, pour embrasser le méat urinaire, près duquel il a un pouce à un pouce et quart de largeur ; il s'amincit vers le milieu, où il n'a qu'un demi-pouce, et s'élargit de nouveau en arrière, où il forme une convexité à gauche, et s'insère à droite de la ligne médiane sur la paroi du vagin. Le bourrelet constitue le bord inférieur d'une cloison, épaisse de deux lignes, qui divise le vagin dans toute sa longueur en deux canaux, dont celui de droite presente les dimensions d'un vagin ordinaire, et a, jusqu'alors, d'après le dire de la malade, servi au coït. Au fond de ce canal, on arrive à un col d'utérus, suivi d'un orifice arrondi et d'un tiers plus petit qu'à l'état normal. L'ouverture extérieure du canal à gauche est un peu plus en arrière, et le canal lui-même, plus ample que celui de droite, admet encore facilement l'introduction d'un doigt, et même d'un petit speculum. A l'aide de cet instrument, on s'assura de la presence d'un col de l'utérus, qui était encore plus petit que celui de gauche. Une sonde, introduite dans l'orifice de l'utérus droit, pénétra à trois quarts de pouce, tandis qu'une autre, introduite dans l'orifice de l'utérus à gauche, s'avança jusqu'à un pouce et quart à un pouce et demi. Les extrémités des sondes introduites dans les deux cols, pour savoir si l'utérus etait simple ou double, ne se sont point rencontrées. Avec le doigt engagé dans un des vagins, on ne put pénétrer jusqu'à un demi pouce entre les deux cols. Au moyen de l'exploration par l'anus, on distingua une racine entre les deux portions de vagin, s'elevant à plus d'un pouce.

M. Fricke nous promet des renseignemens ultérieurs sur ce cas intéressant; il ignore encore si l'écoulement menstruel a lieu des deux côtés.

VI. ARCHIV FUR DIE GESAMMTE MEDICIN, publié par HAESER.

Les deux premiers cahiers du deuxième volume contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur l'institution médicale et sur les écoles de médecine;* par le docteur Lupoldt. (Rien de saillant.) 2° *Documens sur l'histoire de la mort noire;* par le docteur Henschel. 3° *Sur l'étude des stases et de la fièvre*; par le docteur Eisenmann. (Article non achevé.) 4° *Sur les corps de Malpighi dans la rate humaine*; par le

docteur Gluge. 5° *Sur les scrofules*; par le docteur Roesch. 6° *Le segment d'Esculape et le segment du paradis*; par le docteur Siebert. (Article de polémique.) 7° *Sur les varicocèles*; par le docteur Pauli.

SUR LES CORPS DE MALPIGHI DANS LA RATE HUMAINE; par le professeur GLUGE.

A l'occasion de deux autopsies où l'on a trouvé dans la rate de petites granulations blanches, M. Gluge rappelle ce qui a été dit à ce sujet par Malpighi, Rudolphi et J. Muller, et il arrive à la conclusion que quelquefois ces granulations ne sont autre chose que des tubercules miliaires; d'autres fois ce sont de véritables corps de Malpighi, semblables à ceux qu'on rencontre chez les animaux; pourtant, jusqu'aujourd'hui, M. Gluge n'a trouvé ces derniers qu'une seule fois, quoique, dans ses nombreuses autopsies, il porte toujours une attention spéciale sur la rate.

SUR LES SCROFULES ET LEUR TRAITEMENT, PRINCIPALEMENT PAR L'HUILE DE FOIE DE MORUE ET UNE ALIMENTATION CONVENABLE; par le docteur ROESCH.

Après avoir énuméré les différentes formes sous lesquelles la cachexie scrofuleuse se montre, l'auteur passe au traitement, et en partant de l'hypothèse de la prédominance des acides dans les humeurs des scrofuleux, il recommande, avec les anciens, les absorbans, les alcalis et les corps gras. M. Roesch prétend avoir observé que, dans les campagnes où les enfans sont de bonne heure nourris avec du lard, la maladie scrofuleuse est rare. L'huile de foie de morue serait, d'après cela, le remède par excellence pour combattre cette affection, en ce que cette huile a une action chimiquement neutralisante, stimulante, fortifiante, et enfin nutritive, et que l'iode ne jouerait qu'un rôle très secondaire; ce qui déjà a été avancé par Baner. (GAZ. MÉD., p. 796, 1840.)

SUR LES VARICOCÈLES; par le docteur PAULI.

Outre le varicocèle (dilatation des veines du cordon spermatique), et la cirsocèle (dilatation des veines du scrotum), M. Pauli admet encore une troisième espèce de varice de ces parties qui proviendrait d'une inflammation érysipélateuse du scrotum, et occasionnerait à la fois la dilatation des veines du testicule et du cordon. Quant au traitement, il préfère l'excision d'une portion de veine dilatée; dans un cas qu'il cite, il a enlevé 2 pouces et demi de veines dont la dilatation s'étendait à la fois au scrotum, au cordon et au testicule; la plaie, qui n'avait pas saigné autant qu'on devait s'y attendre, fut réunie au bout d'un quart d'heure avec six points de suture qu'on enleva deux jours après. La guérison était complète le dixième jour. Deux fois depuis il a opéré avec un succès complet en suivant la méthode de MM. Velpeau et Reynaud; le procédé de M. Breschet, qu'il a mis en usage, ne lui paraît pas également convenable, en ce qu'il est difficile d'appliquer le compresseur sur les veines du cordon, sans y comprendre le canal déférent, et que le temps nécessaire pour la cure est fort long.

VII. WOCHENSCHRIST FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE, publié par CASPER.

SUR LA SECTION DU MUSCLE GÉNIO-GLOSSE CONTRE LE BÉGAIEMENT; par le docteur CLAESSEN.

L'auteur attaque de préférence le muscle génio-glosse par une section sous-muqueuse en portant l'instrument dessous la langue. Le résultat qu'il a obtenu n'est pas très satisfaisant; sur 15 individus, dont 11 furent opérés par lui et 4 par des confrères ses amis, il n'y en avait que 7 qui fussent fortement bègues; 1 seul guérit, 3 éprouvèrent de l'amélioration, et 3 restèrent dans le même état. Quatre qui bégayaient médiocrement n'ont pas été délivrés de leur infirmité, mais leur état s'est sensiblement amélioré; de 4 autres qui bégayaient très peu, 3 furent guéris, 1 n'a pas été complètement débarrassé de son infirmité; en somme, sur 15 opérations, 4 guérisons, 8 améliorations et 3 insuccès.

Un autre résultat auquel l'auteur est arrivé, c'est 1° que le bégaiement consiste rarement (4 sur 15) dans une affection du muscle génio-glosse *seul*, et peut être guéri par une opération; 2° que tout aussi rarement (3 sur 15) le muscle génio-glosse n'a aucune part au bégaiement et que les opérations pratiquées sur ce muscle sont sans résultat; 3° que le plus souvent (8 sur 15) la cause du bégaiement se trouve à la fois dans le génio-glosse et dans d'autres muscles, et qu'alors la section du génio-glosse devient plus ou moins utile; 4° que plus le bégaiement est prononcé, moins il faut compter sur une guérison parfaite par la division du génio-glosse.

GUÉRISON DU STRABISME A UN FAIBLE DEGRÉ SANS DIVISION DES MUSCLES; par le professeur DIEFFENBACH.

Lorsque le strabisme n'est pas très prononcé, il se peut que, par la division d'un muscle, l'œil soit porté en sens inverse par le muscle antagoniste, et que par exemple un strabisme interne faible devienne par l'opération un strabisme externe; pour éviter ce grand inconvénient M. Dieffenbach a eu recours à une autre opération qui consiste à former un pli de plusieurs lignes de large et à exciser une portion de la conjonctive, ainsi que du tissu cellulaire au côté externe du globe de l'œil, tout près de l'insection du muscle droit externe, si le strabisme est interne. Il soulève la conjonctive avec un petit crochet, forme un pli, et le retranche avec des ciseaux courbes sur le plat; il est indispensable d'emporter une portion de la conjonctive oculaire. Si le strabisme à un faible degré est externe, on peut avoir recours à la même opération, seulement en la pratiquant en dedans il faut enlever une plus grande portion de la conjonctive; car, d'après l'auteur, le strabisme interne est dû à l'action prédominante du muscle droit interne sur l'externe qui reste à l'état normal; dans le strabisme externe ce ne serait pas une action prédominante du muscle externe, mais une paralysie ou au moins un affaiblissement du droit interne. Le traitement consécutif ne présente rien de particulier; on lave la plaie avec de l'eau froide; il est bien entendu que la guérison est alors due au raccourcissement de la conjonctive.

L'auteur est aussi arrivé au même résultat, surtout dans le strabisme externe faible, en cautérisant la conjonctive de l'angle de l'œil opposé. Dans ce cas, M. Dieffenbach attribue la guérison non seulement au raccourcissement de la conjonctive et à l'épaississement du tissu cellulaire sous-jacent, mais aussi à la stimulation du muscle affaibli. Une seule cautérisation suffit quelquefois pour redresser le globe; il faut laver celui-ci avec de l'eau froide immédiatement après l'avoir fortement touché avec de la pierre infernale. M. Dieffenbach dit n'avoir jamais vu survenir de fortes inflammations à la suite de la cautérisation.

GUÉRISON D'UNE OBLIQUITÉ DU NEZ PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DU CARTILAGE; par le même.

Dans deux cas d'obliquité du nez très prononcée chez des jeunes gens d'une vingtaine d'années, M. Dieffenbach a pratiqué la section sous-cutanée du cartilage; chez l'un la difformité provenait d'une chute; chez l'autre, elle était congénitale. La partie cartilagineuse était si fortement tournée du côté de la joue, que les deux narines semblaient placées l'une au-dessus de l'autre; la supérieure était aplatie et l'inférieure dilatée. Il perça avec un couteau étroit en faucille le dos du nez à l'endroit où le cartilage s'unit aux os propres, et il détacha dessous la peau le dos du nez, une paroi et une aile de cartilage d'avec l'os, et en fit autant du côté opposé. Il fut facile alors de redresser le bout du nez et de le maintenir dans une position droite à l'aide de bandelettes agglutinatives, de bourdonnets et de charpie introduits dans les narines. Le succès de cette opération a été complet; la difformité a tellement disparu que les jeunes gens n'ont presque plus été reconnus. Il n'y a point eu d'inflammation, ni de suppuration.

SUR LES TUMEURS SANGUINES A LA TÊTE DES NOUVEAU-NÉS; par le docteur PAULI.

M. Pauli résume ses opinions sur cette maladie dans les propositions suivantes, que nous ne vondrions pas toutes défendre :

1° La tumeur sanguine consiste dans une extravasation de sang artériel entre le cuir chevelu et le péricrâne, et non entre le péricrâne et le crâne, comme on l'a cru à tort jusqu'à présent;

2° La tumeur sanguine est produite seulement par une cause mécanique, ordinairement par une pression très forte de la tête du fœtus contre le bassin de la mère pendant les accouchemens très prompts, et aussi dans quelques cas par des violences extérieures survenues après l'accouchement;

3° Le sang épanché est fourni par les branches des artères occipitale et temporale qui se sont déchirées par la pression pendant l'accouchement;

4° La guérison a lieu ordinairement sans le secours de l'art, en partie par résorption de sang extravasé, en partie par dessiccation de ce fluide; le crâne et le péricrâne contractent des adhérences par l'organisation du sang et par une inflammation adhésive; mais la guérison est plus prompte

et plus sûre si on vide la tumeur par une ponction suivie de l'application d'un bandage compressif.

FRACTURES DE L'OLÉCRANE ET DE LA ROTULE GUÉRIES PAR LA TÉNOTOMIE; par le professeur DIEFFENBACH.

Dans des cas de fractures non consolidées contre lesquelles on avait déjà employé inutilement le frottement des fragmens osseux et l'application de bandages convenables, le chirurgien de Berlin a eu recours à la ténotomie, qui souvent a été suivie d'un succès complet, ou au moins d'une amélioration notable. Chez un homme d'une quarantaine d'années, une fracture de l'olécrâne fut suivie d'une fausse articulation : on frotta l'un contre l'autre les deux fragmens jusqu'à produire une vive douleur, puis on coupa le tendon du triceps et on appliqua un bandage amidonné en mettant le bras en flexion. L'appareil fut renouvelé et le frottement répété tous les quinze jours; au bout de trois mois, l'olécrâne s'était consolidé. Dans des fractures transversales de la rotule où les fragmens se trouvaient considérablement écartés, M. Dieffenbach divisait le ligament rotulien et le tendon du muscle droit de la cuisse, à 3 pouces au-dessus de la rotule, pour ne pas ouvrir la capsule articulaire. Les fragmens étaient rapprochés et frottés l'un contre l'autre; on appliquait un bandage consistant en courroies rembourrées dont l'une passant au-dessus du fragment supérieur servait à l'abaisser, et l'autre passant au-dessous de l'inférieur le faisait remonter; deux petites courroies latérales étroites munies de boucles facilitaient encore ce rapprochement. Il n'y avait que peu de douleur et point de suppuration. La substance intermédiaire entre les fragmens s'enflammait un peu et formait tumeur sous la peau. Au bout de quelques mois on obtenait, ou bien le rapprochement complet des deux fragmens d'os, ou au moins une amélioration marquée.

VIII. MONATSSCHRIFT FUR MEDICIN, AUGENHEILKUNDE UND CHIRURGIE, publié par D'AMMON.

Le cahier de novembre et de décembre, le dernier qui paraîtra de ce journal, contient : 1° *Opacité congéniale de la cornée*; par le docteur d'Ammon. 2° *Etiologie du colobome de l'iris*; par le même. (Article non achevé.) 3° *Sur le strabisme*; par le docteur Rigler. 4° *Sur la syphilis*; par le docteur Droste. (Observation d'une syphilis congéniale chez un enfant dont la mère n'a jamais présenté de symptômes syphilitiques, tandis que le père a été affecté de la maladie.) 5° *Mélanges et aphorismes.* 6° *Commentaire de deux passages obscurs de Celse*; par le docteur Ryba. 7° *Sur la progression des aveugles*; par le docteur Hoppe. 8° *Sur l'inflammation de la cornée chez les nourrices*; par le docteur Nasse.

OPACITÉ CONGÉNIALE DE LA CORNÉE; par le docteur D'AMMON.

L'opacité congéniale de la cornée peut être partielle ou totale. La première s'observe le plus communément en même temps que la microphthalmie; elle se trouve toujours à la circonférence, jamais au centre, et occupe le point d'union de la sclérotique avec la cornée. L'obscurcissement de la cornée peut être plus ou moins prononcé; lorsqu'il est très fort, on n'observe point de ligne de démarcation entre la sclérotique et la cornée, et cette dernière paraît blanche comme la sclérotique, et est à peine translucide dans son centre; rarement cette partie translucide, derrière laquelle se trouve ordinairement la pupille, a une forme ronde; le plus souvent elle est triangulaire ou ovale, sans être bien limitée, et se confondant sensiblement par ses bords avec la sclérotique. Lorsque l'obscurcissement est moins fort, la cornée a le plus souvent une forme allongée, rarement circulaire, et se confondant insensiblement par sa circonférence avec la sclérotique, au moyen d'une zône bleuâtre qui établit la transition entre les deux membranes. Cette zône est souvent très large, entoure uniformément toute la cornée, ou bien elle est seulement large en haut et en bas, et se rétrécit, ou bien elle se perd complètement sur les côtés, de manière à présenter la forme d'un croissant supérieur et inférieur; quelquefois on ne voit qu'un seul croissant. Quant à l'étiologie de ces obscurcissemens, nous savons que, dans les premiers mois de la vie embryonnaire, il n'existe pas de différence entre la sclérotique et la cornée de l'œil humain, leur structure est identique, et ce n'est que vers le troisième mois que commence la séparation entre les deux membranes; la cornée devient plus transparente et la sclérotique plus épaisse et plus blanche; et c'est à dater de cette époque que commencent les opacités congéniales; celles-ci ne sont donc qu'un arrêt de développement de la cornée. L'organe augmente à la vérité de dimension, mais faiblement; de là, la coïncidence de ce défaut congénial avec le microphthalmus; presque toujours il y a en même temps manque de développement de l'iris et d'autres organes. Cet obscurcissement de la cornée se dissipe rarement dans le cours de la vie, sinon jamais; on l'a observé chez plusieurs individus de la même famille, tantôt sur un œil, tandis que l'autre a été bien développé, tantôt sur les deux.

Lorsque l'opacité est totale, la circonférence comme le centre de la cornée est entièrement obscurcie; la membrane a l'aspect opalin ou bleuâtre, est lisse, bombée, saillante, et paraît hypertrophiée, sans cependant ressembler à un staphylome. La forme de l'œil est sphérique et rappelle l'état du globe chez les embryons; la cornée, à l'endroit où elle se continue avec la sclérotique, paraît le plus souvent tranchée et parfois entourée d'un anneau plus clair. L'œil est le plus souvent convulsivement dirigé en haut.

Cette affection pourrait être confondue avec la persistance de la membrane pupillaire, ou avec des exsudations plastiques qui rempliraient la chambre antérieure. Il est remarquable qu'à mesure que les enfans avancent en âge, la cornée paraît un peu moins opaque, et qu'on peut quelquefois reconnaître l'iris à travers.

L'auteur a observé un enfant chez lequel l'opacité congéniale a diminué graduellement, au point qu'au bout de quelques mois cet enfant put voir, mais très faiblement; il était myope, louchait alternativement avec les deux yeux, qui se trouvaient constamment dans un état convulsif.

SUR L'INFLAMMATION DE LA CORNÉE CHEZ LES NOURRICES; par le professeur NASSE.

Dans ces derniers temps, on s'est surtout rendu attentif aux abcès métastatiques qui suivent les grandes opérations; l'œil n'en est pas plus exempt que tous les autres organes, et il paraît que, d'après MM. Hall, Higgenbottom, Moser, etc., la suppuration des membranes de l'œil, mais surtout de la cornée, n'est pas rare chez les femmes en état de puerpéralité, et survient à la suite de quelque inflammation du bas-ventre. Tous les cas observés se sont terminés par la mort. Dans cet article, il ne sera pas question de cette kératite maligne, mais d'une autre, guérissable, qui ne survient pas dans les premiers jours après l'accouchement, mais plus tard, chez les nourrices. D'après le professeur de Marbourg, elle n'apparaît que quelques mois après l'accouchement, et même au bout d'un an et demi, si la lactation est continuée aussi longtemps. Elle s'annonce par une irritation et plus tard une injection de la conjonctive oculaire, en prenant la forme catarrhale, et quelquefois aussi vésiculeuse. Parfois la maladie revêt un caractère rhumatismal, ou survient à la suite d'une éruption vésiculeuse à la face. De la conjonctive, l'inflammation passe en peu de temps à la cornée et est accompagnée de douleurs oppressives et pongitives dans l'œil et au-dessus du bord orbitaire; ces douleurs ne sont pas toujours très vives et diminuent bientôt; la photophobie est, en général, peu prononcée. La conjonctive est très rouge et un peu boursouflée; la vue est trouble. Dans tous les cas, il s'est formé, du troisième au huitième jour de la maladie, un abcès sur la cornée, et ordinairement il ne se trouve que sur un œil, tandis que l'autre ne souffrait que peu ou point du tout. A mesure que l'abcès se forme, les symptômes inflammatoires diminuent; par contre, l'abcès, qui a toujours son siége au milieu de la cornée, gagne en largeur, si on ne l'arrête pas par un traitement convenable, et il peut même pénétrer dans la chambre antérieure et y occasioner un hypopion.

Cette maladie ne paraît pas être liée à une saison particulière de l'année; mais plutôt à une époque de la vie. Les femmes les plus sujettes sont celles de 28 à 38 ans, et surtout celles qui ont déjà plusieurs fois accouché. Les scrofules, le rhumatisme, etc., ne semblent avoir qu'une influence secondaire sur cette maladie, qui paraît toujours être précédée d'une grande lassitude et d'un amaigrissement, suite des fatigues de l'allaitement. Les saignées n'étaient jamais indiquées; par contre, on a à se louer des vésicatoires derrière les oreilles, des dérivatifs et des diaphorétiques. L'esprit de mindérère, uni aux infusions amères, le vin de colchique, la teinture de Gaïac, et, en cas d'épuisement de la malade, on prescrit le quinquina avec l'acide sulfurique; ce qui est toujours indispensable, c'est de sevrer l'enfant ou de borner l'allaitement; la diète doit être tonique, sans être stimulante. En collyre, on applique la teinture d'opium seule, ou unie à la pierre divine. Deux à trois semaines de traitement suffisent pour la guérison complète.

OBS. I. — C. V., âgée de 30 ans, nourrit depuis neuf mois son premier enfant, qui est très fort, et ne prend d'autre nourriture que le lait de sa mère. Celle-ci, toujours bien portante, se plaignait depuis seize jours de lassitude, d'anorexie, de chaleur fugace et de céphalalgie; elle devint de plus en plus maigre; le pouls était fréquent, petit et faible; il n'y avait pas de symptômes du côté de la poitrine. Il y a huit jours, elle fut prise, sans cause connue, d'une ophthalmie très douloureuse, surtout de l'œil gauche, sur lequel on vit paraître un ulcère

de la grandeur d'une lentille ; la conjonctive était rouge et boursoufflée, la photophobie peu prononcée.

Obs. II. — E. G., âgée de 29 ans, de constitution forte, toujours bien portante, se sentit très fatiguée par l'allaitement d'un garçon de 15 mois ; il y a huit jours, elle fut prise d'une ophthalmie catarrhale, qui envahit bientôt la cornée et troubla la vue. Les douleurs sous-orbitaires devinrent très intenses et il se forma au milieu de la cornée un ulcère de 3 millimètres, qui perfora presque cette membrane et produisit une accumulation de pus entre les lamelles.

Obs. III. — L., âgée de 31 ans, a souffert déjà souvent des yeux, surtout pendant l'allaitement. Elle nourrit depuis six mois son troisième enfant ; il y a quinze jours elle eut à la face une éruption herpétique qui s'étendait de la lèvre à la paupière droite. L'œil de ce côté s'enflamma ; celui de gauche ne souffrit que fort peu. La photophobie et la douleur sont peu prononcées quoiqu'il y ait encore rougeur à la conjonctive. Un ulcère à fond sale s'étend sur la moitié de la cornée ; le bord palpébral est un peu excorié.

Obs. IV. — M., âgée de 38 ans, scrofuleuse dès son enfance, avait déjà en souvent des ophthalmies palpébrales et des ulcères superficiels à la cornée ; mais à la suite d'un traitement convenable tous les symptômes avaient disparu depuis plusieurs années. Au troisième mois après son cinquième accouchement, l'œil droit, auparavant toujours sain, fut affecté d'une ophthalmie étendue et d'ulcérations profondes. Les douleurs, surtout le soir, étaient très fortes ; la photophobie peu prononcée ; la conjonctive très rouge ; malgré la gravité de l'affection qui laissait peu à espérer pour la conservation de la vue, l'état de l'œil était très satisfaisant au bout de huit jours. On s'était borné à ne mettre l'enfant au sein que deux fois par jour et jamais pendant la nuit. Au bout de la troisième semaine, tous les symptômes avaient disparu, sauf une toute petite érosion de la cornée ; alors la femme, sans consulter le médecin, allaita comme auparavant son enfant pendant la nuit ; de nouveau l'ulcère gagna en étendue, et ne céda que lorsque le médecin se fut assuré de la cause de la rechute et défendit de nouveau l'allaitement. Ce n'est que dans ce cas qu'on a employé, outre la teinture d'opium et la pierre divine, un peu de sublimé et de sulfate de cuivre.

Obs. V. — P., âgée de 28 ans, de constitution forte, toujours bien portante, si ce n'est qu'il y a six ans elle eut une inflammation papuleuse sur les paupières. Elle est accouchée de son quatrième enfant qu'elle allaitait depuis six mois ; alors elle fut prise d'une inflammation catarrhale de l'œil droit qui, dans le principe très-benigne, devint vésiculeuse au bout de quatre semaines. Plusieurs moyens très rationnels furent employés sans succès par son premier médecin. L'inflammation gagna en étendue ; les douleurs sus-orbitaires devinrent très fortes ; un ulcère très large et entouré d'une auréole vasculaire se forma sur le milieu de la cornée. L'ophthalmie finit par guérir, mais elle fut suivie de pannus.

Après avoir lu les observations et les réflexions qui précèdent, on serait au premier moment tenté de croire que cette ophthalmie des nourrices n'est autre chose qu'une inflammation ordinaire, rhumatismale ou scrofuleuse ; mais lorsqu'on voit que les symptômes en apparence les plus graves cèdent aussitôt qu'on sèvre l'enfant et reprennent de l'intensité lorsqu'on met le nourrisson de nouveau au sein, il faut évidemment regarder cette ophthalmie comme étant d'une nature spéciale.

L'auteur cherche à se rendre compte de la cause de cette affection par quelques remarques physiologiques ; il pense devoir la rapporter à un appauvrissement du sang ; ainsi Mackenzie a vu des ulcères augmenter en étendue par les émissions sanguines et s'arrêter dans leur marche au bout de vingt-quatre heures par l'emploi des toniques ; Magendie a observé des ulcérations et des perforations de la cornée sur des chiens auxquels on faisait souffrir la faim, ou auxquels on injectait de l'eau et du sérum dans le sang, et en général on observe des kératites ulcéreuses sur les individus épuisés par d'abondantes saignées, des jeûnes prolongés et des suppurations copieuses, et, chose remarquable, ce n'est ordinairement qu'un œil, rarement les deux, qui sont en même temps gravement affectés.

Nous n'entrerons pas dans de longs détails sur l'hypothèse iatro-mathématique par laquelle l'auteur cherche à expliquer comment les globules de la lymphe et les disques du sang venant à être agglutinés par un état particulier du sérum s'arrêtent entre les lamelles de la cornée, distendent celle-ci et produisent l'ulcération.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE.

STRUCTURE DES MEMBRANES MUQUEUSES.

M. Flourens lit un mémoire intitulé : Recherches anatomiques sur la structure des membranes muqueuses. Nous insérerons prochainement ce travail.

FIÈVRE TYPHOÏDE PENDANT LA VIE INTRA-UTÉRINE.

M. le docteur Manzini écrit à l'Académie qu'il a trouvé les altérations des follicules, caractéristiques de la fièvre typhoïde sur le cadavre d'un enfant né à sept mois de gestation, et mort vingt ou trente minutes après sa naissance. Plusieurs médecins assistaient à l'autopsie, et ont pu vérifier le fait avec lui.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 27 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS.

M. Ollivier d'Angers lit, en son nom et en celui de M. Récamier, un rapport sur un travail de M. Hubert Rodrigues, agrégé à la Faculté de Montpellier, intitulé : Traité de la paralysie générale et chronique. Il n'y a guère que vingt ans, dit M. le rapporteur, que les médecins se sont occupés de cette maladie d'une manière spéciale. Tous n'ont pas été d'accord sur sa cause ; les uns, tel que M. Delaye, l'attribuent à un endurcissement du cerveau ; d'autres, M. Calmeil en particulier, la considèrent comme due à une inflammation de la couche extérieure, périphérique de l'encéphale. Depuis que cette dernière opinion a été émise, des observations nombreuses sont venues en montrer la justesse.

La manière dont M. Rodrigues a traité ce sujet a encore ajouté à l'intérêt qui s'y rattache. Ainsi la première partie contient 31 observations, dont 13 sont propres à l'auteur et 18 ont été empruntées à différens pathologistes. Tous ces faits se trouvent divisés en deux séries, l'une qui emprend les cas suivis d'autopsie, l'autre renfermant ceux où la maladie a subi un amendement ou s'est terminée par guérison. Ces derniers sont au nombre de 10. On peut dire, en général, que les autopsies de M. Rodrigues confirment l'opinion de MM. Calmeil et Parchappe sur la nature de la lésion qui produit la paralysie générale. Sa pratique prouve également que cette affection, quoique plus rare dans les contrées méridionales, y existe néanmoins ; ce qui avait été nié par quelques écrivains.

L'auteur pense que la paralysie des aliénés envahit successivement les diverses parties du corps, en allant de haut en bas ; qu'ainsi, dès le début, elle est plus prononcée aux membres supérieurs qu'aux inférieurs. Mais, dit M. le rapporteur, nous n'avons rien trouvé dans les faits cités par M. Rodrigues qui pût légitimer cette conclusion, et nous croyons au contraire, avec la plupart des auteurs, que la maladie suit ordinairement une marche inverse, c'est-à-dire de bas en haut.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur trace l'histoire générale de la paralysie des aliénés, dans ses causes, ses symptômes, son traitement, etc. Partout il montre une parfaite connaissance du sujet ; il l'on ne peut qu'applaudir à l'esprit d'indépendance et de critique dont il a fait preuve en examinant les doctrines contemporaines. Nous ferons cependant une exception à l'égard de ce qu'il dit, que la paralysie générale est une maladie de même nature que la paralysie ordinaire, que celle, par exemple, qui dépend d'une altération chronique locale des centres nerveux. Il est certain que dans ces deux affections les symptômes sont semblables, mais c'est l'ordre dans lequel ils apparaissent qui établit entre elles une séparation tranchée. La paralysie qu'amène l'encéphalite chronique diffuse a son mode d'évolution, ses caractères propres, comme sa cause distincte. Pourquoi d'ailleurs, si rien ne la différenciait d'avec les autres sortes de paralysie, M. Rodrigues en a-t-il donc fait l'objet d'une étude spéciale ?

Les dix faits de guérison ou d'intermittence prolongée qu'a rapportés notre auteur ne sont pas aussi probans qu'il le pense en faveur de la curabilité de cette affection. Ainsi dans la trente-unième observation, il est bien vrai que la guérison fut complète et solide ; mais nous ne pensons pas que ce fût réellement là un cas de paralysie générale parfaitement caractérisée ; M. Calmeil qui, lui aussi, avait d'abord cru obtenir des succès dans le traitement de la même maladie, a vu mourir depuis la plupart des sujets qu'il avait d'abord donnés comme guéris.

Les conclusions sont d'adresser à l'auteur une lettre de félicitations et d'inscrire son nom sur la liste des membres correspondans.

M. Londe : Je partage entièrement l'avis de M. le rapporteur sur ce qu'il a dit au sujet de la marche ascendante de la paralysie chez les aliénés. Cependant je ferai observer qu'il y a ordinairement chez eux, dès le principe, quelque chose de mal assuré dans la voix ; ce signe, qui trahit le premier l'affection commençante, apparaît souvent alors même que les bras ont leur force naturelle. Je dois dire encore que s'il est un fait avéré, c'est l'incurabilité absolue et constante de cette maladie.

M. Castel : On peut donner bien facilement l'explication de cette paralysie qui affecte la langue, ou exclusivement ou du moins avant la paralysie des autres parties. Si la faculté de parler est la première frappée d'impuissance, cela tient à ce qu'elle est celle de toutes les fonctions qui, à l'état normal, s'exécute le plus difficilement. Cet embarras de la parole s'observe également dans presque toutes les autres paralysies. Quant à l'envahissement successif des diverses parties de bas en haut, on peut s'en rendre compte aussi aisément. Car si vous comparez l'innervation à un cours d'eau servant dans son trajet plusieurs canaux secondaires, il est évident que lorsque le volume du liquide viendra à s'amoindrir, ce sera dans les canaux les plus éloignés que l'effet de la diminution se fera d'abord sentir.

M. Londe : On peut remarquer, et ceci est à l'appui de ce que vous a dit M. Castel, que lorsqu'on vient de s'éveiller, ce qu'il y a en effet de plus difficile à faire dans le premier moment, c'est de parler.

M. Roux : Dans un voyage que j'ai fait dernièrement en Italie avec M. Thore, je me suis proposé de vérifier jusqu'à quel point la paralysie générale est plus fréquente dans certaines localités. Eh bien ! aux questions que je leur adressais dans ce sens, un grand nombre de médecins m'ont répondu qu'ils n'avaient presque jamais eu l'occasion d'observer cette maladie.

M. Ollivier (d'Angers) : C'est une particularité bien remarquable que cette rareté de l'affection qui nous occupe, dans le midi. Cependant, on ne peut nier qu'elle ne s'y rencontre, et j'ai eu soin de faire ressortir que M. Rodrigues est aussi arrivé à la même conclusion dans son travail. Mais il est également certain qu'on observe moins fréquemment la paralysie générale dans les pays méridionaux. M. Delaye, à Toulouse, avait même pensé qu'elle ne s'y présentait jamais. Esquirol obtint des médecins italiens les mêmes réponses que celles dont M. Roux vient de nous donner connaissance. J'ai aussi recueilli des documens identiques. Ainsi, M. Vulpès m'a dit qu'il n'avait pas vu de paralysie générale, et M. Tagliaferro, médecin d'un établissement d'aliénés, n'en compte que deux cas dans son hospice.

M. Castel : La paralysie générale et l'aliénation mentale ne sont pas deux maladies distinctes. Elles proviennent de la même lésion, et en constituent seulement des effets plus ou moins éloignés.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

A quatre heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre dans laquelle M. le ministre demande à l'Académie s'il y a lieu d'envoyer un chimiste aux eaux d'Evaux pour en faire l'analyse, suivant le vœu qui a été exprimé par le conseil général du département de la Creuse.

M. Chevallier rappelle que la commission des eaux minérales s'est déjà occupée de cet objet, et que si la réponse n'a pas été faite au ministre, du moins les élémens de cette réponse doivent se trouver dans les Archives de l'Académie.

CONTAGION DE LA FIÈVRE JAUNE.

M. Bertulus écrit à l'Académie qu'il lui a envoyé au mois de septembre un mémoire sur ce sujet, et que, n'en ayant plus entendu parler depuis, il désirerait savoir si ce travail a été en effet remis. Il est d'autant plus inquiet à cet égard que le rapport défavorable que M. Chervin a fait sur son premier mémoire ayant été inséré dans les Bulletins de l'Académie, il croit avoir également droit au même moyen de publicité pour faire connaître sa réponse.

M. Chervin : Il est vrai que j'ai commencé à lire une réfutation du travail de M. Bertulus; mais ma lecture n'est pas encore terminée, et je ne vois pas comment ce médecin pourrait me répondre dès à présent, et avant de connaître la totalité des argumens que j'ai à faire valoir contre sa manière de voir.

M. Gérardin : M. Bertulus est un homme de talent, un homme très véridique. Ayant été témoin d'une épidémie de fièvre jaune, il en a soumis la relation à l'Académie. Son travail était imprimé, il n'y avait donc point lieu à un rapport; il ne pourait pas même en demander. Quand M. Chervin est venu lire une réponse à ce mémoire, la plupart d'entre nous ont pu croire que c'était un rapport; mais il n'en était rien; la réclamation de M. Bertulus me semble donc fondée, et il est juste d'y faire droit.

M. Chervin : Je ne conteste point le talent et la véracité de M. Bertulus; ce n'est pas là la question. On me dit que son mémoire étant imprimé, il n'y avait pas à faire de rapport sur son compte. Mais tout membre de l'Académie n'est-il donc pas libre de prendre la parole sur quelque sujet que ce soit, et même à propos d'un ouvrage imprimé? Je n'ai pas entendu faire un rapport sur le travail de M. Bertulus. J'ai seulement soumis à l'Académie les réflexions que m'avait suggérées sa lecture : et en cela je n'ai fait, ce me semble, qu'user d'un droit qu'on ne peut me dénier.

M. Adelon : On se demande si le mémoire de M. Chervin doit être qualifié de rapport ou de travail particulier. Il sera facile de juger la question; il n'y a pour cela qu'à consulter le procès-verbal de la séance dans laquelle il a été lu.

M. Barthélemy : Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans tous les ordres du jour qui ont passé sous mes yeux, et où M. Chervin était inscrit pour avoir la parole, son nom ne figurait pas parmi ceux des membres qui devaient faire un rapport, mais bien au nombre de ceux qui auraient été appelés pour lire des travaux originaux. En conséquence, il n'y a rien autre chose à faire que de répondre à M. Bertulus que la lecture faite par M. Chervin au sujet de son mémoire n'était pas un rapport.

M. Pariset : Peut-être y aurait-il un inconvénient dans la réponse que vous propose de faire M. Barthélemy. C'est que les lecteurs du Bulletin voyant à côté du mémoire de M. Bertulus sa réfutation faite par M. Chervin pourront s'imaginer que la seconde est en effet un rapport sur le premier.

L'ordre du jour est adopté.

NOUVEAU COW-POX.

M. Gaultier de Claubry, au nom du comité de vaccine, communique à l'Académie le fait suivant : M. Chabrol, vaccinateur spécial pour l'arrondissement de Limoges, *extra-muros*, a trouvé sur le mamelon d'une vache les croûtes d'une éruption vaccinale dont les produits, expérimentés à l'hôpital de Limoges, ont donné lieu aux plus beaux résultats, et y servent actuellement pour les vaccinations hebdomadaires. Le propriétaire de cette vache assure que, depuis vingt ans, il a observé la même affection parmi les animaux de son étable.

EFFETS DES BOISSONS FROIDES SUR LE CORPS EN SUEUR.

M. Guérard, candidat à la place vacante pour la section d'hygiène, lit un travail intitulé : Considérations générales sur l'hygiène; influence des boissons froides ingérées pendant que le corps est échauffé. J'ai choisi de préférence ce sujet, dit-il, à raison de la fréquence et de la gravité des accidens que détermine l'ingestion d'une boisson froide dans de telles circonstances, et à cause des soupçons d'empoisonnement que ces affections font souvent naître parmi les assistans. Le système nerveux, l'appareil digestif, et les organes respiratoires, peuvent ressentir les effets de cette cause morbide. De là trois grandes divisions.

1° Lésions fonctionnelles du système nerveux. — La mort subite est quelquefois le résultat d'une imprudence de ce genre. Amatus Lusitanus raconte qu'un chevalier romain ayant bu outre-mesure de l'eau de puits, après s'être échauffé à jouer à la paume, tomba mort tout à coup. La même chose arriva, à ce que rapporte Fabrice de Hilden, dans sa troisième Centurie, à un domestique qui, au retour d'une longue course, voulut se rafraîchir avec un verre de vin. Ce ne sont pas là les seuls exemples de malheurs semblables; aussi Ramazzini, pour éviter ce danger ou du moins pour l'atténuer, conseille de retenir quelque temps le breuvage dans la bouche, où il perd une partie de sa froideur, ou, ce qui est encore mieux, de n'en prendre qu'une petite quantité à la fois, à diverses reprises. C'est sans doute à cause du soin qu'on met à suivre ces préceptes, que les accidens sont rares dans nos réunions, où l'on fait cependant un usage si général, et quelquefois si immodéré, des boissons glacées.

Il n'existe pas d'autopsie qui puisse nous autoriser à affirmer que la mort est due, dans ces cas, à une lésion du système nerveux; mais son instantanéité montre assez qu'on ne peut la rapporter à une autre cause. Je connais pour mon compte, ajoute M. Guérard, deux jeunes dames chez qui l'ingestion des glaces détermine une céphalalgie insupportable. Une autre dame, immédiatement après en avoir pris une, fut saisie d'une douleur extrêmement vive au bras, douleur qui résista pendant près de trois mois aux médications les plus variées et les plus énergiques. Depuis lors, elle a pu recommencer à prendre des glaces, sans en éprouver la moindre incommodité. Haller raconte lui-même que, se trouvant dans les Alpes, il ressentit, après avoir bu de l'eau froide, une stupeur et un abattement particulier bien connus des habitans du pays.

2° Affections de l'appareil digestif. — Les effets les plus ordinaires sont des vomissemens spasmodiques; quelquefois des évacuations alvines fréquentes viennent s'y joindre, ainsi que des coliques et des douleurs abdominales. Cet ensemble de symptômes a souvent fait croire à l'existence du choléra-morbus : et lorsqu'il survient après l'ingestion d'une boisson glacée, le soupçon d'empoisonnement naturellement à l'esprit. Les faits de ce genre se multiplièrent tellement, dans l'été de 1825, que l'on crut que les rafraîchissemens des établissemens publics avaient été empoisonnés. Vauquelin ayant été chargé de faire l'analyse des glaces du café de la Rotonde, où l'on avait observé le plus grand nombre des accidens, n'y trouva rien de suspect. Mais ce qui contribua surtout à faire découvrir la véritable cause, c'est qu'il fut remarqué que pendant le cours de la saison chaude, il y avait un rapport exact et constant entre le nombre des cas de maladie observés, et les jours où la température avait été la plus élevée. On a du reste observé que les chevaux sont souvent pris de tranchées lorsqu'on leur fait boire de l'eau froide à la suite d'un travail fatigant.

C'est quelquefois par un flux dysentérique, dans d'autres cas par un simple embarras gastrique, que se traduit l'atteinte portée à l'organisme par l'action de cette influence. Faut-il attribuer à une péritonite l'ascite qui apparaît parfois dans la même circonstance? ou cet épanchement n'est-il au contraire qu'une sorte de métastase de la transpiration cutanée qui a été supprimée?

3° Affections de l'appareil respiratoire. — Si l'on en croit la plupart des auteurs, il n'y a pas de maladie de poitrine qui ne puisse résulter d'une semblable cause. Mais les méthodes récemment introduites dans l'art de diagnostiquer ces affections nous imposent aujourd'hui trop de réserve pour admettre tous les faits qu'on nous donnait jadis comme autant d'exemples de lésions bien caractérisées des poumons et des plèvres. Il est cependant un certain nombre de faits de cet ordre que l'esprit le plus sceptique ne saurait nier.

Ainsi, les accidens les plus nombreux et les plus variés peuvent survenir dans les circonstances que nous avons spécifiées, et quatre conditions principales concourent à les favoriser, à en augmenter l'intensité. Ces quatre conditions sont : 1° le degré d'échauffement auquel le corps avait été préalablement soumis; 2° l'état de vacuité de l'estomac au moment de l'ingestion de la boisson; 3° la quantité plus ou moins considérable du liquide ingéré; 4° la température de ce liquide.

L'indication de ces circonstances fait naturellement pressentir quelles sont les précautions à l'aide desquelles on peut espérer d'en neutraliser les effets.

(Commissaires : MM. Londe, Jolly et Espiau.)

COMPOSITION ET EFFETS DU LACTUCARIUM.

M. Bouley lit un rapport de M. Aubergier, ayant pour titre : Recherches sur le lactucarium. Après avoir indiqué le mode de préparation de cette substance, M. le rapporteur termine ainsi : « Quoique ce mémoire ne soit que la première partie d'un travail complet, que M. Aubergier se propose de soumettre plus tard au jugement de l'Académie, nous le jugeons néanmoins digne de fixer votre attention. Nous vous proposons en conséquence :

« 1° De le renvoyer au comité de publication.

« 2° De nommer une commission pour expérimenter avec ce médicament, et surtout pour déterminer par des observations cliniques les différences qui existent entre son action et celle de la thridace, que quelques personnes lui ont à tort assimilée.

« 3° D'inscrire le nom de l'auteur sur la liste des membres correspondans. »

M. MARTIN-SOLON : Je ne trouve rien de bien neuf dans le travail dont on vient de nous donner l'analyse. M. Aubergier dit que la thridace mal préparée ne produit aucun effet; que ses propriétés varient suivant les circonstances dans lesquelles on l'a recueillie; mais tout le monde savait cela avant lui.

J'ai une autre observation à faire sur l'ordre dans lequel les conclusions sont présentées. M. le rapporteur commence par demander l'insertion au BULLETIN, puis il juge que des expériences sont nécessaires pour vérifier l'efficacité du lactucarium. Mais avant de donner au mémoire de M. Aubergier une sorte de sanction, en l'imprimant dans nos bulletins, ne faut-il pas d'abord savoir à quoi nous en tenir sur la valeur du médicament qu'il propose : c'est la seule marche à suivre; sans cela vous serez exposés à voir demain, ce soir peut-être, dans les journaux, qu'un médicament nouveau a été approuvé par l'Académie.

M. BOULEY : Le mémoire de M. Aubergier renferme quelque chose de vraiment original, une analyse fort bien faite du lactucarium; et les travaux de cette nature sont assez difficiles pour qu'on leur doive des encouragemens. Si j'ai demandé qu'on publiât avant tout ce mémoire, ce n'était que pour mettre tous les praticiens à même de connaître la composition du médicament, et de pouvoir l'essayer.

M. MARTIN-SOLON Je ne conteste point le mérite du travail de M. Aubergier, puisque M. Bouley s'en porte garant. Mais quant à ma seconde observation, je maintiens mon dire; et c'est précisément quand il s'agit d'un médicament nouveau qu'il importe de fixer d'abord sa valeur par des expériences cliniques.

M. DELENS : Le travail de M. Aubergier n'est qu'une analyse chimique. Il reste maintenant à apprécier les propriétés du médicament, et pour cela il faut absolument que des expériences soient instituées.

MM. Martin-Solon, Guéneau de Mussy et Delens sont invités à faire des observations cliniques sur l'emploi du lactucarium, et à en communiquer prochainement le résultat à l'Académie.

TUMEUR ÉNORME DE L'OVAIRE.

M. le docteur Baron fils met sous les yeux de l'Académie une tumeur très volumineuse de l'ovaire droit, trouvée sur le cadavre d'une femme de 71 ans, qui rapportait à six ans l'origine de son développement. La tumeur, de nature éminemment fibreuse, remplissait toute la cavité abdominale et avait refoulé l'utérus en avant contre la vessie. Son poids est de 29 livres.

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

SÉMÉIOLOGIE DES URINES, OU TRAITÉ DE L'ALTÉRATION DES URINES DANS LES MALADIES; SUIVI D'UN TRAITÉ DE LA MALADIE DE BRIGHT AUX DIVERS AGES DE LA VIE; par CH. BECQUEREL, D.-M.; 1 vol. in-8° de 576 pages. — Paris, 1841, chez Fortin, Masson et comp., place de l'Ecole-de-Médecine.

De tout temps on a rattaché les altérations que présente la sécrétion urinaire dans le cours des maladies à ces maladies elles-mêmes, et on a cherché à les expliquer de manières différentes; mais toutes ces tentatives n'ont abouti à aucune solution satisfaisante et vraiment scientifique. Depuis même que le progrès des sciences chimiques a fourni aux médecins de nouveaux élémens d'investigation, toutes les recherches sur l'urine se sont bornées à leur étude dans un petit nombre de maladies spéciales, dans quelques circonstances particulières. Aussi les résultats obtenus n'offrant qu'un intérêt tout spécial n'ont exercé aucune influence sur le reste de la science, ou tout au plus ont inspiré le désir de connaissances plus étendues sur les différentes modifications que présente la sécrétion urinaire dans les divers états pathologiques; mais la longueur et la difficulté des recherches, l'incertitude même d'arriver à quelques résultats satisfaisans et qui pussent compenser les travaux qu'ils auraient nécessités et surtout le peu de confiance qu'inspiraient les méthodes, même les plus estimées, ont longtemps détourné les investigateurs de ce champ resté presque inculte, malgré quelques travaux isolés.

Depuis longtemps l'étude du diabète, tout récemment celle de la maladie de Bright, avaient appelé l'attention générale sur le rôle que jouent les altérations des urines dans les maladies; mais ces recherches bornées à un petit nombre de points restaient sans influence sur le reste de la pathologie; et M. Becquerel a eu raison de dire que dans les meilleurs traités de séméiologie moderne la science ne paraît guère plus avancée, relativement à l'urologie qu'elle ne l'était du temps de Galien.

C'est cette lacune que l'auteur de l'ouvrage que nous avons en main s'est efforcé de combler, aidé il est vrai de quelques travaux épars et qui ont trouvé leur place dans le grand cadre qu'il a tracé et surtout des heureuses modifications introduites dans les méthodes d'analyse depuis que la chimie organique forme une science presque à part, et qu'une foule d'hommes remarquables se sont livrés à la culture de cette partie si neuve et si féconde des sciences naturelles.

Le travail de M. Becquerel est divisé en quatre parties que nous allons indiquer sommairement avant de passer à l'examen des innombrables matériaux dont il se compose. Dans la première partie il a exposé les propriétés physiques et chimiques de l'urine s'appliquant surtout à signaler les rapports qui existent entre ces propriétés de nature différente et cherchant à montrer comment de la connaissance des premières on peut s'élever à celle des secondes. Dans la seconde et dans la troisième partie les différentes modifications que l'urine éprouve, soit à l'état physiologique, soit à l'état pathologique, sont exposées avec de très grands développemens, et ces deux parties forment le corps principal de l'ouvrage; enfin la quatrième qui se trouve un peu en dehors du cadre que l'auteur s'était tracé est une monographie de la maladie des reins désignée sous le nom de maladie de Bright.

Avant de se livrer à l'étude des altérations de l'urine, il était nécessaire de connaître exactement la composition de ce liquide à l'état normal. Tel a été aussi le premier soin de M. Becquerel, qui fut cependant aidé dans ces recherches par le beau travail de M. Lecanu, et avec lequel il s'est trouvé d'accord, au moins pour les résultats principaux, ou avec des différences réellement insignifiantes. Nous ne reproduirons pas le tableau de la composition de l'urine que donne M. Becquerel comme une moyenne de huit analyses de l'urine d'individus, auxquelles il s'est livré, car, n'étant qu'une moyenne, elle ne convient à aucun cas particulier. Nous aimons mieux indiquer les limites au-delà desquelles cesse l'état normal, en prévenant toutefois que les chiffres donnés ci-dessus représentent la proportion des élémens contenus dans l'urine rendue en 24 heures.

1° L'urée, qui est désignée sous la moyenne 12^{g},012, pourra varier entre 15 et 10 grammes, sans qu'on soit en droit de conclure qu'il y a altération sensible.

2° L'acide urique, dont le chiffre est de 0^{g},398, pourra varier de 0^{g},3 à 0^{g},5, sans qu'on puisse le considérer comme sorti des limites physiologiques.

3° La quantité des sels indiqués par 69,919 pourra osciller entre 69,0 et 7 ou 99, et on sera encore dans l'état physiologique. La moyenne des chiffres de M. Lecanu porte 109, c'est la différence la plus importante qui se trouve entre les moyennes de nos deux chimistes.

4° La quantité des matières organiques pourra elle-même varier entre 8 et 10 grammes, sans qu'il y ait altération de quantité.

L'analyse de l'urine, faite par Berzelius, diffère très notablement de celle des deux chimistes français, ce que M. Becquerel attribue à ce que probablement Berzelius n'aura pas opéré sur toute l'urine rendue pendant 24 heures, mais sur celles seulement du matin, qui sont quelquefois très concentrées.

Un chapitre est consacré à l'histoire de chacun des élémens qui entrent dans la composition de l'urine. L'auteur y étudie les différentes proportions dans lesquelles ils s'y trouvent, et les causes qui font varier ces proportions avec un luxe de développemens techniques, qui n'est point déplacé dans un ouvrage de chimie organique, mais dont nous ne pouvons espérer de donner ici même la plus légère idée. Ainsi l'eau, les principes solubles tenus en dissolution dans l'urine, l'urée, l'acide urique et les urates, les matières organiques et inorganiques tenues en dissolution dans le même liquide, et celles qui ne s'y trouvent qu'accidentellement, font le sujet d'autant de chapitres qui complètent l'étude des propriétés chimiques de l'urée à l'état normal, tandis que leurs propriétés physiques, savoir : leur quantité, leur densité, leur coloration, leur consistance et leur transparence sont étudiées dans autant de chapitres, sur lesquels nous sommes également obligés de garder le silence, nous hâtant d'arriver à l'étude pathologique de l'urine, qui est l'objet principal du livre de M. Becquerel, et qui doit surtout appeler notre attention.

Les urines, dans les maladies, peuvent être divisées en quatre grandes classes qui présentent chacune plusieurs variétés; 1° Urines fébriles; 2° urines anémiques; 3° urines alkalines; 4° urines à peu près normales. Celle de la première classe est caractérisée par une densité et une coloration fortement prononcée et par la facilité avec laquelle elle dépose un sédiment abondant, soit spontanément, soit par l'influence des réactifs. Elle est habituellement peu abondante, et offre des variétés distinctes.

Mais il y a entre ces variétés si peu de rapports, qu'on saisit difficilement le lien qui les réunit ainsi que le motif qui leur a fait donner, par

l'auteur, le nom d'urines fébriles; car ces urines ne se rencontrent pas dans tous les cas où il y a fièvre et sont observées dans de nombreux cas où il n'y a pas d'accidens fébriles. Le nom donné à la seconde variété offre les mêmes difficultés, car l'auteur ne les a pas appelées *urines anémiques*, parce qu'elles se rencontreraient exclusivement dans l'anémie et la chlorose, mais parce qu'elles sont surtout caractéristiques dans ces deux circonstances. Voici les caractères attribués à cette seconde variété de l'urine, c'est que tandis que l'eau est, ou conservée normale, ou à peine diminuée, la somme des matières tenues en dissolution est fortement diminuée.

La troisième classe renferme les urines alkalines qui sont toujours la conséquence de la décomposition de l'urine sous certaines influences, telles que les néphrites, quelques cas de maladie de Bright, le long séjour des urines dans la vessie, la présence du pus dans les urines.

La quatrième classe enfin comprend les urines qui conservent leurs caractères normaux dans des maladies légères apyrétiques, et de courte durée.

Cette classification des urines de l'état pathologique peut être utile dans quelques cas, et spécialement à l'aide des sous-divisions que l'auteur y a introduites; mais les caractères des différentes classes ne sont pas assez tranchés et ne s'excluent pas assez complètement pour qu'elle soit d'une grande utilité dans ses applications au diagnostic des affections dans lesquelles on observe ces altérations.

Dans la troisième partie, celle qui intéresse le plus immédiatement le praticien, l'auteur recherche, dans un certain nombre de maladies, quelles sont celles des principales modifications étudiées dans les parties précédentes qui s'y rencontrent. Cette partie contient donc la pathologie spéciale des urines, après que la pathologie générale a été exposée dans la première et la seconde partie.

Les affections dans lesquelles les différentes modifications de l'urine ont été étudiées sont rangées en onze groupes, dont le premier contient, sous le titre de *pyrexies*, la fièvre typhoïde, la courbature, la rougeole, la scarlatine, la variole, l'urticaire et les fièvres intermittentes. Ne pouvant reproduire les résultats obtenus dans chacune de ces maladies, ce qui serait difficile parce que l'auteur résume rarement les observations et se contente le plus souvent de les exposer dans un certain ordre, nous nous bornerons à citer quelques passages de son travail sur les points les plus importans, et d'abord dans la fièvre typhoïde. « Dans la majorité des cas, dit l'auteur, j'ai trouvé l'urine modifiée d'une manière notable. Tant que la fièvre était intense et avant que la période adynamique fût établie, l'urine fut trouvée avec les caractères de l'urine fébrile, peu abondante, fortement colorée, dense, chargée d'acide urique; on y trouvait parfois du sang, de l'albumine, du mucus en assez grande quantité; plus rarement du pus. En outre, elle a eu, plus que dans aucune autre maladie, une tendance à la décomposition, une fois sortie de la vessie. La rapidité et la facilité de cette décomposition spontanée étaient généralement en rapport avec l'intensité de la fièvre.

»Mais, lorsque, par suite du développement de la maladie, la période adynamique vient à se prononcer, deux cas peuvent se présenter :

»1° Si la fièvre présente une grande intensité, les urines présentent la deuxième variété des urines *fébriles*; c'est-à-dire diminution de quantité, coloration assez forte, fréquens sédimens d'acide urique, soit spontanés, soit déterminés par l'acide nitrique, mais faible densité.

2° Dans le cas contraire, les urines prennent le caractère anémique; elles deviennent pâles, peu denses, peu chargées. Cet aspect de l'urine, qui contraste avec celui qu'elle offrait à une époque moins avancée, peut devenir un des signes qui servent à reconnaître l'état asthénique et son degré. Voilà la règle générale, mais il y a des exceptions.... »

Malgré tout l'intérêt qu'inspirent ces recherches, considérées sous le point de vue chimique, elles sont loin pourtant d'avoir, pour la médecine pratique, toute l'importance qu'on serait disposé à leur attribuer. Ainsi, quand l'auteur se demande si les sédimens d'acide urique, qui semblent jouer un si grand rôle dans les affections aiguës, et spécialement dans la fièvre typhoïde, se montrent à des époques déterminées de la maladie, si leur apparition est en rapport avec la solution heureuse de la maladie, si elle peut être regardée comme un signe qui l'annonce, il est obligé de répondre négativement sur tous ces points.

Parmi les affections aiguës, il en est peu où les altérations de l'urine soient aussi tranchées et aient été remarquées depuis aussi longtemps que pendant le cours de la scarlatine. Nous voudrions pouvoir reproduire ici quelques-unes des données que présente M. Becquerel sur les différentes formes d'hydropisie qui surviennent pendant le cours de la scarlatine, et qui ont été jusqu'à ce moment si peu étudiées. Notre auteur répare ici cet oubli par des recherches neuves et originales; car il admet que trois espèces d'hydropisies différentes peuvent se développer à la suite de cette affection. Sans nous prononcer sur l'exactitude de cette assertion, nous n'en recommandons pas moins ce point à l'attention de ceux qui aiment les travaux sérieux, les recherches réellement progressives.

Nous pourrions citer encore plusieurs autres résultats obtenus par M. Becquerel, et nous devrions mentionner spécialement un travail complet, une véritable monographie de la maladie à laquelle il a cru, et avec bien de la raison, devoir laisser son nom primitif. Cette monographie, qui est plus complète qu'aucune de celles que nous avons en français sur la même maladie, puisqu'elle contient les recherches les plus récentes et l'histoire spéciale de la maladie de Bright chez les enfans, aurait pu facilement être publiée à part. Cependant, elle n'est point déplacée à la fin des vastes recherches que renferme ce volume sur les altérations des urines, puisque la découverte de cette maladie importante a été le résultat de recherches semblables à celles qui sont exposées dans ce travail de longue haleine. Quant à ces recherches elles-mêmes, si beaucoup d'entre elles ne font que confirmer certaines idées qui avaient déjà cours dans la science, il y a encore du mérite, nous devons le dire, à avoir donné à ces idées la confirmation scientifique dont elles avaient besoin. Mais à cela ne se borne pas seulement le mérite du travail de M. Becquerel. Sur plusieurs points, il a signalé assez d'erreurs généralement admises, et, sur d'autres, il a émis assez d'aperçus neufs pour faire oublier même au médecin praticien l'aridité des parties de son ouvrage où dominent les chiffres et les analyses chimiques. Ceux-là seulement auxquels sont connues toutes les difficultés qui entourent encore l'analyse des substances organiques apprécieront l'étendue des travaux auxquels il a dû se livrer; pour nous, nous lui savons gré en outre de sa sobriété de conclusions générales, tandis que tant d'autres s'épuisent en stériles inductions sur des matériaux d'une valeur bien inférieure.

VARIÉTÉS.

— GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, OU RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES ; par M. VALLEIX. — Première livraison (novembre 1841), à la librairie de veuve Lenormant.

Nous nous bornerons aujourd'hui à une simple indication des matières contenues dans la première livraison de cet ouvrage éminemment pratique, nous réservant d'en donner plus tard une analyse plus détaillée.

Nous y trouvons l'histoire de l'*épistaxis* et du *coryza aigu*. Débarrassée de tout détail inutile au praticien, la description des symptômes conduit rapidement à l'exposition du diagnostic, qui est établi avec le plus grand soin et résumé en *tableaux synoptiques*, sur deux colonnes, où les maladies qu'on peut confondre entre elles se trouvent en présence, de manière à jeter une vive clarté sur les questions douteuses. Passant ensuite au traitement, l'auteur y consacre tous ses soins et réunit, dans un ordre méthodique, les moyens proposés dans tous les temps. Il puise ses renseignemens dans Rhazès, Avicenne, Fernel, Forestus, Fabrice de Hilden, Fréd. Hoffmann, Sydenham, etc., etc., aussi bien que dans les travaux modernes dus à Latour, Pelletan, Abernethy, MM. Miquel (d'Amboise), Martin-St-Ange, Robert Kinglake; en un mot, il s'entoure de toutes les lumières que peut lui fournir l'expérience de tous les temps et de tous les lieux. Or, c'est là précisément ce que nous demandons depuis si longtemps. C'est là le travail que nous avons toujours regardé comme réellement utile au médecin praticien, et c'est dans ce but que nous rassemblons avec tant de soin les faits observés et publiés dans toute l'Europe.

A tous ces titres, nous regardons l'ouvrage de M. Valleix comme d'une utilité incontestable pour le praticien, et nous ne pouvons qu'approuver le plan tout nouveau qu'il a suivi, et qui lui a permis de réunir si avantageusement la pathologie et la thérapeutique.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE GÉNÉRALE.

RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LA STRUCTURE DES MEMBRANES MUQUEUSES; mémoire lu à l'Académie des sciences, séance du 29 novembre, par M. FLOURENS.

(Cinquième mémoire.)

J'ai fait connaître, par mes précédens mémoires, d'abord la structure de la peau, soit dans l'homme de race blanche, soit dans l'homme de race colorée (1), et ensuite la structure des membranes muqueuses de la langue (2), de l'œsophage et des intestins (3). Je fais connaître, par celui-ci, la structure de la membrane muqueuse du nez, de celle de la trachée-artère, et de celle de la vessie.

Je commence cette nouvelle suite d'études par l'étude de la membrane muqueuse du nez ou *pituitaire*.

La structure intime de la membrane *pituitaire* est encore aujourd'hui même très peu connue.

Vers le milieu du dix-septième siècle, Schneider détruit l'erreur ancienne qui faisait descendre la *pituite* du cerveau, et montre, dans la membrane muqueuse du nez, qu'il nomme pour cela même *membrane pituitaire*, le véritable organe de la sécrétion de la *morve* ou *pituite* (4).

(1) Voyez COMPTES-RENDUS DES SÉANCES DE l'ACADÉMIE DES SCIENCES, t. III, p. 699.

(2) *Ibid.*, t. XV, p. 445.

(3) *Ibid.*, t. VIII, p. 833.

(4) Conradus Victor Schneider : DE CATARRHIS, etc.... *Illa membrana pituitam condit, continet et emittit.* Lib. III, cap. 8.

Feuilleton.

HYGIÈNE DU CORSET.

(Première lettre à Madame C. de B.)

Quoique je désire justifier en tout la confiance dont vous m'honorez, pourtant, Madame, il faut l'avouer, vous me mettez à une bien rude épreuve. Vous me demandez mon opinion sur l'emploi des corsets; s'ils sont, en effet, aussi nuisibles à la santé des femmes qu'on le dit; si, sur ce point, les médecins n'ont pas exagéré, etc.? Je sais combien votre tendresse maternelle vous inspire de réflexions, de scrupules et d'effroi sur ce sujet. Mademoiselle Lucile, votre fille, que j'ai soignée dès sa plus tendre enfance, approche d'un âge où le besoin de plaire se fait vivement sentir; mais est-il possible de plaire sans une mise élégante, et celle-ci peut-elle avoir lieu sans une taille élancée, autrement dit, sans le corset qui la forme et la dessine? Graves et importantes questions qu'il ne faut résoudre qu'avec soin et circonspection. Je conçois, Madame, vos inquiétudes, votre indécision, quant à l'emploi du corset; mais qu'y faire? Il y a longtemps qu'un pareil sujet a été agité, débattu, et toujours inutilement. Il n'en a été ni plus ni moins, et le triomphe du corset n'en paraît que plus assuré. Rousseau a changé sur bien des points les opinions de ses contemporains; par ses éloquentes déclamations, il a forcé les mères à nourrir leurs enfans; bien plus, ses doctrines, ses principes, ont ébranlé les états, soulevé les peuples contre les rois, et abaissé les grands. La société a été remuée jusque dans ses dernières profondeurs, l'Europe bouleversée pendant cinquante ans; mais, je vous le demande, qu'a gagné ce philosophe contre les corps de baleine transformés en corsets? Rien absolument. En vain a-t-il dit qu'une femme en corset était sans grâce, qu'elle avait l'air d'être coupée en deux comme une guêpe; le mot a fait fortune, mais la chose est restée. Pierre Ier humilie et dissout la redoutable milice des strelitz; on murmura à peine; il contraignit les Russes à couper leurs barbes, et il fut sérieusement menacé. Mais c'en était fait de lui s'il eût osé proscrire les corps de baleine des dames russes, s'il eût attenté à quelque chose de leur toilette. L'empereur Joseph II défendit, dans ses états, l'usage du corset; il ordonna même que les femmes condamnées à des travaux corporels pourraient seules en porter, comme marque d'infamie; tout fut inutile au bout de peu d'années.

Mais, quelle est donc cette puissance formidable qui l'emporte sur les rois, sur les philosophes, sur les médecins, sur la raison, sur le bon sens, etc.? Qui ne la connaît, Madame, qui ne sait combien ses décisions sont impérieuses, ses arrêts sans appel? En effet, la mode ne régit-elle pas le monde, et, pour votre sexe, dit-on, n'est-ce pas le seul souverain qui règne et gouverne? A dire vrai, tous s'inclinent et se courbent devant son sceptre réputé si brillant et si léger; savans et ignorans, grands et petits, tous admirent, adoptent,

Bientôt après, Ruysch distingue et sépare de la membrane muqueuse proprement dite le périoste qui recouvre les os du nez (1).

Haller, un des premiers, parle de l'épiderme de la membrane *pituitaire* (2); mais ni Bichat, ni Meckel, ni Béclard, venus après Haller, n'en parlent plus.

Bichat paraît ne voir, comme Ruysch, dans la membrane *pituitaire*, que deux feuillets, dont l'un est le périoste même et l'autre le *feuillet muqueux* (3). Meckel n'en dit pas plus que Bichat (4); et Béclard se borne à dire que : « dans certaines parties, comme les fosses nasales..., la diminution de l'apparence de l'épithélium est graduelle, insensible, et qu'il est impossible d'en assigner exactement les limites (5). »

Ainsi, Bichat et Meckel ne parlent que du chorion, du derme de la membrane *pituitaire;* Béclard ne parle que de l'épiderme des bords extérieurs de cette membrane; et nul ne parle du *corps muqueux*, de ce *corps*, de cette *lame* particulière, qui, comme on l'a déjà vu par mes précédens mémoires, et comme on va le voir encore par celui-ci, s'interpose toujours, dans toute membrane muqueuse, entre le derme et l'épiderme.

Trois lames superposées constituent donc toute membrane muqueuse; et ces trois lames se voient en effet, avec évidence, sur la pièce n° 1, que je mets sous les yeux de l'Académie.

Cette pièce est un morceau de la membrane pituitaire d'un cheval, et de la portion même de cette membrane qui recouvre les cornets du nez. On voit sur cette pièce, au fond, le derme, tout sillonné de lignes, et de lignes disposées comme les nervures d'une feuille : devant le derme est une membrane fine, qui est la *lame muqueuse* ou le *corps muqueux;* et, devant le corps muqueux, est une lame plus fine encore, qui est l'épiderme.

Le derme, le corps muqueux et l'épiderme existent donc, réunis et superposés l'un sur l'autre, dans la membrane muqueuse du nez ou *pituitaire.*

Je passe à la membrane muqueuse de la trachée-artère.

La structure de cette nouvelle membrane n'est pas mieux connue que celle de la membrane *pituitaire*. Haller y admet un épiderme (6) que Bichat nie. Bichat dit formellement que « dans aucune partie de la membrane muqueuse des voies aériennes, on ne peut démontrer l'existence de l'épiderme (1). »

Or, je montre ici, sur les pièces n°s 2 et 3, et l'épiderme, et le corps muqueux et le derme de la membrane muqueuse de la trachée-artère.

Ces deux pièces sont deux morceaux de la trachée-artère d'un cheval. On voit l'épiderme sur la première. L'épiderme manque sur la seconde; mais on y voit deux lames détachées et superposées: l'antérieure est la *lame muqueuse* ou le *corps muqueux;* la postérieure est le derme.

La membrane muqueuse de la trachée-artère a donc, comme la membrane muqueuse du nez, comme toutes les membranes muqueuses étudiées par moi jusqu'ici, un derme, un corps muqueux et un épiderme.

Il en est de même de la membrane muqueuse de la vessie.

La pièce n° 4, que je mets sous les yeux de l'Académie, est la vessie d'un lapin; et l'on voit clairement sur cette vessie trois lames, toutes trois d'une finesse extrême et placées l'une sur l'autre : l'antérieure, ou la plus fine, est l'épiderme; puis vient la *lame muqueuse;* puis vient le derme, et derrière le derme est la *membrane* ou plutôt la *couche musculaire* de la vessie.

L'épiderme de la vessie avait été déjà vu par Haller (2); il avait été vu par Ruysch (3); mais Haller, mais Ruysch paraissent ne l'avoir vu qu'à la suite de lésions ou de maladies de la vessie, qu'à la suite de *cas pathologiques*. Or, je le montre ici isolé, détaché du reste de la membrane par un procédé régulier, méthodique, sûr; et je ne montre pas seulement l'épiderme, je montre l'épiderme, le corps muqueux et le derme de la vessie.

Les membranes muqueuses ont donc toutes une même et fondamentale structure, et cette structure est complexe. Aucune membrane muqueuse n'est simple. Toute membrane muqueuse, quelque mince, quelque fine qu'elle soit, a toujours trois lames ou membranes distinctes: un épiderme, un corps muqueux et un derme.

Et cela va si loin qu'il n'est pas jusqu'à la membrane interne des artères (membrane déjà classée, en effet, par quelques anatomistes, parmi les membranes muqueuses) (4) qui n'offre les trois lames ou membranes distinctes et superposées, dont je parle.

(1) Et le périchondre qui en recouvre les cartilages. *Præterea consideratione dignum judico, septum narium cartilagineum, non solum investiri membrana mucosa, verum quoque sub hac immediate membranula tenuissima. Hæc continuatio est periostii, nasi partem osseam obducentis, atque perichondrum dici meretur.* Epist. VIII.

(2) *Suam habet sibi superjectam epidermidem*, dit-il (ELEMENTA PHYSIOLOGIÆ, etc., t. V, p. 144); mais, ce qui est singulier, c'est que, à l'appui de cette assertion, il cite Winslow, lequel a écrit cette phrase confuse : « Vers le bord des narines externes, la membrane pituitaire est très mince, et y paraît comme un tissu dégénéré de la peau et de l'épiderme. » (EXPOSITION ANATOMIQUE DE LA STRUCTURE DU CORPS HUMAIN; TRAITÉ DE LA TÊTE, n. 336.)

(3) « Un feuillet fibreux, qui est le périoste ou le périchondre des cavités nasales, se joint, dit Bichat, au feuillet muqueux pour former la membrane pituitaire..... Le feuillet muqueux, dit-il encore, épais, spongieux et mou, est formé d'un chorion très prononcé qui lui donne cette épaisseur. » (ANATOMIE DESCRIPTIVE, t. II, p. 573.

(4) MANUEL D'ANATOMIE, t. III, p. 279.

(5) ÉLÉMENS D'ANATOMIE GÉNÉRALE, etc., p. 256.

(6) *Epidermis est levis, sui similis, simplex.... Eam in funesta puerorum angina frequenter ægroti reddunt.* (ELEM. PHYSIOLOG., t. III, p. 148.)

(1) ANAT. DESCRIP., t. IV, p. 56. « L'unique preuve, ajoute-t-il, que l'on puisse acquérir ici de l'existence de l'épiderme, se tire des cas pathologiques où des fragmens membraneux ont été rendus par expectoration. Haller en cite plusieurs, et n'admet que d'après cela un épiderme muqueux pulmonaire. Mais cette preuve est insuffisante, ces lambeaux pouvant être analogues aux escarres plus ou moins profondes produites sur la peau par les brûlures, etc. »

(2) *Membrana vesicæ nervea..., ex cute evidenter continuata, præcipua est vesicæ tunica... Intima membrana, levissima..., tenuior quam nervea, epidermidis est propago... Cum epidermide, cui continuatur, id habet commune, ut secedat de nervea, de que corpore exeat..., et perinde renascatur.* (ELEMENTA PHYSIOLOGIÆ, etc., t. VIII, p. 326.)

(3) *Pauca superaddo de interiore membrana, quæ vesicæ urinariæ cavitatem urinæ contiguam facit. De qua imprimis notasse juvet portionem ejus, a reliqua separatum, posse per vias urinæ excerni.* (ADVERSARIOR. ANATOMIC. *Decas seconda*, p. 24.)

(4) Bichat, ANATOM. GÉNÉR., t. II, p. 52. « Quelle est la nature de cette membrane (membrane interne ou commune des artères)? Je l'ignore entièrement. » — « On l'a comparée, dit Béclard, aux membranes séreuses et au tissu muqueux

. . . . . . Ces riens si vantés,
Par la mode introduits, par la mode emportés.

Cependant, il n'en est pas moins vrai que, dans bien des cas, c'est un rude joug à supporter; je n'en veux pour preuve que le sujet qui nous occupe ici. Mais bien peu de personnes y font attention; car il n'est pas de loi écrite qui reçoive une plus stricte exécution que celle de la mode. Pour châtiment, elle inflige le ridicule, dès-lors, plus d'opposition. Ainsi, la mode *ordonne* aux femmes d'étreindre leur taille délicate dans l'étau d'un corset, et on obéit; elle *ordonne* de serrer le sein d'une jeune vierge entre des os de baleine et des lames de fer, cela s'exécute; elle *ordonne* de briser, de comprimer la poitrine, d'empêcher de respirer, de digérer, de marcher, de courir, et personne ne s'y oppose. Trouvez-moi, Madame, une puissance au monde, surtout à notre époque, dont les tyranniques volontés soient plus rigoureusement exécutées? La voix de la raison a beau s'élever contre un pareil usage, presque toutes les oreilles sont fermées; la raison conseille et la mode agit; on présume facilement qui doit l'emporter.

Mais ce qu'il y a de bizarre quand il est question de corset, c'est que la mode perd entièrement son caractère de mobilité, et l'on ne peut pas dire ici : Cela se portait hier. A l'exception de quelques légers changemens, le principe est constamment le même pour le corset; il a été, il est, il sera toujours une sorte de camisole de force, une machine à haute pression qui enveloppe et saisit les plus importans organes de l'économie. Addison, cet observateur si fin, dit qu'il a vu de son temps la coiffure des dames s'élever et s'abaisser de *trente* degrés; mais il n'a pu le dire du corset, qui peut bien varier quelque peu dans sa forme, et jamais dans son but.

Vous voyez donc, Madame, pourquoi la question, si savamment traitée par beaucoup de docteurs, n'a pas eu de résultats satisfaisans dans la réalité. C'est que la mode, plus persuasive que l'éloquence, plus puissante que la médecine, que l'intérêt du bien-être, de la santé, de la vie, l'emportera toujours. Voilà le vrai motif qui m'a fait tant différer de vous répondre, tout persuadé que je suis de la supériorité de votre raison, dont vous avez donné des preuves si multipliées. Cependant, puisque vous l'exigez absolument, puisqu'il s'agit de la santé de mademoiselle votre fille, je veux bien vous exposer franchement mon avis. D'ailleurs, j'ai pour principe qu'il ne faut jamais se lasser de prêcher le bon et l'utile; il en reste toujours quelque chose. De cette manière, un grand mal peut diminuer et un petit se réduire à rien. Combien de coutumes bizarres, dangereuses pour la santé, ont disparu avec le temps et la persévérance dans les conseils. On peut citer en preuves le maillot épais et serré, les larges bandes dont on entourait les enfans, les lourds bourrelets, la poudre à friser, les jarretières, les boucles des hommes, etc. A la vérité, la suprême ordonnatrice du monde moral et social, la *mode* a combattu pour nous. Eh! qui sait, si, par un de ses caprices, par un coup de sa marotte, elle ne détruira pas le corset et l'attirail qui l'accompagne? Mais, en attendant, osons proclamer la vérité:

Que diriez-vous, Madame, si l'on vous proposait sérieusement de comprimer longuement, fortement, hier, aujourd'hui, demain, chaque jour, un de vos membres? On aurait beau vous répéter : plus il sera petit et mince, plus il sera beau; vous ne manqueriez pas de vous récrier contre un pareil supplice, et vous auriez raison. Outre la douleur, la partie comprimée ne tarderait pas à diminuer de volume, à s'amaigrir plus ou moins complètement. Les muscles, pâles, amincis, sans

La pièce n° 5, que je mets sous les yeux de l'Académie, est une portion de l'aorte d'un bœuf.

Gn voit sur cette pièce trois lames détachées et superposées : la première et la plus fine est l'épiderme ; la seconde est la *lame muqueuse*, le corps muqueux ; et la troisième est le derme ; derrière le derme est la *membrane propre ;* la *membrane fibreuse* ou *moyenne* des artères.

Trois lames constituent donc, comme je viens de le dire, toute membrane moqueuse, et ces trois lames peuvent être complètement isolées et détachées l'une de l'autre par une macération lente et méthodiquement ménagée.

Cette macération méthodique est même le seul procédé qui les donne, et jamais peut-être n'a-t-on mieux vu que par cet exemple combien est radicale et profonde l'influence de la méthode en fait d'anatomie de structure.

Malpighi se servait du procédé de l'ébullition pour détacher les unes des autres les lames constitutives des membranes muqueuses ; et ce procédé lui donnait le *réseau muqueux* de la langue.

Je me sers du procédé d'une macération lente et méthodiquement ménagée ; et ce procédé me donne, au lieu d'un *réseau*, une *lame continue* et entière.

J'ai fait voir, dans un précédent mémoire (1), que le *réseau de Malpighi*, ce *réseau*, si fameux en anatomie, n'est qu'un *réseau factice :* le *corps muqueux* de la langue est essentiellement une *lame continue* et entière.

Les trous qui transforment cette *lame continue* en *réseau* sont dus à l'arrachement des gaînes que le corps muqueux fournit aux papilles du derme.

Chaque papille du derme a, en effet, comme je l'ai fait voir (2), une double gaîne : une gaîne fournie par le corps muqueux, et une gaîne fournie par l'épiderme.

Or, quand on emploie le procédé de l'ébullition, comme Malpighi, l'épiderme se crispe et se contracte. Chaque gaîne du corps muqueux se trouve prise et serrée dans chaque gaîne de l'épiderme ; et quand on enlève l'épiderme, toutes ces gaînes du corps muqueux, serrées par autant de gaînes de l'épiderme sont arrachées et le suivent. Partout donc où était d'abord une gaîne muqueuse est maintenant un trou, et le corps muqueux tout entier, qui formait d'abord une *lame continue*, ne forme plus maintenant qu'un *réseau*.

Je montre, dans la pièce n° 6, une langue de bœuf, préparée d'après le procédé de l'ébullition ou de Malpighi. On y voit le magnifique, mais factice *réseau* de ce grand anatomiste.

La pièce n° 7 est une langue de veau, préparée d'après mon procédé. Le corps muqueux y forme une *lame continue* et entière.

Cette pièce n° 7 montre cette *lame continue* par sa face externe. La pièce n° 8, préparation faite sur une langue de bœuf, montre cette même *lame continue* par sa face interne.

La pièce n° 9 montre, sur une langue de mouton, le derme, le *corps muqueux contina* et l'épiderme.

ou cellulaire... ; c'est à l'arachnoïde qu'elle est le plus comparable. » (ÉLÉM. D'ANAT. GÉNÉR., p. 371.) Les anatomistes, plus récens, qui l'ont comparée aux membranes muqueuses, ont, comme on voit, rencontré plus juste.

(1) Voyez COMPTES RENDUS DES SÉANCES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, t. IV, p. 445.

(2) Ibid.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE BÉGAIEMENT ET SUR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DU MUSCLE GÉNIO-GLOSSE ; par M. BONNET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA SECTION DU GÉNIO-GLOSSE PAR LA MÉTHODE SOUS-MENTALE, ET DESCRIPTION DES APONÉVROSES QUI UNISSENT LA LANGUE A LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

Au premier abord, il semble que la section du génio-glosse doive être pratiquée du côté de la bouche ; car, en arrivant par cette partie, on trouve le muscle immédiatement au-dessous de la membrane muqueuse, tandis que, du côté du menton, on ne peut y arriver qu'en traversant trois muscles, c'est-à-dire la réunion des muscles digastriques, milo-hyoïdiens, et le génio-hyoïdien, et qu'il semble dès-lors que c'est se créer des difficultés à plaisir que de vouloir traverser trois muscles pour couper le quatrième, au lieu d'arriver directement sur celui-ci. Ces observations semblent si concluantes au premier abord, que, dans les premiers temps où l'on a fait la section des génio-glosses, tous les opérateurs sont arrivés à ce muscle, à travers la muqueuse de la bouche, et qu'il a fallu un certain temps pour comprendre que le muscle génio-glosse pouvait être attaqué plus sûrement, avec plus de précision et moins de danger du côté du menton que du côté de la bouche. Ce muscle s'insérant au-dessus du tiers inférieur de la mâchoire, son tendon se trouve plus rapproché du menton que des dents incisives, et comme l'instrument qui pénètre par le menton arrive au-dessous de la muqueuse de la bouche, le doigt introduit dans cette cavité peut en diriger tous les mouvemens, ce qu'il ne peut faire lorsque la pointe de l'instrument est dirigée de haut en bas.

C'est en agissant par le menton que l'on peut appliquer à la section du muscle génio-glosse tous les avantages de la méthode sous-cutanée, avec d'autant plus de certitude que le ténotome traverse des parties plus épaisses, pour arriver à celles dont il doit faire la division ; car l'on est bien plus sûr d'éviter le contact de l'air dans une cavité qui est séparée par trois muscles de l'ouverture de la peau, que lorsque cette cavité, comme après la section du tendon d'Achille par exemple, est immédiatement au-dessous des tégumens.

C'est en faisant pénétrer le ténotome au-dessous du menton que l'on peut le plus sûrement peut-être couper le génio-glosse en totalité, sans intéresser le muscle génio-hyoïdien. Cette dernière proposition peut sembler paradoxale ; cependant, si l'on remarque que la mâchoire inférieure

---

vigueur, ne jouiraient bientôt plus de leur activité naturelle ; les vaisseaux diminuant de calibre, ce membre perdrait les deux qualités principales de tout ce qui a vie : la force et la beauté. Or, ne pensez-vous pas que la même compression exercée sur le corps, sur la poitrine et le ventre, où résident les organes les plus délicats, les plus importans à la vie, ne doit occasioner des effets plus désastreux encore ? Ces organes pressés, foulés, agglomérés, perdent nécessairement le développement indispensable à leur action, à leur énergie. Et remarquez que cette pression ne s'opère pas sur un point isolé, elle embrasse une surface très étendue, précisément l'enveloppe des viscères où se trouve la source de notre existence. Prenez un grand corset, mesurez sa hauteur et ses diamètres, puis, quand il est serré au degré voulu par la mode et consenti par la souffrance, ce qu'on reconnaîtra à une marque faite au lacet, comparez ces diamètres avec le corps de la personne qui l'emploie, et vous serez étonnée dans quel état se trouvent la poitrine et le ventre. D'un autre côté, mesurez la surface carrée de ce corset, et vous verrez, par les parties correspondantes du corps, combien il y a d'étendue comprimée, de muscles gênés, de sang refoulé, de vaisseaux engorgés, de viscères meurtris, etc. Or, dites-moi, n'est-ce pas à plaisir compromettre son bien-être, altérer sa santé ? N'est-ce pas se soumettre de gaîté de cœur à la question extraordinaire ? Aussi avions-nous grande raison, vous et moi, de sourire, quand madame de V..., votre amie, nous disait qu'en ôtant son corset elle se flattait d'avoir fait *son temps de purgatoire*.

On ne croirait jamais les femmes capables de supporter un pareil supplice, si on ne le voyait de ses yeux. Comment un corps si doux, si tendre, à ressorts si fragiles en apparence, peut endurer une aussi cruelle et constante ligature ! Ce ne serait rien encore que cette douleur momentanée, que l'habitude ou le désir de plaire empêche de sentir, sans les maux qui en sont la suite inévitable ; car vous imaginez bien, Madame, qu'on ne gêne pas impunément le corps humain dans ses organes et dans ses fonctions. C'est porter un défi à la nature, qui, tôt ou tard, s'en venge cruellement. Remarquons d'abord que la vie se développe du centre à la circonférence ; au contraire, le corset la refoule de la circonférence au centre, en diminuant de plus en plus le cercle d'expansion vitale, premier et grave inconvénient. Mais à quoi bon raisonner, à quoi sert l'expérience pour quiconque est intimement convaincu que le corset, non seulement ne nuit pas, mais qu'il est utile ? Qui ne sait même qu'on lui attribue une infinité de merveilleuses qualités : il soutient la taille, le tronc et les membres ; il maintient le corps, il donne de la grâce aux mouvemens, il fournit de l'ampleur au sein, il modèle les formes, etc. Cette énumération serait sans fin ; quant aux inconvéniens, très rarement il en est question, ou on les nie absolument. Bien plus, si les formes sont rétives et disgracieuses, le corset répare tout, il guérit même la conformation vicieuse de la colonne vertébrale et de la poitrine. *Sa taille tourne !* aussitôt que ces fatales paroles sont prononcées pour une jeune demoiselle, arrivent toutes sortes de corsets, approuvés par l'*Académie de l'industrie*, pour réparer le mal ou au moins le déguiser. On ne voit pas que dans ce cas les corsets, loin de guérir la déformation de la taille, l'aident et l'augmentent, en comprimant, en amincissant toujours les muscles. Ceux-ci n'ont alors qu'une très faible action sur les côtes et les vertèbres. Mais qu'importe ! tout cela est ignoré ou demeure comme non avenu, et la torture se continue. D'ailleurs la patience des femmes est sur ce point digne d'admiration. Demandez à l'une d'elles si elle

offre en arrière une convexité de haut en bas sur la ligne moyenne, que le muscle génio-glosse s'insère à la partie supérieure de cette convexité, le génio-hyoïdien à sa partie inférieure ; que pour couper le premier de ces muscles seulement, il suffit de ne faire agir le ténotome que sur la partie supérieure de la convexité, et que cette manœuvre, incertaine quand on opère du côté de la bouche, est facile si l'on fait pénétrer l'instrument au-dessous du menton, on ne doutera pas de la justesse de mon assertion sur la facilité de ne couper que le génio-glosse, lorsqu'on emploie la méthode sous-mentale.

Enfin, c'est par cette méthode que l'on peut sans peine unir à la section du muscle génio-glosse la section et le décollement des aponévroses qui unissent la langue à la mâchoire. Je distinguerai deux de ces aponévroses, l'une qui entoure dans tous les sens le muscle génio-glosse, l'autre qui est placée au-dessous de la membrane muqueuse et que j'appellerai maxillo-linguale.

APONÉVROSE DU MUSCLE GÉNIO-GLOSSE.

Le muscle génio-glosse appuie, comme on le sait, en bas sur la réunion des deux génio-hyoïdiens; en haut, il répond à la membrane muqueuse; sur les côtés, aux glandes sous-linguales; son aponévrose tapisse toutes ces parties: elle est surtout distincte sur les côtés, où elle est en rapport avec les deux glandes sous-linguales. Voici la préparation qu'il faut faire pour bien l'étudier : on détache de la tête la mâchoire inférieure avec la langue, afin de pouvoir examiner plus aisément le plancher inférieur de la bouche qui reste intact dans cette préparation. On soulève la langue, et portant celle-ci en arrière, on met à découvert et l'on excise la portion de membrane muqueuse qui va d'une glande sous-linguale à l'autre; le muscle génio-glosse, mis à nu par sa partie supérieure, est enlevé alors dans toute son étendue, et à sa place on trouve une cavité quadrilatère bornée en avant par la mâchoire inférieure; en arrière, par la langue; en bas, par la réunion des deux génio-hyoïdiens, et sur les côtés, par les glandes sous-linguales. Cette cavité est tapissée par l'aponévrose du génio-glosse qui s'implante à la mâchoire inférieure en dehors des apophyses géni et va se rendre à la langue qu'elle contribue à fixer en avant.

La membrane fibreuse de la langue est constituée par un tissu fibreux fort résistant placé au-dessus de la membrane muqueuse.

Pour la préparer, on enlève successivement la peau du cou, le peaucier, la glande sous-maxillaire, les muscles digastriques, milo-hyoïdiens, génio-hyoïdiens, génio-glosse et stylo-glosse, les glandes sous-linguales, et lorsqu'on est arrivé au muscle lingual proprement dit, on l'enlève avec précaution, en laissant quelques fibres charnues, encore adhérentes à la membrane fibreuse. A ce point de la préparation, la cavité de la bouche n'est pas ouverte, et l'on a sous les yeux la membrane fibreuse qui s'insère à la mâchoire inférieure, au-dessous du rebord alvéolaire, et au ligament qui unit l'angle restant de la mâchoire et l'extrémité de l'apophyse ptérygoïde. De ces insertions, elle se porte sur la langue qu'elle tapisse en adhérant, soit à sa membrane muqueuse, soit à ses muscles, entre lesquels elle est située. Le doigt introduit dans le cul-de-sac qu'elle forme dans la préparation que j'ai indiquée plus haut peut simuler tous les mouvemens de la langue.

Dans les premières opérations de bégaiement par la méthode sous-mentale que j'ai pratiquées, je me contentais de couper le muscle génio-glosse à son insertion aux apophyses géni ; mais n'ayant obtenu souvent aucun résultat de mes opérations, je me demandai s'il fallait en attribuer la cause à la manière dont j'avais opéré, à l'espèce de bégaiement ou aux vices de l'opération elle-même. Dans quelques cas, je pus rester incertain sur la réponse que j'avais à faire à ces questions; mais lorsque j'eus rencontré des bègues qui me paraissaient dans des conditions favorables, et dont l'infirmité ne fût pas cependant modifiée par la section du génio-glosse, je ne pus attribuer cet insuccès qu'au mode suivant lequel l'opération avait été faite. Ce ne fut cependant qu'après de longues incertitudes que je remarquai que, chez ceux dont l'opération n'avait pas réussi, la langue continuait à pouvoir être tirée facilement hors de la bouche, et dans l'articulation du *de*, *te*, à se porter entre les dents. Cet organe était donc toujours maintenu en bas et porté en avant, comme il l'était quand le muscle génio-glosse était encore intact; les fonctions de ce muscle continuaient donc toujours à s'accomplir.

En cherchant la cause de cette persistance d'action par des études anatomiques, je vis que le muscle génio-glosse, complètement détaché des apophyses géni, continuait à adhérer à l'aponévrose assez dense qui, attachée comme lui à la mâchoire inférieure, se confond en arrière dans le corps de la langue, et à laquelle s'insèrent quelques-unes de ses fibres latérales. Au moyen de ces adhérences, il continue, quoique coupé à son insertion aux apophyses géni, à trouver un point d'appui sur la mâchoire inférieure, et par suite à agir sur la langue qu'il tire en avant et maintient en bas. Dès que j'eus fait ces observations, je résolus de couper aussi l'aponévrose du génio-glosse à son insertion à la mâchoire inférieure; ce qu'il est facile de faire lorsque le ténotome a été introduit au-dessous du menton. Pour cela, il suffit d'incliner l'instrument à droite et à gauche jusqu'au niveau des dents canines. En agissant ainsi, on a, du reste, l'avantage d'être plus sûr que l'on n'épargne pas les fibres tendineuses qui s'insèrent sur le côté des apophyses géni.

Cependant, je remarquai, d'une part, que l'opération ainsi faite n'empêchait pas toujours la langue de pouvoir sortir de la bouche à la volonté du malade et ne lui donnait pas la faculté de se porter toujours en haut dans l'articulation du *de* et du *te*. D'autre part, j'observai sur le cadavre que si l'on mesure la longueur de la langue à sa face inférieure et sur la ligne moyenne, tant que le génio-glosse n'a pas été coupé, on trouve qu'après la section de ce muscle et même celle de son aponévrose à la mâchoire inférieure, la longueur de la langue est à peine augmentée d'un demi-centimètre. En cherchant ce qui pouvait empêcher un allongement qui semblerait au premier abord devoir être si marqué, je pensai qu'il était dû à une aponévrose qui double la membrane muqueuse et qui, de la mâchoire, va se rendre à la langue. J'acquis immédiatement la preuve de la résistance opposée par cette aponévrose, en la coupant en demi-cercle à son insertion à la mâchoire, et je vis alors la langue s'allonger de plus d'un centimètre. Cette expérience paraissait devoir me conduire à l'idée de détacher la langue de la mâchoire par une section étendue faite contre cette dernière et pratiquée du côté de la bouche; mais en agissant de la sorte, il aurait fallu abandonner la méthode sous-cutanée dont l'expérience justifiait si bien l'application à la guérison du bégaiement; je cherchai dès lors à conserver cette méthode et à agir cependant sur l'aponévrose maxillo-linguale : j'en trouvai le moyen dans cette observation que cette aponévrose adhère à la mâchoire inférieure

---

est trop serrée, jamais elle n'en conviendra, sa souffrance fût-elle extrême; non, le jeune Lacédémonien qui se laissa déchirer le ventre par un renard n'avait pas plus de constance; on dirait un point d'honneur sur lequel on ne doit jamais transiger.

Du reste, il ne faut pas croire que cet instrument de supplice soit une invention moderne; plus d'un poëte de l'antiquité en a reproché l'usage aux femmes de son pays. Les dames grecques avaient leur *sefedosné*, et les matrones romaines, le *castula*, espèce de petite tunique qu'on serrait au-dessous des seins. Ovide nous apprend, dans ses Fastes (IV, 147), que les jeunes filles de Rome allaient dans un temple prier la *Fortune virile*, que leurs maris futurs ignorassent toujours les défectuosités qui pouvaient se trouver sur leurs personnes. Il est donc probable que parmi elles, le *corset menteur* était aussi répandu que parmi nous. Les Géorgiennes se revêtent, dit-on, dès leur enfance, d'un corset de maroquin, que le mari seul a droit de détacher avec son poignard la première nuit des noces. Cependant il est beaucoup de peuples chez lesquels les femmes ne portent pas de corset, ou n'en portent qu'un très petit, et elles ne s'en trouvent pas plus mal sous le rapport de la beauté. Lady W. Montague raconte que se trouvant en Orient avec quelques dames, celles-ci désiraient vivement connaître les pièces de son habillement. « Elles y mirent tant d'instances, dit-elle, que je fus à la fin forcée d'entr'ouvrir ma chemise, et de leur montrer mon *corset* détaché. Cela les satisfit extrêmement, car elles pensaient que j'étais enfermée comme dans une machine, et qu'il n'était pas en mon pouvoir de l'ouvrir. Elles attribuaient cette invention à mon mari » (Lettres, t. I), sans doute comme une invention diabolique. Cet auteur dit encore que se trouvant dans un bain de femmes turques, « ces dames étaient toutes admirablement faites, et aucune ne portait de corset. Leur surprise fut extrême en voyant cette espèce de *machine.* » La plupart des femmes espagnoles ne portent jamais de grands corsets, et leur buste est le plus *correctement suave*, comme disent les artistes, que l'on puisse imaginer. Méprisant la beauté raide, toute futile et de convention, beaucoup ont une taille irréprochable, droite comme un jonc, souple comme l'osier et d'une ravissante flexibilité, ce qui donne à leur démarche, à leur tournure, je ne sais quel charme, quelles grâces provoquantes, dont le nom même *salero* est intraduisible. Une d'entre elles, madame la comtesse M., née à la Havane, et qui a publié à Paris des mémoires si spirituels, dit qu'arrivée en Europe son plus grand supplice fut de mettre des *souliers* et un *corset*.

Il est admis qu'en France ce fut Catherine de Médicis qui introduisit la mode de se serrer la poitrine et les reins au moyen d'un corps de baleine, qu'on nomma plus tard *corps de fer*, ajusté de manière qu'on pouvait à peine respirer. Il faut pourtant bien admettre qu'avant cette reine il y avait en France des femmes belles et bien faites. J'ai lu quelque part que madame de Longueville, la belle duchesse aux *dents de perle* et aux *yeux de turquoise*, ne voulut jamais se servir d'un corps de baleine. Et même de notre temps ne voit-on pas de jolies femmes, dans le négligé coquet qu'on appelle tenue de *premier matin*, par conséquent sans corset, avoir une taille aussi svelte qu'élégante? Ainsi à la rigueur, et dans certaines circonstances, on peut se priver absolument de ce prestige menteur qui sort des boutiques de la couturière et de la lingère.

L'art de se suicider par le corset, vous le voyez, Madame, n'est donc pas aussi répandu qu'on le croit généralement. Quelques femmes mêmes y ont renoncé

dans une hauteur qui est en avant de plus de 2 centimètres, et qu'en la décollant dans une partie de ces adhérences on élève le fond du cul-de-sac qu'elle forme en passant de la mâchoire à la langue, et que par suite on fait cesser la résistance qu'elle oppose à l'élévation de cet organe.

Je résolus dès-lors de joindre à la section du génio-glosse celle de l'aponévrose de ce muscle, et le décollement sur la mâchoire de l'aponévrose maxillo-linguale, dans toute la partie où elle répond aux glandes sous-linguales.

J'exécutai cette idée en poussant le ténotome, à droite et à gauche, contre la mâchoire inférieure jusqu'au niveau des petites molaires, et décollant, autant qu'il était possible de le faire, la mâchoire de l'aponévrose et refoulant celle-ci en arrière.

Je pensai enfin à repousser le muscle avec le plat de mon instrument, afin de le détacher aussi complètement que possible de la mâchoire inférieure.

C'est avec ces modifications que j'opère aujourd'hui; ma méthode actuelle consiste donc :

1° Dans la section du génio-glosse par la méthode sous-mentale, à son insertion aux apophyses géni;

2° Dans la section de son aponévrose latérale et le décollement du tissu sous-muqueux à son insertion à la mâchoire;

3° Dans le refoulement du muscle en arrière.

Toutes ces opérations sont faites avec un seul instrument, successivement les unes après les autres, et de manière à n'arriver aux dernières que lorsqu'on s'est assuré que les premières sont insuffisantes.

Voici de quelle manière je procède.

PROCÉDÉ SOUS-MENTAL POUR LA SECTION DU MUSCLE GÉNIO-GLOSSE.

Je me sers de deux instrumens, l'un pointu destiné à percer la peau, le muscle peaucier et l'intervalle qui sépare les digastriques et les mylo-hyoïdiens; l'autre mousse à son extrémité, et qui doit être enfoncé sur la ligne moyenne, à travers les deux parties latérales des muscles génio-hyoïdien et génio-glosse. Ce second instrument est mousse, afin de donner plus de chance de ne pas percer la membrane muqueuse du côté de la bouche.

Le malade est assis la tête renversée en arrière; l'opérateur est placé vis-à-vis de lui, tenant le doigt indicateur gauche dans la bouche au-dessus des apophyses géni.

Après avoir fait une piqûre à la peau et aux tissus sous-jacens, on enfonce le ténotome mousse, le tranchant tourné en avant, derrière le menton et sur la ligne médiane, jusqu'à ce que le doigt placé dans la bouche le sente distinctement au-dessous de la muqueuse; on tourne alors son tranchant en dehors et en avant, de manière à couper la moitié gauche, par exemple, du génio-glosse; puis on le tourne du côté opposé, et l'on coupe la moitié droite de ce muscle.

Chacun des temps de cette opération demande des précautions particulières pour être bien exécuté. D'abord, pour pénétrer sûrement sur la ligne moyenne et à la distance convenable du menton, on se guide, d'une part, sur l'intervalle qui sépare les deux incisives moyennes; de l'autre, sur le lieu où l'on sent le bord postérieur de la concavité de la mâchoire; un guide plus sûr encore peut être fourni par le doigt indicateur gauche introduit dans la bouche, et au moyen duquel on peut sentir distinctement l'apophyse géni. Le doigt placé sur cette apophyse et l'ongle du pouce appuyant sur la face postérieure de la concavité de la mâchoire, on peut fixer avec précision le lieu où l'instrument doit s'enfoncer.

Jusqu'à quel point doit-on faire pénétrer l'extrémité du ténotome? Dire que l'on doit arriver jusqu'au-dessous de la membrane muqueuse, c'est se servir d'une expression extrêmement vague; car on peut avec le doigt déprimer cette membrane muqueuse jusqu'au-dessous des apophyses géni, et si l'on se borne à enfoncer le ténotome jusqu'à ce qu'il rencontre le doigt, évidemment on ne le fait pas pénétrer assez profondément, et l'on s'expose à ne pas couper les fibres supérieures du muscle génio glosse qui sont précisément celles dont la section est la plus importante; pour éviter cette grave erreur, je pousse le ténotome jusqu'à l'endroit où la membrane muqueuse se détache de la mâchoire pour aller former le filet de la langue.

Lorsque le ténotome a pénétré assez profondément, on doit rechercher quelle est sa position par rapport aux apophyses géni. Dans ce but, on lui fait exécuter des mouvemens de latéralité, son tranchant toujours appuyé contre la mâchoire: si on le sent arrêté à droite et à gauche, il est placé entre les deux apophyses géni; s'il est arrêté à droite, c'est qu'il est à gauche de ces apophyses, et *vice versa*.

Lorsqu'on a bien reconnu de la sorte la position du muscle, on incline contre lui le tranchant de l'instrument qui regarde alors en avant et sur l'un des côtés. Un bruit particulier, le sentiment d'une résistance vaincue annoncent que le muscle est coupé; mais pour que sa section soit complète dans toute sa hauteur, il faut, après avoir fait agir l'instrument, le manche dirigé un peu en avant couper, le manche dirigé autant que possible contre le cou. Ce n'est que par cette manœuvre que la lame peut suivre la convexité que présente la mâchoire de haut en bas.

Quand on croit la section complète, l'on fait passer d'un côté à l'autre des apophyses géni le tranchant de l'instrument jusqu'à ce qu'on sente celles-ci parfaitement dénudées.

Après la section du génio-glosse, je demande au malade de tirer la langue hors de la bouche; s'il ne peut lui faire dépasser les dents, je regarde l'opération comme terminée; mais s'il la tire hors de la bouche, je coupe l'aponévrose du génio-glosse à son insertion à la mâchoire contre laquelle je tiens toujours appuyé le tranchant de l'instrument, et, avec le plat de celui-ci, je refoule le muscle en arrière. Je fais alors de nouveau tirer la langue. Dans le cas où sa pointe peut encore dépasser les dents, ce qui prouve que le but immédiat de l'opération n'est pas atteint, je procède au décollement du tissu fibreux de la mâchoire. Il arrive qu'en faisant ce décollement le ténotome pénètre dans la bouche; ce qui amène une effusion de sang qui oblige d'interrompre l'opération. Si cet accident n'a pas lieu, on continue le décollement jusqu'à ce que le malade cesse de pouvoir tirer la langue.

Quelquefois chez les personnes âgées toutes ces sections sont insuffisantes pour enlever à la langue la possibilité de sortir de la bouche. Dans ces cas, on peut prédire l'insuccès de l'opération, ou du moins le résultat que celle-ci peut produire doit être à peu près nul.

Toute opération doit avoir une vérification qui annonce si elle est complète, ou si quelques-uns des temps ont été négligés. Or, dans l'espèce, il s'agit de savoir si le muscle génio-glosse a été complètement coupé; voici les moyens qui permettent de s'assurer que l'opération est complète.

---

tout à fait par nécessité ou par fantaisie, et n'en sont pas plus mal faites. Soyez persuadée que l'absence du corset ne détruit ni l'élégance du corps, ni la plénitude de ses lignes, ni l'harmonie de ses mouvemens : loin de là. Ce qui trompe beaucoup de femmes sur l'emploi du corset, c'est la longue habitude qu'elles en ont contractée; il leur semble toujours qu'elles ne sont pas habillées, qu'il manque quelque chose à leur parure sans cette pièce d'habillement. Cela peut être, mais ne tient qu'à l'habitude. Dites à une femme de rester sans corset un jour ou deux, elle sera mal à l'aise; au bout de quinze jours, elle s'en apercevra à peine; c'est comme un anneau longtemps porté au doigt, ou tout autre instrument d'un emploi habituel. Madame de ..., votre amie, eut un abcès au sein par suite de couches : elle fut six semaines sans mettre de corset, et ne s'en apercevait nullement; ce fut moi qui lui rappelai en riant qu'il en existait dans le monde. Bien plus, beaucoup de jeunes femmes, obligées de renoncer à cet étrange objet de toilette, ont vu leur santé renaître en peu de temps. La circulation du sang devenue libre, une respiration à pleins poumons, le jeu facile des mouvemens du corps ne tardaient pas à reproduire et à conserver cette teinte de fraîcheur animée, principale beauté des jeunes personnes, cette heureuse combinaison de formes, de grâces et de vigueur que le regard cherche toujours quand il s'agit de femmes, mais si rare dans les grandes villes. Eh quoi! la santé n'est-elle pas assez précieuse pour qu'on lui sacrifie quelques morceaux d'étoffes et de baleine? Comment peut-on hésiter un instant? Qu'une jeune demoiselle avec la taille la plus fine et la dot la plus épaisse manque de santé, adieu le bonheur, adieu les plaisirs, la vie est désormais semée d'épines. Ne pas souffrir est presque tout dans un passage si rapide et si court; mais souffrir par sa faute, parce qu'on l'a voulu, n'est-ce pas mériter le châtiment qu'on a bravé et qui nous attend?

Pour vous, Madame, mère sage et intelligente, je ne doute pas que ces motifs ne soient mûrement pesés et examinés. Mlle Lucile est forte, bien portante; tout annonce chez elle le plein essor de la vie. Cependant, soyez assurée qu'à la longue cette brillante santé finirait par s'altérer si l'on soumettait cette jeune personne à une longue compression. Je ne sais qui a comparé les effets meurtriers d'un corset bien baleiné à ceux d'une passion *rentrée*. La métaphore n'est pas trop forte : toujours est-il qu'il y a de l'analogie dans les conséquences. Chaque fois qu'on verra une de ces femmes se plaignant toujours, dont l'étiolement, la pâleur, ressemblent à une convalescence prolongée, on peut être assuré qu'elle a été de bonne heure rudement éprouvée par le corset. Supposons un profond chagrin, il y a dès lors dépression morale des forces, exaltation et concentration de la vie sur certains organes, on a un poids sur la poitrine, on a le *cœur serré*; or, ajoutez à ces symptômes une compression physique, l'effet s'augmentera inévitablement. Si ce n'est pas là le premier degré des anévrismes au cœur, des développemens tuberculeux dans les poumons, des stases de sang dans la poitrine, des engorgemens dans le foie, il n'y a rien de prouvé au monde. Les affections nerveuses, ce protée à mille formes si fréquentes dans les villes, ne doivent pas être uniquement attribuées à l'usage du corset; mais, à coup sûr, il y contribue pour sa part, et il y ajoute beaucoup. Un célèbre médecin allemand, du dernier siècle, Stoll, regardait comme la cause principale de *l'hystérie*, l'usage du café au lait; pour moi, j'ai l'intime conviction que le corset n'y est pas étranger, peut-être même beaucoup plus que le café, dont s'abstiennent en France beaucoup de jeunes personnes.

1° Le doigt introduit dans la bouche doit reconnaître l'extrémité du ténotome séparée de lui seulement par la membrane muqueuse, et cela dans toute la distance qui sépare les dents incisives externes l'une de l'autre. On comprend que si l'extrémité du ténotome n'arrivait au-dessous de la membrane muqueuse que dans une largeur de 2 à 3 millimètres, les fibres latérales du génio-glosse pourraient être conservées, ce qu'il est important d'éviter.

2° Le ténotome doit pouvoir passer, de l'un des côtés des apophyses géni à l'autre, sans éprouver aucun obstacle; et comme l'expérience cadavérique démontre qu'on peut ainsi promener l'instrument de gauche à droite ou de droite à gauche de ces apophyses, sans rencontrer un seul obstacle, bien que les fibres externes du génio-glosse aient été conservées, il faut, pour être sûr que la section est complète, que le mouvement du ténotome puisse se faire dans l'étendue de 3 millimètres en dehors de ces apophyses.

3° Comme, après avoir pris toutes ces précautions, j'ai vu des cas où les résultats ont été imparfaits, j'ai craint d'avoir laissé quelques fibres du muscle, et j'ai cherché de nouveaux moyens de vérification; j'ai pensé alors que si le muscle était complètement coupé, on pourrait le reconnaître en appuyant le doigt sur le filet de la langue, la résistance que l'on sent au-dessous de ce filet devant diminuer après la section du muscle génio glosse; car elle dépend principalement de ce muscle. En appliquant cette méthode, je n'ai pas trouvé qu'elle donnât des résultats précis.

4° L'impossibilité où est le malade de faire sortir la langue de la bouche. Ce n'est qu'après un grand nombre d'opérations que j'ai songé à tirer parti de cette difficulté, pour reconnaître que l'opération était complète. Lorsqu'elle existe et que la pointe de la langue peut à peine se montrer entre les dents, on peut retirer sans crainte le ténotome, l'action du muscle génio-glosse est complètement détruite, le but immédiat de l'opération a été atteint. Personne, que je sache, n'a signalé cette impossibilité où sont les bègues de tirer la langue hors de la bouche, lorsque leur muscle génio-glosse a été convenablement coupé.

SUITES IMMÉDIATES DE LA SECTION DU MUSCLE GÉNIO-GLOSSE PAR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

Les suites immédiates de la section du muscle génio-glosse par la méthode sous-cutanée sont en général extrêmement simples. Dans le plus grand nombre des cas, les malades peuvent se promener dans la journée, et, dès le troisième ou quatrième jour, ils sortent de l'hôpital et peuvent reprendre leurs travaux, sans que leur état exige aucun soin particulier. Il importe cependant de décrire chacun des phénomènes qui suivent l'opération et de signaler les rares accidens qui peuvent survenir.

Aussitôt après que le muscle génio-glosse a été coupé, la langue peut à peine dépasser le rebord alvéolaire. Peu à peu, elle reprend ses fonctions. Huit jours après l'opération, les malades peuvent la tirer au moins de 1 ou 2 centimètres hors de la bouche, et, après un mois, tous ses mouvemens sont revenus à leur état normal.

Le jour où l'opération est pratiquée, la déglutition est difficile et un peu douloureuse; les malades ont plus ou moins de peine à prendre les alimens solides; ils ne peuvent les avaler sans douleur que deux ou trois jours plus tard.

Une salivation quelquefois abondante s'observe assez fréquemment; elle cesse au plus tard vers le huitième jour.

Mais, de tous les phénomènes consécutifs à la section du génio-glosse par la méthode que j'ai imaginée et dont j'étudie surtout les effets dans ce mémoire, le plus important est la formation d'un épanchement sanguin au-dessous de la membrane muqueuse de la bouche, entre la langue et la mâchoire. Cet épanchement d'ordinaire produit seulement une tumeur noirâtre, du volume de la dernière phalange du pouce, qui se forme de chaque côté du frein de la langue et qui soulève l'extrémité antérieure de cet organe. A ce degré, aucun accident n'en est la suite.

Dans quelques circonstances, le corps de la langue lui-même est soulevé, et les malades éprouvent un peu de gêne dans la respiration; si cette gêne est médiocre, il suffit de pratiquer une saignée; dès le lendemain il ne reste plus aucune trace de l'oppression.

Trois fois cependant j'ai observé des états plus graves; le soulèvement de la langue a été complet; la pointe de cet organe était repoussée vers la partie supérieure de la voûte palatine et la difficulté de la déglutition était extrême. La section du génio-glosse ne suffit pas à elle seule pour produire cet accident; il faut, pour qu'il ait lieu, qu'il y ait un épanchement considérable de sang; une expérience facile à répéter montre que le soulèvement de la langue et son refoulement en arrière sont bien dus à l'épanchement sanguin. Sur un cadavre, si on pratique la section du génio-glosse par la section sous-mentale, et qu'à travers la piqûre on injecte un liquide coagulable, à mesure que celui-ci pénètre au-dessous de la langue, il la soulève, la porte en arrière et la place exactement comme je l'ai observé dans les trois cas dont je parle; si, dans cette expérience, on a laissé la bouche intacte, il faut quelque temps pour trouver la pointe de la langue, tant celle-ci est refoulée en arrière.

Puisque le seul accident de quelque importance qui puisse suivre l'opération du bégaiement par la méthode sous-mentale est le soulèvement par un épanchement sanguin, il faut s'appliquer avec soin à éviter la lésion des artères sous-mentales, ce qui est facile en suivant les procédés que j'ai décrits plus haut. Si, dans trois cas, je n'ai pas réussi à les éviter, c'est qu'une fois (il s'agit de ma première opération) j'avais coupé le génio-glosse dans sa portion charnue, à 1 centimètre de distance des apophyses géni; dans les deux autres cas, je n'avais pas sans doute tenu avec assez de soin le tranchant de mon instrument contre la mâchoire, qu'il ne doit jamais abandonner.

Dans les cas de soulèvement de la langue avec menace de suffocation, j'ai toujours vu une amélioration prompte suivre l'emploi de la saignée, et lorsque cette amélioration a été insuffisante, j'ai accroché avec un fil la pointe de la langue, que je perçais sur la ligne moyenne, à 2 centimètres de son extrémité; en ramenant, au moyen de ce fil, la pointe de la langue en avant, j'ai toujours vu les accidens diminuer le premier jour et cesser complètement le second; toutefois, je dois dire que tous ces accidens m'ont inspiré une vive inquiétude la première fois que je les ai observés. Bien qu'aujourd'hui que je sais qu'on peut y parer aisément, je les voie avec beaucoup plus de calme, je n'opère jamais un bègue sans le faire surveiller les cinq ou six premières heures qui suivent l'opération. Ce temps passé, si le soulèvement de la langue n'a pas eu lieu, on peut être tranquille, il ne se développe plus aucun accident ultérieur.

Ce qu'il y a de singulier, c'est que la plupart des femmes n'ignorent pas les inconvéniens du corset, qu'elles supportent courageusement; elles sentent instinctivement qu'il y a là une action contre nature éminemment nuisible; en voici la preuve. Lorsqu'une d'entre elles, par une cause quelconque, se trouve mal dans une assemblée, un cri général s'élève aussitôt : *delacez la*; on s'élance, on coupe le fatal lacet, la machine comprimante s'entr'ouvre, l'air se précipite dans la poitrine, la victime respire et la vie renaît, ce qui n'empêchera pas la nouvelle échappée de recommencer le lendemain, tant le malicieux démon de la mode est inexorable et puissant.

Je sais, Madame, qu'appréciant d'un côté les inconvéniens du corset, et, de l'autre, désirant sacrifier à l'usage, vous me demanderez s'il n'est pas quelque forme de cette machine moins dangereuse qu'une autre. Il est vrai que cette forme, ainsi que la grandeur, influent beaucoup sur les résultats et les effets qui peuvent être produits. Ainsi, les grands corsets, fortement baleinés, busqués, raides, très peu élastiques, les *corsets cuirasses*, en un mot, sont plus dangereux que les petits. Il est certain encore que les *entournures*, que quelques femmes portaient naguères, étroites, serrées, afin de faire monter le sang à la tête et de colorer la figure, ajoutent beaucoup au danger. Mais, au fond, toutes ces différences tiennent au degré de constriction qu'on imprime à la machine; c'est toujours là l'essentiel, l'estimation réelle, la mesure par excellence, qui servent de règle à l'hygiène du corset. Ces formes plus ou moins variées n'y font pas grand chose. Toutefois un corset, prenant exactement l'ensemble du corps, sans trop l'éteindre et le comprimer, sans nuire à la croissance et au développement, sans produire d'accidens, je dis que de pareils corsets n'existent pas, cette pierre philosophale du corset *modèle* ne se trouvera jamais, quoi qu'on fasse. Il est impossible de mouler une taille de nymphe sur un lit de fer. Une preuve évidente que ces machines sont nuisibles, c'est qu'on cherche continuellement à les rendre le moins fatigans possible; on a varié la matière, on en a même fait en caoutchouc; on les a transformés en appareils légers, plus ou moins perméables à l'air; il y en a qui sont à *laçage* et à *délaçage* presque spontanés, tout cela inutilement. La grande question hygiénique, le *corset sans danger*, est et restera probablement insoluble. Sans doute, Madame, vous savez à quoi vous en tenir sur tout ce qu'annoncent à cet égard les journaux et les prospectus. Il en est ici comme en tant d'autres choses; pour une demi-vérité, il y aura cent mensonges. J'aurais plus de confiance dans cet industriel qui, se faisant entrepreneur général des formes gracieuses, proclamait il y a peu de temps une partie de *hanches en coton*, ou de *poitrines postiches* pour femmes, au moins il y a là de la franchise. Encore une fois, tout gît dans le degré de constriction donné à la cruelle machine, appliquée au corps délicat d'une femme. De deux choses l'une : ou le corset est peu serré, dès lors quel est son usage? ou bien il serre et comprime avec force, alors son emploi est évidemment dangereux; il n'y a pas moyen de sortir de ce terrible dilemme. Les corsets les plus beaux, les mieux faits, les plus finis, n'en sont pas plus exempts que les autres. Toutes les fois que je vois exposés ces perfides instrumens de supplice, à formes attrayantes, je ne puis m'empêcher de *frémir* en pensant à tous les maux enfermés dans leurs gracieux contours. Il n'y a pas longtemps qu'une dame portait un corset des plus soignés, garni de dentelle, de taffetas *Céladon*, « nuance vert clair, très tendre » (D'Urfé); eh bien! ce bel instrument de parure lui occasionait de telles douleurs que, malgré son courage, elle

RÉSULTATS PRATIQUES OBTENUS DE L'OPÉRATION DU BÉGAIEMENT PAR LA MÉTHODE SOUS-MENTALE.

On peut juger aujourd'hui de ces résultats d'après un assez grand nombre d'observations. J'ai pratiqué pour ma part la section du génio-glosse, par la méthode sous-mentale, 57 fois, et les résultats que j'ai obtenus ont été assez satisfaisans pour que d'autres chirurgiens aient bien voulu imiter ma conduite. M. Jules Guérin, à Paris, et tous les chirurgiens de Lyon, qui m'ont vu opérer et qui ont ensuite opéré eux-mêmes des bègues, ont pratiqué la méthode sous-mentale. M. Nichet l'a employée 6 fois, M. Colrat 5 fois, M. Pétrequin 1 fois.

Il semble qu'avec tant de faits nous puissions sans difficulté résoudre la question de savoir quels résultats pratiques donne la section du muscle génio-glosse par la méthode sous-mentale; il n'en est rien. Dans le mélange de succès, de demi-succès, d'opérations inutiles, l'esprit cherche autre chose que des résultats numériques; ceux-ci, sans détermination des conditions spéciales où se trouvaient les malades, ne peuvent donner aucun enseignement pour l'avenir.

Les relevés statistiques des résultats d'opérations ne sont profitables qu'autant que l'on fait dans ces relevés autant de classes distinctes qu'il y a de variétés de maladies sur lesquelles on agit. Avec cette exigence, je me trouve dans l'impossibilité de tirer parti, soit de la plupart de mes observations, soit de celles qui m'ont été communiquées par mes collègues, sans que les malades m'aient été présentés.

Les distinctions assez claires que je fais aujourd'hui entre les diverses espèces de bégaiemens, je ne les ai comprises que graduellement et à mesure que l'expérience m'éclairait sur le sujet neuf et difficile que j'avais abordé. Il résulte de là que lorsque je reprends mes premières observations, qui cependant sont les plus détaillées, je n'y trouve pas les renseignemens qui me seraient le plus nécessaires. Par exemple, je n'ai pas noté la position que prenait la langue dans l'articulation des sons élémentaires, et spécialement dans celle de *le, ne, de, te*. Les cas complexes dans lesquels les arrêts dans l'expiration, se combinaient avec de faux mouvemens de la langue, n'y sont pas indiqués. J'ai lieu de craindre que je n'aie pas assez bien distingué les difficultés de la parole dont le siége est dans les organes de la respiration, et ceux dont le siége est dans les organes modificateurs du son, c'est-à-dire dans la bouche. Toutes ces lacunes, comme on le comprend bien, ne me permettent pas de dresser la statistique raisonnée que je voudrais produire; cependant, pour donner une idée des résultats de mes opérations de bégaiement, je reproduirai le résumé des 42 premières opérations que j'ai pratiquées, tel que je l'ai rédigé au mois de juillet 1841.

Deux fois l'opération a été pratiquée chez des malades qui n'étaient pas affectés de bégaiement véritable, mais dont la parole était confuse, difficile à comprendre : le résultat a été nul.

Quatre fois elle a été faite sur des malades dont le vice de la parole dépendait d'une gêne dans les mouvemens respiratoires, et surtout dans l'expiration qui était arrêtée brusquement au commencement et au milieu des mots; chez deux de ces malades il n'y a pas eu de changement; et si deux autres ont éprouvé une amélioration assez marquée, il faut l'attribuer sans doute à ce qu'il y avait avec la gêne dans la respiration une difficulté dans les mouvemens de la langue.

Six malades, âgés de 31 à 42 ans, n'ont retiré aucun avantage de l'opération.

Sur les 30 qui restent et qui étaient âgés de 16 à 31 ans, 9 ont été complètement guéris, 12 ont éprouvé des améliorations très grandes, 2 des améliorations médiocres, et 7 n'ont retiré de l'opération aucun résultat avantageux; de telle sorte que dans les bégaiemens véritables des personnes qui avaient moins de 31 ans, j'ai obtenu des résultats avantageux dans plus des deux tiers des cas.

Je commençais bien dans la note que je viens de rappeler à distinguer les bégaiemens par obstacle à la respiration de ce que j'appelais les bégaiemens véritables, et qui sont dus à des difficultés dans les mouvemens de la langue; mais je citais 36 cas appartenant à ce dernier genre, et dans lesquels, à part des différences d'âge, je supposais tous les malades dans des conditions identiques. Je suis convaincu aujourd'hui que j'ai confondu dans un seul groupe des cas marqués par des différences tranchées que je n'appréciais pas à mes débuts. Plusieurs de mes observations sont donc trop incomplètes pour que je puisse en tirer parti; je les sacrifie, et abordant la question comme je la comprends aujourd'hui, je vais établir autant de distinctions dans les résultats que j'ai admis de variétés dans les diverses espèces de bégaiemens.

RÉSULTATS OBTENUS DANS LES BÉGAIEMENS QUI DÉPENDENT D'UNE DIFFICULTÉ DANS LES MOUVEMENS DE LA LANGUE.

Les résultats obtenus dans ces cas sont généralement favorables. Je commencerai par les malades chez qui j'ai obtenu une guérison complète. Voici leurs noms, leurs adresses, l'époque où ils ont été opérés, et celle où je les ai revus pour la dernière fois.

Les malades sur lesquels j'ai obtenu des guérisons complètes sont dans l'ordre de leurs opérations :

1° Louis Ballard, âgé de 13 ans, opéré le 20 mars 1841, demeurant au Mont-Sauvage, quartier Saint-Bruno, 5, parfaitement guéri pendant deux à trois semaines; après ce temps, retour de difficultés que j'ai constatées le 13 mai.

2° Jules Pic, 22 ans, 6 avril 1841, hôtel de l'Isère, rue de la Barre; bégaiement extrême; revu le 5 octobre 1841; parfaitement guéri.

3° Charles Blanc, 12 ans, 27 mars 1841, rue du Charbon-Blanc, 2; bégaiement faible; revu le 23 mai; bien guéri.

4° Hubert Salignat, 12 ans, Brignais, 1er avril 1841, revu par M. Gibert, médecin à Brignais, le 15 avril; parfaitement guéri.

5° Charles Vélin, 18 ans, 6 avril; bégaiement médiocre; revu le 1er juin; parfaitement guéri.

6° Claude Bordet, 14 ans, boucher à Collonges, 30 avril; bégaiement moyen; revu le 1er juin; parfaitement guéri. Les rapports que j'ai reçus m'ont confirmé sa guérison.

7° Tévenin, 25 ans, Croix-Rousse, sur les Tapis, maison Berger, rue de Sully, opéré le 4 mai; bégaiement au plus haut degré; revu parfaitement guéri, le 3 juin 1841, un mois après son opération.

8° Charles Gex, âgé de 15 ans, demeurant à Butte en Suisse, canton de Fribourg; opéré le 1er juillet 1841. Ses parens que j'ai revus dans le mois de septembre m'ont assuré que la guérison était toujours complète.

9° Un des malades opérés par M. Nichet, chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

---

fut obligée d'y renoncer. Le malheur est que cette jolie femme, *faite à peindre*, à l'aide du coton officieux et de l'étoupe réparatrice, avait plus que toute autre besoin de corset; il était urgent de cacher certaines éminences par trop visibles, et de rendre saillant ce qui s'obstinait à ne pas l'être. Du reste, ces petites hypocrisies du corset trompent bien peu de personnes et ne les trompent pas longtemps, quoiqu'il soit mal séant d'inspecter pli à pli la toilette d'une femme.

Mais, je vous entends, Madame, le corset de Lucile sera d'une forme et d'une grandeur convenables : on aura soin de le serrer dans une juste mesure, ni trop, ni trop peu, jamais de manière à mettre les omoplates bord à bord et formant un canal assez disgracieux le long des reins. Je m'en rapporte à votre prudence; mais remarquez qu'outre une dangereuse habitude, le point juste à savoir est extrêmement difficile. Entre le trop et le trop peu, il y a une ligne mathématique qu'on ne peut constamment suivre. Et puis, il est d'expérience que les femmes, les jeunes personnes mêmes, ont une funeste tendance à se serrer de plus en plus, pour peu que l'embonpoint menace, que les chairs deviennent luxuriantes, les contours un peu trop amples, bien plus encore, quand l'âge, faisant des progrès, on est prêt à doubler ce cap périlleux de la vie, nommé âge critique, époque où les belles femmes sont de véritables *reines détrônées*. Vous ajoutez, comme circonstances atténuantes, en admettant que le corset entraîne d'aussi graves accidens que les médecins l'assurent, il faut remarquer qu'on ne le porte que dans la journée et jamais la nuit. Heureusement, grands dieux, qu'il en est ainsi! car où est la femme, l'héroïne, capable de résister à une pareille torture continuée? C'est bien assez de quelques heures dans la journée; encore survient-il telle circonstance très importante qui exige son emploi une partie de la nuit, comme un bal, une soirée, un spectacle, etc.

Une chose très fâcheuse, c'est que les incommodités, les maladies, les conséquences assurées de l'abus du corset, ne sont jamais immédiates; elles se préparent à la longue, dans la profondeur d'organes constamment pressés et meurtris. Parce que le corset ne tue pas comme l'arsenic, donc il est innocent; il n'est pas de syllogisme plus meurtrier. Le médecin seul, qui a la vue longue de l'expérience, prévoit les accidens à venir; qui est-ce qui l'écoute? Il avertit, il prévient, mais sa voix n'est-elle pas tout à fait celle de Cassandre? Il en est ici comme de la raison, le médecin propose et la mode dispose; la folie a prononcé l'arrêt, et il s'exécute tous les jours.

Quand on dit à une femme cordée, ficelée, tout d'une pièce, qu'elle est dans une position très contraire à sa santé, elle sourit, assure que non, soutient qu'elle n'est pas serrée, que d'ailleurs l'habitude lui fait tout supporter et n'en va pas moins son train. Elle a résisté, donc elle résistera; sa santé est encore florissante, donc elle ne peut s'altérer; tel est le raisonnement erroné qui la conduit. Elle ne pense pas que cet état de pression va directement contre les lois de la nature. Les organes les plus nobles n'ont plus ni le jeu, ni le développement favorables à leurs fonctions. Il n'est pas jusqu'aux os du tronc et de la poitrine qui n'en ressentent la pernicieuse influence. Pour vous en convaincre, ayez le courage, Madame, de jeter les yeux sur l'image d'un *squelette*, charpente fondamentale de notre fragile organisation. D'une part, se voit l'épine du dos, la souche vertébrale, le support matériel et mobile de toute structure animale. Une multitude de nerfs s'échappent de ses ouvertures latérales pour donner la vie aux organes intérieurs, établir leurs rapports avec le cerveau; cette colonne vertébrale

10° Un des malades opérés par M. Cohat, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon.

En repassant l'histoire de tous ces bègues, chez qui j'ai vu réussir complètement la section du muscle génio-glosse, je trouve qu'ils réunissaient tous les conditions suivantes :

1° Age peu avancé, 25 ans au plus.

2° Tendance à porter la langue entre les dents, soit pendant qu'ils articulaient des mots, soit lorsqu'ils prononçaient certains sons élémentaires.

3° Absence de tout arrêt dans l'expiration et point d'inspirations brusques et répétées.

Tous ces malades étaient affectés de bégaiemens véritables; ils répétaient plusieurs fois les mêmes syllabes.

Le principe de l'opération est par là démontré parfaitement raisonnable, et l'expérience se réunit aux prévisions de la théorie pour démontrer que dans les bégaiemens où la langue a de la peine à se porter en haut et ne se retire que difficilement en arrière, la section du muscle génio-glosse, faite avec de certaines précautions, est une opération des plus utiles. Son succès justifie tous les principes que nous avons posés sur le caractère local de la maladie, sur son indépendance des lésions du système nerveux, et sur la subordination où les mouvemens spasmodiques des lèvres et des joues sont de la difficulté de certains mouvemens de la langue; ceux-ci devenus faciles, tous les mouvemens spasmodiques cessent, comme un effet après la disparition de sa cause.

J'ai constaté sur la plupart de ces malades que les faux mouvemens qu'exécutait la langue avaient disparu avec leur guérison, et qu'ils en portaient instinctivement la pointe contre la voûte palatine, dans l'articulation de *le, ne, de, te,* même plusieurs mois après l'opération, tandis qu'auparavant leur langue tendait toujours à venir entre les dents.

Après avoir démontré par ces faits que l'opération du bégaiement peut produire une guérison complète et durable, on admettra sans peine qu'elle peut amener une amélioration très marquée dans l'état du malade.

Parmi les malades sur lesquels j'ai obtenu immédiatement de grandes améliorations je citerai :

1° Joseph Chatelet, 31 ans, rue de Perrache, n° 2, au deuxième; 6 avril 1841.

2° Joseph Baveret, 23 ans, rue des Glariettes, n° 5; 9 avril 1831.

3° Merle, 25 ans, perruquier, place du Collège; 9 avril 1831. L'amélioration peu marquée d'abord était devenue une guérison presque complète le 25 mai.

4° Jules Pichat, 12 ans, opéré le 27 avril.

5° Halmeburger, 31 ans, 20 avril 1841; bégaiement très marqué, revu le 2 août extrêmement amélioré.

6° Antoine Pestre, 31 ans, quai de la Charité, n° 153, 26 avril; récidive incomplète.

7° Jean Marie Charbonnier, 22 ans, Muntluel, 26 avril.

8° Charles Brun, 16 ans, rue de Sully, maison neuve, au premier, 26 avril.

9° Joseph Besserve, 18 ans, rue Confort, n° 15, au premier, 26 avril.

10° Claudine Berthet, 22 ans, Collonge, 1er mai 1841.

11° Quinson, 15 ans, St-Clair, hôtel de Bresse, opéré le 7 mai 1841, presqu'entièrement guéri le 8 juin, où je l'ai revu.

12° Pichat, 18 ans, ouvrier en soie, demeurant rue St-Marcel, n° 3; bégaiement moyen, opéré le 5 mai; revu le 23 mai, presque complètement guéri.

J'ai cru longtemps que tous ces malades étaient, sous le rapport de l'âge et sous le rapport des variétés de bégaiement dont ils étaient affectés, dans les mêmes conditions que ceux qui ont été guéris complètement. Je conçois aujourd'hui des doutes à cet égard, et je me demande s'il n'existait pas chez eux quelques difficultés dans la respiration, dont je ne me suis pas d'abord aperçu. Si ce doute a été confirmé par les observations que j'ai faites récemment sur quelques-uns d'entre eux, je reste incertain sur l'état du plus grand nombre. Peut-être aussi faut-il tenir compte de quelques imperfections dans le manuel opératoire, qui n'était pas à mes débuts aussi complet qu'il l'est aujourd'hui. Je regrette de laisser ces questions irrésolues; mais le doute est préférable à une assertion affirmative sur une vérité incertaine.

Dans le résumé de mes 42 premières opérations, j'ai signalé 12 résultats nuls dans 36 bégaiemens qui me paraissaient dépendre d'un obstacle au libre exercice des mouvemens de la langue.

J'attribue la moitié de ces insuccès à l'âge; quant à l'autre moitié, j'en ai longtemps cherché la raison. Elle peut venir de ce que d'autres muscles ou d'autres aponévroses que ceux qui ont été coupés maintenaient la langue dans une position vicieuse; mais je suis plus disposé à penser aujourd'hui que j'ai cru avoir affaire à des bégaiemens linguaux, lorsque la gêne de la respiration y jouait un grand rôle. La preuve sur laquelle je me fonde, c'est que depuis que je sais bien distinguer la part qu'a la respiration au bégaiement, et que j'opère avec toutes les précautions que j'ai indiquées, je ne vois plus de bégaiemens linguaux qui ne soient au moins très améliorés, et qu'en revoyant les malades sur lesquels j'ai échoué, j'ai parfaitement reconnu, ce qui m'avait échappé d'abord, que leur difficulté de parler tenait uniquement ou presque uniquement à des obstacles au libre exercice de leur respiration.

L'influence de l'âge sur les résultats de l'opération, dans les bégaiemens qui dépendent d'une difficulté dans les mouvemens de la langue, m'a paru très marquée. Passé 31 ans, les bègues que j'ai opérés, lors même que l'on ne remarquait aucun trouble dans la respiration, n'ont éprouvé que des améliorations médiocres, ou n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération.

Comme je suis certain d'être cru sur parole en parlant des cas où l'opération échoue, je n'accumulerai pas les preuves en faveur de l'opinion que j'avance, opinion qui est fondée sur plus de 10 insuccès que je n'ai pu rapporter qu'à la condition de l'âge. Il pourrait bien se faire que, parmi ces malades, il s'en trouvât qui eussent des bégaiemens complexes où le vice dans la respiration se joignît à la difficulté des mouvemens de la langue; mais les résultats ont été si constans que je n'opère plus aujourd'hui des bègues qui ont passé 31 ans sans qu'ils ne fassent tant d'instances qu'il soit impossible de leur refuser ce qu'ils demandent. J'espérais toujours, à chaque nouveau perfectionnement que j'introduisais dans mes procédés opératoires; que je serais plus heureux que je ne l'avais été chez les personnes âgées; mais n'ayant pas mieux réussi dans mes dernières opérations que dans les premières, je me suis lassé, et si ce n'étaient les succès qu'ont eus MM. Nichet et Culrat, l'un chez un individu

---

est couverte extérieurement, à droite et à gauche, de faisceaux musculaires, principe de ses mouvemens. Or, je demande si un corset habituellement serré ne doit pas gêner, entraver l'action de ces muscles, ainsi que ceux des épaules? D'une autre part, remarquez que les côtes, formant l'espèce de cage osseuse et mobile de la poitrine, représentent un cône dont le sommet est en haut et la base en bas. Eh bien! le corset opère dans un sens tout à fait inverse. Il serre, il étreint cette base, dont l'ampleur est indispensable au jeu des poumons et à l'action respiratoire. Existe-t-il une mode plus fatale et plus mauvaise? Nous rions des Chinoises; mais leur pied difforme et écrasé n'influe en rien sur la santé en général. Une mère garantit sa fille du plus petit vent froid, d'un peu d'humidité, d'un rayon de soleil ardent, et elle l'expose souvent à la dangereuse pression d'un vaste corset. En vérité, tout est contradiction dans nos mœurs. Je comprends cet art de plaire, ce désir de plaire à tous, cette envie de plaire plus qu'une autre, ce mensonge continuel du corps et de l'esprit qu'on appelle *coquetterie*; je conçois encore que plus la beauté s'éclipse, plus l'art de la toilette se complique; cela est dans l'ordre. Mais je ne puis comprendre que les moyens employés soient aux dépens de la santé; n'est-il pas vrai que la santé est le fond de la beauté, puisqu'elle en est le principe et la racine? Mais rien ne peut persuader la plupart des femmes; pour elles, la santé est une considération minime et vulgaire. Madame de...., déjà sur le retour, me l'avouait naïvement. Je préfère de beaucoup, me disait-elle, me passer de *pain* plutôt que de corset, parce que l'un me donne du *sang* et l'autre de la grâce. Que répondre à de si graves motifs? Malheureusement le temps et la maladie ne nous donnent que trop raison. Mais, en attendant, la mode prononce ses oracles, et on y croit; ils s'étendent même à tous nos usages; non seulement elle a le droit d'aplatir et de laminer la taille d'une femme; mais nos idées, nos sentimens, nos opinions passent chaque jour à son timbre avec notre journal. Quand nous permettra-t-elle enfin de devenir raisonnables, d'avoir des coutumes qui ne nuisent ni à la santé, ni au bonheur?

Fontenay, en Vexin (Eure), août 1841.

R. P.

— CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ; par M.-J. LISFRANC, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, professeur de clinique externe, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion-d'Honneur, etc. — Deux forts vol. in-8° de 700 pages chacun. Prix : 16 fr. Le premier est en vente. Le deuxième paraîtra du 1er au 15 août prochain.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— La GAZETTE MÉDICALE est étrangère à l'envoi sous sa bande d'une circulaire adressée aux pères de famille sur les ouvrages d'éducation de M. Lévy. M. Lévy, auteur des articles insérés dans la GAZETTE MÉDICALE, n'est point parent de son homonyme, professeur de belles-lettres; pas plus que le rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE n'est parent de M. L.-F. Guerin, auteur de la lettre sur les ouvrages d'éducation de M. Levy.

de 38 ans, l'autre chez un malade de 39 ans, je conseillerais de refuser d'opérer tous les bègues qui ont passé 30 ans.

La cause de mes insuccès sur des malades de cet âge ne peut être attribuée au mode opératoire; car, parmi les bègues de plus de 31 ans, il en est qui ne pouvaient, après l'opération, porter la pointe de la langue en avant, lui faire dépasser les arcades dentaires, preuve que la section du muscle génio-glosse avait été complète.

Quelles causes s'opposaient donc chez eux au succès?

L'observation m'a appris qu'en général, après la section du génio-glosse, leur langue continuait à se porter entre les dents, par conséquent qu'elle ne s'élevait pas contre la voûte palatine dans l'articulation des lettres *le, ne, de, te*, ce qui prouve que la section du génio-glosse avait été insuffisante et que d'autres agens maintenaient la langue dans la position vicieuse où elle tendait à se porter. Ces agens me paraissent être le tissu sous-muqueux de nature fibreuse qui va de la langue à la mâchoire, et le muscle hyo-glosse. Que la rétraction de ces parties ait coïncidé avec celle du génio-glosse, ou qu'elle lui ait été consécutive, on conçoit que si elle existe depuis longtemps, elle puisse suffire pour maintenir la position vicieuse de la langue.

Cette idée m'est suggérée surtout par l'analogie des opérations de strabisme et des opérations de bégaiement. Dans la première de ces opérations, il arrive souvent, chez les adultes, que, lorsque le muscle est coupé, l'œil ne se redresse pas. Pour ramener celui-ci à sa direction normale, il faut couper l'aponévrose qui est au-dessus et au-dessous du muscle rétracté. Sans cette section plus ou moins étendue, la myotomie oculaire ne réussirait presque jamais complètement chez les personnes qui ont dépassé 36 ou 40 ans.

Or, ce qui est vrai pour le strabisme peut bien être vrai pour le bégaiement, et la rétraction des tissus sous-muqueux peut bien contribuer à maintenir les choses dans l'état où elles étaient avant la section du génio-glosse. C'est dans cette idée que j'ai eu recours, comme complément de l'opération, à la section de la membrane fibreuse maxillo-linguale et des tissus sous-jacens dans toute la partie du génio-glosse, en arrière des glandes sous-linguales. Mais, dans aucun cas, chez des adultes de plus de 30 ans, je n'ai vu cette section supplémentaire produire un résultat très avantageux.

RÉSULTATS OBTENUS SUR LES MALADES DONT LE TROUBLE DANS LA RESPIRATION ÉTAIT LA CAUSE PRINCIPALE DE LA DIFFICULTÉ A PARLER.

On a vu, dans l'examen que j'ai fait des diverses variétés de bégaiement, que, parmi les lésions de la parole, que l'on confond sous le nom vague de bégaiement, il en est dans lesquelles une analyse attentive démontre que la difficulté de la parole vient surtout d'un trouble dans la respiration; tantôt celui-ci se manifeste dans les inspirations, tantôt dans les expirations.

Du moment où l'on voit distinctement que des troubles dans l'inspiration et l'expiration peuvent produire une difficulté de la parole dont les phénomènes se confondent plus ou moins avec ceux du bégaiement, on prévoit tout de suite que la section du génio-glosse doit être tout à fait impuissante à guérir, et cette conclusion est si rigoureuse, que personne sans doute n'aurait fait, dans ces cas, la section des muscles de la langue, si, pour reconnaître les bégaiemens par vice dans la respiration, il n'avait fallu qu'une habitude d'observer les vices de la parole que ne possédait aucun chirurgien à l'époque des premières applications de la médecine opératoire à la cure du bégaiement, et surtout si la connaissance de cette infirmité n'eût dû être plus exacte que celle qui nous avait été transmise par les auteurs qui s'en étaient occupés.

Pour moi, j'étais loin de comprendre, dans le début, les distinctions que j'ai, depuis, réussi à établir; ce n'est que lorsque j'ai cherché à concevoir pourquoi je réussissais dans certains cas et pourquoi j'échouais dans d'autres, que j'ai compris les bégaiemens par vice dans la respiration. Une fois cette espèce de bégaiement connue, et l'insuccès de l'opération observé dans quelques-uns des cas où elle existait, j'ai opéré des malades qui en étaient affectés avec la prévision que je ne pourrais réussir; l'expérience a parfaitement confirmé ce que la théorie indiquait si bien, et, à part quelque amélioration dans les cas complexes où la langue avait de la difficulté à se mouvoir, en même temps que l'inspiration ou l'expiration se faisaient mal, je n'ai obtenu aucune espèce de résultat avantageux de la section du muscle génio-glosse, et je regarde l'opération pratiquée dans ce cas comme aussi contraire aux notions de physiologie pathologique que repoussée par les résultats de l'expérience.

Si une opération convient dans des cas de ce genre, elle est encore à trouver, et sa découverte est un sujet digne des plus sérieuses recherches. Je m'en suis occupé, mais sans arriver à aucun résultat satisfaisant.

DES RÉCIDIVES APRÈS L'OPÉRATION DU BÉGAIEMENT.

Toutes les fois que des muscles ont été coupés, on peut craindre que la réunion de leurs deux bouts ne ramène les choses à l'état où elles étaient avant l'opération, et dès lors qu'il n'y ait récidive du mal qu'on a voulu guérir.

L'expérience a bien démontré qu'après les sections des tendons du pied, les déformations ne se reproduisaient pas. On sait bien que l'opération du strabisme est suivie d'une guérison durable; mais s'il n'y a pas récidive du pied-bot, on peut l'attribuer à l'influence des moyens mécaniques, qui maintiennent le pied dans la situation où il a été ramené à l'aide de la section des muscles. On peut attribuer la permanence du succès, après l'opération du strabisme, à ce que les muscles antagonistes maintiennent l'œil dans sa rectitude normale, jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète; mais comme, après la section du génio-glosse, on ne peut employer aucun moyen mécanique pour maintenir la langue dans une situation déterminée, comme les deux bouts de ce muscle génio-glosse ne peuvent être maintenus écartés par des antagonistes qui lui soient opposés, ainsi que le droit externe l'est au droit interne de l'œil, on peut douter de la permanence de la guérison après qu'on a coupé le génio-glosse, dans le but de guérir le bégaiement.

On sait combien l'expérience a justifié ces craintes, lorsque l'opération avait été faite du côté de la bouche, en faisant à la membrane muqueuse une large ouverture; il n'en a pas été de même pour l'opération pratiquée par la méthode sous-cutanée. Voici ce que l'expérience m'a appris de ces suites éloignées :

J'ai suivi attentivement tous les malades qui ont été complètement guéris, et dont j'ai recueilli l'observation détaillée. Chez tous, un seul excepté (Ballard), la guérison s'est parfaitement maintenue; encore chez celui qui fait exception à cette règle, le bégaiement n'est-il revenu qu'en partie, et le résultat définitif de l'opération est-il resté très satisfaisant. Chez les malades qui ont éprouvé de grandes améliorations, la récidive a été plus fréquente. Je ne puis indiquer avec précision le rapport du nombre de ces récidives à celui des malades améliorés, car il en est plusieurs que je n'ai pas revus; mais, parmi ceux que j'ai suivis, elle a été d'un cinquième à peu près, et en compensation, chez quelques-uns d'entre eux la difficulté de la parole a diminué avec le temps. Je puis dire que tous les bègues, rangés dans cette catégorie, et que j'ai vus revenir peu à peu à leur état primitif, avaient eu un épanchement sanguin qui leur avait soulevé fortement la langue. A mesure que celle-ci s'abaissait, avec la résorption, la difficulté de la parole se reproduisait peu à peu, c'est-à-dire dans les quinze premiers jours après l'opération. Je n'ai pas éprouvé de récidive, lorsque l'amélioration avait été obtenue sans soulèvement marqué de la langue.

Dans les cas d'améliorations douteuses ou peu marquées, la plupart des malades n'ont pas tardé à revenir à leur état primitif.

En considérant l'ensemble de ces résultats, je crois pouvoir établir que la récidive n'est pas à craindre lorsque la guérison est complète; elle est d'autant plus probable que l'amélioration a été moins marquée.

En présence de ces faits qui démontrent la permanence des guérisons complètes, on ne peut attribuer l'absence du bégaiement, après l'opération, à la douleur qui oblige le malade à parler lentement. Si cette lenteur était la cause du mieux qu'ils éprouvent, ainsi que l'a prétendu M. Malbouche, l'amélioration ne se maintiendrait pas après que toutes les traces de l'opération se sont effacées; elle serait temporaire, tandis que l'expérience démontre qu'elle est permanente, du moins dans le cas où l'opération a produit un résultat complètement avantageux.

Cette permanence des guérisons complètes, lorsque celles-ci ont été obtenues par la méthode sous-mentale, est bien digne de remarque; elle suffirait à elle seule pour démontrer que la section sous-cutanée du muscle génio-glosse doit être préférée à toute autre. On n'a pas lieu de s'en étonner. Si l'on coupait le tendon d'Achille en faisant une incision étendue à la peau, et que les bords de celle-ci s'écartassent tout aussi bien que les deux bouts du tendon divisé, sans aucun doute le fond de cette plaie entrerait en suppuration, et la cicatrisation définitive ne pourrait s'accomplir sans que les deux bouts du tendon ne se réunissent à très peu de distance l'un de l'autre, et que le pied, s'il était étendu, avant l'opération, ne revînt à sa position vicieuse. Or, lorsqu'on opère par la méthode ordinaire, qui consiste à détacher par une incision demi-circulaire la langue de la mâchoire inférieure, on se place dans les conditions où je suppose que l'on pourrait faire la section du tendon d'Achille, et si la récidive a lieu, loin d'étonner, elle doit paraître en quelque sorte nécessaire. Que l'on opère au contraire, ainsi que je le fais, par la méthode

sous-cutanée, l'épanchement de sang et de fausses membranes qui se fait entre les parties divisées s'organise comme après la section sous-cutanée du tendon d'Achille et forme une masse de tissus vivans, toujours plus ou moins épaisse, qui s'interpose entre les parties divisées et en augmente nécessairement la longueur. Dans ce cas, la récidive n'a pas lieu; en se guidant sur l'analogie, on voit aussi qu'on ne doit pas la craindre.

Si je m'en rapporte aux faits que je vois dans les journaux, l'on obtiendrait des résultats immédiats plus souvent avantageux par un large débridement du côté de la bouche que je n'en obtiens par la méthode sous-mentale; mais ce désavantage, s'il en existe, est largement compensé par la permanence presque constante des guérisons qui suivent l'emploi de mes procédés.

RÉSUMÉ.

L'ensemble de ce mémoire peut se résumer par les propositions suivantes :

1° Pour bien observer les bègues, il faut leur faire répéter, la bouche légèrement ouverte, les sons élémentaires de la langue française, et spécialement *le, ne, de, te*, et observer la position que prend la langue dans l'articulation de chacun de ces sons.

2° Dans l'observation des bègues qui parlent, il faut étudier avec soin le mode suivant lequel se font les inspirations et les expirations, rechercher surtout les arrêts brusqués de cette dernière fonction.

3° Les phénomènes élémentaires qui peuvent produire le bégaiement sont : la tendance de la langue à se porter en avant et en bas; les obstacles qui, dans l'exercice de la parole, arrêtent brusquement l'expiration; les inspirations intempestives avant et au milieu des mots. Ces divers phénomènes peuvent exister isolément ou simultanément.

4° Lorsque le bégaiement dépend en totalité ou en partie de la tendance qu'a la langue à se porter en bas et en avant, la section du génio-glosse est indiquée; lorsqu'il dépend de troubles dans les phénomènes inspiratoires ou expiratoires, cette section est irrationnelle, et l'on ne connaît aucune opération qui soit en rapport avec la nature du mal.

5° La section du muscle génio-glosse doit être faite par la méthode sous-mentale, en ayant soin, si cela est nécessaire, de détacher à leur insertion osseuse les aponévroses qui unissent la mâchoire inférieure et la langue.

6° La preuve la plus positive de la section complète du génio-glosse est l'impossibilité où est le malade de tirer la langue hors de la bouche. Ce signe doit servir de guide dans l'opération.

7° La section sous-cutanée du muscle génio-glosse est très simple dans ses suites. Dans quelques cas très rares, dans le vingtième à peu près des opérations, on a observé un soulèvement de la langue par un épanchement sanguin, qu'il importe de prévenir, mais qui n'a jamais eu d'issue funeste. C'est le seul accident qui soit propre à la méthode.

8° Lorsque le bégaiement est dû à la tendance qu'a la langue à se porter en bas et en avant, la section du génio-glosse produit une guérison presque assurée. Lorsque la difficulté de parler dépend de troubles dans la respiration, cette section est complètement inutile.

9° Les guérisons, ou les grandes améliorations du bégaiement, obtenues par la méthode sous-mentale se maintiennent constamment, à moins qu'elles n'aient coïncidé avec un soulèvement considérable de la langue; dans ce dernier cas, le mal peut se reproduire à mesure que l'épanchement se dissipe et que la langue s'abaisse.

10° Si l'on se bornait à opérer les malades qui ont moins de 25 ans, qui répètent les mêmes syllabes, dont la langue a de la tendance à se porter entre les dents, et dont les inspirations ne sont pas troublées dans l'exercice de la parole, on compterait presqu'autant de succès que d'opérations, et ces succès seraient durables.

Mais si l'on opère indistinctement tous ceux dont la parole est difficile et qui viennent demander les secours de l'art, on doit s'attendre à une grande proportion d'insuccès. Aujourd'hui, lorsque ces malades se présentent à moi, je leur exprime franchement mes doutes sur le résultat heureux de l'opération, et si, comme il arrive d'ordinaire, séduits par les succès dont ils ont entendu parler, ils insistent pour être opérés, je cède sans peine à leurs désirs; car, si je ne réussis pas, il n'en résulte aucun inconvénient, et deux ou trois jours après l'opération ils reprennent leurs travaux sans avoir besoin d'aucune précaution particulière.

11° Si la thérapeutique a fait une véritable conquête dans la section du génio-glosse, appliquée aux vices de la parole qui dépendent de la tendance qu'a la langue à se porter en bas et en avant, elle n'a rien gagné aux opérations nouvelles pour les cas où la difficulté vient de troubles dans la respiration et de la tendance que peut avoir la langue à se porter dans tout autre sens que celui où l'on entraîne le génio-glosse. Mais c'est beaucoup déjà de distinguer ce qui appartient à la science et ce qui lui manque encore. De grands travaux sont encore nécessaires pour éclairer complètement la question du bégaiement; mais les progrès rapides qui ont signalé cette année-ci sont un puissant encouragement pour l'avenir et le gage des découvertes qui pourront remédier aux vices de la parole contre lesquels nos moyens actuels sont encore impuissans.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

(Année 1841.)

Les quatre numéros de cette année contiennent, sous les titres suivans : hygiène publique, médecine légale, chimie judiciaire et variétés, divers articles d'un intérêt varié, et dont nous allons donner un exposé sommaire.

LE PAIN DANS LA CONFECTION DUQUEL IL ENTRE DE LA FARINE DE SEMENCE DE LATHYRUS CICERA, PEUT-IL ÊTRE NUISIBLE A LA SANTÉ? LES ANIMAUX PEUVENT-ILS ÊTRE NOURRIS AVEC CE VÉGÉTAL? par M. A. CHEVALLIER. (Juillet.)

Deux opinions opposées sont adoptées par les auteurs sur les propriétés de la semence de la gesse vulgaire: les uns pensent qu'elle peut être employée comme aliment à l'usage de l'homme; les autres, au contraire, soutiennent que ces semences sont vénéneuses, qu'elles peuvent donner lieu à des accidens très graves. Disons d'abord que cette plante, qui est cultivée dans plusieurs départemens, y est connue sous des noms divers, et notamment sous ceux de *gesse chiche*, de *jaret*, de *jarosse*, de *garoutte*, de *jarousse*, de *garole*, de *garoule*, de *gissette*, *gassette*, de *petite gesse*, de *petits pois chiches*, de *pois cornus*, de *pois carrés*, de *petits pois carrés*, de *pois breton*, de *pois jaroz*. La contradiction qui s'élève sur les propriétés de cette plante ne peut être expliquée que de deux manières : 1° ou par l'habitude que contracteraient les personnes qui en font un usage journalier sans en être incommodées, tandis que celles dans l'alimentation desquelles elle n'entrerait pas ordinairement en éprouveraient seules les effets; 2° ou parce qu'il n'y aurait pas un commun accord sur la semence qui produit les accidens signalés par quelques personnes, et que l'on attribuerait à une semence ce qui appartiendrait à une autre. Déjà même, à l'appui de cette seconde hypothèse, MM. Mérat et Delens disent (DICT. UNIV. DE MAT. MÉD.) qu'on désigne sous le nom de jarosse : 1° la semence du lathyrus cicera; 2° la semence de l'ervum monanthos; 3° la semence d'*orobe*, *ervum-ervilia*.

Quelle que soit celle de ces deux hypothèses, ou toute autre qui mérite la préférence, les faits signalés par M. Chevallier n'en ont pas moins d'importance, sous le point de vue de l'hygiène publique.

La première notice des effets fâcheux de cette semence sur l'homme fut adressée, en 1829, par M. Desparanche, praticien honorable du chef-lieu du département de Loir-et-Cher, à l'Académie de médecine, dont il est membre correspondant, mais qui y attacha si peu d'importance, que M. Chevallier n'a pu retrouver ce travail et fut obligé de s'adresser au médecin de Blois, qui lui a fourni les documens envoyés à l'Académie et ceux qu'il a recueillis depuis sur le même sujet. Or, voici ce qui résulte de ces faits. Dans toutes les communes où la farine de jarosse est mêlée au pain, dans une proportion notable, et dans celles-là seulement, les symptômes suivans s'offrent avec plus ou moins d'intensité, selon la quantité de farine mêlée à celle de froment. Dans l'invasion, il y a de petits mouvemens convulsifs dans les muscles des cuisses et des jambes, avec une grande faiblesse des extrémités inférieures; des personnes se sont même trouvées, à leur réveil, presque dans l'impossibilité de marcher; la progression se faisait en traînant les jambes; elles étaient toujours prêtes à tomber et tombaient souvent, si elles n'avaient pas la précaution de prendre des béquilles; les pieds se portaient en dedans; c'était un symptôme frappant chez tous les malades. Les cuisses et les jambes étaient seules paralysées, le reste du corps, et surtout les bras, conservaient toujours l'état normal.

Dans quelques familles les femmes ont été entièrement exemptes de ces accidens qui ont été observés dans plus de huit villages de l'arrondissement de Blois, dans plusieurs de celui de Vendôme, dans le département de Maine-et-Loire, dans le Bas-Poitou. Un propriétaire même, qui connaissait parfaitement les effets de cette funeste alimentation, ayant néanmoins nourri ses domestiques avec du pain où la farine de jarosse entrait pour une proportion considérable, et chez cinq desquels il survint du côté des extrémités inférieures des accidens graves et persistant, a été con-

damné, par le tribunal correctionnel de Niort, à une amende et aux dommages et intérêts.

Les mauvais effets de cette plante sur les animaux ont été observés avant ceux que nous venons de signaler chez l'homme. Il en est question dans le Procès-verbal des travaux de l'école royale vétérinaire d'Alfort en 1820. Les autres observations citées par M. Chevallier sont dues à MM. Barthelémy, Delafond et Dard. Tous ces faits ne sont pas parfaitement d'accord : il est question dans les uns de cornage ou impossibilité de se livrer à l'exercice; dans d'autres on dit avoir observé des altérations profondes du côté des voies digestives; enfin dans ceux d'un dernier ordre, l'alimentation, prise sur grande échelle, des chevaux, des porcs, et des bêtes à cornes, avec la gesse seule ou mélangée par moitié avec d'autres alimens, n'aurait été suivie d'aucun désordre fonctionnel ni organique.

L'étude de ces effets demande donc de nouvelles recherches, et elle intéresse à un assez haut point l'hygiène publique pour qu'elle doive occuper l'attention de l'administration. En effet, le sort des habitans des campagnes où on fait usage de cette alimentation est d'autant plus malheureux que déjà dans beaucoup d'endroits ils ont à lutter contre les fâcheux effets du seigle ergoté et des fièvres intermittentes pernicieuses, et que leur pauvreté fait que leurs maux échappent à l'attention générale.

MÉMOIRE SUR LE LAIT; par M. QUEVENNE, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité. (Octobre.)

Ce travail est divisé en deux parties. La première, qui est consacrée à l'examen des questions pratiques qui se rattachent à ce précieux produit, ayant été publiée à part, il en sera question dans une autre partie de ce journal. La seconde, contenant surtout des recherches chimiques, est peu susceptible d'analyse; aussi nous bornerons-nous à signaler ce qui ressort de plus important de ces nouvelles recherches.

1° Il existe deux sortes de caséums dans le lait : le caséum dissous qui est sous forme liquide, et le caséum suspendu qui est sous forme solide. Les caractères distinctifs de ces deux caséums consistent non seulement dans la forme, mais aussi dans la manière dont ils subissent l'action de la présure et des fleurs d'artichaut.

2° Le lait contient quelquefois en outre une matière albumineuse libre; d'autres fois une sorte d'albumine modifiée qui semble se rapprocher de la nature du caséum dissous et former la transition de l'un à l'autre.

3° Les globules butyreux du lait sont le résultat d'une simple division de la matière grasse et conséquemment sont dépourvus de toute espèce de trame ou d'enveloppe. Une trace de cette matière grasse se trouve, en outre, à l'état de dissolution dans le sérum, sans doute à la faveur des matières organiques et salines.

4° D'après ces faits, M. Quevenne définit donc le lait un liquide blanc, émulsif, tenant en suspension : 1° des globules formés par la matière butyreuse; 2° des particules de caséum suspendu et à l'état de dissolution : le caséum dissous, une matière de nature albumineuse, la lactine, des matières extractives, des sels et une trace de matière grasse.

RAPPORT SUR L'EMPLOI DU CHARBON POUR LE FILTRAGE EN GRAND DES EAUX DESTINÉES AUX USAGES DOMESTIQUES; par M. GAULTIER DE CLAUBRY. (Octobre.)

Le but que se proposait l'auteur de ce rapport était de constater si, dans le filtrage de grandes masses d'eau destinées aux usages domestiques, il était nécessaire de se servir de charbon comme moyen de dépuration, ou si l'on pouvait se borner à l'emploi du sable dans le système de filtrage des eaux par le filtre Fonvielle. La première partie seule, celle relative à l'emploi du charbon comme moyen de dépuration a pu être traitée. Voici les résultats intéressans auxquels la commission est arrivée.

Le point de départ de ces recherches et de toutes celles sur le même sujet repose sur un fait signalé depuis longtemps : c'est que le charbon dont les pores ont été vidés des gaz qu'ils renfermaient, mis en contact avec les gaz connus, en absorbe des proportions variables, suivant la nature de ceux-ci, et qui diffèrent de 1 3/4 du volume du charbon à 90 fois ce volume pour le charbon de bois. Le charbon absorbe donc les gaz infects que renferme l'eau, et s'il l'empêche de devenir infecte lorsqu'elle renferme des principes altérables qui peuvent lui donner cette propriété, c'est en s'emparant, au fur et à mesure de leur développement, des produits gazeux qui se forment.

Le premier point à établir était donc de déterminer la limite d'action du charbon comme désinfectant; l'expérience suivante a donné la mesure comparative de l'action des divers charbons que l'on pourrait employer, dix litres d'eau ont exigé, pour une complète désinfection :

Noir d'os	75 gr.	Coke	156 gr. 5 c.
Charbon de bois	85 gr. 68 c.	Houille	372 gr.

(Avant l'expérience, les charbons avaient été réduits à l'état de grains d'une grosseur parfaitement égale, au moyen d'un tamis.)

L'expérience suivante a montré quelle est réellement la limite d'action du charbon de bois. Trois kilogrammes de ce charbon ayant été chargés dans un filtre Fonvielle, au degré de division convenable, on fit passer dessus 9 hectolitres d'un liquide composé de 870 litres d'eau pure et de 30 litres d'eau de ruisseau, qui donnait un mélange une odeur très désagréable, et, à chaque hectolitre filtré, on prenait un échantillon.

L'eau obtenue du filtre fut d'une limpidité parfaite, sans aucune odeur pour les six premiers hectolitres, d'une très faible odeur après le septième, et d'une odeur plus manifeste jusqu'au neuvième. Une portion du charbon extrait de l'appareil, placée dans l'eau dont on éleva successivement la température, dégageait une odeur fort désagréable à mesure que l'eau s'échauffait; cette odeur s'est dissipée avant le point d'ébullition. Une autre portion, mise en contact avec de l'eau légèrement infecte, n'a pu, même par une agitation prolongée, agir sur elle que très faiblement; il a fallu une partie pour désinfecter complètement 6,36 p. d'eau.

Ainsi, le charbon employé dans le filtre avait bien sensiblement épuisé son action en désinfectant complètement 333 fois son poids d'eau seulement. Il est vrai que l'eau employée était infecte, tandis que celle qui est à filtrer n'a le plus souvent qu'une très légère odeur. Pour des eaux dont l'odeur est fort désagréable, le charbon ne désinfecte souvent que 150 fois son poids; pour celles qui sont très faiblement odorantes, 1,600 de charbon suffit. En n'admettant donc, pour limite extrême, que 1 kilogr. de charbon peut dépurer complètement 1,000 litres ou 10 hectolitres d'eau à peine odorante, on aura fait une part très large à cette action.

On peut donc conclure, avec certitude, dit l'auteur, que, dans les filtres montés au charbon, soit dans les grands établissemens, soit dans les fontaines domestiques, la proportion de charbon employé n'a aucun rapport avec la masse d'eau qu'il s'agit de dépurer, et conséquemment n'agit plus au bout de quelque temps que comme matière filtrante. En outre, comme le charbon n'agit qu'en absorbant les produits de l'altération des substances organiques tenues en dissolution, l'eau, même complètement dépurée par le charbon, reprend, après un certain temps, ses propriétés premières par la décomposition des mêmes substances organiques qui continue de s'opérer.

NOTE SUR LES PAINS A CACHETER, ET SUR LES MATIÈRES COLORANTES QU'ON Y FAIT ENTRER; par le docteur CHEVALLIER. (Octobre.)

Des sels de cuivre, de plomb, d'arsenic, et d'autres substances vénéneuses peut-être sont quelquefois employées par les fabricans de pains à cacheter, pour leur donner une couleur convenable. On conçoit facilement dès lors qu'il puisse en résulter quelques accidens. M. Chevallier, qui en cite quelques exemples, indique aux fabricans les moyens d'obtenir la couleur qu'ils peuvent désirer sans recourir à l'emploi de ces agens vénéneux, qui peuvent, dans quelques cas, produire des effets funestes. Si nous avions, dit-il, des conseils à leur donner, nous leur indiquerions d'employer :

1° Pour le noir, du charbon divisé, du noir de fumée, ou le tannate de fer;

2° Pour le rose et pour le rouge, les décoctions de garance, de bois d'Inde, de cochenille en poudre, avivée avec un peu d'alun;

3° Pour le jaune, les décoctions de graine d'Avignon, de curcuma, de gaude, de safran;

4° Pour le bleu, le bleu de Prusse, la solution de sulfate d'indigo désacidifié, ou dégraissé (technique);

5° Pour le violet, le mélange d'une partie des substances employées pour faire le rouge et le bleu;

6° Pour le vert, le mélange des matières produisant le jaune avec le sulfate d'indigo dégraissé.

Toutes ces substances donneront des couleurs salubres, et qui ne pourront donner lieu à aucun accident.

MÉMOIRE SUR LES MESURES QU'IL CONVIENT DE PRESCRIRE LORS DE L'EXHUMATION DES RESTES DE L'EMPEREUR NAPOLÉON; par le docteur OLLIVIER. (Avril.)

Ce travail, d'un intérêt de circonstance, ne pourrait être analysé au-

jourd'hui, car tous les faits de quelque importance qu'il contient ont depuis longtemps reçu une grande publicité.

OBSERVATION SUR LA NATURE ET LES EFFETS DU MALARIA; par le docteur HOPKINS; traduit de l'anglais par le docteur GUERARD. (Avril.)

L'auteur de ce mémoire, supposant que le malaria se dégage des marais avec les vapeurs qui s'en élèvent, entre dans quelques détails intéressans sur le développement de ces dernières, mais, après tout, ne nous apprend rien sur la nature de l'agent qui cause les fièvres intermittentes, ni sur son mode d'action.

RAPPORT FAIT AU CONSEIL DE SALUBRITÉ DE LA VILLE DE MARSEILLE SUR L'ÉTAT ET LES BESOINS DU SERVICE DU DISPENSAIRE DES FILLES PUBLIQUES DE CETTE VILLE, AU NOM D'UNE COMMISSION; par M. PÉLACY, rapporteur. (Avril.)

Il résulte des faits signalés dans ce rapport que la ville de Marseille désire encore une bonne organisation de tout ce qui, dans l'administration, concerne les prostituées. Tandis que dans d'autres villes, et à Paris surtout, cette partie du service public a reçu tant et de si notables améliorations, il paraît qu'à Marseille les mesures de police prophylactiques y sont restées, pour ainsi dire, à l'état d'enfance, on même un peu en arrière depuis la suppression des visites à domicile et la réduction de deux classes de prostituées en une seule. On croira difficilement, en effet, qu'après un accroissement prodigieux dans la population et les circonstances si favorables des lieux, du temps et du climat, le nombre des filles publiques soit réellement resté stationnaire, comme il l'est sur les livres d'inscription, la moyenne n'ayant pas dépassé 480 depuis l'origine de l'institution à Marseille, tandis qu'à Paris de 2,000 et tant, elle est arrivée à 5,000; à Toulouse, à 600 sur une population de 65,000 âmes; à Montpellier à 400 sur 38,000. D'après ces proportions, Marseille, eu égard au nombre de ses habitans seulement, ne devrait pas avoir moins de 1,000 à 1,200 filles soumises. Or, il paraît certain qu'il existe peut-être 600 filles non inscrites, et qui propagent les accidens syphilitiques avec bien plus de facilité que celles qui sont inscrites. C'est contre ce vice important et quelques autres qui se rattachent au même service que s'élève l'auteur, qui réclame comme urgentes plusieurs améliorations dans l'institution du dispensaire.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS RELATIVES A UNE DOUBLE ASPHYXIE PAR LA VAPEUR DU COKE; par le docteur OLLIVIER. (Avril.)

Ce fait n'offre rien de nouveau sous le point de vue des phénomènes de l'asphyxie qui sont les mêmes pour le coke et pour le charbon de terre; mais il offre de l'intérêt sous le point de vue des conditions qui favorisent et déterminent des accidens de ce genre, et qui résultent habituellement de vices dans la construction ou la disposition des tuyaux de cheminées. Voici le fait. M. W., locataire dans la maison où sont les bains, rue du Colysée, couchait dans une chambre du premier étage, donnant sur le jardin. Le fourneau et la chaudière pour les bains sont placés au-dessous de sa croisée, à droite de laquelle est la cheminée de sa chambre. Il n'y faisait jamais de feu; mais, comme il se dégageait quelquefois des odeurs désagréables, il l'avait incomplètement bouchée avec une botte de foin. Cette cheminée reçoit au-dessus du toit de la maison le tuyau de la cheminée du fourneau dans lequel, d'après la disposition de la chaudière, la vapeur monte considérablement refroidie. A côté de la chambre de M. W. est une autre chambre à coucher occupée par M. L., qui n'en est séparée que par une cloison en briques et une porte au-dessous de laquelle est un large vide. Dans la nuit du 2 au 3 décembre dernier, M. W. s'était couché comme d'habitude, et M. L. resta toute la soirée auprès de son feu, le fourneau des bains étant chauffé pendant la nuit comme d'habitude. Le lendemain matin, M. W est trouvé mort dans son lit avec tous les caractères de l'asphyxie, et M. L. qui donne à peine quelques signes de vie revient cependant à lui après des soins prolongés. Voici maintenant comment on a pu expliquer ces deux asphyxies.

La cheminée où M. L. faisait du feu empruntait son tirage d'air à la chambre de M. W., et conséquemment à sa cheminée. Mais précisément à cette époque l'acide carbonique mélangé à l'azote de l'air brûlé dans le fourneau des bains arrivant presque froid dans le haut de la cheminée de M. W., et soit par son propre poids, soit par l'appel opéré par la cheminée de M. L. est entraîné dans la chambre de M. W. d'abord, et ensuite dans celle de M. L.; de là tous les accidens et la mort du premier, tandis que chez le second l'asphyxie n'était que commençante quand on vint à son secours.

M. Ollivier conclut avec raison de ce fait qu'il conviendrait d'imposer comme condition expresse et obligatoire que, dans toutes les constructions, les cheminées fussent toujours isolées complètement dans tout leur parcours, et que, sous aucun prétexte, on ne fît communiquer entre eux des tuyaux partant de foyers différens; on devrait exiger aussi que les tuyaux fussent élevés à des hauteurs différentes quand ces conduits sont contigus ou très rapprochés les uns des autres, ce qui empêcherait que les vapeurs qui s'en échappent puissent passer de l'un dans l'autre, ainsi que cela a lieu dans les cheminées contiguës qui se terminent à un même niveau.

RAPPORT DE LA COMMISSION DES ÉPIDÉMIES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE; par le docteur BRICHETEAU. (Avril.)

Il a déjà été rendu compte de ce travail dans la GAZETTE MÉDICALE.

DE LA DURÉE DE LA VIE CHEZ LES SAVANS ET LES GENS DE LETTRES; par M. BENOISTON DE CHATEAUNEUF. (Avril.)

Les chiffres que présente M. Benoiston dans ce travail bien qu'assez élevés ne présentent cependant pas des résultats qu'on puisse regarder comme positifs. Bien d'autres ont tenté d'apprécier exactement la valeur de la vie des savans et des hommes de lettres, et jusqu'à ce moment on n'est arrivé qu'à des données trop souvent contradictoires. Cependant, les résultats auxquels est arrivé M. Benoiston reposent sur des faits assez nombreux, et assez authentiques pour que les tableaux qu'il présente puissent servir à la fois à faciliter dans l'avenir les recherches nouvelles et à conserver pour le présent les bases d'un travail que l'on n'a pas toujours le temps d'entreprendre ou la patience d'achever.

M. Benoiston, pour agir sur des faits d'une valeur incontestable, a réuni les noms de onze cents savans ou littérateurs qui ont été nommés, de 1625 au 31 décembre 1838, dans les trois Académies : française, des inscriptions et des sciences, c'est-à-dire pendant le cours de deux siècles; mais cette liste a subi de nombreuses réductions; d'abord parce que le même nom figure souvent dans deux et même dans trois Académies; ensuite, parce que l'auteur a cru devoir écarter ceux auxquels il a suffi d'un grand nom ou d'un rang élevé pour que les portes des Académies s'ouvrissent devant eux; enfin, parce qu'il lui a été impossible pour tous les académiciens de connaître l'époque de leur naissance, de leur nomination et de leurs décès, ce qui a réduit le chiffre de onze cents à neuf cent dix-sept sur lesquels les renseignemens sont complets; sur ce nombre 572 appartiennent aux anciennes Académies et 345 à l'Institut. Voici l'âge moyen auquel a eu lieu l'élection et qui varie suivant les différentes Académies. Il est :

Pour l'Académie française.......	46 ans 2 mois.
Pour l'Académie des inscriptions..	46 ans.
Pour l'Académie des sciences......	41 ans 3 mois.

La différence signalée ici est remarquable et opposée à ce qu'il semblait naturel d'attendre.

La moyenne de la vie des 758 membres qui sont morts a été de 68 ans 10 mois; mais, ainsi que pour l'âge d'admission, ce chiffre varie dans chacun des trois corps savans. Il est :

Pour l'Académie française........	69 ans 8 mois.
Pour l'Académie des inscriptions..	69 ans 7 mois.
Pour l'Académie des sciences......	67 ans 11 mois.

C'est à l'Académie des sciences qu'on a l'espoir d'arriver plus tôt; c'est à celle des inscriptions qu'on a plus de chance de vivre longtemps.

Le point le plus important de ces recherches, le seul même qui offre un intérêt réel, c'est la comparaison de la longueur de cette existence avec celle d'autres têtes choisies également et prises à peu près dans les mêmes classes de la société. Les tables de mortalité établies sur les tontiniers, de 1689 à 1696, par Deparcieux, donnent également, en partant de 44 à 45 ans, pour vie moyenne, 25 ans. D'un autre côté, il résulte des tables dressées il y a trois ans par M. de Montferrand, qu'en France la vie moyenne de l'homme parvenu à 45 ans ne s'étend pas au-delà de 24 ans 2 mois; enfin, si on rapproche la loi de mortalité de mille rentiers, d'une pareille loi déduite des décès d'un pareil nombre de savans, et qu'on en suive le décroissement, on voit qu'à chaque période il survit un plus grand nombre de ces derniers, et que chaque période présente un excédant en leur faveur. La vie moyenne des savans est donc, à chaque époque, un peu plus longue que celle des rentiers.

RAPPORTS GÉNÉRAUX DES CONSEILS DE SALUBRITÉ, DEPUIS 1829 JUSQU'EN 1839; par M. TRÉBUCHET. (Janvier.)

Ce travail est une analyse de la collection des rapports du conseil de salubrité dont la publication vient d'être reprise par M. le préfet. Quand nous aurons dit que pendant les dix années que comprend cette publication, 4,451 rapports ont été adressés à l'administration sur la question qu'elle a soumise au conseil, nous aurons à peine donné quelque idée des immenses travaux qui s'élaborent chaque jour pour l'assainissement et l'embellissement de la capitale. Nous espérons puiser prochainement dans cette précieuse collection, et remettons à cette époque à nous occuper de ces travaux importans.

MÉMOIRES SUR LES INCENDIES ET INFLAMMATIONS SPONTANÉS; par M. A. CHEVALLIER, chimiste. (Avril.)

Ce long travail est une collection d'un nombre considérable d'incendies spontanés, c'est-à-dire d'incendies manifestés dans un corps combustible, sans que ce corps ait été mis en contact avec un corps embrasé.

Cette énumération, qui n'est liée par aucune théorie, par aucune idée générale, ne se prêtant point à l'analyse, nous nous bornerons à dire que M. Chevallier divise, avec Batboldi, les causes déterminantes de ces inflammations en sept classes, qui sont : le frottement, la réunion des rayons solaires, le dégagement des divers matériaux, qui dans des circonstances particulières détermine le dégagement du calorique, la fermentation des substances végétales et animales, l'entassement de diverses substances enduites d'huile, la torréfaction et l'action qu'exercent les gaz qui s'enflamment spontanément, lorsqu'ils se trouvent en contact avec des matières combustibles. Nous regrettons de ne pouvoir pénétrer plus profondément dans ce travail, qui se rattache à des questions de chimie judiciaire d'une si haute importance.

SUSPICION D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CYANHYDRIQUE; CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE, RELATIVE A LA MORT DE JEAN-FRANÇOIS PRALET, ANCIEN PROCUREUR DE LA VILLE DE CHAMBÉRY; par M. ORFILA. (Octobre.)

Ce fait est d'une grande importance. Il s'agissait d'une accusation capitale, portée contre un neveu, accusé d'avoir empoisonné son oncle avec de l'acide hydro-cyanique. La mort avait été prompte, en six heures. L'exhumation, faite le quatrième jour après l'enterrement, avait été suivie d'une autopsie, et deux docteurs en médecine et un pharmacien de Chambéry sont unanimes pour déclarer que le sieur Pralet a succombé à un empoisonnement par l'acide cyanhydrique, s'appuyant sur les symptômes observés pendant la vie et sur l'existence dans l'estomac d'une odeur particulière, différente de celles que répandent les cadavres en putréfaction, et que l'on ne peut assimiler à aucune odeur connue.

M. Orfila, consulté sur cette affaire, après avoir redressé la valeur exacte des faits scientifiques, a démontré facilement, 1° que les symptômes observés chez le malade ne sont pas ceux que détermine l'acide cyanhydrique;

2° Que les lésions constatées diffèrent essentiellement de celles qui sont le résultat de l'action de cet acide;

3° Que ces symptômes et ces lésions sont évidemment l'effet d'une attaque d'apoplexie;

4° Qu'aucune des analyses, tentées par les experts de Chambéry, ne prouvent que l'on ait retiré de l'acide cyanhydrique;

5° Qu'alors même qu'il serait établi que cet acide existait dans les organes du sieur Pralet, il n'en résulterait pas pour cela qu'il y a eu empoisonnement.

MÉMOIRE SUR LES MALADIES SIMULÉES; par le docteur OLLIVIER (d'Angers.) (Janvier.)

L'auteur cite dans ce travail de nombreux exemples des maladies que simulent, prétextent ou provoquent, soit des jeunes gens, pour éviter la conscription, soit des individus qui, pour obtenir des dommages et intérêts, prétendent avoir été victimes d'un guet-à-pens, d'une tentative d'assassinat, d'un accident, ou enfin des mendians, dans le but d'attirer la commisération publique. Mais ces faits n'étant unis par aucun lien commun, et n'offrant d'ailleurs rien qui n'eût déjà été observé, nous ne pouvons les présenter isolément.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL SUR UN CAS DE PERVERSION PASSAGÈRE DES FACULTÉS MORALES; par le même. (Janvier.)

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL, RELATIF A DES ACCIDENS ATTRIBUÉS A DES ÉMANATIONS MERCURIELLES; par MM. CHEVALLIER, OLLIVIER et BOYER. (Avril.)

Ces deux rapports ont déjà été publiés dans la GAZ. MÉD.

MÉMOIRE SUR LA MORT PAR STRANGULATION, OU APPRÉCIATION MÉDICO-LÉGALE DES PRINCIPAUX SIGNES DE CE GENRE DE MORT, A L'OCCASION D'UNE ACCUSATION D'ASSASSINAT PAR STRANGULATION; par le même. (Juillet.)

Longue discussion sur un sujet qui n'est pas encore complètement éclairé, et où l'homme de l'art doit prendre soin de ne pas donner un avis trop tranché, quand surtout il y va d'une question de criminalité et d'une accusation capitale.

DE L'APPRÉCIATION MÉDICO-LÉGALE DES EFFETS DE LA COMMOTION CÉRÉBRALE; par le docteur BAYARD. (Juillet.)

Ce travail renferme quelques faits qui tendent à prouver combien est erronée l'opinion de ceux qui considèrent comme immédiatement mortelle toute commotion cérébrale déterminée par les fractures du crâne. Dans cinq observations citées par l'auteur, bien que la percussion eût été assez violente pour fracturer le crâne, la commotion cérébrale qui, dans chacun des cas, a existé, n'a pas empêché les individus de se mouvoir, de marcher ou de parler peu d'instans après avoir été blessés. Ces faits, et beaucoup d'autres, depuis longtemps dans la science, suffisent pour démontrer à MM. les experts avec quelle circonspection ils doivent se prononcer quand ils sont chargés d'apprécier médico-légalement les effets immédiats de la commotion cérébrale.

MORT DE DEUX APPRENTIS PEINTRES; RECHERCHES FAITES POUR EN CONNAITRE LA CAUSE; par M. CHEVALLIER. (Avril.)

Les recherches sur toutes les questions que devait soulever la mort rapide et simultanée de ces enfans, et leur profession, n'ont abouti qu'à un résultat négatif, bien que deux commissions aient été chargées successivement par le juge d'instruction de se livrer à ces recherches, et qu'elles aient fait tout ce qu'il était possible pour arriver à la solution de la question.

OBSERVATIONS SUR LA MONOMANIE INCENDIAIRE; par le docteur EVOC-DEMAZY, médecin de l'asile des aliénés du Mans. (Avril.)

L'auteur rapporte ici deux observations de cette aberration de l'esprit, qui trop souvent encore, malgré les travaux récens des médecins sur ce sujet, entraîne dans les bagnes ceux qui en sont affectés. Le sujet de la première observation était à la Salpêtrière à l'époque où l'auteur la perdit de vue; mais celui de la seconde, qui était une femme aussi, déclarée coupable par le jury, avec des circonstances atténuantes, malgré un rapport de l'auteur, dans lequel il avait démontré que son état d'aliénation mentale avait détruit en elle toute liberté morale, a été condamnée à la peine des travaux forcés à perpétuité avec exposition publique....!

DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE ENVISAGÉ COMME CARACTÈRE ANATOMIQUE DE LA MORT PAR ASPHYXIE; par M. ALPH. DEVERGIE. (Avril.)

L'emphysème pulmonaire se rencontre sur le cadavre à la suite d'un si grand nombre d'états pathologiques différens, qu'il semble étonnant, qu'on croie, toutes les fois qu'on l'observe dans un ordre de cas où il avait jusqu'alors échappé à l'observation, y trouver un caractère anatomique. M. Devergie a-t-il plus raison que tant d'autres qui ont pris la même altération pour le caractère anatomique de tant d'autres affections? Nous ne le pensons pas; et lui-même n'en paraît pas très convaincu, puisqu'il reconnaît que l'emphysème peut être produit par tout obstacle un peu puissant apporté à l'exercice de la respiration, et même par la putréfaction.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE.

MESURES SANITAIRES CONTRE LA PESTE.

M. MAGENDIE lit, au nom de la section de médecine et de chirurgie, un rapport sur une lettre de M. le ministre du commerce, qui contenait des faits en opposition avec ceux annoncés par M. Aubert.

La section avait d'abord jugé nécessaire de présenter un projet de réponse. M. Double en a donné communication à l'Académie dans une séance précédente; mais les avis ayant été partagés, ce projet a été renvoyé à la section pour faire un rapport, et c'est ce rapport que M. Magendie vient aujourd'hui soumettre à l'Académie.

La section, dit-il, est d'avis qu'il faut accepter les offres que M. le ministre fait à l'Académie pour lui faciliter les moyens d'approfondir tout ce qui se rattache à la question des quarantaines, en le prévenant qu'elle est disposée à se livrer sans relâche aux études que nécessitera la solution d'un problème aussi important.

Le bureau sera chargé de rédiger une lettre à M. le ministre dans ce sens.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées par l'Académie.

M. LONGET lit un mémoire sur l'irritabilité musculaire. (Nous donnerons prochainement l'analyse de ce travail.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

MOYENS PROTHÉTIQUES APRÈS L'AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE.

La correspondance contient une lettre de M. Martin, qui réclame, pour l'invention de sa jambe mécanique, la priorité que M. Larrey lui a contestée dans une précédente séance (Voy. GAZ. MÉD., n. 40). C'est au commencement de novembre 1835, dit M. Martin, que M. Blandin, éprouvant de la répugnance à sacrifier la jambe d'une jeune personne de 17 ans, malade à l'hôpital Beaujon d'une carie scrofuleuse des os du pied, m'engagea à chercher un moyen de prothèse qui fût capable de remplacer le membre et de s'adapter à une jambe amputée au-dessus des malléoles. Il a été témoin de mes premiers essais et des divers perfectionnemens que j'ai fait successivement subir à mon œuvre. J'ai présenté à l'Académie des sciences la malade sur laquelle mon appareil avait été appliqué, et ce n'est que plusieurs mois après, en septembre 1836, que j'ai été mis par M. Larrey en rapport avec la personne qui avait construit la jambe artificielle de M. Darembert, et duquel M. Larrey a prétendu que j'ai reçu la première idée de ma mécanique.

M. BLANDIN : Je viens appuyer de mon témoignage tout ce que contient la lettre de M. Martin. M. Larrey dit que c'est le mécanicien de M. Darembert qui a eu la première idée de l'appareil que M. Martin revendique comme étant de son invention. A cette prétention, M. Martin oppose des dates, et c'est là un argument auquel on ne peut rien répondre. Personne plus que moi n'est à même de rendre justice au mérite de M. Martin, car j'ai assisté à ses premiers tâtonnemens et aux corrections nombreuses que l'appareil a depuis reçues entre ses mains. Ce qu'il y a de singulier même, c'est qu'à l'époque où M. Martin présenta à l'Institut la jeune personne amputée par moi au-dessus des malléoles, M. Larrey fit partie de la commission chargée d'examiner la malade, et, dans son rapport, il n'hésita pas à attribuer à M. Martin l'honneur de l'invention. Il est donc bien évident que M. Martin n'a pu qu'ultérieurement avoir des communications avec le mécanicien de M. Darembert; et, d'ailleurs, les deux appareils n'ont pas la moindre analogie entre eux.

CONTAGION DE LA FIÈVRE JAUNE.

M. CHERVIN demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et lit la note suivante :

Dans votre dernière séance, une lettre de M. Berthulus a soulevé une vive discussion, qui heureusement s'est terminée tout à fait à l'avantage de la liberté de vos travaux, qu'on avait la prétention de vouloir restreindre dans des vues d'intérêts privés. Je n'ai point à revenir ici sur cette discussion, ni sur ses résultats.

Comme la lettre de M. Berthulus m'intéresse à un double titre, je priai M. le premier commis de l'Académie de vouloir bien m'en donner communication pendant la séance; il me répondit que cette lettre était entre les mains de M. Pariset.

J'adressai en conséquence la même prière à M. le secrétaire perpétuel, qui me répondit par un refus formel et itératif, alléguant pour motifs que je pourrais publier la lettre en question s'il me la communiquait; que c'est à lui que cette lettre a été adressée; enfin, que c'est le conseil d'administration qui en a ordonné la lecture.

Aucune de ces raisons ne pouvait motiver l'étrange refus de M. le secrétaire perpétuel : toute pièce qui est lue devant l'Académie est la propriété de l'Académie, et tout membre de ce corps savant a droit d'en obtenir la communication. Si la lettre que M. Berthulus a écrite à M. Pariset était une lettre confidentielle, M. Pariset ne devait point la soumettre au conseil d'administration, et, à plus forte raison, en donner lecture à l'Académie. Si M. Pariset a commis un abus de confiance, la vérité et la science ne doivent point en souffrir.

La lettre de M. Bertulus parle d'un prétendu fait de transmission de la fièvre jaune aux habitans de Pensacola, par une frégate française venant des Antilles; il m'importait donc de consulter cette lettre pour pouvoir prendre des renseignemens au ministère de la marine sur cette même frégate, sur l'épidémie qui a régné à son bord, et sur l'époque précise de son arrivée devant Pensacola. L'inconcevable refus de M. le secrétaire perpétuel m'a mis dans l'impossibilité de me livrer à une pareille investigation.

On comprend tout ce qu'un semblable procédé a de contraire aux usages académiques et aux intérêts sacrés de la science. Avancer devant un corps savant des faits d'une nature grave, et soustraire la pièce qui les renferme à la connaissance des membres de ce même corps, de peur qu'ils ne lui donnent de la publicité, c'est avouer que l'on soutient une bien mauvaise cause.

Que cherchons-nous dans les pénibles travaux auxquels nous nous livrons? la vérité. Eh bien! nous devons apporter dans cette recherche une franchise pleine et entière; c'est le seul moyen d'arriver promptement et honorablement au but que nous voulons atteindre.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de vouloir bien inviter M. le secrétaire perpétuel à faire déposer dans les bureaux la lettre de M. Berthulus, pour que je puisse en prendre telle communication que je jugerai convenable, et de l'inviter également à ne point refuser dorénavant la communication des pièces lues à l'Académie aux membres de ce corps savant.

M. BOUSQUET : Il me semble que cette réclamation de M. Chervin est sans fondement. La lettre en question ayant été lue en séance publique, elle sera, de droit, imprimée dans le BULLETIN, où M. Chervin pourra la lire.

M. LONDE : Ce qui s'est passé entre M. Chervin et M. le secrétaire perpétuel a sans doute été l'effet d'un mal entendu; car je ne vois aucune raison pour celer les pièces de la correspondance; non seulement les membres de l'Académie sont libres d'en prendre connaissance, mais on devrait aussi les communiquer à MM. les journalistes.

M. ROCHOUX : Le procédé de M. Pariset vis-à-vis de M. Chervin est vraiment inqualifiable; c'est une malhonnêteté tout à fait gratuite. (Quelques réclamations.) Oui, je maintiens mon dire, une malhonnêteté tout à fait gratuite.

L'ordre du jour est adopté.

FALSIFICATION DU LAIT AVEC DE LA MATIÈRE CÉRÉBRALE.

M. GAULTIER DE CLAUBRY, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, lit un travail ayant pour titre : DE L'ALTÉRATION DU LAIT PAR LA MATIÈRE CÉRÉBRALE. Parmi les substances alimentaires d'un commun usage, il n'en est pas dont l'emploi soit plus généralement répandu que le lait; par conséquent, toute altération qu'on fait subir à ce précieux aliment devient un sujet d'inquiétude pour les populations, en même temps qu'une cause de perturbation pour le commerce. Depuis quelque temps, des soupçons se sont élevés sur un mode particulier de sophistication du lait vendu à Paris, au moyen de la matière cérébrale des animaux abattus à Montfaucon. Cette question étant d'un intérêt majeur, je me suis attaché à rechercher quels seraient les moyens de reconnaître la fraude, et c'est l'exposé de mes expériences et de leurs résultats que je viens aujourd'hui soumettre à l'Académie.

Je me suis servi habituellement de la cervelle de mouton, car elle est tout à fait analogue à celle des autres animaux qu'emploient aussi, à ce qu'on dit, les nourrisseurs et les laitiers; mais je n'en ai jamais fait usage qu'après l'avoir bien dépouillée de ses membranes et de ses vaisseaux. Je l'ai ensuite long-temps et fortement agitée dans l'eau distillée, jusqu'à ce qu'elle ne donnât plus au liquide aucune coloration rouge. Remarquons que ces précautions n'ont été prises par moi que pour arriver à une imitation plus fidèle de la sophistication; mais il serait impossible, lorsqu'on opère sur de grandes quantités, de pousser aussi loin le soin dans la préparation de ces matières.

Il y a deux procédés différens pour mélanger la matière cérébrale et le lait; on peut incorporer directement la matière cérébrale au lait, ou bien la broyer d'abord dans l'eau et ne la verser qu'ensuite dans le lait.

Lorsque la matière cérébrale est dissoute dans l'eau, elle augmente peu la densité de ce liquide; la différence de densité qu'il présente avant et après cette addition peut s'exprimer comparativement par les chiffres 1006 et 1012.

Quand elle est mêlée directement au lait, la matière cérébrale n'élève le chiffre de sa densité que de 1031 à 1040.

Si l'on soumet comparativement à l'action de la chaleur, du lait pur et du lait additionné de cervelle, la pellicule qui vient à la surface de ce dernier a quelque chose de plus gras, de plus élastique; et lorsqu'il entre en ébullition, l'odeur qui se dégage rappelle celle de la matière cérébrale qui a bouilli dans l'eau.

Lorsqu'on bat le lait ainsi altéré, il exige beaucoup plus de temps que le lait naturel pour se convertir en beurre, et le lait de beurre qu'on obtient alors laisse exhaler l'odeur cérébrale caractéristique.

Au microscope, le lait falsifié se reconnaît facilement; car on y découvre sans peine des fragmens de vaisseaux et de membranes.

Si on verse une certaine quantité de ce liquide sur une dissolution saturée de sel marin bouillant, l'odeur cérébrale dont j'ai déjà parlé devient beaucoup plus prononcée.

Tous les signes qui précèdent sont importans à connaître; mais en voici un qui ne peut laisser aucun doute dans l'esprit de l'expert. Ce moyen de vérification est basé sur la considération suivante, savoir : que le produit gras de la matière

cérébrale contient beaucoup de soufre. On évapore à siccité au bain marie du lait contenant 5 parties sur 100 de matière cérébrale : les liqueurs évaporées fournissent les matières grasses; on les brûle alors avec le nitrate de potasse, puis on les dissout dans l'eau distillée pour les traiter finalement par le chlorure de baryum. Dans cette dernière opération, il se forme un précipité si le lait contenait du soufre; mais on doit être bien prévenu qu'il ne faut pas trop se hâter de conclure de l'absence de précipité à la pureté du lait ; car il arrive quelquefois que le dépôt ne se produit qu'au bout d'environ une demi-heure.

Ce dernier procédé me paraît aussi simple dans son emploi que sûr dans ses résultats ; j'avoue cependant que je n'oserais me prononcer que sur l'ensemble des caractères ci-dessus énoncés et non d'après un seul d'entre eux.

Maintenant il se présente une question non moins importante. La falsification du lait au moyen de la matière cérébrale a-t-elle réellement été faite? Je n'ai pu jusqu'ici parvenir à la constater, et cependant je crois pouvoir assurer que mes procédés d'analyse ne m'auraient pas permis de la méconnaître, surtout sur un lait conservé depuis vingt-quatre heures, et avec la faculté que j'avais de le soumettre à l'ébullition avant l'expérience.

Je dois ajouter encore que mes recherches ont été faites avant que j'eusse connaissance du travail récent de M. Quévenne sur le lait.

Commissaires : MM. Rochoux, Henri et Soubeiran.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE.

M. Brunel, chirurgien de marine, lit un travail intitulé : Observations topographiques, météorologiques et médicales faites dans la rivière de la Plata pendant le blocus de Buénos-Ayres.

Commissaires : MM. Kéraudren, Thillaye et Virey.

CORPS ÉTRANGER DANS LES VOIES AÉRIENNES.

M. A. Bérard lit un rapport sur une observation communiquée à l'Académie par M. Maslieurat-Lagémart, relative à un corps étranger qui a séjourné pendant neuf mois dans les voies aériennes sans déterminer d'accidens, et dont l'expulsion a été spontanée. C'était un noyau de cerise qu'on trouva enveloppé d'une concrétion calcaire. Les Éphémérides des curieux de la nature, dit M. Bérard, contiennent l'histoire d'un cas où un corps semblable resta pendant un an dans l'appareil respiratoire. M. Maslieurat, considérant que le corps étranger n'a pas produit d'accidens, pense qu'il est resté logé dans un des ventricules du larynx ; mais cette opinion paraîtra peu fondée à ceux qui savent quels accès de suffocation, quelles quintes de toux le moindre contact sur cette partie détermine instantanément. Pour nous, continue M. le rapporteur, cette circonstance d'absence de toux convulsive, au moment de l'introduction du noyau de cerise, nous porterait plutôt à croire qu'il est demeuré placé dans quelque point de l'arrière-bouche ou du pharynx.

Les conclusions du rapport sont de renvoyer l'observation de M. Maslieurat au comité de publication.

M. Gerdy : Les corps étrangers qui pénètrent dans l'appareil respiratoire occasionnent le plus souvent, il est vrai, de la suffocation et de la toux. Mais, quoique ce soit-là la règle générale, il y a cependant des exceptions. Ainsi, Desault, voulant introduire une sonde dans l'œsophage, la conduisit par mégarde dans la trachée, et il fut tellement peu averti de sa méprise par la toux, qu'il ne reconnut avoir fait fausse route que lorsqu'il eut injecté du bouillon. Pour moi, je crois que la dyspnée et la toux ne sont inévitablement liées au contact des corps étrangers sur la muqueuse respiratoire que dans le moment où ces corps traversent l'ouverture de la glotte.

M. Bérard : Je ne pense pas qu'il y ait parité entre l'introduction accidentelle d'un corps étranger qui pénètre brusquement, et celle d'une sonde qui a touché d'autres parties avant d'arriver sur la surface des voies aériennes. Je déclare, en outre, que je n'ai pas mémoire d'un seul cas de corps étranger dans l'appareil respiratoire, où l'auteur n'ait mentionné une toux convulsive au moment de son entrée. Il est bien entendu que je distingue ici la toux convulsive de la dyspnée, de l'oppression. Il me semble qu'il ne peut guère en être autrement. Rappelez-vous combien le besoin de tousser est impérieux, invincible, lorsque seulement en mangeant on vient à avaler un morceau de travers.

M. Rochoux : Je citerai seulement un fait dont j'ai été témoin. Un charpentier, homme bien portant et de forte constitution, mangeant précipitamment son potage, avala le fil qui tenait les poreaux attachés ensemble. A l'instant même il éprouva de la toux, de la suffocation, des angoisses. Ces premiers accidens finirent par se calmer ; mais des phénomènes plus inquiétans survinrent ; bref, au bout de quinze ou dix-huit mois, il présentait tous les signes de la phthisie pulmonaire, et jusqu'à l'hémoptisie. Enfin, dans un accès de toux, il rendit le fil, et la maladie se dissipa promptement d'elle-même.

M. Gerdy rappelle l'observation de Desault, dont il a déjà parlé, et ne trouve pas que M. Bérard ait répondu de manière à détruire la valeur de ce fait, qui lui semble constituer une objection à la doctrine que le rapporteur voudrait établir.

M. Bérard : J'ai déjà fait observer à M. Gerdy que ce cas ne me semble rien moins que concluant. Quelle similitude peut-on établir entre un corps brusquement projeté au milieu des voies aériennes, et un instrument, lentement conduit de dehors en dedans, et qui, avant de pénétrer dans le larynx, a nécessairement touché le voile du palais, la luette, le pharynx, toutes parties dont la susceptibilité particulière détermine des sensations et des mouvemens dont l'effet peut fort bien empêcher la manifestation de la toux?

M. Lacneau : Un militaire marchait dans la rue en mangeant une prune, et sans regarder autour de lui, lorsque tout à coup il se trouva en face d'un cheval, qui était près de passer sur lui ; il n'eut que le temps de se jeter de côté, et, dans la surprise qu'il éprouva, il avala le noyau, qui pénétra dans le conduit aérien. Il y eut un peu de douleur, mais ni oppression ni toux convulsive ; et notez qu'il s'agit cependant d'un homme intelligent, capable d'analyser ce qu'il sentait et d'en rendre compte ; c'est M. de D..., gendre de M. de Jouy. Il eut seulement ensuite un peu de gêne dans la région de la trachée, et une toux presqu'insignifiante jusqu'au moment où il rendit le noyau, douze heures après son introduction.

(Les conclusions du rapport sont adoptées.)

TRACHÉOTOMIE DANS LE CROUP.

M. A. Bérard lit un second rapport sur une opération pratiquée par M. Maslieurat-Lagémart sur un enfant affecté du croup. (Voy. Gaz. Méd., 1841, n° 24). Certainement, dit M. le rapporteur, l'opération ne sauve pas toujours le malade, car les fausses membranes peuvent se propager à l'intérieur et s'étendre au loin dans la trachée ; mais cependant il est encore possible de remédier à cette cause de mort. Ce n'est donc pas d'après la considération de la profondeur à laquelle descendent les fausses membranes qu'il faut se décider à opérer ou à attendre, car on ne peut apprécier d'avance leur étendue. Pour bien poser l'indication de l'opération, il faut savoir que la mort arrive ici de deux manières, par occlusion de la glotte, ou par extension de la maladie aux poumons. L'opération n'a d'influence que sur l'oblitération du tube aérien, car, bien qu'on ait proposé de combattre l'envahissement du mal par l'instillation dans la trachée de liquides astringens ou caustiques, l'efficacité de cette médication n'est encore rien moins que démontrée. Ainsi donc, en définitive, il ne convient donc d'opérer que lorsqu'il y a menace d'une asphyxie immédiate par la sécrétion pseudo-membraneuse.

M. Maslieurat conseille de lier tous les vaisseaux qui donnent du sang, avant d'inciser la trachée ; en cela il est d'accord avec presque tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Mais ce sont là des préceptes inutiles, et dans six opérations, que j'ai eu récemment l'occasion de pratiquer, je me suis fort bien trouvé d'avoir osé m'en affranchir : j'ai fait l'ouverture de la trachée sans attendre que le sang se fût arrêté, et dès que la respiration s'est rétablie, la circulation, devenue plus facile, a mis un terme prompt et naturel à l'hémorragie.

Enfin, M. Maslieurat a proposé, pour tenir écartées les lèvres de la plaie, un instrument particulier, qu'il trouve supérieur à la canule dont on se sert habituellement. La canule, en effet, d'après lui, est sujette à s'engorger de mucosités ou de caillots de sang; son calibre peut être trop petit et devenir ainsi une cause de suffocation ; enfin, l'irritation que son extrémité détermine en touchant la membrane muqueuse respiratoire peut devenir le point de départ d'affections plus ou moins graves. Ces divers reproches ne semblent pas fondés, si l'on en excepte le dernier, que la théorie indiquerait comme assez juste, mais auquel la pratique répond heureusement d'une manière suffisante, en apprenant que les accidens dont il nous menace n'arrivent presque jamais. Il n'y a donc pas lieu à abandonner l'usage de la canule.

Les conclusions sont :

1° D'adresser à l'auteur une lettre de remercîmens ;
2° De renvoyer son travail au comité de publication ;
3° D'inscrire son nom sur la liste des membres correspondans.

M. Blandin : Je ne viens pas m'élever contre les conclusions du rapport qui vous a été lu ; tant s'en faut. Cependant, et quoique je sois moi-même membre de la commission, je ferai quelques observations sur les différentes propositions que vous venez d'entendre. Et d'abord je désirerais qu'une part plus large fût faite à l'instrument imaginé par M. Maslieurat. Ce chirurgien n'avait pas de canule, et il a su y suppléer extemporanément par un mécanisme de son invention. La même circonstance peut se présenter de nouveau tous les jours, et il importerait aux praticiens de province qui se trouvent souvent pris au dépourvu que ce moyen ingénieux et véritablement utile fût recommandé à leur attention par l'approbation de l'Académie.

D'un autre côté, je ne saurais non plus être de l'avis de M. Bérard quand il condamne la méthode de lier les vaisseaux avant d'inciser le canal aérien. M. Bérard dit qu'il n'existe pas au voisinage de la trachée des vaisseaux assez volumineux pour nécessiter une ligature. Mais, pour ne parler que des artères, ne sont-elles pas sujettes à des anomalies qui les amènent pour ainsi dire forcément sous le couteau de l'opérateur? Ne dites donc pas d'une manière aussi absolue qu'il ne faut pas lier les vaisseaux. Certes il y a des circonstances où le danger presse, et où on n'a réellement pas le temps de le faire ; mais lorsqu'on le peut, il importe de pratiquer la ligature de toutes les artères un peu volumineuses. D'ailleurs une simple hémorragie veineuse peut causer la mort, comme M. Roux l'a observé dans un cas où son opéré aurait infailliblement succombé entre ses mains s'il n'avait eu l'heureuse idée d'aspirer avec la bouche le sang qui déjà remplissait la trachée.

M. Bérard : Il me semble que les observations de M. Blandin, assurément fort judicieuses du reste, ont passé à côté de mon rapport. Ce n'est point parce qu'il était pris à l'improviste et qu'il manquait de canule, que M. Maslieurat s'est servi de son instrument ; il propose au contraire formellement de lui donner dans tous les cas la préférence sur la canule.

Quant à la ligature des vaisseaux, je dis qu'il ne faut pas attendre pour pratiquer l'ouverture de la trachée qu'on puisse le faire à sec. Si vous vous préoccupez de l'idée de tarir l'hémorragie dans ses moindres sources avant d'inciser le canal aérien, vous vous exposerez souvent à un retard beaucoup trop prolongé. Telle est mon opinion ; mais cela ne m'a pas empêché de spécifier dans le rapport que, lorsqu'il se présente des artères assez considérables pour donner lieu à une hémorragie importante, il convient d'en faire la ligature avant de passer outre.

M. Blandin : Mes objections restent intactes ; et je puis dire à mon tour que,

dans sa réponse, M. Bérard a passé à côté des observations que je lui avais adressées. Que signifie d'abord cette espèce de compromis que vous faites entre les deux doctrines, quand vous dites d'une part : il ne faut pas lier les vaisseaux, et de l'autre : il faut lier tous ceux qui pourraient donner du sang ? Eh! oui, sans doute, et tout le monde sera de votre avis, on doit lier les vaisseaux qui donnent du sang ; mais vous savez bien que pendant la trachéotomie ils sont assez développés pour pouvoir tous en fournir une quantité considérable; ainsi, et d'après vos principes mêmes, il faudra donc tous les lier.

Relativement à l'instrument, M. Bérard a prétendu que j'avais dit que M. Maslieurat s'était servi de son instrument dans sa première opération. Il y a erreur de sa part. Je ne me suis point exprimé ainsi; et cela est si peu vrai, que c'est à Paris que M. Maslicorat a fait construire son instrument, par M. Charrière. Quant au choix de l'instrument à adopter, M. Bérard est bien forcé de convenir que, pour bien s'appliquer, la canule doit présenter un certain calibre, une certaine courbure, une longueur déterminée; toutes ces conditions varient suivant chaque individu ; elles peuvent donc manquer et se trouvent rarement réunies. N'est-ce pas là une considération bien propre à plaider en faveur du crochet de M. Maslieurat, qui ne présente, lui, aucune de ces chances d'imperfections, si difficiles à éviter quand on se sert de la canule?

Les conclusions du rapport sont adoptées.

CORPS FIBREUX CONTENUS DANS LES PAROIS DE L'UTÉRUS, ET EXTIRPÉS AVEC SUCCÈS.

M. Amussat présente une tumeur fibreuse développée dans les parois de l'utérus, et qu'il a enlevée avec succès sur une femme âgée de 50 ans environ, qui lui avait été adressée par M. le docteur Schuster.

La tumeur, située dans la paroi antérieure de l'utérus, et enveloppée de toutes parts par le tissu de cet organe, donnait lieu à des pertes de sang qui affaiblissaient beaucoup la malade.

La lèvre antérieure du col était très volumineuse, tandis que la lèvre postérieure était mince et formait un croissant. Entre ces deux lèvres existait une fente étroite par laquelle on pouvait introduire une sonde dans la cavité de l'utérus.

Le diagnostic ayant été bien établi par MM. Récamier, Amussat, et par plusieurs autres médecins, l'opération fut pratiquée, le 29 septembre 1841, de la manière suivante :

On commença par inciser crucialement la lèvre antérieure du col de l'utérus, dans la paroi correspondante duquel la tumeur était contenue; puis, avec des pinces de Museux appliquées sur la portion de la tumeur mise à nu, et en lui faisant décrire un mouvement de rotation de haut en bas au moyen des pinces que l'on plaçait successivement de bas en haut sur différens points de la tumeur, en grimpant pour ainsi dire sur elle, on parvint à la détacher de son enveloppe, et à l'amener au-dehors, sans avoir été obligé d'exercer de fortes tractions, qui auraient pu déplacer l'utérus ou produire un renversement de cet organe. La tumeur fut donc ainsi décollée et véritablement disséquée par traction.

A la suite de cette opération, des accidens de phlébite sont survenus; mais ils se sont promptement dissipés, et la malade est aujourd'hui, deux mois passés après l'opération, dans un état de santé très satisfaisant.

M. Amussat met également sous les yeux de l'Académie une autre tumeur fibreuse un peu moins volumineuse, qu'il a enlevée avec succès l'année dernière sur une femme âgée de 47 ans, et qui jouit actuellement d'une excellente santé. Dans ce cas, la tumeur était située dans la paroi postérieure de l'utérus. La relation de cette opération a été publiée par M. Troussel dans la Revue médicale du mois d'août 1840.

Enfin, M. Amussat présente une tumeur osseuse de l'utérus, recueillie à la Salpêtrière.

Lorsque des tumeurs de ce genre, dit en terminant M. Amussat, existent dans l'épaisseur des parois utérines, il est un moyen qui peut éclairer leur diagnostic d'une manière presque certaine. On n'a qu'à introduire un stylet ou une sonde entre les deux lèvres du col; la profondeur à laquelle l'instrument peut pénétrer vous révèle qu'il existe un agrandissement de la cavité utérine et vous conduit à la connaissance de la cause qui l'a déterminé. Dans des cas semblables, et lorsque la tumeur est très volumineuse, on pourrait faire l'opération à beaucoup moins de frais, ou, pour mieux dire, on pourrait la laisser faire à la nature, c'est-à-dire inciser d'abord crucialement la coque qui enveloppe le corps fibreux, puis attendre. Des douleurs expulsives ne tarderaient pas à se développer, et la pression des parois utérines parviendrait d'autant plus aisément à chasser la tumeur; que celle-ci est, en général, libre de toute adhérence avec le tissu qui l'entoure, puisqu'elle est constituée par un noyau isolé et sans pédicule. Ce procédé aurait encore : un avantage la nature agissant avec lenteur, la cicatrisation se ferait au fur et à mesure, derrière les parties éliminées, et on aurait ainsi beaucoup moins de chances d'accidens. Si, la tumeur étant volumineuse, il y avait urgence d'en débarrasser la malade, au lieu de *débiter* la masse morbide, ce qui expose à en laisser une partie, je commencerais par la diviser en deux moitiés, puis je tirerais sur une d'elles seulement, m'en servant comme d'un intermédiaire pour amener l'autre, et en *dévidant*, pour ainsi dire, la tumeur ainsi divisée.

M. Bégin raconte sommairement l'observation d'une femme qui se présenta, il y a trois ou quatre ans, à l'hôpital de Strasbourg, avec une tumeur fibreuse qui remplissait le vagin. L'opération fut résolue et pratiquée par MM. Stoltz et Bégin. Après beaucoup d'efforts de traction, la tumeur sortit comme un bouchon lancé hors du goulot d'une bouteille. Elle ne présentait à sa surface aucune trace de pédicule, et M. Bégin en conclut que c'était sans doute là un corps fibreux analogue à celui dont parle M. Amussat, c'est-à-dire une tumeur primitivement contenue dans l'épaisseur de la paroi utérine, et qui, ayant rompu sa coque, était venue se loger dans le vagin.

M. le Président adresse, au nom de l'Académie, des remercîmens à M. Amussat pour son intéressante communication.

La séance est levée à 5 heures et quart.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE; par M. Leroy d'Etiolles.

Dans le dernier numéro de votre excellent journal vous avez inséré une lettre de M. Civiale relative à l'extraction par les voies naturelles des corps étrangers introduits dans la vessie. Cette lettre à laquelle donne plus d'importance le rapport fait récemment à l'Académie des sciences par MM. Larrey, Roux et Breschet sur mes procédés, mérite de ma part une réponse. La proposition que M. Civiale y développe est la suivante : La pince à trois branches est le meilleur moyen d'extraire les corps étrangers, quelles que soient leur forme et leur nature. J'ai pour soutenir l'importance qu'a eue dans la lithotritie la pince à trois branches des raisons au moins aussi puissantes que celles de M. Civiale, comme chacun sait; mais elles ne m'ont point aveuglé comme lui sur l'insuffisance de cet instrument, et elles ne m'ont pas détourné de chercher les moyens d'y suppléer soit pour le broiement de la pierre, soit pour l'extraction des corps étrangers, spécialement des tiges métalliques et autres pièces d'instrumens lithotribes qu'une fabrication défectueuse a fait rompre une manœuvre imprudente. M. Civiale blâme dans sa dernière lettre les moyens que j'ai imaginés pour remplir ce dernier objet, les confondant à dessein avec des instrumens tout à fait différens des trois ou quatres chirurgiens, pour les frapper d'une commune réprobation.

Pour rendre plus efficace encore l'application du trois-branches, M. Civiale propose de le faire agir à travers un tube protecteur de l'urètre. « On peut, dit-il, *comme je l'ai conseillé en* 1836, introduire dans l'urètre une grosse canule très mince *et faire servir cette canule de conducteur à un bilabe ou un trilabe, afin de garantir les parois de l'urètre et le col de la vessie* des froissemens occasionnés par le passage des corps étrangers. » Je demande la permission de placer à côté de cette phrase la suivante, que l'on peut lire à la page 153 de mon livre sur les moyens de guérir de la pierre, *publié en* 1825 : « *Je crois pouvoir établir en thèse générale que ces fragmens ne devront pas traverser à nu le canal de l'urètre ; pour en faire l'extraction je me sers d'une pince à trois branches disposée comme la pince lithoprione avec cette différence* que les mors ne sont pas aussi fortement recourbés et qu'elle peut être retirée de la vessie au travers de la canule externe entraînant avec elle les fragmens dont les aspérités ne sauraient ainsi porter atteinte aux parois de l'urètre. »

A côté du trilabe, M. Civiale n'admet qu'un seul instrument, c'est celui qu'il nomme lithoclaste à mors plats et larges, et il ajoute : « Mais c'est à tort qu'on a conseillé l'usage du percuteur de M. Heurteloup. » Or il est bon de savoir que ce lithoclaste n'est autre que le percuteur à cuiller, le brise-pierre évacuateur que mon ami Heurteloup et moi avons simultanément fait exécuter, lui en Angleterre, moi en France, et dont nous faisions l'application deux ans avant que M. Civiale eût consenti à reconnaître que le percuteur est un instrument utile, et quatre ans avant qu'il eût songé par l'aplatissement des mors à se l'approprier.

Je viens d'adresser à l'Académie de médecine mes nouveaux instrumens; des expériences seront faites sur le cadavre devant la commission. Je préviendrai M. Civiale du jour où elles auront lieu, et s'il y consent elles deviendront comparatives. Pour rendre ces expériences plus concluantes et plus fructueuses, je lui proposerais bien, comme conséquence de cette épreuve, la fondation d'un prix de 3 ou 4 mille francs à décerner par l'Académie au meilleur mémoire sur le traitement préservatif de la gravelle et de la pierre; mais M. Civiale a déjà refusé tant de fois des propositions de ce genre que j'ai peu d'espoir de lui voir accepter celle-ci. Sans doute il me répondra encore qu'il ne s'agit pas d'un mur mitoyen, et il trouvera des *Romains* pour l'applaudir.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 51. (TOME IX. — 1841.) SAMEDI 18 DÉCEMBRE 1841.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette Médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette Médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

ANATOMIE.

NOTE SUR L'APPAREIL ÉLASTIQUE VERTÉBRAL, CONSIDÉRÉ DANS SES RAPPORTS AVEC LA STATION BIPÈDE; lue à l'Académie des sciences le 13 décembre 1841, par M. le docteur Deschamps, de Melun.

Les ligamens jaunes intervertébraux, considérés dans leur ensemble, composent, en mécanique animale, un système d'organes homogènes que j'appelle *Appareil élastique vertébral*.

Complet au rachis de l'homme, l'appareil élastique est formé par une série continue de ligamens jaunes qui unissent entre elles les lames vertébrales à l'intérieur de la cavité rachidienne. Il commence entre l'atlas et l'axis, et se termine en joignant la dernière des lombes et le sacrum.

Les ligamens jaunes, en raison de leurs insertions, présentent une hauteur plus considérable que l'intervalle des lames des vertèbres. Les plus denses ou résistans sont aux lombes; les plus longs se trouvent au col. Pairs et symétriques; chaque ligament droit et gauche se réunit à angle sur la ligne médiane.

Le plan antérieur de l'appareil élastique est lisse, uni et recouvert par du tissu cellulaire adipeux, des vaisseaux intrarachidiens et la dure-mère. Le plan postérieur s'appuie et se fixe sur les lames vertébrales.

Dans la structure intime d'un ligament jaune, il entre des fibres élastiques très fortement unies et légèrement obliques.

Feuilleton.

SUR LES ACÉPHALES D'HÉRODOTE, OU LES BLEMMYENS DE PLINE ET DES AUTRES AUTEURS LATINS.

> Les rapports des voyageurs, en apparence les plus extraordinaires, ont souvent un fond de vérité.

Les Acéphales, ainsi que leur nom l'indique, étaient des hommes sans tête, ayant les yeux sur la poitrine. Hérodote a soin d'indiquer, comme il fait toujours en matière douteuse, l'autorité d'après laquelle il en parle. « Les Acéphales qui ont, dit Hérodote, si l'on en croit les Libyens, les yeux sur la poitrine (1). » Pline, de son côté, leur donne, avec des yeux sur la poitrine, une bouche. *Blemmyis traduntur*, dit Pline, *capita abesse, ore et oculis pectore affixis* (2). Pomponius Méla n'est pas, pour les Blemmyens, en reste de générosité avec Pline: il leur accorde une figure entière. « Les Blemmyens n'ont pas de tête, dit Méla, leur visage est sur la poitrine: *Blemmyis capita absunt, vultus in pectore est* (1). » Ainsi faits, nous prendrons les Blemmyens pour continuer leur histoire.

Les Blemmyens, ou les hommes sans tête, ne vivaient pas isolés parmi d'autres coulés sur notre modèle: ils formaient un corps de nation, un peuple ou peuplade. C'est, du moins, ce qui résulterait d'un passage de Flavius Vopiscus, où nous voyons que l'empereur Probus les subjugua, et qu'il en amena même plusieurs à Rome, où ils furent l'objet d'un grand étonnement. *Blemmyis etiam subegit*, dit Vopiscus, *quorum captivos Romam transmisit, qui mirabilem sui visum, stupente populo romano, præbuerunt* (2). Un traducteur d'Hérodote fait remarquer, sur ce passage de Vopiscus, qu'il laisse ignorer ce qui excita l'étonnement de ses compatriotes. Mais quelle chose, en vérité, était plus propre à exciter l'étonnement des compatriotes de Vopiscus que la vue d'hommes sans tête, malgré les yeux et le reste qu'ils pouvaient avoir ailleurs! Mais, laissant là le côté plaisant de l'histoire des Blemmyens, la victoire remportée sur eux par Probus, d'une part; et, de l'autre, les individus qu'il en exposa à la curiosité de ses concitoyens, me semblent leur donner une certaine probabilité d'existence, et cette probabilité se changerait en une presque certitude, si l'on nous per-

(1) Lib. IV, cap. 91.
(2) Lib. IV, cap. 8.

(3) Cap. 9.
(4) Cap. 9.

L'appareil élastique devient incomplet au rachis des vertébrés : il y présente des particularités de structure et de position que je vais faire connaître.

Dans plusieurs régions de la colonne vertébrale des mammifères, à la place des ligamens jaunes, il existe des membranes fibreuses, blanches, nacrées, non élastiques. Cette disposition organique de ligamens fibreux blancs est le seul mode d'union des lames vertébrales des ruminans, des pachydermes et des carnassiers.

Toutefois, si les régions dorsale et lombaire des solipèdes sont réunies par de semblables ligamens fibreux blancs, il s'opère à la région cervicale une addition très importante; car, outre ses ligamens blancs symétriques, cette région emprunte des faisceaux élastiques au ligament cervical pour former de petits ligamens jaunes médians.

La grande laxité qui résulte de la disparition des ligamens fibreux blancs non élastiques qui unissent les lames vertébrales du col et du dos chez les rongeurs, change dans la région lombaire des animaux, où j'ai trouvé une série continue de ligamens jaunes intervertébraux. Les vespertiliens et quelques autres espèces présentent à l'état de vestige des faisceaux jaunes élastiques à la région lombaire.

La couleur jaune et l'épaississement du tissu cellulaire intrarachidien, tissu appliqué sur les petits ligamens fibreux intervertébraux, en ont sans doute imposé aux anatomistes qui généralement admettent l'existence de l'appareil élastique vertébral chez les mammifères. Il suffit de râcler la trame celluleuse pour découvrir le tissu fibreux blanc, nacré, sous-jacent.

L'appareil élastique des oiseaux, pareillement incomplet, offre une nouvelle disposition générale : il est situé à l'extérieur de la cavité rachidienne. Les espaces compris entre les apophyses épineuses cervicales, au lieu de recevoir les insertions tendineuses des muscles interépineux, comme chez les mammifères, sont remplis par des ligamens ronds, jaunes, fibreux élastiques, situés sur la ligne médiane dans l'axe vertébral.

Au col des échassiers, et particulièrement de la cigogne (*ardea ciconia. L.*), l'appareil élastique est complet : il a la forme d'une pyramide dont la base appuie sur les vertèbres thoraciques, tandis que le sommet touche la vertèbre atlas, représentant ainsi, dans son ensemble, une colonne élastique, fractionnée, brisée en petits ligamens interépineux.

Cette disposition n'est pas générale et uniforme pour tous les oiseaux. Dans le goëland (*larus marinus. Gm.*); dans la mouette (*larus fuscus*), dans le canard (*anas baschas. L.*), dans le pigeon (*columba. L.*); la puissance élastique se concentre en deux points; l'un supérieur, marqué par de petits ligamens jaunes et ronds placés entre les premières vertèbres cervicales; l'autre inférieur, se compose de ligamens interépineux élastiques très forts et d'un plus gros volume. Un grand nombre d'espèces présente cette organisation nouvelle, en rapport avec le mode de station.

L'appareil élastique vertébral des oiseaux, des mammifères et de l'homme se termine constamment à l'atlas. Ce point d'insertion forme le caractère différentiel le plus certain pour ne pas confondre l'appareil élastique avec le ligament cervical qui se fixe toujours à l'occipital,

Les ligamens jaunes manquent tout à fait au rachis des reptiles et des poissons indigènes.

De ces faits nouveaux en anatomie comparative, il résulte : 1° que l'homme seul, parmi les vertébrés, possède un appareil élastique complet; 2° que cet appareil se fractionne et se limite en certaines régions du rachis des autres mammifères et des oiseaux; 3° enfin, que l'appareil élastique change de nature dans un grand nombre d'espèces.

Quand l'appareil élastique change de nature intime, et qu'il se compose d'organes simplement fibreux, blancs, nacrés, la position horizontale du rachis est constante. Or, tout mammifère ainsi organisé sera essentiellement quadrupède. Les carnassiers, les pachydermes et les ruminans sont des exemples à l'appui de ce principe général d'organisation. Ajoutons de plus que les reptiles et les poissons ont une station horizontale habituelle, parce que leur rachis est également privé de ligamens jaunes intervertébraux.

Dès qu'une région de la colonne vertébrale possède une série continue de ligamens élastiques, elle s'élève de suite dans une direction perpendiculaire au plan de l'horizon. Chacun sait avec quelle prédilection les rongeurs se tiennent dans une position assise le corps penché en avant pour manger. Dans la région lombaire qui est en station verticale, vous trouverez une série de ligamens jaunes; tandis que les régions cervicale et dorsale qui décrivent une courbe en avant ne seront pourvues que de ligamens fibreux blancs.

Si le cheval, parmi les solipèdes, tient sa tête constamment élevée, il doit, sans aucun doute, cette faculté aux petits ligamens élastiques médians que la région du col reçoit du ligament cervical. Les autres mammifères pourvus du ligament jaune cervical ont la tête baissée, parce qu'ils sont privés de l'appareil élastique supplémentaire.

L'oiseau, doué des ligamens jaunes interépineux cervicaux, place son col en station verticale habituelle. Mais les régions dorsale et lombaire, étant privées de puissances élastiques, restent en position horizontale. Cette double position du rachis fait que les oiseaux sont des bipèdes incomplets. Dans le jeune âge, il existe des ligamens jaunes dorsaux. Mais la mobilité de cette région disparaît rapidement par les progrès de l'ossification.

La solidité, tout osseuse, des régions dorsale et lombaire est complètement en rapport avec la locomotion des oiseaux. Si le thorax eût été mobile, le battement des ailes, privé d'un point d'appui résistant, eût dépourvu le vol de l'énergie qui le caractérise. G. Cuvier observe avec raison que le casoar et l'autruche, oiseaux marcheurs, ont leurs vertèbres dorsales séparées.

L'appareil élastique a pour fonction évidente d'élever en station verticale habituelle les différentes régions du rachis des oiseaux et des mammifères : régions où il est limité, fractionné. La colonne vertébrale humaine, ayant une série continue de ligamens jaunes, se dresse tout à fait, et l'homme seul est un bipède complet. Il n'arrive que progressivement à la jouissance de cette imposante attitude. Dans le fœtus, les ligamens jaunes ne sont pas encore formés; et les membranes blanches transitoires laissent le rachis se courber sur lui-même sans réaction élastique verticale. Parvenu à terme et longtemps encore après sa naissance, l'enfant conserve des ligamens blancs intervertébraux qui sont incapables de soutenir le rachis en station verticale. Le corps se place selon une courbe horizontale, parce qu'il se trouve dans la même condition organique des quadrupèdes. Suivez attentivement l'évolution de l'appareil élastique, et vous observerez que les ligamens jaunes apparaissent primitivement entre les vertèbres lombaires. Cette région du rachis, ayant un organe nouveau, accomplit maintenant une fonction nouvelle.

---

mettait de voir, dans les Acéphales d'Hérodote ou les Blemmyens des auteurs latins, des crétins, une population crétine.

Le crâne du crétin, toujours plus ou moins déformé, tend à s'affaisser, et la face se confond, en quelque sorte, avec la poitrine, par l'énorme goître, qui, du cou qu'il enveloppe, s'avance plus ou moins sur les parties latérales de la tête, de manière que le cou semble avoir disparu. Ajoutons que la face, chez le crétin, est toujours plus ou moins déprimée de haut en bas et d'avant en arrière, de telle sorte qu'en même temps que la partie supérieure fuit en arrière (1), la partie inférieure se porte en avant, les dents antérieures tendant à l'horizontalité.

Nous serions donc disposé à penser que les Acephales d'Hérodote étaient des crétins; que les Blemmyens subjugués par Probus, et dont quelques-uns furent conduits par lui à Rome, étaient une population crétine; qu'il sera arrivé à cette population ce qui, dans nos guerres de la république, arriva aux crétins du Valais, qui, à cette époque, furent détruits en grand nombre par nos troupes. M. le baron d'Haussez, qui consacre aux voyages les loisirs de son exil, rappelle cet événement dans un passage que je crois devoir rapporter.

« Ils périraient d'inanition, dit M. d'Haussez, parlant des crétins du Valais, si la pitié publique ne venait à leur secours et s'ils n'étaient pas protégés par un préjugé qui attache une idée de bonheur à leur conservation. Ce double patronage leur manqua en 1798, lorsque la guerre, portant ses ravages dans le Valais, en avait exterminé une partie des habitans et fait fuir le reste. Privés de soins qui leur étaient indispensables, les crétins périrent presque tous, ou de faim, ou sous la baïonnette du soldat, qu'importunait leur présence (1). »

Il faudrait en convenir, si la population que subjugua Probus était une population de cette nature, sa victoire lui ferait assez peu d'honneur, car elle eût été facile. Probus heureusement avait d'autres titres de gloire que cette victoire des

---

(1) Le docteur Lund, qui réside au Brésil, vient de découvrir, dans une caverne du pays, avec des ossemens d'animaux, des ossemens humains, dont les crânes se font remarquer par l'absence presque complète du front. « La construction du sinciput, dit un compte-rendu de la *Société des antiquaires du Nord*, à Copenhague, est toute particulière en ce que le front ne s'élève pas dans le même plan que la face, mais forme avec elle un angle très ouvert, d'où il résulte que les crânes de ces individus diffèrent essentiellement de ceux de toutes les races humaines vivant en ce moment. » Le même rapport fait remarquer « que les figures d'hommes peints ou sculptés sur les anciens monumens mexicains représentent aussi une race d'hommes qui manquent, pour ainsi dire, de front, et ont, en conséquence, une espèce de ressemblance avec les animaux. »

Je remarque, à mon tour, sur la découverte du docteur Lund, comme sur les peintures et sculptures des anciens monumens mexicains, que les Caraïbes, peuplade américaine, manquaient aussi de front, en quelque sorte, mais que cette conformation était non une conformation normale, mais le produit d'un aplatissement du crâne, opéré dans le jeune âge, à l'aide de planches disposées *ad hoc*.

(1) ALPES ET DANUBE, etc., t. 1er. Paris 1837.

L'attitude verticale commence et l'enfant a les reins forts, comme on dit en langage ordinaire.

Le développement des ligamens jaunes se continne suivant une ligne ascensinnnelle du sacrum vers l'atlas, et dans un sens complètement inverse à l'ossification de l'épine qui marche des vertèbres cervicales aux vertèbres lombaires. Or, remarquez que l'élévation verticale dn rachis se fait tonjours dans le sens du développement de l'appareil élastique; remarquez bien qne les os et les muscles demenrent impuissans à redresser la colonne vertébrale tant que cet appareil n'est pas formé.

Il est évident qu'avec des os et des muscles, la station verticale sera temporaire et ne deviendra permanente qu'au moment de l'addition de l'appareil élastiqne. L'enfant aussi bien que l'adulte, le quadrupède aussi bien qne le bipède, ont des pnissanres osseuses et musculaires; la seule différence dans leur station comparée provient de l'appareil élastique vertébral, qni existe chez les nns et redresse le rachis verticalement, qui manque chez les antres et l'abandnnne en sens horizontal. Les leviers de la station se subordnnnent tous à la position actuelle du rachis. Selon qne la colonne épinière est en sens vertical nu horizontal, la station est bipède nu quadrnpède.

Les physiolngistes n'ont pas reconnn cette actinn nécessaire, indispensable de l'appareil élastique ponr la station bipède. Il appartenait à l'anatomie comparée d'analyser le rôle mécanique de cet appareil et de réduire à leur juste valeur les calculs *a posteriori* sur la disposition générale dn sqnelette et sur la puissance musculaire. Il lui appartenait de détruire, à l'aide d'une preuve anatomique, l'opinion qui considère la station bipède comme étant le résultat de l'éducatinn.

Si le muscle elève, érige la colonne vertébrale, il est bien certain actnellement que l'appareil élastique a la puissance de la maintenir érigée.

Dans les mammifères dépourvus de ressorts élastiques jannes intervertébraux, il arrive qne, en certains cas, la force des muscles seule tend à élever verticalement le rachis; mais cette érection du corps, plutôt obliqne que droite, est toujours chancelante, de courte durée, et soumise à l'effort et l'étendne de la contraction musculaire. Le rachis de ces animaux renferme pourtant des mnscles aussi nnmbreux et aussi puissans qne celui de l'homme. La base de sustentation est quelquefois plus grande que dans notre espèce lnrsqu'ils sont assis. Le rachis vacille et se courbe en avant, parce qu'il manque du levier principal de la station verticale.

Les muscles et l'appareil élastique, rénnis et agissant simultanément sur la charpente osseuse, composent un donble phénomène de mécanique animale qui se confond en nn point, la station élevée au-dessus dn sol, et qui se sépare quant à son but : la locomotion ponr les muscles et la rectitode verticale pour les ligamens jaunes. Par leur réunion, ces deux forces concourent à maintenir avec plus de solidité la station bipède que tendent à détruire de violentes tractions, de lourds fardeaux, et même le simple poids des viscères.

On démontre sur le cadavre humain le mode d'action des ligamens élastiques isolés, au moyen d'une coupe verticale qui sépare d'un côté le corps des vertèbres; de l'autre côté, les lames vertébrales et les ligamens jaunes conservés intacts. La tige osséo-élastique, qui résulte de cette préparation, se laisse ployer en conrbes fort étendnes et revient à son état nnrmal par son seul effet de ressort. Aucun phénomène semblable ne survient au rachis des mammifères ainsi préparé. Dans le squelette ligamenteux des oiseaux, l'élasticité des ligamens jaunes, étant mise en jen, dirige, par un mouvement de demi-arc de cercle, la tête et le col vers l'aile. Position passive favorable an sommeil de ces vertébrés.

An mnyen de l'appareil élastique, la colonne épinière plie sans que sa cavité diminne de diamètre; effet funeste que prodairait un muscle intérienr an moment de sa contraction, parce qn'il comprimerait la moëlle épinière : elle plie en s'opposant surtout à la séparation des vertèbres, et reprend sa force élastique à la manière d'nn ressort distendu qui revient sur lui-même, lorsqne les muscles spinaux fnnt effort pour redresser la colonne conrbée.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les cahiers d'août, septembre et octobre 1841 contiennent les articles originanx suivans : 1° *Mémoire sur le développement du* gobius fluviatilis; par M. de Filippi. 2° *Observation critico-pratique sur une affection très-grave des bronches;* par M. Landini. (Une jenne fille de 18 ans est prise tout à coup de phénomènes tenant à la fois de ceux dn catarrbe suffocant et de l'angine striduleuse. L'auteur discute les différences qui séparent le cas nbservé par lui de ces deux maladies, et il conclnt qu'il s'agissait d'une affection particulière consistant dans la congestion sanguine de la muqueuse des bronches. Un traitement antiphlogistique énergique sauva la malade.) 3° *Histoire de deux anévrismes de l'aorte ascendante;* par M. Parmeggiani. (L'un de ces anévrismes s'ouvrit dans la trachée et amena nne hémoptisie qui présenta la particularité remarquable de s'arrêter et se reproduire à deux reprises, et à quatre jours d'intervalle. L'antopsie montra que la communication existait par le moyen de trois pertuis, dont le plus large n'avait qn'une ligne de diamètre.) 4° *Histoire d'une tumeur abdominale guérie par l'injection de teinture alcoolique d'iode;* par M. Pagani. (C'était un kyste développé à l'hypogastre et sur le siége précis duquel l'observation laisse des doutes. Une ponction faite avec un trocart donna issue à un demi-verre d'un liquide semblable à celui qui sort des ganglions et l'injection iodée amena la guérison sans accidens.) 5° *Description d'une modification faite au lithotriteur de M. Heurteloup;* par le même. 6° *Histoire d'un empoisonnement par la viande d'un animal malade du charbon;* par M. Costa. 7° *Plan d'un nouvel ouvrage de médecine;* par M. Pellizari. 8° *Sur une plaie du foie;* par M. Linoli. (A propos d'un cas de plaie du foie par instrument tranchant, qui fut suivie de la mort, l'auteur établit qu'on ne pent parvenir à diagnostiquer exactement sur le vivant la profondeur qu'a une solution de continuité de ce viscère, et que tous les moyens proposés pour obtenir cette connaissance sont infidèles ou dangereux.) 9° *Mémoire pour prouver que l'action du quinquina sur les fièvres franchement intermittentes, consiste dans une propriété occulte et spécifique;* par M. Ottaviani. (Considérations purement théoriques, comme la plupart des travaux si multipliés que les médecins ita-

---

Blemmyens : il avait vaincu les Marmarides, peuple du littoral, entre l'Égypte et la Pentapole, et avait fait preuve, dans cette guerre, de grands talens et d'one grande valeur. Passé ensuite dans la province de Carthage, il ne s'y distingua pas moins, en réprimant les rébellions qu'il eût à combattre. On le vit provoquer et tuer en combat singulier un chef africain, Aradion, à qui, comme témoignage de sa valeureuse défense, il fit élever, par ses propres soldats, nn monument funéraire, qui n'avait pas moins de deux cents pieds de largeur. Ce monument se voyait encore du temps de Vopiscus.

Probus avait d'autres titres encore à la reconnaissance publique, comme gonverneur de la province d'Afrique, et nous renvoyons, sur ce point, à ses deux biographes, Flavius Vopiscus et Aurelins Victor. On y verra, entre antres choses, ses idées sur l'emploi du soldat en temps de paix, et les travaux d'assainissement et autres, en grand nombre, qu'il fit exécuter à ses troupes.

La partie de l'Afrique où se trouvaient les Acéphales, selon Hérodote, vient encore à l'appui de notre opinion sur la nature des Blemmyens. En effet, après avoir dit que, depuis le fleuve Triton (qui se jette dans le lac du même nom, aujourd'hui le lac des Marques), vers le couchant, le pays occupé par les laboureurs est très montagneux, couvert de bois et plein de bêtes sauvages, Hérodote ajonte : C'est dans cette partie occidentale de la Lybie que se trouvent les serpens d'une grandeur prodigieuse, les lions, les éléphans, les ours, les aspics, les ânes qui ont des cornes, les Cynocephales et les Acéphales qui ont, si l'on en croit les Libyens, les yeux sur la poitrine. — Or, un pays montagneux suppose des vallées, et les vallées, dans tous les pays du monde, en Afrique comme en Europe, comme partout, les vallées, dis-je, sont la patrie des crétins. Il serait bien à désirer que nous fussions aussi avancés sur la production de toutes nos maladies que nous le sommes sor celle du crétinisme. Les conditions de son développement nous sont parfaitement connues, à ce point que nous pourrions le faire naître à volonté. Ainsi, par exemple, placez, dans n'importe quel climat, une population dans un site semblable à celui où se trouve la capitale du Valais, Saint-Maurice, si fertile en crétins, et vous en aurez bientôt aussi. Et, quant à ce site, à cette position de Saint-Maurice, M. le baron d'Haussez la fait connaître en deux mots, dans la narration de son entrée dans cette ville : J'arrivai à Saint-Maurice, dit M. d'Haussez, sans avoir aperçu ni même deviné cette ville, blottie, pour ainsi dire, derrière une montagne, qui n'en laisse pas voir une seule maison (1).

Vraisemblablement, c'étaient aussi des crétins que des artistes de Carthage avaient voulu représenter, avec d'autres singularités humaines, réelles ou fictives, sur la place du port de cette ville, ouvrage qui était en mosaïque, et dont saint Augustin nous a conservé le souvenir dans sa CITÉ DE DIEU, DE CIVITATE DEI (2). Le saint prélat, après y avoir fait l'énumération d'hommes qui n'avaient qu'un œil, placé au milieu du front; d'autres qui, n'ayant pas de bouche, ne vivaient que de l'air qu'ils respiraient, ce qui suppose qu'ils avaient un nez; des Sciapodes, ainsi appelés parce que la plante de leurs pieds, sans doute dirigée vers le ciel, au lieu de l'être vers la terre, ne leur servait à rien moins qu'à se ga-

(1) Op. cit., t. I, p. 230.
(2) Lib. XVI, cap. 8.

liens écrivent sur le même sujet.) 10° *Recherches sur le délire nerveux avec tremblement, des ivrognes* (delirium tremens potatorum) *et sur son traitement*; par M. Liberali. 11° *Mémoire sur cette question: Existe-t-il une révulsion thérapeutique?* par le docteur Polli. (Réponse affirmative.)

DESCRIPTION D'UNE MODIFICATION FAITE AU LITHOTRITEUR DE M. HEURTELOUP; par M. PAGANI.

L'instrument de M. Heurtelonp, tel qu'il a été décrit par son anteur, a, suivant M. Pagani, deux inconvéniens graves, qui peuvent tous les deux être rapportés à ce qne sa courbure est trop faible. En effet, par suite de cette constructinn, il est évident qne, lorsque le calcul est embrassé, la branche mâle trop inclinée ne pnrte sur lui que par son extrémité, et le contact entre le corps à broyer et le corps qui broie étant ainsi réduit à un seul point, l'instrument sera plns snjet à se rompre, de même que le calcul sera plus exposé à échapper. Le second désavantage de ce défaut de courbnre est relatif à la difficulté de saisir des calculs nn pen volumineux. Tout le monde comprendra qne c'est là nn effet inévitable de la même disposition; car on peut comparer la partie vésicale dn lithotriteur à une ligne obliqnement dirigée par rapport à la portion nrétrale, et l'on sait que Borelli a démontré que, lorsque deux parallèles sont perpendiculaires sur un axe commnn, l'espace qn'elles laissent entre elles devient plus petit lorsqn'elles viennent à s'incliner sur lui.

La correction que propose M. Pagani se pressent aisément. Exagérez la courbure que décrivent les branches, rendez leur petite portion presque perpendiculaire sur la grande, et vous obtiendrez non seulement un écartement plns propre à recevoir des pierres volumineuses, mais aussi nn contact plus éteudn entre la surface du corps étranger et celle des mors du percuteur : ce qui conjurera presque certainement toute chance de voir l'instrument se briser entre les mains de l'opérateur.

La modification de M. Pagani est ingénieuse; nous dirons plus, elle paraît entièrement conforme aux principes de la mécanique. Le soin que nnns avons mis à la développer, plus qne ne l'a fait l'anteur lui-même, prouve assez que nnus la jugeons irréprochable sous ce rapport. Mais il y a cependant quelques objections à lui faire. En premier lieu, est-on assuré qu'un insirnment fortement courbé sera d'une introductinn aussi facile, et pourra être aussi aisément supporté par les malades durant la manœuvre du broiement? C'est là une question à laquelle il serait peut-être imprudent de répondre d'nne manière trop absolue, ni par l'affirmative, ni par la négative. Le degré de courbnre à donner anx sondes est variable, comme chacun sait, et doit être proportionné aux conditions individuelles et aux circonstances pathologiques où se trouve chaqne sujet. La forme qui a été généralement adoptée pour les instrumens lithotriteurs ne convient pas sans donte également à tous les opérés, mais on la cnnserve néanmoins dans la pratique, parce qu'elle a été calculée d'après la conformation la plus ordinaire des organes génitaux, et qn'elle peut s'appliquer, sans trop de désavantages, à la majorité des calculeux. La modifier par cela seul qu'elle ne résout pas d'une manière satisfaisante le problème mécanique du broiement d'nn corps dur, est sans doute très bien; mais il ne faut pas oublier qu'on aura à en faire usage sur des sujets de différens âges et de conformation variable. L'expérience heureuse que M. Pagani invoqne à l'appui de sa modification est donc encore trop limitée pour pouvoir jnger la question sans appel.

Nous ferons encore observer que la rupture des instrnmens lithotriteurs ordinaires pendant l'opération est nn accident extrêmement rare, et qne par conséqnent la modification proposée en vne de le prévenir perdrait beancoup de sa valeur, si elle ne s'appnyait qne snr cette considération.

HISTOIRE D'UN EMPOISONNEMENT PAR LA VIANDE D'UN ANIMAL MALADE DU CHARBON; par M. COSTA.

Est-il possible de contracter l'affection charbonneuse, par le senl fait de l'ingestion de viandes suspectes, et sans avoir communiqué avec les animaux atteints de cette maladie? C'est là nne qnestion dont la solntion, longtemps donteuse, a encore besoin, pour être généralement admise, de faits bien observés. En voici un des plns significatifs.

OBS. — Le 27 avril fut transportée, à l'hôpital civil de Pammatone, une femme de 48 ans, présentant un ensemble de symptômes particuliers qui ne parurent pas suffisans à M. Torre pour établir le diagnostic et entreprendre le traitement. Ayant appris qne sa maladie avait snivi un repas fait avec la viande d'un animal mort du charbon, on jugea à propos d'envoyer dans le village d'où elle venait, à St-Siro de Struppa, une commission composée des docteurs Costa, Prato, Negrotto, et M. Lertosa, pharmacien, pour acquérir des renseignemens précis sur l'origine et la nature du mal. Arrivés sur les lieux, ils apprirent que, depuis huit jours, 60 personnes environ qui avaient mangé de cette viande étaient affectées de symptômes fâcheux, tels que vertiges, tremblemens, frissons, fortes crampes dans le ventre et les membres; vomissemens de matières vertes et amères; selles de même aspect; soif ardente; altération de la face; délire; monvement fébrile; langue rouge à la pointe, blanche à la base. Ces accidens, dont l'intensité variait chez chaque individu, suivant la quantité de nourriture suspecte qu'il avait prise, ne furent soivis de la mort chez aucun d'eux, et disparurent par l'emploi de moyens simples. La cause de cette affection fut soupçonnée être une vache âgée d'un an, et qui avait deux pustules à l'aîne, avec tuméfaction des mamelles, lorsqu'elle fut abattue et que sa chair fut livrée à la consommation. Du moins ces lésions parurent à nn vétérinaire habile, M. Massa, être tout à fait caractéristiques du vrai charbon.

La malade qui fait le sujet de l'observation, après avoir mangé de cette viande, fut prise, comme les antres, de frissons, de nausées, vomissemens, crampes, etc. Entrée à l'hôpital cinq jours après le début du mal, elle avait la face hippocratique, la peau sèche et froide, le pouls lent et faible; elle se plaignait de douleur et de pesanteur à l'épigastre, éprouvait nne soif intense, et avait des vomissemens et des selles très fréquentes. Traitement : potion anti-émétique de Rivière; emplâtre sinapisé sur le ventre; limonade gazeuse; ventouses à l'épigastre; sinapismes et vésicatoires sur les extrémités. Ces soins furent inutiles; la prostration alla en augmentant, l'aphonie et l'état soporeux apparurent, précurseurs de la mort, qui arriva le 29, deux jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie montra un amaigrissement général, des taches livides sur la peau et principalement aux membres. Les veines de la dure-mère sont injectées, la moelle un peu ramollie. Le foie a une tendance au ramollissement, la rate a diminué de volume. Une ecchymose sous-muqueuse occupe les deux tiers de la grande courbure de l'estomac; une semblable existe près du cardia, et le tube digestif en présente d'autres sur divers points de son étendne.

La nature de la maladie rapportée par M. Costa ne sanrait être dontense ponr personne. Comment supposer nne contagion directe quand la malade n'a présenté, sur aucnn point de la surface dn corps, de lésion qui

---

rantir des ardeurs du soleil; de ces Sciapodes qui avaient des pieds sans jambes ni articulations, mais qui n'en couraient pas moins avec une grande vitesse (1); d'hommes, enfin, tels que ceux dont nous nous occupons ici, mais qui en différaient pourtant en ce qu'au lieu d'avoir les yeux sur la poitrine, ils les avaient sur les épaules; le saint prélat, dis-je, après cette énumération de singularités humaines, ajoute : *Et cœtera hominum genera, vel quasi hominum genera quæ in maritima platea Carthaginis musivo picta sunt.*

Que les artistes de Carthage, en voulant représenter des crétins, aient nn peu forcé la nature, c'est un privilége de l'art, c'en est même, en quelque sorte, une nécessité, dans l'expression du laid comme dans celle du beau. Je remarque pourtant que, dans notre supposition, les artistes carthaginois, en plaçant les yeux de leurs crétins sur les épaules, au lieu de les placer sur la poitrine, se seraient moins éloignés du vrai, les épaules étant plus rapprochées des yeux que la poitrine. J'ajoute qu'il résnlte de la dépression de la face chez le crétin, dépression dont nous avons parlé, que les yeux sont plus écartés l'nn de l'autre que dans l'état normal, ce qui, sans les rejeter à vrai dire snr les épaules, semble pourtant les en rapprocher un pen. Mais, en voilà assez, je pense, sur les indnctions que nous pouvons tirer d'un produit d'art apprécié par les yeux d'autrui à une époque déjà si éloignée de nous.

(1) Nous verrions volontiers, dans les Sciapodes du saint évêqne, les culs-de-jatte de nos jours, qui, bien que dépourvus de jambes, n'en parcourent pas moins beaucoup d'espace en peu de temps, à l'aide de ces supports dont ils se servent avec tant de dextérité.

Quoi qu'il en soit, les Acéphales en mosaïque de la place du port de Carthage nous rappellent naturellement les statues, non pas d'hommes sans tête, ou d'Acéphales *proprement dits*, mais bien de véritables crétins, qui décorent aujourd'hui les jardins archi-épiscopaux de la ville de Salzbourg, dans la Haute-Autriche. Cette ville et ses environs surtout sont infestés de crétins, qui, là comme dans tous les pays qui en produisent, sont en possession du respect et de la vénération publiques, et de là sans donte l'honneur que leur ont fait les anciens archevêques de Salzbourg; car c'est à eux qu'ils doivent cet honneur de décorer leurs jardins de leur tant disgracieuse figure. C'est sans contredit un ornement de fort mauvais goût, quelle que soit l'idée de sainteté qu'on y attache. Je passe sous silence les réflexions plus sérieuses et plus graves qu'il suggère au physiologiste comme au législateur. Je n'en serais pas moins disposé à croire, d'après quelques indices, que ce genre d'ornement à Salzbourg, ancienne ville romaine, est antérieur aux archevêques du pays; que ces prélats-souverains n'en ont pas eu le mérite de l'invention; qu'il remonte probablement aux Romains, qui, dans des vnes quelconqnes de pur ornement ou autres, auront représenté des crétins, comme on représentait à Carthage toutes les *jolies* choses dont a parlé le célèbre fils de Monique (1).

Les idées des Arabes sur les crétins seraient intéressantes à connaître, mais il faudrait, pour les recueillir, pénétrer dans les localités qui en produisent. Nous savons qu'ils respectent et vénèrent les fous et les idiots, et qu'ils attachent à

(1) Sainte Monique, mère de saint Augustin.

puisse faire croire à ce mode local d'invasion, quand surtout 60 personnes ont été atteintes de la même affection ; car il faudrait, dans l'hypothèse que nous combattons, admettre que ces 60 personnes avaient eu occasion de se mettre en contact avec l'animal infecté ; ce qui n'est pas croyable. Ce fait vient donc à l'appui de ceux rapportés par Eneaux et Chaussier, par Fournier et M. Delafond. (Voy. TRAITÉ DE POLICE SANITAIRE DES ANIMAUX DOMESTIQUES, p. 504.)

La malade était, dès son entrée à l'hôpital, dans un état tellement grave, que nous comprenons sans peine l'insuccès du traitement ; peut-être, cependant, aurait-on pu obtenir un résultat plus avantageux, ou une terminaison moins promptement funeste par l'emploi d'une médication franchement tonique qui, dans ces cas, est souverainement indiquée, du camphre, de l'éther, du quinquina surtout dont Fournier a si bien démontré les bons effets.

RECHERCHES SUR LE DÉLIRE NERVEUX AVEC TREMBLEMENT, DES IVROGNES (DELIRIUM TREMENS POTATORUM), ET SUR SON TRAITEMENT ; par M. LIBERALI.

Après Schoulein, Hufeland, Raimann, etc., M. Liberali pense que la maladie nommée *delirium tremens potatorum* est une *hypersthénie*, une congestion sanguine du cerveau. Ses preuves à l'appui de cette opinion sont de deux ordres : le raisonnement et les faits pathologiques. N'est-il pas universellement reconnu, dit-il, que les boissons spiritueuses déterminent une exaltation cérébrale, un *raptus* sanguin vers la tête, et même parfois l'inflammation du cerveau et de ses membranes ? L'antopsie, d'ailleurs, a souvent démontré cet état sur le cadavre d'individus morts en état d'ivresse, et dont le cerveau exhalait une odeur alcoolique.

Quant aux preuves cliniques, M. Liberali raconte cinq observations de buveurs d'habitude, chez lesquels le *delirium tremens* existant avec tous ses symptômes ordinaires a été guéri par l'administration d'un traitement antiphlogistique composé de 2, 3, et jusqu'à 7 et 8 saignées, sans compter les applications de sangsues. Enfin, il fait connaître les résultats de l'autopsie d'un malade mort au douzième jour de cette affection, et chez lequel on trouva l'arachnoïde injectée et infiltrée d'une sérosité épaisse, jaunâtre et comme gélatineuse ; la substance cérébrale ferme (*tenace*.)

Reprenons les deux sortes de considérations qu'allègue M. Liberali. Il est vrai qu'au premier coup d'œil rien ne ressemble plus aux effets d'une irritation cérébrale que les phénomènes offerts par un homme ivre ; mais, de bonne foi, peut-on assimiler ces deux états, peut-on surtout arguer d'un pareil rapprochement, quand on sait que quelques gouttes d'ammoniaque suffisent pour faire tomber comme par enchantement cette soi-disant inflammation, dont les prétendus symptômes tiennent peut-être moins à l'absorption du liquide ingéré qu'à son action directe sur le système nerveux ?

Les observations citées par l'auteur ont une tout autre importance, et si elles ne prouvent pas que la saignée était indispensable, et qu'un autre traitement, même celui par l'opium, n'eût pu avantageusement lui être substitué, elles établissent, au moins d'une manière indubitable, que la médication antiphlogistique, même poussée à ses limites extrêmes, n'a pas les dangers qu'on lui supposait autrefois, dangers sur lesquels MM. Ware et Hayard ont les premiers concouru à détromper les praticiens. On pourrait donc, le cas échéant, et si l'état général en fournissait l'indication, s'autoriser de ces faits pour pratiquer une ou plusieurs saignées. Quant à l'antopsie, citée par l'auteur, elle est trop succinctement rapportée pour pouvoir faire preuve, bien que les détails rappellent d'une manière frappante ceux de l'autopsie, faite dans la même circonstance par Morgagni (v. lettre XIV), et l'on pourrait aussi lui opposer le cas cité par M. Trousseau, où ce médecin, loin de trouver des traces de congestion sanguine, constata, au contraire que la pie-mère était exsangue, et qu'il n'existait aucun changement appréciable dans la substance encéphalique. (V. DICT. DE MÉD., t. X, p. 36.)

Un mot encore sur cette question si travaillée, et pourtant si obscure du délire des ivrognes. Dans un mémoire, dont la GAZ. MÉD. a donné l'analyse (v. 1839, p. 40), le docteur Jackson prétend que le véritable *delirium tremens* est le résultat d'une suspension subite de l'usage des boissons alcooliques. D'après lui encore, les auteurs qui disent avoir observé dans cette maladie la céphalalgie, les yeux ardens, etc., et avoir pu faire des saignées copieuses n'avaient pas affaire à un véritable *delirium tremens*. Eh bien ! les observations de M. Liberali infirment absolument cette manière de voir. Dans aucune d'elles, cette cessation des excès de table, sans laquelle l'affection n'existerait pas pour M. Jackson, n'a été mentionnée, et cependant les évacuations sanguines ont pu être faites avec une profusion excessive, sans doute, mais dont l'excès même a de quoi rassurer les médecins sur les inconvéniens qu'on leur attribuait autrefois dans cette affection.

II. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros d'août, septembre et octobre 1841 renferment les mémoires originaux suivans : 1° *Instruction pratique sur la vaccination*; par M. Gnoli. (Tableau didactique des diverses phases de l'éruption, des moyens de la reconnaître, et des précautions à prendre lorsqu'on eu inocule le produit.) 2° *Sur le strabisme*; par M. Scandellari. (Travail de compilation, résumant d'une manière assez complète les notions et les principes acquis à la science, depuis les travaux modernes, sur ce point de chirurgie.) 3° *Hydrocèle double de la tunique vaginale, guérie au moyen de l'électro-puncture*; par M. Zanobi Pecchioli. 4° *Quelques cas pathologiques, prouvant l'influence de l'axe cérébro-spinal dans la production de la chaleur animale*; par M. Brugnoli. 5° *Sur la dysenterie épidémique qui a régné en 1841 dans la commune de St-Lazare, près de Bologne*; par M. Rasi.

HYDROCÈLE DOUBLE DE LA TUNIQUE VAGINALE GUÉRIE AU MOYEN DE L'ÉLECTRO-PUNCTURE, par M. ZANOBI PECCHIOLI.

OBS. — Un jeune homme de 19 ans, de bonne constitution, était affecté, depuis près de trois ans, d'un gonflement considérable au scrotum, survenu sans cause appréciable, et qui avait jusque-là résisté à tous les remèdes. Entré au mois de mai, dans la salle de clinique chirurgicale de l'université de Sienne, on reconnut sans peine une hydrocèle par épanchement de l'une et de l'autre tunique vaginale, qui semblait exister sans aucune altération des testicules.

---

leur possession une sorte de bonheur. Ainsi, par exemple, ils sont dans l'habitude de les laisser dans les villes que les circonstances de la guerre les forcent à abandonner, dans la persuasion où ils sont que leur séjour dans ces lieux est un gage assuré de leur retour. De là les fous et les idiots que nous avons trouvés à notre entrée à Cherchell et à Médéah. On doit se rappeler encore à Alger l'être fort singulier que nous avons rapporté de la première de ces villes, et qui a été déposé à l'hôpital civil, où il a vécu quelque temps. C'était un enfant de 7 à 8 ans au moins, sorte de crétin par le corps, mais non par la tête, et qui avait été abandonné dans une maison où des soldats furent attirés par ses cris. Il était dans un état de nudité complète, roulé dans un peu de paille, au fond d'un tout petit panier appendu par un clou à un pan de mur de la maison, et c'est dans ce même panier qu'il fut apporté à Alger.

Il est vraisemblable que les Arabes reportent sur les crétins les mêmes sentimens d'affection qu'ils ont pour les fous et les idiots ; ils devraient être plus vifs encore si leur culte pour l'homme est en raison de la dégradation, de l'abnégation de la pensée. Les crétins sont les pauvres d'esprit par excellence ; ils sont même dépourvus de l'instinct qui a été departi à l'animal pour pourvoir à ses premiers besoins. Le crétin est le seul être de la nature qui ne puisse se suffire à lui-même, qui ne puisse se passer de secours étrangers. Ainsi donc, point de pensée, pas même d'instinct chez le crétin, qui ne rappelle l'homme que par des masses informes et dégoûtantes.

Jusqu'à présent un seul crétin a été vu en Algérie par l'armée française. Ce malheureux se présenta à Bougie en 1838, en compagnie de quelques lépreux qui venaient y demander des secours à la médecine. Ils furent tous admis à l'hôpital militaire ; mais bientôt on fut obligé d'en faire sortir le crétin, qui s'y livrait à toutes sortes d'actes de brutalité, en même temps que, par ses cris, il incommodait jour et nuit les malades de l'établissement. Nous apprîmes à cette époque que le crétinisme n'était pas rare dans les montagnes d'où venait l'individu dont nous parlons, non plus que le goître, deux affections qui, du reste, se rencontrent toujours dans les mêmes lieux. La dernière n'est, dans mon opinion, que le premier degré d'un mal dont l'autre est, si je puis m'exprimer ainsi, l'exagération, de sorte que, dans mon opinion aussi, on peut, *à priori*, assurer qu'il y a des goîtres partout où il y a des crétins. Vraisemblablement, le goître et le crétinisme sont multipliés dans les contrées montagneuses signalées par Hérodote comme étant habitées par les Acéphales, et situées, comme nous l'avons vu, à l'ouest du fleuve Triton, c'est-à-dire au sud des états de Tunis. Et, comme le père de l'histoire ne fixe aucune limite dans l'ouest, aux contrées montagneuses où vivaient les Acéphales, libre à nous d'y comprendre les monts Auress, au sud de Constantine, le *mons Aurarius* d'autrefois, les plus élevées des montagnes de l'Algérie, pays qui promet tant de découvertes en tout genre aux voyageurs futurs assez heureux pour y pénétrer.

Dr GUYON.

L'injection paraissant au chirurgien un moyen trop douloureux et les topiques irritans une ressource insuffisante, il chercha une médication qui pût réunir l'innocuité de la seconde à l'efficacité de la première. Enfin, il s'arrêta à l'idée de provoquer l'infiltration de la sérosité intra-vaginale dans les mailles du tissu cellulaire des bourses où elle pourrait être reprise plus promptement par l'absorption. Mais comment remplir cette indication? Un moyen se présentait, conseillé déjà par A. Cooper, et consistant dans la simple ponction de la tumeur; mais si le liquide n'était pas de la sérosité pure, une seule piqûre pourrait fort bien ne point suffire, et le traitement traînerait en longueur. Enfin, il songea que, d'après la propriété connue qu'a l'électricité d'activer les forces absorbantes, il était rationnel de compter sur l'application d'un courant galvanique pour remplir l'indication posée. En conséquence, le 30 mai, on enfonça quatre aiguilles dans le scrotum, en en plaçant deux d'un côté et deux de l'autre, l'une en haut, l'autre en bas de la tumeur, et un courant galvanique fut établi entre la partie supérieure et l'inférieure en mettant les aiguilles en rapport avec les pôles opposés d'une pile. L'opération fut prolongée pendant cinq minutes.

Pendant toute sa durée, il se produisit une sensation assez vive de douleur dans le testicule droit. Une fois les aiguilles ôtées, on commença à apercevoir presque subitement un changement dans le volume des deux tumeurs, et leur diminution fut si rapide que, dans l'espace de cinq heures, elles parurent à peu de chose près être complètement vides. Mais vers le soir, il se développa dans la partie un peu de chaleur et de rougeur; puis le liquide s'accumula de nouveau et revint en quantité égale à celle qu'il offrait avant l'opération, avec cette seule différence que la partie gauche de la tumeur resta un peu moins tuméfiée, et que la peau du même côté demeura œdémateuse. Après quelques jours de repos, et voyant que l'état était stationnaire, le chirurgien fit, le 9 juin, une seconde application de l'électricité, suivant les mêmes règles et aussi avec les mêmes résultats que la première. Répétée pour la troisième fois, le 18 du même mois, les parties revinrent à leur état normal, sans qu'aucun autre moyen eût été employé pour aider la cure. On garda encore le malade à l'hôpital pendant quinze jours pour s'assurer de la solidité de sa guérison.

L'auteur accompagne cette observation des réflexions suivantes: Sans vouloir mettre en doute la propriété qu'a l'électricité d'aider ou de provoquer la transmission des fluides à travers les membranes; en accordant même que la guérison ait été due dans ce cas au passage du liquide des tuniques vaginales dans le tissu cellulaire du scrotum, il resterait encore à chercher comment l'exhalation de sérosité a pu cesser aussi promptement après l'application de l'électro-puncture. Est-ce là un effet physique ou chimique de l'électricité, ou ne serait-il point dû à l'excitation que le fluide électrique imprime aux propriétés vitales des membranes affectées? Là est le problème auquel devront travailler ceux qui entreprendront ultérieurement des expériences semblables.

Pour nous, il nous semble qu'avant de discuter sur la manière dont l'électricité a opéré la cure, il aurait fallu mettre hors de doute la réalité de son action dans ce cas. Or à considérer les choses sans prévention, l'influence de cette cause nous paraît au moins fort douteuse. Beaucoup d'auteurs, Astley Cooper entre autres (v. ŒUV. CHIRURG., p. 482), disent avoir vu des circonstances où une simple ponction a suffi pour prévenir le retour de la maladie; et si, à la place d'autorités, il était nécessaire de citer ici des observations pour prouver la possibilité d'une semblable cure, nous n'aurions qu'à ouvrir au hasard la collection de la GAZ. MÉD. Sans parler des idées de M. Lewis (v. 1837, p. 322) qui a voulu généraliser cette méthode de traitement, on y trouverait encore les cas bien autrement probans rapportés par M. Deleau (v. GAZ. MÉD. 1838, p. 347), et dans lesquels *une seule* ponction avec une aiguille très fine a procuré une guérison tout aussi prompte et aussi durable que celle pour laquelle il a fallu à M. Pecchioli *trois* applications de l'électro-puncture. De nouvelles observations sont donc absolument nécessaires pour savoir à quoi l'on doit s'en tenir sur la valeur du galvanisme appliqué au traitement de l'hydrocèle.

QUELQUES CAS PATHOLOGIQUES PROUVANT L'INFLUENCE DE L'AXE CÉRÉBRO-SPINAL DANS LA PRODUCTION DE LA CHALEUR ANIMALE; par M. BRUGNOLI.

Les auteurs qui, à l'exemple de MM. Brodie, Chossat, Krimer, etc., ont cru pouvoir regarder la calorification comme une fonction du système nerveux, se sont pour la plupart appuyés sur des vivisections ou sur des résultats d'anatomie comparée. Mais on ne compte encore parmi les preuves alléguées en faveur de cette doctrine qu'un petit nombre de faits pathologiques. Ceux que Brugnoli a ressemblés dans ce but sont au nombre de quatre; nous allons en extraire seulement les circonstances qui ont rapport à la question en litige.

OBS. I. — Une femme de 45 ans, ayant éprouvé de fortes douleurs de tête, accompagnées de vertiges, entra à l'hôpital dans l'état suivant: aspect triste; elle soutient sa tête entre ses mains et en dirige ainsi tous les mouvemens; douleur continue et fixée surtout vers l'occiput. Respiration et circulation à l'état normal. Sentiment de froid plus considérable aux membres supérieurs qu'aux inférieurs; cette sensation alla en augmentant sans pouvoir être calmée par aucun moyen. La déglutition devint difficile, et elle mourut après deux mois de maladie.

AUTOPSIE. Un kyste arrondi, du diamètre d'un pouce et plein de pus blanc-verdâtre, occupe la partie postérieure et latérale externe du lobe droit du cervelet, sans faire de saillie bien notable à sa surface.

OBS. II. — Une femme de 75 ans entra à l'hôpital pour une maladie légère des voies digestives; mais peu de temps après elle présenta tout à coup une nouvelle affection. Stupeur, parole embarrassée, forte douleur de tête. Tous les membres conservent leur myotilité, mais elle éprouve comme un froid de marbre aux extrémités thoraciques et à la moitié supérieure du tronc. La respiration et la circulation ne se ressentent en aucune manière d'un tel changement. Rien ne peut lui rendre la chaleur. Mort le cinquième jour.

AUTOPSIE. L'hémisphère gauche du cervelet contient un épanchement apoplectique récent, du volume d'une grosse noix.

OBS. III. — Un militaire entra à l'hôpital pour une douleur vive fixée à la région dorsale, et accompagnée de fièvre. Pris ensuite de pneumonie, sa convalescence fut longue et difficile; vers la fin de l'hiver, il se joignit à sa faiblesse habituelle un sentiment extraordinaire de froid qu'il ne pouvait parvenir à dissiper, malgré tous les soins imaginables, et quoiqu'il mît sur lui jusqu'à dix couvertures piquées. Aucune altération de la respiration ni de la circulation ne fut notée, aucun signe de paralysie ne se manifesta, et toujours plein de connaissance, de courage et d'espérance, il mourut onze mois après son entrée.

AUTOPSIE. — Carie vertébrale, abcès prévertébral. La moelle, dans une étendue de deux pouces, et dans les points où elle correspond aux huitième, neuvième et dixième vertèbres dorsales, siége de l'affection, est atrophiée; ce qui paraît être la conséquence de la pression qu'elle a eu à supporter de la part des vertèbres malades.

OBS. IV. — Un menuisier, âgé de 30 ans, robuste et vigoureux, fut pris, après avoir porté un lourd fardeau, de malaise et d'une sensation de froid intense que réveillait sur tous les points de la surface cutanée le contact d'un corps quelconque, fût-il même chaud. Tout, jusqu'à l'air qu'il respirait, produisait ce phénomène. En même temps, grande lenteur dans les mouvemens et la prononciation; pouls fort; chaleur de la peau plus considérable que dans l'état normal; il en est de même de l'air qu'il expire; douleur gravative à la tête; anxiété inexprimable. Mort le quatrième jour.

AUTOPSIE. — Extravasation de sang coagulé qui s'étendait sous la dure-mère spinale, depuis l'origine des premiers nerfs dorsaux jusqu'au niveau de la queue de cheval; forte injection de la substance de la moelle.

M. Brugnoli a fait suivre ces observations de quelques considérations fort judicieuses. Il rappelle d'abord que, dans aucun de ces quatre cas, il n'a trouvé à l'autopsie de lésion des appareils sanguin et respiratoire. Venant ensuite à rechercher si l'on peut utiliser les faits par lui cités, afin de déterminer le point du système nerveux qui possède la faculté de présider à la calorification, il ne se dissimule point les difficultés du problème; mais il pense néanmoins qu'il y aurait des raisons pour accorder cette attribution à la moelle allongée. En effet, dit-il, l'intensité du froid a toujours été en rapport avec la proximité où la lésion se trouvait de la moelle allongée. Dans un cas cité par M. Cruveilhier (V. ANAT. PATH.), où une luxation spontanée de l'atlas sur l'axis avait produit la compression de la moelle allongée elle-même, le froid fut très intense et persista durant quatre mois jusqu'à la mort; et, dans les observations rapportées ci-dessus, on a vu que plus l'altération s'éloignait de la moelle allongée, plus le refroidissement avait été borné et peu considérable.

Ces faits, dit en terminant M. Brugnoli, me semblent de nature à pouvoir servir pour le diagnostic des maladies cérébrales; car, bien que cette sensation de froid ne soit pas un phénomène constant, bien que, alors même qu'elle existe, il soit impossible d'arriver par elle seule à une localisation précise et minutieuse du siége de l'altération; cependant on ne doit pas la regarder comme tout à fait inutile sous le rapport séméiologique. En un mot, s'il est vrai que ce phénomène ne se montre pas dans toutes les affections des centres nerveux, on peut affirmer du moins que, toutes les fois qu'il se présente un froid réel ou une sensation de froid durable et s'étendant à une grande partie ou à la totalité du corps, sans que le lieu qui en est le siége offre une chaleur ou une douleur considérable, le médecin est autorisé à soupçonner une maladie de l'axe cérébro-spinal.

A ces réflexions de l'auteur, qu'il nous soit permis d'en ajouter quelques-unes concernant l'interprétation des faits qu'il a rassemblés, et leur valeur au point de vue physiologique. La théorie qui attribue la chaleur animale à l'action des centres nerveux a eu jusqu'ici peu de partisans, et l'on n'a pas manqué, il faut bien le reconnaître, d'objections puissantes pour combattre les argumens qu'elle faisait valoir. N'examinons ici que celles de ses preuves qui sont tirées des faits pathologiques, et voyons si les fins de non recevoir qu'on a opposées aux observations rapportées par d'autres auteurs peuvent légitimement s'appliquer à celles de M. Brugnoli.

Les maladies des centres nerveux qui amènent un refroidissement du corps, a-t-on dit, s'accompagnent toujours d'un certain trouble de la respiration et de la circulation ; c'est donc à ce trouble secondaire, et non à la lésion primitive de l'axe cérébro-spinal qu'il est juste de rapporter la déperdition de chaleur qui s'observe alors. Mais cette objection, fort juste assurément en général, trouve une réponse péremptoire dans les détails des observations précédentes, des trois premières du moins ; car nous y avons noté avec soin, et d'après le texte même de l'auteur, qu'aucune altération des fonctions respiratoire et circulatoire n'avait été constatée pendant la vie chez les trois malades.

On allègue aussi que les modifications de température que présente un malade atteint de lésion des centres nerveux ne portent en général que sur des parties paralysées ; et comme la circulation n'est point aussi active dans un membre privé de mouvement et de sentiment, on en conclut encore que c'est à cette diminution dans les forces circulatoires qu'il faut s'en prendre pour expliquer le défaut accidentel de calorification. Mais la même réponse que ci-dessus nous servira de nouveau pour repousser cette deuxième objection. Dans trois des observations de M. Brugnoli, il est spécifié qu'aucune paralysie n'a existé pendant toute la durée de la maladie. Dans les deux dernières, d'ailleurs, le refroidissement s'étendait à tout le corps, et cependant la lésion des centres nerveux était locale et bornée à un point circonscrit dans la région dorsale. En supposant donc même que la paralysie eût été méconnue par le médecin, il n'en serait pas moins positif qu'elle n'a pu exister dans toutes les parties où la sensation de froid s'est manifestée.

Quoique ces observations nous semblent démontrer l'action du système nerveux sur le refroidissement du corps, nous nous garderons bien d'en conclure qu'il est, dans l'état normal, l'agent unique et direct de la calorification ; son influence sur cette fonction est une des questions de physiologie les plus difficiles à résoudre ; nous ne l'aborderons point ici, il nous suffira d'avoir établi la réalité de cette influence, sans vouloir essayer d'en préciser la nature et le degré.

III. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Le numéro de juin contient les articles suivans : 1° *Recherches générales sur les formes spécifiques dans les ophthalmies* ; par le docteur Fario. 2° *Examen critique du mémoire de M. Pariset sur les causes de la peste d'Orient et sur les moyens de la détruire* ; par M. Turina. 3° *Principes fondamentaux d'un travail inédit sur la formation du squirrhe et du cancer* ; par M. Gandolfi. 4° *Sur l'action du quinquina dans les fièvres intermittentes et les hydropisies* ; par M. Triberti. (Pour l'auteur, la cause des fièvres intermittentes n'est pas dans les miasmes ni dans les exhalaisons des marais, mais elle vient de la forte chaleur et du froid excessif, qui se succèdent alternativement le jour et la nuit, dans les contrées où ces fièvres sont endémiques. Quant à la fièvre elle-même, c'est une hypersténie du système sanguin, et le quinquina ne réussit dans son traitement qu'en déployant contre elle une action antiphlogistique, débilitante, déprimante, contro-stimulante, ou, si l'on veut, hyposthénisante.) 5° *Observations médico-pratiques sur l'utilité de l'acide oxalique dans les inflammations de l'arrière-bouche et du tube digestif* ; par M. Nardo. 6° *Sur une singulière maladie de la verge et sur les divers procédés d'amputation de cet organe* ; par M. Bianchetti. (Jeune homme qui, à la suite d'un coït infectant, conserva pendant six mois un phymosis : vaincu enfin par la douleur, il consulta, au bout de ce temps le chirurgien, qui incisa le prépuce et trouva le gland couvert de végétations ; on les excisa, mais elles repullulèrent, et l'on jugea nécessaire de pratiquer l'amputation de la verge, ce qui fut exécuté avec succès). 7° *Sur les discussions actuelles au sujet de l'empoisonnement par l'acide arsenieux* ; par M. Fario. (Résumé des rapports lus à l'Institut et à l'Académie de médecine.)

RECHERCHES GÉNÉRALES SUR LES FORMES SPÉCIFIQUES DANS LES OPHTHALMIES ; par le docteur FARIO.

On a étrangement abusé du mot *ophthalmie* et de beaucoup d'autres, qui, d'abord employés pour désigner les causes, ont été pris ensuite pour indiquer les formes.

Dans la question des ophthalmies spécifiques, il faut définir exactement ce qu'on entend par le mot *spécificité*, et distinguer la spécificité quant à la cause, de la spécificité quant à la forme.

Il importe d'autant plus de préciser cette dernière distinction, que la confusion dont elle est le remède est la cause qui a donné naissance à la doctrine des ophthalmies spécifiques.

Cette doctrine est insuffisante pour pouvoir arriver à un bon diagnostic, parce que, donnant trop d'importance aux formes, qui sont des circonstances purement accidentelles, elle oublie que la véritable connaissance d'une maladie ne peut résulter que de l'ensemble de ses caractères, et non d'un phénomène isolé.

Il existe beaucoup de cas d'ophthalmies spécifiques où les symptômes donnés comme constans, ne se rencontrent pas, et beaucoup d'autres dans lesquelles ces mêmes symptômes accompagnent une maladie d'un genre tout différent de celle dont on les regarde comme des signes essentiels.

Enfin, autre chose est un symptôme *pathognomonique*, autre chose est un symptôme *différentiel* ou *spécifique* ; et quand bien même il serait prouvé que ce dernier existe constamment dans le cadre symptomatologique d'une maladie, on ne devrait le regarder que comme un moyen d'arriver à la connaissance de sa cause et d'en diriger le traitement général, sans admettre que sa présence exige nécessairement telle ou telle modification dans le traitement local, comme le veut la doctrine des ophthalmies spécifiques.

Telles sont les conclusions du travail de M. Fario. Si nous nous contentons de les énoncer sans développement ni commentaires, c'est parce que les idées qu'elle renferme sont de celles qu'il suffit de rappeler, pour que tous les bons esprits comprennent dans quelle mesure et avec quelles restrictions leur principe, juste du reste, doit être admis. Nous serions, pour notre part, tout disposés à accepter la réforme qu'elles sont destinées à préparer, mais il y aurait sans doute de l'inconvénient à la faire aussi générale que le veut l'auteur.

OBSERVATIONS MÉDICO-PRATIQUES SUR L'UTILITÉ DE L'ACIDE OXALIQUE DANS LES INFLAMMATIONS DE L'ARRIÈRE-BOUCHE ET DU TUBE DIGESTIF ; par M. NARDO.

M. Nardo, observant les bons effets que produisaient dans les angines les feuilles du *sempervivum tectorum*, simplement mâchées, fut conduit à chercher, dans les acides végétaux, un médicament analogue à celui-ci, mais plus facile à doser et à prescrire. Après beaucoup d'essais avec les acides acétique, citrique, malique, il s'est arrêté à l'acide oxalique, qui a amené, dans tous les cas, un soulagement momentané, et souvent une amélioration très remarquable. Il l'emploie dans les diverses angines, la stomatite, le muguet, et dans les gastrites et gastro-entérites. Le mode d'administration est le suivant :

Prenez :	Acide oxalique	De 6 à 16 grains.
	Solution de gomme arabique	3 onces.
	Sirop	1 »

Mêlez exactement.

A prendre par cuillerées à bouche, à courts intervalles, en retenant le mélange dans la bouche et l'avalant lentement.

Lorsqu'il s'agit de modifier des ulcères scorbutiques ou vénériens de la bouche, on prescrit la formule suivante :

Prenez :	Décoction d'orge	1 livre.
	Acide oxalique	De 1 à 3 scrupules.

Mêler exactement, pour s'en servir comme d'un collutoire.

Une salivation plus ou moins abondante et un prompt sentiment de rafraîchissement et de cuisson passagère sont les premiers effets que détermine ce médicament ; c'est pour modérer le dernier qu'on associe à l'acide oxalique la solution gommeuse et le sirop. La sécrétion urinaire augmente et il se produit à la longue une débilitation marquée. Il est bien entendu que, chez les personnes sujettes aux aigreurs, l'acide oxalique doit être administré avec beaucoup de réserve.

Les conclusions de M. Nardo pourront dissiper les craintes que quelques médecins conservent encore sur les effets de ce médicament, et engageront, sans doute, à le prescrire plus fréquemment et à des doses plus élevées qu'on ne le fait d'habitude.

IV. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros de septembre, octobre et novembre 1841 se composent des articles originaux suivans : 1° *De l'usage du sulfo-tartrate de quinine dans les maladies périodiques* ; par M. La Cava. (Bien de bien

important.) 2° *Sur l'épidémie d'Eboli*; par M. Elefanti. (Les symptômes les plus ordinaires de cette épidémie ont été : la raideur du cou, l'opisthotonos, une douleur aiguë s'étendant du vertex au front et aux tempes, une sensation de malaise le long de la colonne vertébrale. Les antiphlogistiques ont constamment aggravé le mal, qui a au contraire cédé rapidement à l'usage interne et externe des sels de morphine.) 3° *Sur la maladie épidémique de la Calabre*; par M. Cosentino. 4° *Considérations médico-légales sur les blessures qui deviennent graves par les accidens qui les compliquent*; par M. Marisi. (Réflexions judicieuses, mais ne renfermant rien d'original.) 4° *Emploi de l'herbe aux chats* (nepeta cataria, L.) *contre l'odontalgie*; par M. Guastamachia. 5° *Observations sur les styptiques et sur les liquides hémostatiques*; par M. Del Mastro. (L'auteur distingue, avec raison, les effets de tous ces médicamens, en primitifs ou locaux, et secondaires ou généraux.) 6° *Réflexions sur la nature médicatrice*; par M. Piccirillo. 7° *Métrorragie guérie par l'emploi du seigle ergoté*; par M. Pandarese. (L'action du seigle ergoté est hyposthénisante; l'auteur rapporte à l'appui de cette opinion un cas où les saignées ont heureusement secondé l'effet du seigle ergoté pour guérir une métrorragie.) 8° *Empoisonnement par le tartre stibié*; par M. Sacli.

EMPLOI DE L'HERBE AUX CHATS (NEPETA CATARIA, L.) CONTRE L'ODONTALGIE; par M. GUASTAMACCHIA.

Que l'odontalgie tienne à un simple refroidissement ou à une carie dentaire, dit M. Guastamacchia, l'usage de cette plante est souverain, et je l'ai employée avec succès dans beaucoup de cas où la douleur avait résisté aux remèdes les plus variés et les plus accrédités. Il faut mettre les feuilles de la plante entre la dent affectée et celle qui lui correspond; une sécrétion abondante de salive a lieu, et, au bout de deux ou trois minutes, le calme succède aux douleurs les plus aiguës. Si les malades ne peuvent maintenir les feuilles en contact avec la dent affectée, il suffira de les leur faire mâcher, et si la salivation se produit, l'effet sera le même.

S'il ne possède pas toute l'efficacité que lui suppose l'auteur, ce remède a du moins l'incontestable mérite d'être peu coûteux, facile à appliquer, et de se trouver partout sous la main.

EMPOISONNEMENT PAR LE TARTRE STIBIÉ; par M. SACLI.

Ce cas est surtout intéressant par la petite quantité de tartre stibié qui a suffi pour donner lieu à de graves accidens.

OBS. — Un homme de 40 ans, de tempérament lymphatique-sanguin, se trouvant légèrement indisposé à la suite d'un excès de table, voulut, par précaution, prendre un vomitif. La dose d'émétique fut 3 grains de tartre stibié, dissous dans 4 onces environ d'eau commune; mais le vomissement ne se prononça pas, bien qu'il eût eu la précaution de boire ensuite de l'eau tiède en abondance. Au bout de quelques heures, il commença à accuser du malaise, des nausées, de la chaleur à l'épigastre, agitation, vertiges, syncopes, etc. Un peu après, il perdit le sentiment et tomba dans un état de stupeur interrompu de temps en temps par des convulsions; dyspnée, bâillemens, face livide, pouls lent et plein. L'émétique avait été pris, vers sept heures du matin; ce fut à trois heures du soir que se déclara la perte de sentiment, et je ne le vis que le lendemain, à deux heures du matin. Jugeant qu'il était trop tard pour chercher à retirer le poison de l'estomac, et même pour tenter de le neutraliser, je m'appliquai seulement à combattre les accidens. Deux saignées, l'une de 2 livres, l'autre d'une livre et demie; applications de sangsues aux tempes, derrière les oreilles et à l'épigastre; bains frais généraux; lavemens émolliens; huile de ricin par la bouche; boissons délayantes et laxatives. A midi, il y avait un mieux sensible, bien que la perte de connaissance persévérât. Le deuxième jour il ne restait qu'une légère douleur à l'épigastre, un peu de pesanteur de tête, de faiblesse dans les membres et d'embarras de la parole.

V. GIORNALE PER SERVIRE AI PROGRESSI DELLA PATOLOGIAE DELLA TERAPEUTICA.

Les numéros de janvier, février, mars, avril, mai, juin et juillet 1841, contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Observations sur le vaccin, et règles à suivre pour prévenir la variole*; par M. Centomo. 2° *De la constitution pathologique observée à l'hôpital de Venise en 1841*; par M. Trois. 3° *Sur le sulfate de quinine*; par M. Desiderio. (Article de polémique.) 4° *Cas de névralgie grave, combattue avec succès par l'acupuncture, avec réflexions sur l'efficacité de ce moyen, et sur la nature du tic douloureux*; par M. Namias. (Rien de neuf.) 5° *Observations cliniques*; par M. Cloche. 6° *Troisième dentition et mérycisme chez une femme décrépite*; par M. Podrecca. 7° *Cas grave et singulier observé à la clinique chirurgicale de Ferrare*; par M. Malago. (Développement d'une masse encéphaloïde ayant beaucoup d'analogie avec les tumeurs fongueuses de la dure-mère.) 8° *Observation d'angine de poitrine, avec ossification de l'artère coronaire gauche*; par M. Asson. (Ce fait, où la maladie a présenté ses symptômes les plus caractéristiques, vient à l'appui des idées de Parry et de Burns sur la nature de l'angine de poitrine. L'artère coronaire droite, les valvules, ainsi que les orifices du cœur, étaient sains, la coronaire gauche seule présentait un agrandissement de son diamètre et plusieurs points d'ossification sur ses parois.) 9° *Sur une épidémie de parotidites*; par M. Facen. 10° *Trois cas d'éclampsie traités avec succès*; par M. Desiderio. (L'auteur ne croit pas que les convulsions des femmes en couches soient une maladie aussi grave qu'on le dit. Il cite en preuve trois observations où la guérison a été obtenue par des saignées. Notons que, dans ces trois cas, l'accouchement s'est effectué spontanément pendant les accès de convulsions, ce qui n'a sans doute pas peu contribué à les terminer.) 11° *Sur un cas d'hématémèse suivie de syncope mortelle*; par M. Morsoletto. (Malgré l'abondance de l'hémorragie, on ne trouva aucune solution de continuité dans les parois du tube digestif.) 12° *De l'utilité de l'acétate de plomb et des autres astringens dans l'hématémèse, et de la nature des cas qui indiquent l'emploi de ces médicamens*; par M. Namias. (Il repousse les astringens du traitement de la gastrorrhagie, dès qu'on peut soupçonner qu'elle tient à l'inflammation ou à une lésion organique. Ils sont indiqués dans tous les autres cas.)

OBSERVATIONS SUR LE VACCIN, ET RÈGLES A SUIVRE POUR PRÉVENIR LA VARIOLE; par M. CENTOMO.

L'auteur a observé une épidémie de variole, et cette circonstance vient donner un nouveau poids à ses raisons en faveur de la revaccination; car, bien qu'il ait négligé de présenter le chiffre exact des résultats qu'il a obtenus, on ne peut néanmoins s'empêcher de reconnaître qu'il a nécessairement dû s'inspirer des souvenirs de sa pratique; et c'est là pour ses argumens une base bien autrement solide que des considérations purement spéculatives.

Envoyé en mars 1840 dans les communes de Bressanvido et de Sandrigo, pour étudier l'épidémie qui y sévissait alors, M. Centomo crut n'avoir pas de meilleur moyen à lui opposer qu'une revaccination générale. Les habitans se prêtèrent pour la plupart avec empressement à l'exécution de ce projet, de manière que, dans l'espace de vingt-un jours, il eut revacciné, à Bressanvido, 722 adultes, c'est-à-dire la moitié environ de la population, sans compter les vaccinations faites sur les enfans. A Sandrigo, le nombre des revaccinations fut de 625, ou un tiers à peu près de la population.

Les effets obtenus à la suite de cette opération peuvent être divisés en quatre classes, suivant leur plus ou moins d'intensité. Dans la première sont ceux qui furent tout à fait réfractaires à l'insertion du virus. La seconde comprend ceux où l'action de la vaccine fut très légère, et consistant seulement en une irritation locale, suivie d'un petit furoncle, qui, vers le cinquième ou le septième jour, se terminait par une suppuration superficielle. A la troisième se rapportent les cas où la matière contagieuse produisit une impression plus forte; l'éruption locale avait alors tous les caractères du bouton vaccinal, si ce n'est qu'elle était plus lente dans son développement, plus petite, et plus irrégulière dans sa période de décroissance. Enfin, la quatrième classe se compose des cas où la vaccine suivit sa marche normale, et où la propriété de la matière purulente sécrétée chez les individus revaccinés fut constatée par sa faculté de reproduire les mêmes phénomènes chez d'autres sujets. La plus grande partie des revaccinations peuvent être rapportées à la première classe, et un petit nombre seulement à la dernière. Faisons remarquer en passant que ce résultat est entièrement conforme à celui qu'exprimait cette année la septième conclusion du rapport annuel de l'Académie de médecine. (V. GAZ. MÉD., 1841, n. 20.)

M. Centomo a pu remarquer que, parmi les sujets soumis par lui à la revaccination, la pustule régulière a apparu d'autant plus souvent qu'ils étaient plus éloignés de l'époque de leur première vaccination; et ceux qui n'ont eu qu'une fausse vaccine par suite de la revaccination n'en ont pas moins été à l'abri de la variole. Il résulte encore de ses observations que la vaccination garantit d'une manière temporaire de la variole, quoiqu'elle ne provoque pas la manifestation de symptômes généraux, mais il ne met pas en doute que son pouvoir préservatif ne fût beaucoup plus grand si elle s'accompagnait d'une réaction de l'organisme. Quatre individus qui avaient eu la variole peu de temps auparavant ont pu être vaccinés avec succès.

On a dit et répété que la vertu préservatrice du vaccin est égale et même supérieure à celle de la variole. M. Centomo établit au contraire que la vaccination n'empêche pas la variole, à moins que l'éruption arti-

ficile ne soit déjà parvenue à une période avancée, au moment où l'individu est soumis à l'influence du contagium variolique, mais que la variole annihile l'effet de la vaccination, alors même qu'on l'a pratiquée sur un varioleux avant que cette maladie soit arrivée chez lui à la période d'éruption. Cette proposition, dont la première partie confirme tout à fait les observations que M. Bousquet a citées dans la discussion de l'Académie (V. GAZ. MÉD., 1841, p. 335), est entièrement opposée à celle qui est contenue dans la troisième conclusion du rapport de M. Gauthier de Claubry (Voy. loc. cit.), et qui est ainsi conçue : « que l'affection variolique datât de peu de jours, ou qu'elle fût déjà arrivée à une période avancée de son évolution, elle a constamment subi de la vaccine une modification favorable. » A l'appui de cette manière de voir, M. Ceutomo rapporte le fait suivant.

OBS. — Un habitant de Bressauvido, âgé de 35 ans, et qui avait été vacciné avec succès dès sa première année, favorisait de tout son pouvoir l'opération de la revaccination parmi ses compatriotes. Mais dans son zèle pour leurs intérêts, il oublia le soin de sa propre santé, et attendait toujours pour se faire revacciner lui-même que tous les autres l'eussent été. Bientôt il fut pris de prostration des forces, d'une fièvre violente avec céphalalgie intense, douleur lombaire, anorexie, vomissemens, soif inextinguible. Entre le troisième et le quatrième jour de l'invasion variolique, M. Centomo le vaccina avec du virus éprouvé, et en faisant cinq piqûres à chaque bras. Mais cette opération ne produisit aucun résultat, puisque le jour suivant l'éruption de la variole naturelle apparut. Elle fut confluente, et le vingt-huitième jour il était en convalescence.

L'infériorité du virus vaccin sur le virus variolique, au point de vue de la propriété prophylactique, est donc un fait hors de doute aux yeux de M. Ceutomo. Il se l'explique en considérant 1° que le vaccin a besoin d'une solution de continuité pour s'introduire dans l'économie; 2° qu'il ne s'accompagne que rarement de phénomènes généraux; 3° que, pour acquérir la faculté de préserver de la variole, le vaccin a besoin d'être préalablement élaboré par la peau; 4° que le virus vaccin ne paraît pas se répandre dans toutes les parties du corps, puisque Luigi Sacco a inoculé sans succès du sang qui n'avait été cependant pris qu'à quelques lignes de distance d'une petite pustule vaccinale en plein développement; 5° que la vaccination ne fait naître aucune crise dans l'organisme humain; 6° que la vaccination ne garantit de la variole qu'après l'évolution complète de la pustule et l'absorption de son pus, tandis que la variole empêche dès son début l'action préservatrice du vaccin, comme nous l'avons vu par l'observation ci-dessus Toutes ces circonstances sont précisément l'opposé de celles que présente le virus variolique dans son mode d'introduction, dans ses suites primitives, ses effets secondaires sur l'économie et son influence prophylactique. D'où l'auteur conclut à l'infériorité marquée du virus vaccin, soit qu'elle provienne des transmissions trop nombreuses qu'il a subies depuis son origine, soit qu'elle tienne à ce que son action préventive ne dure qu'un certain temps.

Quelle que soit celle de ces deux causes à laquelle on doit rapporter le fait, et dans l'impossibilité de décider aujourd'hui cette question préjudicielle, M. Ceutomo propose comme moyen capable de neutraliser les conséquences de cette insuffisance de protection : 1° de renouveler le virus vaccin le plus souvent possible en se servant des produits de l'éruption que présentent les vaches; 2° de soumettre, tous les cinq ans au moins, à la revaccination, tout individu qui n'aura pas atteint l'âge de 50 ans; car jusqu'à cette époque on est plus prédisposé à contracter la variole.

OBSERVATIONS CLINIQUES; HOQUET CHRONIQUE REPARAISSANT A INTERVALLES IRRÉGULIERS; par M. CLOCHE.

OBS. — Un soldat de 34 ans, robuste et bien constitué, fut affecté, en 1834, d'une pneumonie. En décembre 1839, il ressentit tout à coup, sans cause connue, une douleur aiguë et lancinante à la gorge, mais il ne fit usage d'aucun remède. Comme cependant elle augmentait et s'accompagnait d'un hoquet très incommode, et qui durait tantôt une heure, tantôt deux, il fut obligé de recourir aux secours de l'art. Un purgatif, une saignée et la diète l'en débarrassèrent pendant quatre mois. Mais à la suite d'une fièvre tierce, le hoquet reparut plus violent et persista après que la fièvre eut été coupée par le sulfate de quinine. Il resta dans cet état durant huit mois, et quand il entra à l'hôpital de Trente, il présentait de l'amaigrissement, de la pâleur et une faiblesse générale assez marquée. Il éprouvait une sensation de pesanteur dans toute la région latérale gauche de la poitrine, et de la douleur le long du rebord des fausses côtes; le moindre mouvement et la pression exaspéraient ses souffrances, et la respiration était gênée. Son hoquet était tantôt sans bruit, tantôt sonore; toutes les fois qu'il se prolongeait quelque temps, le malade rendait une salive blanche et spumeuse.

La maladie ayant été d'abord jugée une *diaphragmatite*, on pratiqua une saignée et une application de 40 sangsues sur le point douloureux. La sensibilité du thorax devint moindre; mais le hoquet persévera. La limonade avec l'acide sulfurique recommandée par l'expérience de Borda, de Buchan et de Gola, fut essayée sans plus de succès. On en vint enfin à administrer le sulfate de quinine à la dose d'un scrupule divisé en dix parties dont une fut donnée toutes les deux heures. Le hoquet ne reparut plus. Le cinquième jour cependant il se fit sentir, mais beaucoup moins fort qu'auparavant. L'administration du quinquina fut reprise, et la maladie paraissait guérie depuis environ quinze jours quand il sortit de l'hôpital.

TROISIÈME DENTITION ET MÉRYCISME CHEZ UNE FEMME DÉCRÉPITE; par M. PODRECCA.

L'auteur qui a déjà rapporté un cas de dentition extraordinaire chez une femme de 80 ans, cite aujourd'hui un nouvel exemple de cette singulière anomalie. Une femme, âgée de 93 ans et demi, avait eu toutes ses dents bien développées; jamais elle n'avait éprouvé de maladie dentaire et ne s'était pas même livrée à de simples soins de propreté de la bouche, lorsque à 45 ans elle commença à perdre quelques dents, et peu à peu, soit par carie de leur tissu propre, soit par destruction de l'émail, elles tombèrent toutes en un temps très court, de sorte que jusqu'à l'âge de 93 ans elle ne pouvait triturer qu'imparfaitement ses alimens, ce qui était devenu chez elle la cause de régurgitations habituelles, d'une véritable rumination.

Dans les premiers jours de 1839, elle ressentit un léger prurit aux gencives qui devinrent légèrement enflammées; un flux de salive plus abondant qu'à l'ordinaire eut lieu, ainsi qu'une diarrhée fort incommode; en même temps que ces signes d'inflammation gastro-intestinale se manifestaient, il parut à la mâchoire inférieure six dents, savoir : les quatre incisives et les deux canines qui arrivèrent progressivement jusqu'à leur entier développement. Un fluide gélatineux remplissait les alvéoles voisines, et quelques-unes de celles de la mâchoire supérieure, et il est probable que si elle n'avait succombé à une attaque d'apoplexie, d'autres dents seraient encore sorties.

Il y a trop de cas analogues à celui-ci dans les archives de la science pour qu'on puisse en contester la réalité, et pour qu'il soit même besoin de rappeler les observations semblables. Celui-ci est seulement remarquable sous le rapport de l'âge fort avancé auquel a eu lieu la troisième évolution dentaire. Comme l'a fort bien dit M. le professeur Blaudin (DES DENTS, thèse de concours, p. 136), le nombre des dentitions ayant été calculé par la nature d'après la durée ordinaire de la vie, il n'est pas étonnant que lorsqu'elle se prolonge au-delà du terme habituel, une dentition supplémentaire ait lieu. Aussi est-ce toujours sur des vieillards qu'elle s'observe : 70 ans, 80 ans, 84 ans, 93 ans, tels sont les âges auxquels Joubert, Sennert, Haller, Dufay et M. Podrecca ont pu constater ce phénomène. Les exemples cités par Garmaun et Dethardiug se rapportent également à des individus plus que nonagénaires. Cette circonstance qui paraît extraordinaire aux observateurs vulgaires, en ce qu'elle semble restreindre à la vieillesse la plus décrépite le privilége d'une fonction qui est un des attributs du jeune âge, cette circonstance, dis-je, n'a rien que de naturel au contraire, et s'explique fort aisément quand on réfléchit à ce que nous venons dire sur les causes de cette dentition tardive.

VI. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les cahiers de septembre, octobre et novembre 1841 contiennent les mémoires suivans : 1° *Influence de l'âme considérée comme principe vital dans le corps humain*; par M. Ottoni. 2° *Dans le traitement de la folie, les soins moraux et le régime sanitaire méritent-ils une préférence exclusive sur le traitement physique ou pharmaceutique et chirurgical?* par M. Ferrarese. (L'auteur conclut à la négative, et fait ressortir à l'appui de son opinion les difficultés immenses du traitement moral. D'ailleurs, dit-il, on trouve ordinairement des lésions appréciables dans le cerveau des aliénés, et si l'on allègue que la folie est souvent produite par des causes morales, il n'en est pas moins vrai que ces causes n'agissent qu'en imprimant une modification physique à l'organe de la pensée.) 3° *Sur la formation primordiale des viscères abdominaux*; par M. Rivelli. 4° *Extrait des procès verbaux du congrès scientifique tenu à Florence* : Extirpation de l'utérus au moment de l'accouchement. Sur la structure de la membrane interne des vaisseaux sanguins. 5° *Emploi de la pommade de belladone dans un accouchement laborieux; efficacité de la créosote contre la gangrène; frictions avec l'onguent mercuriel double dans un cas de rhumatisme chronique; sur l'usage de l'eau salée artificielle*; par M. Gamberini. (Observations ne présentant pas un grand intérêt.) 6° *Section des muscles génio-glosses chez un homme affecté d'un bégaiement très prononcé*; par M. Sante-Silani.

EXTIRPATION DE L'UTÉRUS AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT; par M. ROSSI.

Nous extrayons du compte-rendu du congrès de Florence ce fait, qui offre de l'intérêt, non qu'il soit unique ni même rare dans les annales de la science, mais parce qu'on a pu constater ici que c'est bien la matrice qui a été réellement enlevée.

OBS. — Une dame de faible constitution accoucha heureusement; et le placenta sortit aussi sans difficulté. La sage-femme, ayant porté la main dans l'utérus, sentit une tumeur, qu'elle prit pour un second enfant; elle tira sur cette tumeur pour l'amener au-dehors, et le fit avec tant de force que l'utérus se sépara de ses attaches. La sage-femme acheva alors de l'isoler avec un couteau et l'attira ainsi hors du vagin. La malade fut néanmoins guérie au bout de 30 jours.

M. Rossi a présenté la pièce pathologique à la section de chirurgie du congrès.

Ce fait, avons-nous dit, n'est pas unique; d'autres exemples de succès ont été également observés par Bernard, Wrisberg, Anselin, etc., dans des circonstances semblables; mais on n'avait pas toujours été à même de reconnaître exactement la nature des parties enlevées. Mais en supposant même que les cas heureux d'ablation totale de l'utérus renversé fussent plus nombreux, ce ne serait pas une raison pour espérer le même résultat de l'extirpation de la matrice cancéreuse, lorsqu'elle est en place. C'est ce qui a été bien spécifié dans la discussion qui a suivi la présentation de M. Rossi, et MM. Regnoli et Zannetti ont montré que, dans le cas de cancer, la difficulté de l'opération, les dangers auxquels elle expose les organes voisins, l'imminence d'une récidive, tout jusqu'aux résultats funestes des opérations pratiquées jusqu'ici doit empêcher le chirurgien d'y avoir recours, tant que l'utérus n'est pas en état de prolapsus, ou renversé, comme il l'était vraisemblablement dans le cas rapporté par M. Rossi.

SUR LA STRUCTURE DE LA MEMBRANE INTERNE DES VAISSEAUX SANGUINS.

Différens médecins ont traité ce sujet au congrès de Florence. Sans prendre à tâche de reproduire ici tous les argumens invoqués pour ou contre la vascularité de la tunique interne des vaisseaux sanguins, nous allons présenter seulement les plus importans.

La discussion a été ouverte par M. Rossi, partisan déclaré de la vascularité. Les caractères physiques de la membrane interne et de l'épiderme lui paraissent identiques : même diaphanéité, même couleur (une fois le lavage de la membrane des vaisseaux opérés), même facilité à être détachée, même aspect au microscope, mêmes résultats par la macération. Souvent on trouve dans les artères cette tunique interne rouge, mais ce ne peut être qu'un effet d'imbibition, puisque cette couleur existe, lors même que les autres tuniques sont saines, et qu'elle cède d'ailleurs à l'immersion et à l'agitation dans l'eau. Ayant essayé d'y produire de l'inflammation au moyen d'agens physiques ou chimiques, M. Rossi n'a jamais pu y parvenir. Dans beaucoup d'altérations des artères, la membrane interne se soulève absolument comme l'épiderme dans l'érysipèle, et les solutions de continuité qu'on observe sur les parois artérielles ne sont le plus souvent que le résultat de sa destruction. Lorsqu'on lie une artère, l'adhésion entre ses parois ne peut avoir lieu si la tunique interne n'a pas été divisée, et c'est de la même manière que deux surfaces du corps ne s'agglutinent jamais entre elles, tant que l'épiderme reste intact. Bien qu'il ne croie pas à la vascularité de cette membrane, M. Rossi admet cependant qu'on puisse y observer les mêmes affections que dans le tissu épidermique.

M. Betti ne partage pas tout à fait l'opinion de M. Rossi. A l'autopsie d'un enfant mort de blessure par arme à feu, il a trouvé un grain de plomb logé entre les tuniques internes d'un vaisseau de grand calibre. Ce corps étranger était entouré d'un réseau vasculaire, constitué par des vaisseaux excessivement fins, qui serpentaient dans l'épaisseur des membranes, et l'on ne put découvrir aucune tunique qui n'offrît pas de traces de vascularité. M. Betti invoque encore les cas de polypes formés dans les gros vaisseaux, et qui adhèrent à la surface interne de ceux-ci.

M. Rossi a répondu à quelques-unes de ces assertions, en faisant observer que les vésicules qu'on rencontre parfois à la surface de l'artère ne constituent pas une affection de la membrane interne, mais résultent seulement d'une maladie du tissu cellulaire sous-jacent. Il aurait aussi désiré plus de détails dans la relation de l'autopsie faite par M. Betti, et il est persuadé que, si ce médecin avait essayé de saisir avec une pince la surface de la membrane qui lui a semblé vasculaire, il aurait réussi à en détacher par traction un lambeau tout-à-fait inorganique.

M. Panizza, prié par le congrès de donner son avis sur cette question, dit qu'il n'a jamais trouvé de vascularité sur la partie de la membrane interne qui correspond à l'intérieur du vaisseau, et qu'en effet une couche inorganique était nécessaire dans ce point pour préserver de toute lésion, de tout contact irritant, les parois des vaisseaux sanguins. Suivant lui, la tunique interne peut être décomposée en deux couches, l'une extérieure, vasculaire, l'autre placée tout à fait en dedans, qui ne l'est pas, ou qui du moins ne jouit que d'une organisation élémentaire, et n'est, par conséquent, susceptible que de maladies tout à fait particulières.

SECTION DES MUSCLES GÉNIO-GLOSSES CHEZ UN HOMME AFFECTÉ D'UN BÉGAIEMENT TRÈS PRONONCÉ; par M. SANTE-SILLANI.

Les moyens employés contre le bégaiement se ressentent encore de l'imperfection de nos connaissances théoriques sur sa cause première. Si l'empirisme a multiplié les essais les plus infructueux et les plus bizarres, si l'on s'est adressé successivement aux muscles, aux glandes, aux nerfs, pour avoir raison de cette infirmité, c'est parce que les suggestions du raisonnement étaient ici tout à fait insuffisantes. De tant d'opérations pratiquées au hasard, il est pourtant ressorti une conséquence que M. J. Guérin avait dès longtemps posée en principe, à savoir que le bégaiement peut dépendre d'influences variées et complexes, quoique de même nature au fond, parmi lesquelles la rétraction des génio-glosses ne figure que dans une certaine proportion, comme dans le pied-bot ou toute autre déviation, la rétraction de chaque muscle peut avoir sa part dans la production de la difformité, et les différens modes et les différens degrés de la rétraction faire varier ses caractères et son traitement. Il est donc reconnu aujourd'hui que les génio-glosses ne constituent qu'un des agens par lesquels le bégaiement peut être produit, et on se tromperait autant en voulant tout réduire à l'action de cette cause qu'en la révoquant en doute. Il est un autre moyen d'en prouver la réalité, et cette considération a une grande valeur pour tous ceux qui ont réfléchi à la pathogénie des difformités. C'est l'existence antérieure d'affections convulsives chez les personnes qui bégaient, et la coïncidence chez elles de rétractions d'autres muscles, nées, comme le bégaiement, d'une cause primitive identique dont elles révèlent de la manière la plus évidente et la présence et le mode d'action. L'observation suivante est un bel exemple de ces coïncidences.

OBS. — Pasquale Creapopolo, âgé de 57 ans, fut pris, dix jours après sa naissance, d'un si violent accès d'épilepsie qu'on le crut mort. Un mouvement qu'il fit par hasard empêcha seul qu'il ne fût enseveli. A partir de ce moment, on s'aperçut que son système sensitif avait reçu une grave secousse, et il fut affecté de strabisme, d'une difficulté excessive dans l'articulation des sons, de déviation de la bouche, de spasme de la langue et des muscles sus-hyoïdiens. Sa langue était grosse, courte, déviée à droite, et il ne pouvait en élever la pointe de manière à lui faire toucher la voûte palatine. Il ne pouvait prononcer que très difficilement, et l'obstacle redoublait surtout pour l'articulation des consonnes *l* et *n*. Ainsi, pour dire *limoni*, il faisait entendre *imo*, ou *imoghi*. Sans espérer un succès complet, M. Sante-Sillani se décida cependant à essayer la section des muscles génio-glosses. Dès le troisième jour, la parole fut trouvée plus nette, et l'amélioration alla en augmentant, de manière qu'à sa sortie de l'hôpital il pouvait parler sans qu'on retrouvât presque aucune trace de son ancienne incommodité. Deux mois et demi après, le même état persistait. Le strabisme et la déviation de la bouche ont aussi diminué, ce qui tient sans doute à ce que le spasme des muscles de la langue, qui redoublait lorsqu'il voulait parler, provoquait aussi dans le même moment la contraction synergique des muscles moteurs de l'œil et de la commissure buccale. On conçoit donc que la cessation du bégaiement ait pu exercer une influence heureuse sur les autres difformités provenant de la rétraction musculaire.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE.

IRRITABILITÉ MUSCULAIRE.

M. LONGET lit un mémoire intitulé: RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES CONDITIONS NÉCESSAIRES A L'ENTRETIEN ET A LA MANIFESTATION DE L'IRRITABILITÉ MUSCULAIRE, AVEC APPLICATIONS A LA PATHOLOGIE.

M. Longet avait déjà établi dans de précédentes communications : 1° qu'un nerf moteur, séparé de l'axe cérébro-spinal, perd, *dès le quatrième jour*, sa propriété de faire contracter, quand on l'irrite, les muscles volontaires (v. G. MÉD., 1841, n. 22); 2° que la fibre musculaire conserve beaucoup plus longtemps, *jusqu'à la septième semaine*, sa propriété de se contracter sous l'influence

d'une stimulation directe (v. G. Méd., 1841, n. 31). Il se propose aujourd'hui de chercher à déterminer les conditions qui augmentent ou diminuent l'espace de temps pendant lequel cette irritabilité persiste dans les fibres du muscles.

M. Longet a d'abord remarqué que la section d'un nerf supprime d'autant plus promptement l'irritabilité musculaire que ce nerf est de sa nature plus spécialement affecté à la sensibilité. Ainsi, résèque-t-on le nerf facial (nerf éminemment et exclusivement moteur)? Les muscles de la face conservent encore toute leur irritabilité au bout de douze semaines. Excise-t-on, au contraire, le sciatique (nerf mixte de sentiment et de mouvement) l'irritabilité est perdue dès la septième semaine. Enfin, M. Longet a voulu voir quel effet produirait la section d'un nerf de sentiment. Pour cela, il a d'abord excisé du nerf sous-orbitaire une longueur assez grande pour empêcher tout contact ultérieur des deux bouts; puis il a réséqué le buccal au-devant du masséter et l'anastomose, au-devant de l'oreille, du nerf auriculo-temporal avec la branche moyenne de la septième paire. Ayant ainsi supprimé l'action de tous les filets de la cinquième paire qui pénètrent les muscles des narines et de la lèvre supérieure, il a constaté que, six semaines après l'opération, ceux-ci étaient encore irritables, mais à un degré beaucoup moins marqué que ceux du côté sain.

L'influence des nerfs de sentiment sur l'irritabilité des muscles est donc incontestable; mais comment l'expliquer? On sait que la force nerveuse est nécessaire pour la nutrition des muscles, comme pour celle de tous les autres tissus. Or, cette force qui préside aux phénomènes intimes de l'assimilation s'exerce par l'intermédiaire de fibres nerveuses grises ou organiques. Si, d'un autre côté, comme tout semble le démontrer, ces fibres grises s'allient surtout aux nerfs de sensibilité, il est évident qu'en coupant un nerf de sensibilité, on supprimera l'action des fibres grises qui lui sont accolées : on déterminera donc, dans le tissu musculaire, une lésion de nutrition dont les effets se prononcent peu à peu, s'annoncent par la décoloration de la fibre charnue, qui, avec le temps, perdant ses caractères organiques, finit par perdre aussi sa propriété essentielle, l'irritabilité. Si donc la section d'un nerf du sentiment abolit plus promptement l'irritabilité d'un muscle, cela revient à dire que ce muscle ne peut rester irritable qu'à la condition de conserver ses moyens de nutrition, en d'autres termes, qu'à la condition d'être vivant ; ce qui ne doit ni surprendre, ni empêcher de voir dans l'irritabilité une force inhérente à la fibre musculaire, et distincte de l'influence nerveuse.

Cette influence de l'état plus ou moins parfait de nutrition des muscles sur la durée de leur irritabilité a été constatée directement par M. Longet. Répétant les expériences de Haller, Sténon, M. Ségalas, etc., il a reconnu que, sur des chiens auxquels il avait lié l'aorte abdominale, les membres postérieurs ont été complètement paralysés du mouvement volontaire, *au bout d'un quart d'heure*, tandis que l'irritabilité a persisté *deux heures un quart* (durée moyenne) dans les muscles de la jambe. Il a choisi les muscles de la jambe, parce qu'ils ne recevaient plus de sang. Dans ces expériences, si on galvanisait le nerf sciatique, jamais il ne se manifestait dans la fibre musculaire le plus léger frémissement, ce qui prouve que l'irritabilité des muscles est indépendante de la force nerveuse motrice. Ces résultats prouvent aussi que le sang artériel est indispensable à l'entretien de l'irritabilité musculaire, mais seulement comme moyen d'assurer la nutrition du muscle.

Des chiens auxquels on avait lié la veine-cave inférieure, et qui ont survécu vingt-six heures, ont conservé, jusqu'à la mort, les muscles des extrémités postérieures presque aussi irritables que ceux des autres parties du corps.

Voici les conclusions de ce qui précède :

1° Puisque longtemps après l'extinction de toute force nerveuse motrice, la fibre charnue manifeste encore son irritabilité, sous une influence même purement mécanique, la décharge d'un agent impondérable partant des nerfs du mouvement n'est donc point nécessaire à la manifestation de cette propriété, et le stimulus transmis par les nerfs de cette classe aux organes musculaires n'est donc qu'une des causes nombreuses excitatrices de leur irritabilité.

2° Il n'est pas besoin, comme on l'a avancé, qu'une excitation immédiate des muscles, propre à les faire contracter, agisse d'abord sur les nerfs, et la contraction n'est point la conséquence de cette action primitive.

3° Parce que l'irritabilité musculaire persiste sans le concours des nerfs moteurs, ce n'est pas à dire qu'une réaction nerveuse d'un autre ordre ne soit point nécessaire à son entretien ; le mode d'influence des nerfs sensitifs (ou peut-être des nerfs organiques) sur la conservation de l'irritabilité a été démontré ci-dessus.

4° Si, parmi les pathologistes, les uns avancent que l'irritabilité persiste dans les muscles paralysés du mouvement volontaire, tandis que les autres soutiennent l'opinion opposée, en prouvant que l'irritabilité, assez promptement déterminée, pu abolie par la section des muscles sensitifs, se conserve malgré celle des nerfs moteurs, les expériences citées plus haut montrent que ces contradictions tiennent : 1° aux différentes époques auxquelles on a directement agi sur la fibre musculaire paralysée, pour constater son irritabilité; 2° à ce qu'on n'a pas distingué les cas où le mouvement volontaire seul était supprimé de ceux où le mouvement et la sensibilité étaient à la fois anéantis.

Conclusion générale. — L'irritabilité est une force inhérente *aux muscles vivans*. Si, quoiqu'assurément indépendante des nerfs moteurs, l'irritabilité musculaire réclame pour son entretien le concours d'un autre ordre de nerfs (*sensitifs ou organiques*) et celui du sang artériel, il résulte de ce qui précède que ces deux conditions sont nécessaires, non pour donner ou communiquer aux muscles la force ou la propriété dont il s'agit, *mais seulement pour y entretenir la nutrition, sans laquelle toute propriété vitale disparaît dans un organe quelconque.*

(Commissaires : MM. Flourens, Isidore Geoffroy St-Hilaire et Breschet.)

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE.

M. Milne Edwards est nommé au scrutin candidat à la place de professeur d'entomologie, au jardin des Plantes, vacante par la mort de M. Audouin.

Sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

APOPLEXIE DES NOUVEAU-NÉS.

M. Larrey fait, au nom de M. Breschet et au sien, un rapport sur le mémoire de M. Baudelocque, relatif à cette question. (Voy. Gaz. Méd., 1841, n° 39.) L'auteur propose de ne pas couper le cordon immédiatement lorsque l'enfant présente des signes d'apoplexie. Nous regrettons, dit M. le rapporteur, que M. Baudelocque n'ait pas suffisamment distingué l'anémie de l'apoplexie; car le traitement de ces deux affections est tout différent. Quoique les moyens qu'il conseille méritent l'approbation des praticiens, son travail ne contenant rien qui ne fût déjà connu, nous proposons de le renvoyer aux archives. (Adopté.)

DE L'APPAREIL ÉLASTIQUE VERTÉBRAL.

M. Deschamps lit une note sur la formation et les propriétés de l'appareil élastique vertebral. (Voir ci-dessus.)

(Commissaires : MM. de Blainville, Isidore Geoffroy St-Hilaire et Flourens.)

M. Boudin écrit à l'Académie une lettre sur les effets du séjour à Alger sur les soldats de notre armée. (Voy. Compte-rendu de l'Acad. de méd.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SEANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 11 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

La séance est ouverte à une heure.

M. Dubois (d'Amiens) lit un fragment d'un travail inédit sur la personne et les écrits de Galien.

M. Gérardin proclame dans l'ordre suivant les prix du concours de 1841 :

1° Prix de l'Académie : « 1° Déterminer, particulièrement par des nécropsies, si la phthisie tuberculeuse a été quelquefois guérie ; 2° en cas d'affirmative, assigner les conditions probables à la faveur desquelles la guérison s'est opérée ; 3° rechercher jusqu'à quel point l'art pourrait, dans certaines circonstances, faire naître des conditions analogues pour s'élever aux mêmes résultats. » Ce prix est de 2,000 fr.

Le prix n'a pas été décerné. L'Académie a accordé 500 fr. à titre d'encouragement au n° 2. Les auteurs sont MM. les docteurs Raciborski et Henroz.

2° Prix Portal. « Décrire les différentes espèces de ramollissement des centres nerveux (cerveau, cervelet, moelle épinière); en exposer les causes, les signes et le traitement. » Ce prix était de 1,200 fr.

Le prix n'a pas été décerné; un encouragement de 600 fr. a été accordé par l'Académie au mémoire n° 2, dont l'auteur est M. le docteur Durand-Fardel.

3° Prix Civrieux. « De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir. » Ce prix était de 2,000 fr.

Le prix n'a pas été décerné ; le n° 1, dont l'auteur est M. Gaussail, médecin à Toulouse, et le n° 3, dont l'auteur est M. le docteur Lubansky, ont reçu de l'Académie chacun un encouragement de 300 fr. Le n° 6 a obtenu une mention honorable.

M. Gauthier de Claubry proclame les prix de vaccine.

L'Académie, sur le rapport de sa commission de vaccine a proposé, et M. le ministre de l'agriculture a ordonné la distribution suivante des prix de vaccine pour l'année 1839 :

Le prix, de la valeur de 1500 fr., a été partagé entre MM. Belloz, médecin à Besançon (Doubs); Litschgi, médecin à Molsheim (Bas-Rhin); Nichet, médecin à Lyon (Rhône).

Quatre médailles en or ont été décernées à MM. Chabrol, officier de santé à Lapérusc (Charente) ; Gibert, officier de santé à Mur-de-Barres (Aveyron); Hellis, médecin à Rouen (Seine-Inférieure) ; Nier, médecin à Privas (Ardèche).

Cent médailles d'argent ont été accordées aux vaccinateurs qui se sont distingués par plus de zèle ou par un nombre plus considérable de vaccinations.

Il a été pratiqué, en 1839, 528,268 vaccinations, 45,417 de plus que l'année précédente.

D'un autre côté, il y a eu 14,917 cas de variole, dont 1495 ont été suivis de la mort des sujets. Il n'y en avait eu, en 1838, que 9411 cas.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1843 ET 1844.

Prix de l'Académie. — Rechercher quelles sont les causes de l'angine laryngée œdémateuse (œdème de la glotte); en faire connaître la marche, les symptômes successifs et le diagnostic différentiel; discuter, dans le traitement de cette maladie, les avantages et les inconvéniens de l'opération de la trachéotomie.

Ce prix est de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Du mode de formation et de développement des productions accidentelles dans l'économie animale.

Ce prix est de 1,200 fr.

PRIX FONDÉ PAR MADAME MARIE-ELISABETH BERNARD DE CIVRIEUX, ÉPOUSE DE M. MICHEL JEUNE. — Madame Bernard de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur « du meilleur ouvrage sur le traitement et *la guérison* des maladies provenant de la sur-excitation nerveuse », l'Académie propose pour sujet de prix : « De l'influence de l'hérédité sur la production de la sur-excitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir. »

Ce prix est de 2,500 fr.

(Cette question, déjà proposée pour 1841, est remise au concours.)

Les mémoires, dans les formes usitées, doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1843.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Extrait du testament :* « Je lègue à l'Académie royale de médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 p. 100, pour fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée ;* et pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 mars 1840, sera décerné en 1843.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS LEBASCLE D'ARGENTEUIL. — *Extrait du testament :* « Je lègue à l'Académie de medecine de Paris la somme de 30,000 fr. pour être placée avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur l'état, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans le cas seulement, où pendant une période de six ans cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1838, sera décerné en 1844 ; sa valeur sera de 8,238 fr., plus des intérêts successifs des revenus annuels cumulés pendant ces six années.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrens aux prix fondés par MM. Itard et Lebascle d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

M. PARISET, secrétaire perpétuel, lit l'éloge de M. Huzard.

La séance est levée à trois heures.

PRIX PROPOSÉS POUR 1842.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — « Rechercher les cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples, et comparer ces cas sous leurs differens rapports. »

Ce prix est de 1,500 fr.

PRIX PORTAL. — « Tracer une histoire raisonnée des travaux dont le système lymphatique, considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique, a été le sujet, depuis Morgagni jusqu'à nos jours. »

Ce prix est de 1,000 fr.

PRIX CIVRIEUX. — « L'histoire physiologique et pathologique de l'hypochondrie. »

Ce prix est de 1,500 fr.

Ces prix seront décernés dans la séance publique annuelle de 1842 ; et les mémoires adressés avant le 1er mars de la même année.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance officielle comprend une lettre ministérielle avec envoi du rapport fait par M. le docteur Bastien sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans le département de la Moselle ;

Un autre rapport sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans le département de la Haute-Saône.

INFLUENCE DU SÉJOUR EN AFRIQUE, COMME MOYEN PRÉVENTIF CONTRE DIVERSES MALADIES.

M. BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille, dit avoir reconnu par des observations nombreuses que ceux de nos soldats qui ont séjourné quelque temps à Alger sont exempts de la fièvre typhoïde et des maladies de poitrine. Ainsi le 17e régiment n'a pas présenté un seul cas de ces affections, tandis que sur un nombre égal d'autres soldats il y en a eu beaucoup qui en ont été atteints.

M. CHERVIN : Ce fait est très remarquable ; il n'est d'ailleurs pas sans analogues ; et il vient parfaitement à l'appui de ce qu'on observe dans les régions intertropicales où les fièvres typhoïdes sont à peu près entièrement inconnues. Est-ce à la chaleur ou aux émanations marécageuses qu'il faut attribuer cette immunité ? La question est assez intéressante, ce me semble, pour qu'on renvoie la communication de M. Boudin à une commission.

Cette proposition n'est pas appuyée.

M. POISEUILLE envoie une suite d'observations relatives à l'action du froid sur l'économie animale. (Renvoyé à la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Guérbard.)

NOUVEAU MOYEN DE RECONNAITRE LES TACHES ARSÉNICALES.

M. CHEVALLIER écrit à l'Académie qu'ayant entendu parler d'un nouveau moyen propre à distinguer les taches arsénicales de celles qui sont formées d'antimoine, il a voulu déterminer par des expériences s'il était exact. Ce caractère distinctif, découvert par M. le professeur Bischolf, est fondé sur la propriété que possède le chlorite de soude (liqueur de Labarraque), de dissoudre l'arsenic et de n'exercer, au contraire, aucune action sur l'antimoine. Dans les expériences qu'il a faites de concert avec M. Labarraque, M. Chevallier a en effet trouvé que les taches arsénicales disparaissaient par l'addition du chlorite de soude, tandis que les taches d'antimoine ne changeaient pas de couleur.

INJECTION DE NITRATE D'ARGENT POUR UNE ASCITE.

M. DANIEL demande que lecture soit faite d'un paquet cacheté qu'il a déposé sur le bureau il y a trois ans. En voici le contenu :

Le 1er juin 1836, une femme affectée depuis quatre ans d'hydropisie ascite vint me consulter. Aprés avoir pratiqué la ponction, j'appliquai le cautère actuel sur plusieurs points de la paroi abdominale ; mais l'épanchement se forma de nouveau. Je fis alors la ponction ; puis je pratiquai, dans la cavité abdominale, une injection avec une solution de nitrate d'argent cristallisé, et l'hydropisie ne se reproduisit pas. (Marques générales d'étonnement et de désapprobation.)

M. VILLERMÉ : Il me semble bien étrange qu'on ait pu employer comme moyen curatif l'injection d'un liquide aussi irritant que la solution de nitrate d'argent. Pour moi, je regarderais celui qui serait condamné à souffrir une pareille opération, même en l'état de santé, comme un homme perdu.

DIAGNOSTIC DE L'INTRODUCTION DES CORPS ÉTRANGERS DANS LES VOIES AÉRIENNES.

M. BOULEY : Dans la dernière séance, M. Gerdy a dit qu'il doutait qu'on eût toujours constaté une toux convulsive au moment de l'introduction de corps étrangers dans les voies aériennes. Voici un fait dont j'ai été témoin et qui confirme son opinion :

En 1825, M. de Latour-Maubourg me fit appeler pour examiner un cheval qui, depuis quelque temps, maigrissait et avait des coliques. Un vétérinaire, ayant appris qu'il rendait des vers par l'anus, lui fit avaler 60 grammes d'huile empyreumatique dans une infusion amère. L'animal ne toussa pas après avoir pris ce remède, et il se passa environ un quart d'heure sans qu'on s'aperçût de rien. Mais bientôt il survint de l'oppression, de la toux, et le cheval rendit par les naseaux une matière ayant tout à fait la couleur et l'odeur de l'huile empyreumatique. Au bout de 48 heures, il avait succombé à une pneumonie des plus intenses. L'autopsie fit voir que les voies aériennes contenaient en effet encore de l'huile empyreumatique.

SUR LA VALEUR DES TRAVAUX DES MÉDECINS DE L'ANTIQUITÉ.

M. DOUBLE lit un travail ayant pour titre : RÉPONSE A M. LE DOCTEUR FR. DUBOIS (D'AMIENS) AU SUJET DE SA LECTURE SUR LA PERSONNE ET LES ÉCRITS DE GALIEN. Usant du bénéfice de la forme épistolaire qui, plus facilement que toute autre, permet l'éloge et le blâme, M. Double se livre à des réflexions critiques sur la manière dont M. Dubois a envisagé les œuvres des médecins de l'antiquité. Il s'attache surtout à analyser les travaux de Galien, et montre que sa doctrine était fondée tout entière sur le raisonnement, tandis que celle d'Hippocrate avait l'observation pour base. Arrivant ensuite à la vie morale de Galien, M. Double cherche à justifier ce medecin du reproche qu'on lui a fait d'avoir fui lors de la peste de Rome, et il établit que sa fuite en cette circonstance était peut-être due aux persécutions des envieux que lui attirait sa supériorité. A l'appui de cette interprétation M. Double invoque le témoignage de plusieurs historiens dont l'opinion est conforme à la sienne.

M. ROCHOUX : Bayle a dit que la doctrine d'Aristote n'était qu'un avorton. Gassendi, François Fabrice et Descartes ont porté sur elle le même jugement. Si donc cette doctrine est tombée, si personne aujourd'hui n'ose se dire ici péripatéticien, la doctrine de Galien doit partager cette défaveur ; car elle repose sur les mêmes principes et prête aux mêmes objections. Ce qui reste et restera toujours de Galien, ce ne seront donc pas ses vues générales, ce sont des choses d'application, des découvertes d'anatomie, des travaux de détail.

M. BOUILLAUD : Nous assistons ici à un tournoi qui a été déjà bien souvent ouvert, mais qui sans doute n'en intéresse pas moins vivement l'Académie ; c'est la lutte entre les anciens et les modernes. Pour moi, tout en rendant justice à Hippocrate et Galien, tout en payant à ces grands noms l'hommage sincère que mérite leur génie, je suis loin, je l'avoue, d'avoir pour la science de leur époque l'admiration exclusive que quelques-uns professent parmi nous. On a dit qu'Hippocrate a créé la science d'observation, ou plutôt la nécessité de l'observation en médecine ; mais autant vaudrait dire que quelqu'un a découvert le soleil ; ce sont là de ces choses qu'on n'invente pas ; ce sont de ces vérités immuables que tout le monde sent instinctivement dans tous les temps et dans tous les lieux. Qu'on me dise donc ce qu'il reste des travaux d'Hippocrate ? Comment veut-on qu'il ait fait des descriptions exactes de maladies, lui qui ne

connaissait ni l'anatomie, ni la physiologie. J'ajoute que la faute en est à son époque; j'ajoute que la mécanique, la physique, la chimie, toutes ces sciences si indispensables pour quiconque veut observer, étaient bien imparfaites alors en comparaison de ce qu'elles sont devenues aujourd'hui. Ainsi ces conditions d'observation lui ayant manqué, quelque beau, quelque divin qu'ait été son génie, il n'a pu laisser un ouvrage qui contribuât à faire progresser la science. Admirons donc les anciens, tenons leur compte de leurs efforts dans un siècle où les instrumens pour ainsi dire manquaient à l'intelligence; mais ne nous bornons pas à une oisive contemplation de leurs écrits. Tout marche avec le temps, et si, réformateurs eux-mêmes autrefois, ils ont pu alors révolutionner le monde et renverser les préjugés de leur époque, ils sont dépassés aujourd'hui, et le culte fanatique que leur vouent certains esprits rétrogrades ne peut qu'arrêter la marche de la science et entraver ses progrès.

M. Gerdy : Pour juger sainement Hippocrate, Aristote et Galien, je crois qu'il faut se reporter au caractère philosophique de l'antiquité. Or, il est certain que, jusqu'à l'époque de l'école d'Alexandrie, on ne rencontre pas dans les productions des écrivains cet amour du positif, qui, depuis, s'est emparé si vivement de toutes les intelligences; tout était hypothèse, imagination, raisonnement. A l'époque où Hippocrate parut dans la Grèce, il n'était pas permis de faire des autopsies; et cependant, quelques passages de ses livres montrent qu'il avait sur le corps humain des notions assez exactes. Peut-être les prêtres qui soignaient des malades dans les temples se livraient-ils en secret aux études d'anatomie, et faisaient-ils servir aux progrès des sciences naturelles le respect que l'on portait aux ministres du culte et aux lieux sacrés. Il est probable qu'Hippocrate a puisé à cette source les connaissances positives dont il fait preuve dans plus d'un endroit sur la structure des organes.

Il ne faut pas croire cependant que la culture de l'anatomie ait été, de son temps, poussée aussi loin que le prétendent quelques historiens. Ainsi, Pausanias dit qu'il a vu dans un temple un squelette qui avait été donné par le médecin Hippocrate. Mais remarquons que le mot grec σκελετον qui existe dans l'inscription signifie seulement *cadaver exsiccatum*, cadavre desséché, et non pas, assemblage des pièces osseuses du corps humain. Ce qui prouve que l'anatomie n'était pas vulgairement connue en Grèce, c'est que les statues de ce temps offrent des fautes grossières, et qui se retrouvent exactement sur toutes. Il y a, par exemple, sur tous les modèles de l'antiquité, une courbure particulière de la paroi abdominale, courbure qui offre sa convexité en haut; cette conformation est générale sur tous les torses; et cependant elle ne saurait exister, à moins que les côtes n'eussent deux pouces de longueur de moins qu'elles n'ont en réalité. Je pourrais encore vous citer le groupe de Laocoon, dans lequel l'artiste a donné à l'un des enfans une phalange de trop à un doigt de la main. Tout montre donc qu'ils ont adopté des formes conventionnelles, plus ou moins exactes, faute de connaître suffisamment le type normal. Aristote a avancé que le lion n'a qu'un os dans le cou, quoique tous les mammifères, à deux exceptions près, aient 7 vertèbres cervicales. Il dit aussi que le cœur n'a que 3 cavités. Il n'était donc pas plus instruit, en fait d'anatomie, que la plupart de ses contemporains. Et je dis ses contemporains, car c'est une chose remarquable que la tendance générale de tous les esprits à cette époque, et comme on aimait mieux inventer l'anatomie que d'examiner le corps humain. On voulait deviner la nature, et l'on ne songeait pas à l'étudier dans ses propres ouvrages. Ce n'est qu'à compter de l'école d'Alexandrie qu'a commencé la véritable ère des sciences positives. C'est là que les os et les muscles ont reçu leurs premières dénominations, que les artères et le système nerveux ont été disséqués, les cordons sensitifs et moteurs bien distingues d'avec les tendons, les vaisseaux lymphatiques reconnus. C'est dans l'exemple des savans de cette école que Galien a puisé ce zèle pour les recherches d'anatomie, cet amour du positif qui l'ont placé à la hauteur d'Aristote. Mais il y a toujours entre eux cette grande différence que l'un pressentait et l'autre observait; l'un voyait par les yeux de l'esprit, l'autre par ceux du corps. Observateur aussi sage qu'attentif, si Galien avait pu avoir des élèves, il n'est pas douteux que les sciences n'eussent fait de son temps même les progrès qu'elles ont accomplis de nos jours.

M. Gerdy développe, en terminant, cette pensée que les sciences exactes n'ont été cultivées avec fruit et n'ont produit des résultats positifs qu'à partir de l'époque de Galien.

M. Castel : La discussion a changé de face. Ce n'était dans le principe qu'un parallèle entre Hippocrate et Galien, mais nous avons depuis fait bien du chemin et décrit un vaste trajet. Les généralités rendent sans doute les discussions plus faciles, mais elles éloignent du but. Rentrons donc dans la question, et voyons ce qu'ont fait Hippocrate, Galien et Aristote. Les anciens, on ne peut se le dissimuler, ont eu sur nous l'avantage d'établir les premiers rapports entre les choses, et ce sont toujours ceux-là qui sont les plus naturels, les plus justes. Et nous, pour ne pas avoir l'air d'imitateurs, nous cherchons à découvrir de nouveaux rapports, et souvent ceux que notre esprit imagine sont tellement éloignés que leur fausseté est palpable. Les travaux d'Aristote et de Galien sont immenses et leurs œuvres n'ont pas encore vieilli; quant à Hippocrate, je le demande, reste-t-il quelque chose à ajouter à ses descriptions de maladies? On l'accuse d'ignorer la physiologie! Qu'est-ce donc que cet axiôme si profond et si précis en même temps : *Senes facillimè jejunium ferunt; secundo ætate consistentes : minimè adolescentes: pueri nequaquam*. Aretée, qui est le disciple d'Hippocrate, est plus exact et plus serré dans ses descriptions qu'aucun des nosologistes modernes; et quand, après avoir consulté nos ouvrages les plus récens sur la nature d'une maladie, je reste dans le doute, je n'ai qu'à ouvrir Aretée, et tout s'éclaircit à mes yeux.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

PHYSIOLOGIE DE LA VOIX ET DU CHANT; par M. le docteur DESPINEY. Un vol. in-8 de 58 pages. — Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine.

Le titre de cet opuscule annonce à la fois moins et plus que ce qu'on y trouve en réalité. D'un côté, en effet, ce n'est pas un traité *ex professo*, où sont développés les points nombreux qui se rattachent à l'histoire scientifique et artistique de la voix et du chant; mais de l'autre, en revanche, il est exempt de la couleur dogmatique et du ton absolu que semble d'abord indiquer la formule un peu didactique de sa suscription. C'est tout simplement le résultat de quelques expériences faites par l'auteur sur le mécanisme du larynx dans les divers registres et les modes si distincts de la voix humaine. En nous exprimant ainsi sur le compte de cet ouvrage, nous ne prétendons ni le déprécier, ni en diminuer l'importance. La science de la vie est trop avancée de nos jours pour qu'il y ait désormais beaucoup de mérite à l'encombrer de nouveaux livres classiques : c'est par les monographies surtout que le progrès doit se réaliser; et nous ne pouvons que gagner, savans comme critiques, à voir les questions se poser d'une manière plus nette, et se débarrasser enfin de ces banalités historiques, fastueuse superfétation dont les auteurs eux-mêmes sentent si bien l'inutilité qu'ils ne se font jamais scrupule, quelles que soient leurs opinions sur la matière, de les emprunter toutes faites à leurs laborieux devanciers. Nous n'avons pas à signaler ce défaut dans l'ouvrage de M. Despiney; il ne contient, au contraire, que le résultat précis de ses propres observations sur les conditions de l'organe vocal dans la phonation; observations toujours bien faites, souvent ingénieusement interprétées, et dont nous allons donner l'analyse dans ce qu'elles offrent de plus intéressant.

Voulant étudier l'homme sur l'homme lui-même, M. Despiney a commencé par observer ce qui se passe lorsqu'un souffle de l'air dans la trachée artère d'un cadavre. Aucun son n'est produit tant que les parties restent dans l'état naturel, et pour obtenir quelque chose qui ressemble à la voix, il est nécessaire de rapprocher les cartilages aryténoïdes l'un de l'autre jusqu'à ce qu'ils soient en contact par leur face interne. M. Despiney s'est assuré que le son devient alors plus aigu, si l'on a soin de faire que les cordes vocales se touchent entre elles par leur partie postérieure; et l'acuité est d'autant plus considérable que cette juxta-position a lieu dans une plus grande étendue d'arrière en avant. Pour obtenir des notes graves, il faut, au contraire, après avoir rapproché les aryténoïdes, les renverser en arrière. On voit le rapport que ces expériences offrent avec celles de MM. Magendie et Muller. Il est cependant un point sur lequel notre auteur est en désaccord avec M. Magendie. Celui-ci dit, en effet, que lorsque les sons deviennent très aigus, l'air ne sort plus que par la partie postérieure de la glotte. (PRÉC. ÉLÉM. DE PHYS., t. I, p. 302.) Nous avons été plusieurs fois témoins du contraire. Toujours, en examinant des chiens vivans dont la glotte avait été mise à découvert, nous avons pu constater que, dans les cris très aigus, la glotte fermée en arrière, se réduisait à une petite ouverture située tout à fait en avant. L'opinion de M. Despiney basée sur des preuves d'un autre ordre confirme pleinement le résultat de nos observations et augmente encore le degré de valeur que nous étions portés à leur accorder.

De la différence des conditions où les cordes vocales doivent être placées, suivant que l'on veut produire des sons graves ou élevés, M. Despiney tire cette conséquence que l'acuité des notes varie « suivant les degrés de la dimension des diamètres de la glotte, et suivant la tension des lames qui la forment. » La première partie de cette proposition que l'auteur regarde comme étant d'une grande portée est une erreur, accréditée il est vrai par nombre d'autorités même des plus modernes, mais assez généralement reconnue cependant depuis que Muller a démontré, par des expériences faites à peu près de la même manière que celles de M. Despiney, que l'élévation du ton tient uniquement à la tension des cordes vocales, et reste indépendante du diamètre de l'orifice qu'elles circonscrivent.

Après avoir ainsi exposé les conditions qui influent sur la tonalité, et indiqué les muscles qui changent dans ce but la largeur de la glotte et la tension de ses bords, l'auteur explique comment la voix peut avoir des degrés de force très variables et revêtir différens timbres. Il examine en même temps l'office de l'arrière-bouche, des fosses nasales, du pharynx, de la trachée et de l'épiglotte dans la production et la transmission des sons vocaux. Toutes ses considérations sur ces divers points ont un caractère de vérité que confirment encore les détails des expériences

sur lesquelles elles sont appuyées. Nous regrettons de ne pouvoir en dire autant de la théorie du fausset qu'il propose. On va du reste en juger d'après l'exposé de ses idées sur ce point. « Supposons, dit-il, que dans la formation des notes de médium, l'action d'un des muscles constricteurs de la glotte produise une note, un *ré* par exemple. Cette contraction, en devenant plus énergique, pourra rapprocher un peu plus les lames vocales et faire entendre *mi*. Mais cette contraction forcée est inégale, peu sûre, incertaine; cette note *mi* sort mal formée, sans netteté; qu'un autre muscle constricteur plus fort, je veux dire mieux placé, plus apte à rapprocher et à tendre davantage les cordes vocales, entre alors en contraction, saisisse l'air au passage et forme la note; alors une série ascendante peut être produite, série de notes successivement plus aiguës, formée avec beaucoup moins d'efforts, moins de difficultés.

« Voilà tout le mystère du fausset; c'est la *transition de contraction d'un muscle à un autre*. »

Nous avons transcrit ce passage en entier, parce que le mécanisme du fausset est si peu connu que tout ce qui peut apporter des lumières, ou même seulement appeler l'attention sur une question aussi obscure mérite d'être signalé. Mais malgré l'apparente simplicité de l'hypothèse formulée par M. Despiney, nous ne la croyons pas destinée à combler la lacune qui existe sur ce point en physiologie. Peut-être serions-nous en droit de dire que cette simplicité elle-même, qui séduit tout d'abord; ne vient que de la manière vague dont la solution est posée. Quels sont les muscles dont il s'agit? Le même mouvement de constriction est-il bien réellement accompli par plusieurs muscles? On plutôt, est-il vrai qu'il y ait plusieurs muscles dont l'effet se borne seulement à resserrer la glotte, et chacun d'eux n'a-t-il pas au contraire son attribution bien distincte et spéciale? Mais sans nous préoccuper de ces considérations d'anatomie, il est une objection qui nous semble invinciblement opposée à la doctrine de l'auteur : si, comme il le pense, la glotte ne présentait, pendant l'émission de la voix de poitrine et celle du fausset, d'autre différence qu'un degré plus ou moins grand d'ouverture et de tension, les sons de ces deux espèces de voix pourraient varier en *ton*, mais ils devraient avoir la même qualité, le même *timbre*; car il est évident que la nature du son ne change pas tant que les conditions de sa formation restent les mêmes, et une anche, par exemple, quelque resserrée qu'on la suppose, ne donnera jamais que des sons anchés. Or, on observe positivement le contraire; c'est surtout par le *timbre* que le fausset diffère de la voix de poitrine, et cela est si vrai que, quoique des notes d'une même hauteur puissent être faites suivant ces deux modes de phonation, l'auditeur le moins exercé n'aura pas de peine à reconnaître d'après le timbre si elles ont été données en voix de poitrine ou en fausset. Conclusion : la théorie de M. Despiney n'explique que les différences d'*acuité* de ces deux voix; or, c'est surtout par le *timbre* qu'elles diffèrent l'une de l'autre; donc sa théorie est fausse ou tout au moins incomplète.

Le mode d'expérimentation qu'a adopté M. Despiney ne lui a pas seulement servi à expliquer les phénomènes de la voix. Il a aussi utilisé ses résultats pour combattre quelques-unes des opinions émises avant lui. C'est ainsi qu'il conteste à l'épiglotte le rôle que lui avait assigné M. Magendie, de permettre de renfler les sons sans qu'ils deviennent plus aigus. Il s'est assuré en effet qu'après avoir enlevé l'épiglotte sur un larynx d'homme, la note obtenue ne changeait pas de ton, quelque force que l'on donnât au courant d'air insufflé par la trachée.

C'est avec le même avantage qu'il combat l'opinion de Beonati qui attribuait à l'ouverture de l'arrière-bouche la faculté de produire certains sons. M. Despiney a placé, sur un cadavre, un fil au travers des deux piliers du voile du palais, de manière à pouvoir resserrer à volonté l'intervalle qui les sépare, lorsqu'il tirait sur les extrémités du fil ramenées hors de la bouche. Un aide ayant alors poussé de l'air dans la trachée, malgré tout le soin qu'on prenait de rétrécir en même temps l'isthme du gosier à l'aide de ce fil, aucun son ne se faisait entendre. Cette expérience est ingénieuse et peut compter au nombre des plus fortes objections qu'a déjà soulevées la théorie de Bennati.

Enfin nous trouvons encore dans ce travail des argumens contre la doctrine où le mécanisme de la phonation était considéré comme l'analogue de ce qui se passe dans le jeu de l'appeau. Un appeau se compose de deux lames parallèles percées chacune d'un trou, et du corps, ou lame circulaire. M. Despiney a enlevé cette dernière partie; et avec l'instrument ainsi réduit à deux lames percées et séparées l'une de l'autre, il a obtenu des sons presqu'aussi intenses que s'il était intact. « Et cependant, ajoute-t-il avec raison, il y avait communication de l'air extérieur avec la colonne d'air comprise entre les deux lames. » Ce qui est une condition tout à fait opposée à celle que Savart regardait comme nécessaire pour que le son pût être produit. Enfin, sur un larynx de cadavre, M. Despiney a enlevé en totalité les replis supérieurs de la glotte, et les sons sont demeurés les mêmes qu'auparavant. Cette dernière expérience, du reste, avait déjà été faite par Muller.

TRAITÉ DE LA MORT APPARENTE; DES PRINCIPALES MALADIES QUI PEUVENT DONNER LIEU AUX INHUMATIONS PRÉCIPITÉES; DES SIGNES DE LA MORT; par J.-B. VIGNÉ. — Paris, 1841; 336 pages in-8; chez Béchet jeune et Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.

On ne peut nier que l'intervalle de temps qui, d'après la loi française, doit s'écouler entre la mort et l'inhumation, est d'une trop courte durée pour qu'il ne reste pas, dans certains cas, des doutes sur la réalité de la mort; d'un autre côté aussi, n'est-il pas vrai que, dans quelques cas, cet intervalle, quelque court qu'il soit, est encore trop prolongé pour qu'il ne résulte pas, de la présence des cadavres pendant les vingt-quatre heures prescrites, des inconvéniens graves pour la santé des vivans; il est donc des exceptions comme il y en a pour toutes les règles générales, et c'est sur celles que nous avons signalées en premier lieu que le travail de M. Vigné est destiné à appeler l'attention.

Déjà bien des hommes dévoués aux intérêts de l'humanité se sont occupés de cette question; mais jusqu'à ce moment la plupart avaient plutôt fait preuve, dans les travaux publiés sur ce sujet, de l'ardeur et de la générosité de leurs sentimens que de l'étendue et de la profondeur de leurs connaissances médicales. Le traité de M. Vigné nous paraît conçu sur un bon plan, bien qu'il laisse beaucoup encore à regretter sous certains points, tandis que sur d'autres il offre un développement qu'on pourrait regarder comme inutile si on se mettait, pour le considérer, au point de vue de l'homme de l'art; mais ce travail n'est pas destiné seulement au médecin, et doit probablement arriver aux mains de toutes les personnes qui peuvent se trouver en contact avec des malades et être appelées à leur donner des soins.

Il y a peu de maladies qui puissent par elles-mêmes, et pendant un certain temps, simuler la mort; mais il y en a un grand nombre pendant la durée desquelles il peut survenir des accidens qui sont quelquefois confondus, à tort, avec la fin de l'existence. La plupart des maladies même qui se terminent par la mort à une époque où elles ne devaient pas encore amener nécessairement cette terminaison, le font par l'un de ces accidens qui sont l'asphyxie, la syncope et l'apoplexie. Tel est en effet le mode de terminaison du plus grand nombre des maladies aiguës. Or, comme la cause de ces accidens n'est souvent que très légère et facile à faire disparaître, si on y arrive et que la vie ne soit pas encore tout à fait éteinte, on peut arracher le malade à cet accident pour le remettre de nouveau aux prises avec sa maladie. Mais s'il y a quelques chances de succès dans les cas pathologiques pour un sujet affaibli par les souffrances et par la maladie, combien n'y en a-t-il pas plus pour celui qui, au milieu d'une existence intègre est frappé de l'un de ces accidens qui suspendent l'action des poumons, du cœur ou du cerveau!

M. Vigné a donc eu raison, à notre avis, de parcourir les différentes espèces d'asphyxie, de syncope et d'apoplexie, de faire connaître leurs symptômes, et surtout leur traitement. Il y a joint un article spécial sur la léthargie, état pathologique tout à fait spécial et qui ne peut être confondu avec les trois autres que nous venons d'indiquer.

Dans un traité sur la mort apparente, on doit s'attendre à trouver un examen sévère de tous les phénomènes considérés comme signes de la mort, ce que n'a pas manqué de faire M. Vigné, qui n'en trouve qu'un seul indubitable et réellement caractéristique : la putréfaction. Tous les autres signes, bien qu'ayant quelque valeur, lors même qu'ils sont isolés, doivent cependant être considérés comme incertains. Cette partie du traité sur la mort apparente a reçu tout le développement désirable; les opinions y sont prises et discutées avec soin; des faits nombreux auxquels nous reprocherons pourtant de ne pas toujours porter le signe de leur origine y sont rapportés à propos; enfin, de sages conseils y sont donnés aux parens, aux médecins et à ceux qui entourent les malades. L'auteur émet surtout un vœu qui ne peut rencontrer d'opposition sur aucun point et qui, nous en sommes certains, recevra l'approbation générale. Ce vœu s'adresse à la législature elle-même, et a pour but de faire disparaître la loi d'après laquelle l'inhumation ne peut avoir lieu avant les vingt-quatre heures, et de la faire remplacer par la mesure suivante; c'est que les derniers devoirs ne seraient rendus à toute personne supposée morte que sur l'avis du médecin qui l'aura traitée, ou, en son absence, sur l'avis d'un de ses collègues; car, dit M. Vigné, « les médecins sont les seuls juges compétens en cette matière. »

Ce traité écrit avec chaleur et conviction et ne laissant que peu à dé-

sirer sous le point de vue scientifique a droit à de justes encouragemens. Déjà l'auteur, il y a quelques années, avait préludé à ce travail par une brochure qui fut accueillie avec faveur. Son travail en grandissant a acquis de nouveaux titres à la même faveur qu'il continuera d'obtenir. Nous la lui souhaitons.

VARIÉTÉS.

— Une discussion grave s'est élevée dans le conseil général d'administration des hôpitaux sur la question des autopsies. Il s'agirait d'interdire aux médecins la faculté d'ouvrir les cadavres des sujets réclamés, à moins d'une autorisation positive demandée aux parens et accordée par eux. Cette mesure, qui porterait atteinte aux intérêts de la science, a trouvé dans le conseil une opposition très vive. On assure que, malgré les protestations d'une forte minorité, elle aurait été arrêtée à la majorité d'une voix seulement. M. Orfila, voulant décliner toute solidarité, aurait envoyé sa démission de membre du conseil. Espérons que l'assemblée, composée d'hommes aussi amis du progrès des lumières que des intérêts de l'humanité, reviendra sur cette mesure, et qu'elle ne voudra pas se priver du concours d'un membre dont les hautes lumières et l'activité lui ont déjà rendu tant de services. Le conseil peut faire droit à de légitimes réclamations sur certains abus, que tous les hommes impartiaux reconnaîtront avec lui; mais il est trop prudent pour appliquer à un principe consacré par une longue expérience des réformes qui ne doivent s'adresser qu'à quelques inconvéniens d'application.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

En insérant mes remarques sur l'extraction des corps étrangers accidentellement introduits dans la vessie, vous étiez sans doute loin de penser qu'on y trouverait motif à réclamer; mais M. Leroy a voulu nous prouver encore une fois que je n'écrirais pas deux lignes sur la lithotritie sans lui faire broyer du noir. Quelques remarques suffiront pour démontrer que notre confrère n'est pas mieux fondé dans cette réclamation que dans celles qui l'ont précédée.....

J'ai dit, en terminant mes remarques, qu'on pouvait, non, comme le dit M. Leroy, pour rendre plus efficace l'application de la pince à trois branches, mais seulement pour garantir le col vésical et les parois urétrales des froissemens occasionés par le passage du corps étranger, se servir d'un moyen que j'avais déjà proposé et qui consiste à introduire dans l'urètre une grosse canule à parois très minces, et à faire servir cette canule de conducteur à un bilabe ou à un trilabe muni de sa gaîne. A cette phrase que mon confrère reproduit incomplètement, il en oppose une autre tirée d'un livre publié par lui en 1825, et cela dans le but de prouver que je l'ai copié. Notre confrère paraît avoir oublié que j'ai fait connaître ce moyen en 1823, par conséquent deux ans avant qu'il le reproduisît. Je l'ai indiqué, page 160 et suivantes, de mon TRAITÉ DES CALCULS VÉSICAUX; ainsi pour ce qui concerne l'idée et le moyen de garantir les parois urétrales, à l'aide d'une canule large et à parois minces, ou au besoin, de la gaîne du trilabe, M. Leroy n'est point fondé à dire qu'il m'a devancé : si l'un des deux a copié l'autre, ce n'est pas moi.

M. Leroy dit que j'ai blâmé les moyens qu'il a imaginés pour suppléer à l'insuffisance du trilabe, et que je les ai frappés d'une commune réprobation. M. Leroy se trompe. Je n'ai point parlé de plusieurs de ces moyens. Que pouvais-je en dire? Ces moyens ont été jugés par l'Académie des sciences. Voici comment s'exprime le rapport qui a été fait à ce sujet : « En examinant avec attention les instrumens, et sans avoir besoin de les essayer sur le cadavre, vos commissaires estiment qu'ils n'offrent aucun des avantages que ce médecin (M. Leroy) leur attribue, et ils pensent au contraire, qu'à raison du volume de ces instrumens chargés de ces corps étrangers, ils ne pourraient passer dans le canal tortueux de l'urètre sans causer des accidens graves, tels que des déchirures, des hémorragies dangereuses.... En conséquence, ils ont l'honneur de proposer à l'Académie de renvoyer ces instrumens à M. Leroy. » Mais j'ai fait observer que le percuteur tant vanté par notre confrère n'avait pas les avantages qu'il attribue à cet instrument. Or, voyons si nous ne trouverons pas dans la pratique de ce médecin des preuves à l'appui de ce que j'ai dit. Voici comment il s'exprime à l'occasion d'un cas dans lequel il eut à détruire un calcul ayant pour noyau un éclat de bois. Après l'avoir écrasé par la pression et la percussion, « le chirurgien cherche à retirer le percuteur; il n'y parvient que difficilement; il ne peut franchir le col de la vessie. L'instrument serait-il faussé? Cependant l'effort de percussion n'a pas été très considérable. Les parois de la vessie seraient-elles saisies? Mais des mouvemens peuvent s'exécuter dans tous les sens. Un corps se trouve-t-il engagé dans l'instrument? Mais les deux branches sont rapprochées; enfin, quelques tentatives bien ménagées permettent de le retirer; il amène quelques débris de calcul, et, de plus, un morceau de bois qui *est chargé transversalement*, et qui explique la résistance; il offre à peu près 8 lignes de longueur sur 4 de largeur; il est assez inégal. » (LITHOTRIPSIE, p. 217.) Si un chirurgien familier avec la manœuvre de la lithotritie a éprouvé tant d'embarras, s'il a été conduit à faire tant de suppositions, et cela pour un éclat de bois de 8 lignes, qu'on peut même casser, briser, morceler, à quoi ne seront pas exposés des chirurgiens moins habiles, ayant affaire à un cas plus grave, à un corps plus long, plus résistant, plus volumineux? Il paraît que M. Leroy a oublié ce fait, dont la date est cependant bien postérieure à celle des aveux qu'il a faits sur l'origine du trilabe, dont il ne cesse de se dire l'inventeur, bien qu'il ait reconnu, dans son EXPOSÉ, p. 220, qu'il l'avait trouvé décrit dans mon mémoire de 1818, par conséquent quatre années avant qu'il songeât lui-même à broyer la pierre, et qu'il ait imprimé, p. 141 et suivantes du même ouvrage, qu'il avait trouvé cet instrument tout fait dans les livres de Franco, d'Alph. Ferri, de Sanctorius, etc. « L'instrument de ce dernier, ajoute M. Leroy, présente encore plus d'analogie avec ma pince *lithoprione*, par sa structure, puisqu'il suffisait de substituer le perforateur au stylet; et par sa destination, puisqu'il devait être porté jusque dans la vessie par le canal de l'urètre. » Ainsi, il est établi, par les propres aveux et d'après les propres écrits de M. Leroy, que ce chirurgien n'a pas inventé la pince à trois branches, qu'il l'a prise toute faite dans les livres anciens et dans mon mémoire de 1818; ce qui n'empêche pas notre confrère de dire qu'il a des *raisons puissantes* de soutenir l'importance du trilabe.

La dernière partie de la réclamation de M. Leroy exige quelques réflexions. Depuis 1824, il me propose des *arrangemens* de toute espèce en ce qui concerne la lithotritie; ce fut d'abord une modeste proposition de partage, suivie d'une demande d'arbitre: puis vinrent les provocations et les injures; puis enfin des offres de paris qui sont aujourd'hui ses moyens de prédilection. Les gens sensés comprendront comment j'ai dû recevoir de pareilles propositions au sujet d'une question scientifique. Où veut-on en venir avec toutes ces forfanteries? Libre à M. Leroy de chercher à faire réformer par l'Académie de médecine un jugement de l'Institut dont il croit avoir à se plaindre. Mais espère-t-il qu'une Académie se respectera assez peu pour accepter le rôle d'arbitre d'une gageure tendant à décider quelle est la valeur d'un instrument ou d'un procédé de chirurgie? Les sociétés savantes ont d'autres moyens plus certains et plus dignes d'apprécier les perfectionnemens dont notre confrère pourra enrichir la médecine opératoire.

Agréez, etc.

CIVIALE.

14 décembre 1841.

ÉVASION D'UN DÉTENU EN PLEIN JOUR; RESPONSABILITÉ DES DIRECTEURS DES MAISONS DE SANTÉ.

Le directeur d'une maison de santé dans laquelle a été transféré un détenu pour dettes, malade, est responsable de l'évasion de celui-ci vis-à-vis du créancier, à moins qu'il ne prouve que cette évasion a eu lieu par force majeure, ou qu'il avait pris toutes les précautions nécessaires pour la prévenir.

La responsabilité ne s'élève pas de plein droit au montant de la créance de l'incarcération; elle doit être proportionnée à la négligence ou à l'imprudence du directeur de la maison de santé.

Ces deux propositions ressortent d'un arrêt prononcé ces jours derniers par la Cour royale de Paris, présidence de M. le premier président Séguier, dans une affaire dont nous allons retracer les principaux faits.

En 1838, M. de Boucheporn, créancier de J. Irving, écossais, d'une somme de 46,740, en vertu du jugement du tribunal de commerce, a fait incarcérer son débiteur à Paris, à la maison de la rue de Clichy. Cette incarcération a été suivie de nombreuses recommandations pour des sommes d'une importance de plus de 100,000 fr. Après trois ans, M. Irving a demandé, en produisant des certificats de médecins, sa translation dans une maison de santé; malgré l'opposition de M. de Boucheporn, cette translation a été ordonnée par jugement du 29 mars 1840, qui a indiqué la maison de mad. Lamaurnsie, sous la surveillance du docteur Petit. Le même jour, en exécution de cette décision, exécutoire sur minute, on se transporta chez le docteur Petit, qui refusa de recevoir M. Irving. Sur l'indication de ce dernier, le docteur R... consentit à le recevoir; et l'huissier, chargé de l'exécution, signifia le jugement au docteur, en le constituant gardien judiciaire de la personne de M. Irving. Là M. Irving trouva un séjour aussi agréable que possible, où sa femme et sa nièce adoucissaient sa captivité; où il recevait des visites de ses amis, et semblait prendre son mal en patience.

M. de Boucheporn sachant que la surveillance était peu exacte de la part du docteur R..., voulut exciter la sollicitude de celui-ci, et lui fit signifier à la date du 15 mai 1840 un acte extra-judiciaire, contenant protestation contre le transport de M. Irving dans la maison de M. R..., et réserve de poursuivre le docteur en cas d'évasion du détenu. M. R... répondit à cet acte le lendemain, en déclinant toute responsabilité et en déclarant qu'il ne devait qu'une surveillance compatible avec la santé du malade. Ce système était étrange et peu rassurant pour les créanciers; mais ce qui fut plus étrange, c'est que, le même jour, 16 mai, M. Irving s'évada entre trois et cinq heures de l'après-midi, sans user de violence ni d'escalade, profitant d'une visite de lady Granville, femme de l'ambassadeur d'Angleterre, ou d'une dame qui se donnait pour telle, et l'était déjà venu voir plusieurs fois; il la reconduisit jusqu'à sa voiture et partit avec elle. De là la demande de M. de Boucheporn contre M. R... en paiement de la créance dont ce dernier lui semblait devoir être responsable.

Le 28 janvier 1841, le tribunal civil de la Seine considérant qu'il n'est pas prouvé qu'il y ait eu ni imprudence, ni négligence de la part du docteur R..., ni concert entre lui et le débiteur, débouta Boucheporn de sa demande, et le condamna aux dépens.

Appel fait par ce dernier devant la Cour royale de Paris, cette dernière, après les débats, prononce le jugement suivant :

« La Cour,

» Considérant que c'est non seulement sur l'offre du docteur R..., mais encore sur la déclaration formelle qu'il se portait répondant de la représentation d'Irving, qu'il a été chargé de la garde de celui-ci;

« Que R... ne justifie pas que l'évasion d'Irving a été le résultat d'une force majeure, ou qu'il ait pris toutes les précautions nécessaires pour la prévenir ;

» Que, par suite, Boncheporn a été privé du gage qui lui avait été donné en la personne de son débiteur, et que les conséquences de cette évasion doivent retomber sur R..., qui s'y était volontairement soumis ;

» Considérant néanmoins que la Cour a les moyens suffisans pour apprécier le dommage causé ;

» Condamne le sieur R... au paiement de la somme de 10,000 fr., à titre de dommages-intérêts ; fixe à cinq années la durée de la contrainte par corps. »

EAU HÉMOSTATIQUE.

M. DESCHAMPS, pharmacien à Avallon, nous communique la formule suivante d'une eau hémostatique :

Prenez : Térébenthine 500,00
Eau 600,00

Pesez la térébenthine et l'eau dans une capsule en porcelaine, chauffez, faites bouillir un quart d'heure, pesez, ajoutez de l'eau pour avoir 1000,00 de térébenthine et d'eau, laissez refroidir et filtrez.

On pourrait la préparer par digestion en vase clos.

Si l'on devait conserver cette eau très longtemps, il serait peut-être nécessaire de la traiter par la méthode d'Appert. Cependant elle possède encore, après cinq mois de préparation, toutes ses propriétés. On remarque seulement un léger dépôt formé par une matière floconneuse.

— M. le docteur DONNÉ ouvrira son cours public de microscopie, complémentaire des études médicales, le mercredi 22 décembre, à huit heures du soir, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Paul Dubois (clinique de la Faculté, place de l'École-de-Médecine). Ce cours pratique a pour objet l'étude de la constitution intime des fluides et des solides de l'économie, et les applications du microscope à l'anatomie, à la physiologie et à la clinique. Les observations seront répétées par tous les élèves, au moyen d'un grand nombre d'instrumens, dont M. Donné a réuni dans son amphithéâtre la collection la plus complète de l'Europe.

— COMPENDIUM DE CHIRURGIE PRATIQUE, ou Traité complet des maladies chirurgicales et des opérations que ces maladies réclament ; par M. A. BÉRARD, docteur en médecine, membre de l'Académie royale de médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, etc., et M. C. DENONVILLIERS, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du bureau central des hôpitaux, etc.

Mode de publication :

Le Compendium de chirurgie pratique paraît par livraison de 160 pages de texte, format grand in-8, équivalant à 40 feuilles imprimées en caractères ordinaires et de format in-8, c'est-à-dire 640 pages d'impression.

Toutes les fois que des planches seront jugées nécessaires pour faciliter l'intelligence du texte, elles seront ajoutées.

Les livraisons, au nombre de douze à seize, formeront trois ou quatre volumes grand in-8, imprimés sur deux colonnes.

Le prix de chaque livraison est fixé à 3 fr. 50 c. pour Paris, et 4 fr. franc de port par la poste.

Les trois premières livraisons sont en vente.

On souscrit à Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

— NOUVEAU COMPENDIUM MÉDICAL, à l'usage des médecins praticiens ; contenant : 1° les élémens de pathologie générale ; 2° un abrégé de pathologie interne, à la suite duquel sont groupées séparément les maladies des enfans, les maladies des femmes et les maladies de la peau ; 3° un précis de maladies des yeux (ophthalmies) rangées par ordre alphabétique, avec le traitement où sont indiquées les formules les plus usitées, suivi d'un dictionnaire de thérapeutique et de pathologie ; par A. BOSSU, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — 1 vol. in-18 grand format, de 800 pages. Prix : 7 fr.

A Paris, chez Just Rouvier, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 8.

— FLORE DES DAMES ; NOUVEAU LANGAGE DES FLEURS. Nouvelle édition, entièrement revue et considérablement augmentée, complétée par une grammaire florale et un traité de la composition du sélam, etc. ; par A. JACQUEMART. — 1 vol. grand in-18 vélin, format anglais, orné d'un frontispice et de douze planches coloriées avec soin au pinceau, 6 fr.

Le même ouvrage, avec frontispice colorié, rehaussé d'or, 10 f.

BOTANIQUE, à l'usage des dames et des jeunes personnes ; par le même. — 1 vol. grand in-18 papier vélin, format anglais, orné d'un frontispice et de douze planches coloriées avec soin au pinceau, 6 fr.

Le même ouvrage avec frontispice colorié, rehaussé d'or, 10 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à Paris, chez B. Neuhaus, éditeur, rue Racine, 16, et chez P.-J. Loss, libraire-éditeur, rue Serpente, 1.

— LA RENOMMÉE, biographie générale, revue littéraire. — La Renommée est destinée à suppléer à toutes les biographies parues jusqu'à ce jour. Elle publiera des notices spéciales sur tous les hommes remarquables de l'époque, et renfermera également des notices nécrologiques.

Abonnement : 20 fr. par an ; 12 fr. pour six mois.

On trouve aux bureaux de la Renommée, place du Doyenné, 3, au Carronsel, des exemplaires détachés des notices de MM. le duc de Doudeauville, Conte, directeur général des postes, baron Dupin, Lesueur, lieutenant-général de Cessac, baron de Rothschild, comte Demidoff, baron Larrey, Vatout, député, et autres.

— TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA FOLIE (Observations particulières et Documens nécroscopiques) ; par M. PARCHAPPE, médecin en chef de l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure, professeur de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. — 1 vol. in-8. Prix : 7 fr., et 8 fr. franco par la poste.

TRAITEMENT ACCÉLÉRÉ DES ANKYLOSES, et Recueil de Visions chirurgicales choisies precédés de remarques sur le congrès scientifique de Lyon ; par Mathias MAYOR. — 1 vol. in-8. Prix : 2 fr. 50 c., et 3 fr. franco par la poste.

DES ECOULEMENS PARTICULIERS AUX FEMMES, et plus spécialement de ceux qui sont causés par une maladie du col de la matrice ; par J.-F.-R. TRONSSEL, docteur en médecine. — 1 vol. in-8. Prix : 2 f. 50 c., et 3 fr. franco par la poste.

Ces trois ouvrages se trouvent à Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

— COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, ou Exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux Traités de pathologie interne ; par M. Ed. MONNERET, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de médecine, médecin du bureau central des hôpitaux, et M. Louis FLEURY, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur particulier de pathologie interne. Ouvrage autorisé par le conseil royal de l'instruction publique et par le conseil de santé des armées de terre. — 15e livraison : prix : 3 fr. 50 c. pour Paris, et 4 fr. franc de port par la poste.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 4.

— TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE ; histoire de la génération et du développement, par le docteur WAGNER, professeur de l'Université d'Eslangen, etc., etc., traduit de l'allemand par Adolphe Habets, avec des additions communiquées par l'auteur. — 1 vol. in-8. Prix : 4 fr. 50 c.

A Paris, chez H. Cousin, libraire, rue Jacob, 21.

— TRAITÉ PRATIQUE DE L'AMAUROSE, ou goutte sereine, avec des recherches nouvelles sur les méthodes spéciales de traitement qui conviennent à ses différentes espèces ; par J.-E. PÉTREQUIN, D. M. P., chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Un vol. in-8 de 120 pages, 1841.

A Paris, chez J.-B. Baillière ; à Lyon, chez Savy, quai des Célestins, 49.

— Tableaux synoptiques des signes fournis par l'auscultation et la percussion, et de leur application au diagnostic des maladies des poumons et du cœur ; par le docteur BELLINGHAM. Deux Tableaux in-folio, 1 fr. 50.

Se trouvent à la librairie de A. Gardembas, éditeur, rue de l'École-de-médecine, 10.

— TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES, RÉMITTENTES ET CONTINUES DES PAYS CHAUDS ET DES CONTRÉES MARÉCAGEUSES, suivi de recherches sur l'emploi thérapeutique des préparations arsénicales ; par M. BOUDIN, médecin en chef de l'hôpital militaire à Marseille et médecin en chef de divers hôpitaux militaires de l'Algérie. Un vol. in-8 de 340 pages, 5 fr.

A Paris, chez Germer Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

— DISCOURS DE RENTRÉE de la Faculté de médecine pour l'année 1841-42 et Réponse aux critiques de ce discours ; par M. GERDY, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité, etc. — Prix : 50 c.

A Paris, chez H. Cousin, libraire-éditeur, rue Jacob, 21.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Ce, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des Hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois ; pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS À MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les Souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le 1er janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les Directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

LETTRE A MONSIEUR LE DOCTEUR FRÉDÉRIC DUBOIS (D'AMIENS), AU SUJET DE SA LECTURE SUR GALIEN ; par le docteur DOUBLE (1).

Monsieur,

Vos fragmens sur Galien ont obtenu un plein succès. Ce succès, ne craignez point que je vienne ni le contester ni l'amoindrir. Lors même que votre personne ne serait pas placée si haut dans mon estime, votre sujet et les études qui s'y rapportent sont trop de mon goût et ont rendu trop de services à ma longue carrière médicale pour que je ne leur donne pas une haute approbation. Souffrez que je cède à l'irrésistible besoin de m'en entretenir avec vous. La forme épistolaire dans cette circonstance me plaît par dessus toutes les autres formes : là le style est facile, les allures sont franches, et les manières presque toujours courtoises. Les digressions y arrivent sans peine, ainsi que sans péril, et l'on s'y fait à volonté place pour la critique comme pour les éloges.

(1) La lecture de M. Frédéric Dubois a eu lieu dans la séance publique annuelle de l'Académie royale de médecine, le samedi 11 décembre. La lettre de M. Double a été lue en séance hebdomadaire, le mardi suivant, 14 du même mois.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Très cher et très honoré confrère, il n'y a pas de maxime moins nouvelle que le *nil sub sole novum* ; mais il n'y en a pas de plus vraie, et jamais elle n'a été aussi vraie qu'au moment où nous écrivons. Il n'y a plus de mur qui n'ait des oreilles, et la presse a tant de langues, elle est à la fois si curieuse et si bavarde qu'elle laisse à peine aux événemens le temps de s'accomplir ; elle écrit l'histoire à la minute ; la rapidité de son mouvement supprime la limite du passé et du présent ; elle est le chemin de fer de la pensée. Rien donc de plus rare aujourd'hui qu'une véritable *nouvelle*, et si par hasard il s'en trouvait quelqu'une dans la petite chronique qui suit, nous vous prions de l'accepter comme étrenne du premier de l'an.

Dans la séance annuelle de l'Académie de médecine, M. Frédéric Dubois a, comme vous savez, présenté une disquisition critique sur la vie, les ouvrages et les doctrines de Galien. M. Frédéric Dubois est, comme vous le savez aussi, du trop petit nombre de ceux de nos confrères qui ne regardent pas les études littéraires, historiques et philosophiques comme incompatibles avec les besoins immédiats de la pratique de l'art. L'intérêt avec lequel ce travail distingué a été accueilli a éveillé la critique, et engagé l'un des membres les plus éminens de l'Académie, M. Double, dont la parole se fait trop rarement entendre, à écrire une réponse aussi remarquable par l'élévation des pensées que par l'exquise courtoisie de la forme. M. Dubois, charmé d'avoir mérité un tel adversaire, a senti, en homme de tact et d'esprit, toute la valeur de cet hommage indirect, et a immédiatement déclaré, qu'avant de répondre à son tour, il devait d'abord remercier, et c'est ce qu'il a fait en termes d'une parfaite convenance. Ce combat littéraire, qui semblait ne devoir être qu'un duel, s'est transformé aussitôt en bataille générale. Il serait trop long de vous raconter tous les beaux coups qui ont été portés et reçus dans cette mêlée. Pour en avoir une idée, il suffit de savoir que les principaux combattans ont été MM. Bouillaud, Rochoux, Gerdy et Castel. Les trois premiers orateurs ont tour à tour cité Aristote, Hippocrate et Galien par devant le tribunal académique, et ont assez mal mené ces pauvres grands hommes. On leur a bien accordé quelque esprit et quelque teinture scientifique, mais on ne leur a pas pardonné de ne pas savoir ce qui a été appris après eux. En somme, on les a représentés comme des espèces de fétiches inutiles, bons tout au plus à figurer dans les niches d'un muséum, en guise d'idoles dont la vétusté fait tout le mérite. Sans le quatrième orateur, qui a vigoureusement plaidé la cause de ces malheureux Grecs, c'en était fait d'eux ; mais M. Castel les a soutenus de son bras puissant. Il a nettement déclaré que ces anciens là savaient plus de choses que les modernes n'en ignorent, et qu'ils ont dit à peu près le dernier mot de tout. En médecine particulièrement, nous ne sommes auprès d'eux que des écoliers. Il a défié tous les auscultateurs, mesureurs et compteurs du jour de rédiger une observation comme Arétée.

Quelques traits de cette discussion nous ont frappé par leur originalité. M. Rochoux surtout a été, comme de coutume, ineffable. Sa hardiesse philosophi-

Je veux d'abord vous louer, Monsieur, et aussi me féliciter de la voie nouvelle que vous venez de vous ouvrir. C'est surtout la connaissance approfondie des anciens qui manque à notre génération. Sur tous les points qui se rattachent aux intérêts généraux de la vie, l'esprit humain arrive à une époque d'examen et de discussion dont il faut profiter. Dans cet inventaire général, en fait de médecine surtout, les anciens veulent aussi n'être point oubliés. Avec la trempe de votre esprit, éminemment critique, et je prends le mot dans sa plus heureuse acception, avec votre ardeur de travail, avec votre amour de la science, vous montrerez nos anciens classiques à cette jeunesse studieuse et pure, qui s'avance avec gravité vers le sanctuaire de la médecine. Vous lui parlerez plus longtemps, plus haut, avec plus d'autorité que je ne peux le faire, et vous lui enseignerez non seulement ce qu'on gagne à étudier les anciens, mais aussi ce qu'on perd à les dédaigner. Puisons chez les modernes notre première et notre principale instruction; mais allons nous retremper fréquemment dans les sources antiques,

Comme on boit d'un vin vieux qui rajeunit les sens.

Dès le début de vos fragmens, vous avez reproduit l'opinion de Cuvier, concernant les trois grandes figures, les trois intelligences supérieures de l'antiquité scientifique, disons encore, nous, de l'antiquité médicale, car ils étaient médecins tous les trois; et c'est surtout dans notre enceinte qu'il convient de s'en glorifier. Nommons-les d'abord dans l'ordre de leur apparition sur la scène du monde : Hippocrate, Aristote et Galien.

Fils du médecin d'Amyntas III, roi de Macédoine, Aristote étudia beaucoup la médecine, parce que la médecine était alors l'objet de toutes les hautes études; mais il exerça aussi cette profession à Athènes, où, dans sa première jeunesse, il vendit même des médicamens pour subsister.

Vous avez eu raison de le dire, Monsieur; voulant placer ces trois illustrations primitives dans l'ordre respectif de leur prééminence, Cuvier les a ainsi rangées : Aristote à la tête, Galien en seconde ligne et Hippocrate au dernier rang.

Vous n'êtes pas sérieusement de cet avis, Monsieur, j'en suis sûr.

Hippocrate, je l'ai déjà rappelé à dessein, avait devancé Aristote de quelques années. Il est fort douteux pour moi qu'Aristote ait pu connaître Hippocrate même aux derniers jours de la vie du vieillard de Cos; mais il est certain par contre qu'Aristote avait beaucoup profité des travaux d'Hippocrate. Galien lui-même reproche à Aristote d'avoir pris dans Hippocrate ce qu'il a écrit de mieux concernant la physique et l'influence des climats.

Avant Hippocrate tout se bornait à quelques notions empiriques de l'art, à des systèmes bizarres de philosophie plus propres à éloigner de la vérité qu'à y conduire. Un grand nombre d'observations éparses, une multitude de cas particuliers constituaient avant lui toutes les connaissances; et c'est de cette matière brute, informe, que son génie a fait jaillir la science. On peut donc dire, avec Théophile, qu'Hippocrate a été le Prométhée de la médecine.

Hippocrate s'appropria les saines notions et les observations utiles, consignées dans les temples, conservées dans les traditions, transmises par ses aïeux. Il s'attacha à vérifier, à confirmer ces faits par les faits qu'il recueillit lui-même; et de cette double source d'observations il déduisit les belles sentences, les profondes maximes et les vérités fécondes que tous les siècles éclairés ont constamment admirées dans le livre étonnant de l'Air, des Eaux et des Lieux, dont j'ai eu naguères l'occasion de parler devant l'Académie; dans quelques-uns des livres des Épidémies, ces riches modèles d'observations cliniques illustrés par toutes les sublimités de l'intelligence; dans certains aphorismes qui, par les matières autant que par le style, semblent être si fort au-dessus des forces de l'esprit humain, et dans les coaques où le père de la médecine paraît avoir consigné surtout ce qu'il avait recueilli de ses prédécesseurs.

Hippocrate avait donc proclamé le premier, et le premier il avait mis en pratique la meilleure méthode philosophique, c'est-à-dire la méthode d'observation fécondée par une sévère interprétation des faits. Il avait placé les sciences sur ce solide piédestal, l'observation et le raisonnement. Ce n'est que plus tard et en suivant constamment cette méthode qu'Aristote dont la doctrine a subi tant de fortunes diverses, mais dont le vaste génie ne fut jamais contesté, qu'Aristote, dis-je, a rendu à la philosophie et aux sciences les services que tout le monde connaît.

On le voit, c'est à la médecine, c'est à son fondateur que l'esprit humain doit la seule méthode capable de diriger sa marche dans le labyrinthe obscur des études de la nature. Ajoutez qu'aux époques trop répétées où l'intelligence humaine a voulu s'écarter de cette ligne tracée par la raison pour se jeter dans l'inépuisable champ des hypothèses, c'est encore la médecine qui, par son esprit pratique, par la gavité, par la nécessité de ses incessantes applications, a presque toujours ramené les esprits sur le chemin de la bonne philosophie.

La physiologie est redevable à Hippocrate de la première idée des facultés d'inhalation et d'exhalation du corps vivant; elle lui doit les premières notions concernant les liaisons sympathiques qui unissent si étroitement toutes les parties du corps humain, et quelques sympathies plus spéciales qui existent entre certains organes, soit en santé, soit en maladie, etc.

Et en pathologie générale quelle richesse de faits! quelle profondeur de vues! quelle réunion d'enseignemens!

Son génie, devançant, improvisant l'expérience, a créé de toutes pièces la double doctrine des constitutions médicales dont la science regrette aujourd'hui parmi nous d'avoir longtemps négligé l'étude; et celle des épidémies où l'on voit les premiers préceptes et les premiers exemples d'une collection nombreuse d'observations particulières : groupe important de faits individuels, tels qu'on n'en retrouve point d'analogues six ou huit siècles plus tard dans aucun médecin, même en y comprenant Galien.

Hippocrate a fait voir que l'énucléation de la maladie n'est complète que lorsque, par une analyse exacte de toutes les manifestations phénoménales, l'intelligence du médecin s'est élevée à la connaissance du siége de la nature et de l'individualité qui constituent la maladie; alors seulement naissent comme d'elles-mêmes, pour l'esprit illuminé, les indications vraies et les meilleurs moyens de les accomplir.

Ces vues ont conduit le fondateur de la médecine à la distinction des méthodes naturelles de traitement. Etudiant soigneusement la toute puissance de la nature, c'est-à-dire de l'agrégat vivant dans la guérison comme dans la production des maladies, il a poussé très loin les notions relatives aux méthodes naturelles, et il a ainsi préparé des élémens de solution à cette vaste et importante question: constater dans quels cas les guérisons

---

que vous est connue; il en a donné à cette occasion les plus brillans spécimens. Ainsi, il a trouvé très plaisant que des hommes de sens, comme le paraissent être les académiciens, discutassent sérieusement sur la valeur de la doctrine de Galien et d'Hippocrate, et des travaux scientifiques d'Aristote. Quant à Galien, sauf quelques recherches anatomiques de détail, il ne trouve dans ses doctrines médicales qu'un radotage insipide et des raisonnemens de bonne femme. D'ailleurs, Galien a tout pris à Aristote, et dès-lors on sait le cas qu'on en doit faire. Aristote, en effet, serait, d'après M. Rochoux, une autorité très peu respectable; la doctrine péripatétique tout entière n'était qu'un avorton. M. Rochoux met cette sentence sur le compte de Bayle. Bayle, en sa qualité de sceptique universel, et fort de ses immenses connaissances, a très bien pu (ce dont nous doutons d'ailleurs) se laisser aller à cette boutade hyperbolique contre le péripatétisme scholastique; M. Rochoux peut assurément aussi, par d'autres raisons, se permettre tous les paradoxes; mais il n'en est pas moins sûr que cet avorton était né très viable, car il a crû et grandi pendant une longue suite de siècles, et a poussé partout des rejetons qui vivent encore. En psychologie, en morale, en politique, en logique, en esthétique, Aristote a été en quelque sorte l'instituteur du genre humain tout entier, et aujourd'hui encore les plus grands esprits croient s'élever en se mettant en communication avec le sien; il est encore dans ces matières comme il était au moyen-âge, au dire du Dante: *Il maestro di color che sanno.* Il a également fondé les sciences physiques et naturelles, et après deux mille ans le plus grand des naturalistes modernes se déclarait son disciple. Faudra-t-il croire, avec M. Rochoux, que cette autorité, cette domination irrésistible de l'esprit et des pensées d'un homme sur ses semblables ne prouve rien, si ce n'est l'imbécillité de ceux-ci? Mais si ces gloires antiques sont usurpées, que faudra-t-il penser des gloires modernes? Et si cette science, ces idées, ces doctrines, qui ont alimenté et satisfait l'active curiosité de l'esprit humain pendant tant de siècles n'étaient que des erreurs, des songes, des chimères, de vains produits de la fantaisie sans corps ni réalité, sans fondement dans la nature des choses et dans la raison, quel fond pouvons-nous faire sur les conquêtes intellectuelles d'origine plus récente dont nous nous vantons, et qu'en dira la postérité? M. Rochoux ne serait probablement guère embarrassé pour répondre à ces questions, car rien ne l'embarrasse; mais nous préférons les adresser à la conscience réfléchie de tous les hommes qui pensent, persuadés que nous sommes que leur réponse serait la condamnation de la sienne.

M. Rochoux n'a parlé que trois à quatre minutes, et vous voyez qu'il ne pouvait mieux employer son temps. M. Gerdy a été plus long. Il a fait une dissertation en règle, où il a passé en revue toute la science antique qu'il a comparée à la science moderne. Quoique très hostile au fond à la première, il s'est posé cependant comme une sorte de médiateur. Il a fait les parts avec un air d'autorité qui était par moment amusant. Il s'est surtout appliqué à assigner méthodiquement et rigoureusement le rang respectif d'Hippocrate, d'Aristote et de Galien. Il a littéralement pesé à la balance chacun de ces grands hommes, et il a exactement déterminé le poids de chacun. Il est résulté de ses recherches comparatives qu'Hippocrate est de quelques onces plus léger que les deux autres; et quant à ces derniers, il n'a pas trouvé de différence bien appréciable. Toutefois, il pense (sans toutefois pouvoir l'assurer faute d'expérience concluante) que Galien l'emporte de quelque chose sur Aristote. Nous n'avions jamais vu mesurer

sont un effet, un produit de l'art, et non pas un bienfait, une nécessité de la nature.

Les lois générales des fluxions, mouvemens intestins de l'organisme, si fréquens, si considérables en pathogénésie ; l'heureuse distinction des trois périodes de la maladie fécondée par la détermination des phénomènes qui lui sont propres, et par les indications générales qu'elles fournissent dans le traitement ; nous les devons à Hippocrate.

Les sages préceptes de l'hygiène, qui ont pour résultat de rendre l'économie réfractaire à l'influence pathogénique des climats, des saisons, des mœurs, des habitudes, et les préceptes encore plus difficiles de cette même hygiène appliquée aux maladies aiguës, pour rendre plus facile et plus sûre la marche salutaire de la nature, ce qui constitue toute la médecine expectante de notre époque ; il faut aussi les restituer au médecin de Cos.

Hippocrate s'est appliqué à distinguer dans les maladies les symptômes propres, et il entend par là les symptômes qui appartiennent au siége de la maladie et les symptômes communs ; c'est-à-dire ceux qui résultent de la réaction vitale; à la différence des médecins de Cnide, dit Hippocrate, lesquels, s'attachant aux caractères extérieurs, ne connaissent ni les symptômes propres, ni les symptômes communs.

Les symptômes communs sont l'expression du retentissement de la maladie sur toute l'économie et comme la mesure du mode de vibration des organes sous l'action de l'agent morbifique. Cette série de symptômes indique la gravité de la maladie, sa durée et sa terminaison probables ; et si le père de la médecine a tant étudié l'action des climats, des saisons, de l'air, des eaux, des lieux, des sexes, des âges et des tempéramens, c'est qu'il faisait découler de ces diverses sources la manifestation des symptômes communs dans lesquels il a puisé ces prédictions sûres, ces pronostics vrais, qui ont fait et qui feront encore l'étonnement et l'admiration des hommes d'étude. Les cas rapportés dans les premier et troisième livres des Epidémies ne contiennent que des symptômes communs et susceptibles seulement de servir de base au pronostic. Il semble même qu'Hippocrate en ait élagué avec soin tous les signes diagnostics : on n'y trouve que ceux qui peuvent contribuer aussi à mettre en lumière l'issue de la maladie. Ne cherchez point d'autre cause à la difficulté de rapporter ces observations à un cadre nosologique quelconque.

La vieille doctrine des tempéramens, à mon avis chaque jour plus féconde en applications cliniques, que l'expérience des siècles modifiera, étendra, améliorera peut-être, mais qu'elle ne voudra jamais renverser, et la doctrine des cachexies ou des diathèses, qui en est une naturelle dépendance, appartiennent en entier à Hippocrate. L'une et l'autre restent encore debout avec leurs solides enseignemens et leurs utiles applications, malgré les attaques qu'elles ont eu si souvent à soutenir : semblables à ces ruines antiques de la Grèce et de Rome battues par le temps, minées par la main des hommes, et dont les plus célèbres artistes vont chaque jour prendre des copies pour servir de modèles à leurs meilleures productions.

Le temps me manque, Monsieur, pour m'étendre plus au long sur les travaux d'Hippocrate. J'aurai suffisamment prouvé, je l'espère, qu'elle n'est pas fondée, cette appréciation de nos trois illustrations antiques que vous avez mentionnée; encore qu'elle se trouve appuyée par tout l'ascendant d'un grand nom. Cuvier ne saurait être invoqué juge souverain dans une science qu'il estimait peu et qu'il ne connaissait point.

Et, d'autre part, il est aisé de concevoir la surprise et l'admiration du plus grand anatomiste comparateur des temps modernes et des temps anciens, lorsqu'il a lu pour la première fois le livre étonnant DE ADMINISTRATIONIBUS ANATOMICIS, et le traité plus étonnant encore DE USU PARTIUM du médecin de Pergame.

Au milieu des descriptions isolées, souvent assez exactes de muscles, de vaisseaux et de nerfs, qui sont de l'anatomie comparée encore plus que de l'anatomie humaine, Galien, entre autres points remarquables, avait vu que les muscles temporaux destinés à mouvoir la machine inférieure sont toujours proportionnés à la ténacité des substances dont chaque animal est appelé à se nourrir; que le nombre, la disposition et la forme des dents se trouvent dans un certain rapport et dans une sorte d'harmonie avec les autres parties des organes de la nutrition et avec l'ensemble de l'organisation animale; que le cœur est double chez tous les animaux à sang chaud, et simple, au contraire, chez les animaux à sang froid; que le cerveau jouit de mouvemens alternatifs d'élévation et d'abaissement, et que ces mouvemens sont subordonnés à la respiration.

J'ai découvert, dit-il, le tendon d'Achille, qui naît des muscles jumeaux et du solitaire.

Sa description des muscles du dos, des ligamens de la colonne vertébrale et de cette colonne elle-même est assez exacte; et le reste.

Galien avait déjà soulevé cette question, si vivement controversée encore de nos jours, la distinction du système nerveux en nerfs du sentiment et nerfs du mouvement; il rapportait au cerveau les nerfs des sensations, et à la moelle épinière, les nerfs des mouvemens.

Il connaissait fort bien les anastomoses des veines et des artères. Il soutenait que les artères contiennent du sang, et, pour le démontrer à ses antagonistes, il pose deux ligatures à distance l'une de l'autre, sur un même tronc artériel. Il ouvre l'artère, le sang jaillit. Il avait déjà beaucoup étudié le pouls et ses infinies variations; et, malgré sa pénétration, malgré son génie, il n'a pas pu pressentir la circulation du sang. Le temps marqué pour cette grande découverte n'était pas arrivé.

Qui n'a pas lu, qui n'a pas entendu louer la belle et l'éloquente description du pied et de la main de l'homme par Galien? de la main surtout, cet organe placé en avant des autres organes, comme pour leur servir de sauvegarde, ce puissant auxiliaire du génie, source de tendresses et de cruautés, instrument de paix et de guerre, agent de création et de destruction tout à la fois! Saisi d'admiration à la vue de ces merveilles de la Providence, Galien s'écrie, à la fin de sa description : Ce sont des hymnes que je viens de composer à l'honneur du créateur de l'univers.

De cette anatomie, de cette physiologie, on n'en trouve point dans Hippocrate; mais six cents ans s'étaient écoulés entre la mort d'Hippocrate et la naissance de Galien. Durant ce long intervalle, l'esprit humain avait grandi; car les siècles sont à l'esprit humain en général ce que les années sont à l'intelligence de chaque individu : ils s'étendent et se fortifient même en dehors de toute culture.

Galien avait profondément médité les œuvres d'Hippocrate. Il les a copiées, traduites, commentées. Le livre de *Locis in homine* du père de la médecine est comme la préface du beau traité *de Locis affectis* du médecin de Pergame; aussi René Chartier, dans sa grande, belle et commode édition d'Hippocrate et de Galien réunis, a-t-il placé l'un immédiatement après l'autre.

---

les esprits avec tant de précision.

Il est échappé à cet orateur quelques assertions singulières. Il a prétendu, par exemple, qu'Aristote, ainsi que tous les savans de l'antiquité, n'avait aucun penchant, ni aucune aptitude pour l'observation, et que l'étude des faits proprement dits lui était antipathique. Ceci est une opinion tout à fait neuve, car Aristote a toujours été considéré comme l'idéal même du génie de l'observation. Tous ses travaux, sans exception, sont précisément remarquables par l'abondance des matériaux empruntés à la réalité. Dans sa politique, sa morale, sa poétique, sa rhétorique, il part toujours du fait, et ses théories ne sont le plus souvent que des généralisations de l'expérience. Cela est si vrai qu'il a été toujours reconnu comme le vrai chef des écoles empiriques et toujours attaqué par les rationalistes. Ses travaux d'histoire naturelle et de zoologie sont si riches, sous ce rapport, malgré bien des erreurs, qu'ils étonnent encore la science moderne la plus avancée. M. Gerdy, ne pouvant pas nier absolument un fait si palpable, a pris le parti d'en donner l'étrange explication que voici. Selon lui, si Aristote a fait preuve de quelque talent d'observateur dans son HISTOIRE DES ANIMAUX, et donné à ses recherches zoologiques un certain caractère de positivisme, ce n'est pas à son génie qu'il faut en faire honneur, mais à son disciple Alexandre, qui non seulement lui aurait fourni les matériaux de ses études, mais lui aurait suggéré en outre la manière d'en tirer parti. C'est donc Alexandre qui aurait pour ainsi dire soufflé à Aristote la véritable méthode scientifique. M. Gerdy a trouvé cette explication si piquante qu'il l'étend encore aux beaux travaux des grands anatomistes et autres savans de l'école d'Alexandrie, qui, assure-t-il, n'auraient pas eu la pensée d'étudier la nature, si les Ptolémées n'avaient pas été là pour leur tracer la bonne route et les y maintenir d'autorité. On pourra concevoir des doutes sur la vérité de cette interprétation; mais son originalité est certes incontestable.

La science anatomique des anciens a fourni au même orateur l'occasion de réciter quelques pages de son livre sur l'*anatomie des formes antérieures*. Il a durement tancé les sculpteurs grecs de leur ignorance, et a signalé les défauts de bon nombre de leurs statues. Il nous a appris notamment que l'un des auteurs du célèbre groupe de Laocoon était, comme tous ses confrères, si étourdi et si ennemi de la vérité, qu'il a donné trois phalanges au pouce de l'aîné des enfans. Nous signalons cette découverte inattendue à tous les artistes. Seulement, il est bon de les avertir, et d'avertir M. Gerdy lui-même, que l'avant-bras où il a cru remarquer cette anomalie est, si notre mémoire ne nous trompe pas, une restauration moderne d'un sculpteur italien nommé Cornacchini!!

Christophe Colomb et la découverte de l'Amérique ont fait les frais de la dernière partie du discours de M. Gerdy.

On ne s'attendait guère
A voir Christophe en cette affaire.

Nous n'avons pas le temps de suivre l'orateur dans un si long voyage. Si la dispute des *anciens et des modernes* recommence à l'occasion de la réponse de M. Dubois (d'Amiens) à M. Double, nous vous tiendrons au courant des belles choses qui s'y diront immanquablement.

Nous ne quitterons pas l'Académie sans la féliciter sur la formation de son bureau pour l'année 1842. Elle a choisi pour président M. le professeur Fouquier, qu'il suffit de nommer, et pour vice-président M. Paul Dubois, dont le

Platon, Aristote, élève d'abord et plus tard rival éternel de Platon, Praxagore, Hérophile, Erasistrate et d'autres avaient fait, après Hippocrate des progrès, beaucoup d'anatomie dont Galien avait profité. Je n'oublierai pas non plus le médecin Marinus, contemporain et rival de Galien, qui avait étudié l'anatomie avec ardeur, avec succès, et que Galien s'attacha à combattre souvent. Ces considérations, Monsieur, on ne doit pas les négliger dans notre parallèle d'Hippocrate et de Galien.

J'ai relu avec l'attention la plus soutenue le livre de *Locis affectis* de Galien. Pardon, Monsieur, mais je n'y ai point trouvé l'esprit sous lequel vous l'avez présenté. Vous avez voulu faire de Galien un localisateur, et cette grande statue de l'antiquité se prête mal à ces minces proportions. Tous les médecins qui ont étudié Galien se sont réunis pour citer et pour admirer la justesse de la comparaison que le médecin de Pergame fait du corps animal avec la forge de Vulcain, où, selon la fiction d'Homère, tous les instrumens, pénétrés d'une force divine, se mouvaient d'eux-mêmes dans l'ordre et avec le degré de force convenables à leur usage mutuel.

Je ne trouve là ni l'esprit ni le langage de nos localisations.

Pour bien faire connaître une médaille, il ne faut pas se contenter d'en faire voir la face ou la tête, il faut en montrer aussi le revers.

Des parties similaires, des maladies similaires, des médicamens similaires; le défaut de proportion des quatre élémens entre eux, et la prédominance d'un ou de deux sur les autres; des changemens dans le nombre, la figure ou la forme, la quantité et la situation des parties: voilà les bases de la doctrine même du livre de *Locis affectis*, moins entaché peut-être que les autres de ces vaines hypothèses.

Le premier genre de maladies consiste en l'intempérie des parties similaires, et cette première intempérie se divise en intempérie sans matière et intempérie avec matière.

Il y avait de plus une intempérie simple, une intempérie composée; une intempérie égale, une intempérie inégale.

Chaque fois, dit Galien, qu'une humeur en stagnation est exposée à une haute température sans s'évaporer, il y a putridité.

La fièvre éphémère tient à une affection particulière du pneuma. Les autres fièvres résultent de la putrescence du sang, de la pituite, de la bile ou de l'atrabile.

Un chapitre entier est consacré à prouver que l'engourdissement (*stupor*) ne dépend pas des nerfs, mais qu'il est causé par l'action d'un des quatre élémens, le froid.

Galien déduit certaines maladies de l'intempérie de l'estomac; d'une humeur quelconque contenue dans les propres tuniques de cet organe.

La douleur est due au changement du mélange entier ou à la séparation de ce qui est fixe.

Je n'ai ni le temps ni le dessein de donner une analyse complète des théories pathologiques de Galien. J'ai voulu seulement mettre en regard ses principales idées avec les idées d'Hippocrate. J'ai voulu vous prouver surtout, Monsieur, que ce ne sont là ni les doctrines ni le langage d'un organicien absolu.

Au point de vue où Cuvier s'était placé, à ne considérer que l'anatomie et la physiologie, le jugement qu'il a porté sur la valeur respective de Galien et d'Hippocrate n'est point susceptible de contestation.

Pinel, au contraire, avait lu Galien, et il avait voulu le juger en pathologiste, en médecin consommé, et pas du tout en anatomiste et en physiologiste. Ce même jugement de Pinel, contre lequel vous vous êtes élevé, Monsieur, avait été déjà prononcé de pareille sorte par plus d'une autorité irrécusable et à diverses époques de la science. Je vous abandonne Paracelse et Van Helmont, leurs sectateurs et leurs semblables. Je crois pouvoir me rendre cette justice qu'après avoir consacré assez de temps à les connaître, j'ai fait suffisamment d'efforts pour les oublier. En revanche, qu'il me soit permis de vous citer les opinions de Valles, de Prosper Martian, de Duret, de Baillou, d'Hoffmann (1), de Boerhaave, qui résume en ces termes son opinion sur Galien: *Multum profuit, multum nocuit*; de Leclerc qui dit que la médecine d'Hippocrate est toute d'observation, et la médecine de Galien toute de raisonnement.

Hippocrate seul, sans antécédens, sans rien emprunter aux siècles qui l'avaient précédé, puisqu'ils n'avaient rien produit, ouvre à l'esprit humain la route de la bonne philosophie.

Galien, formé à la double école de Platon et d'Aristote, emprunte surtout au précepteur d'Alexandre ces subtiles distinctions, ces divisions et subdivisions qui déparent tant la philosophie d'Aristote, et par suite les travaux de Galien.

Le style d'Hippocrate appartient au dialecte ionien, remarquable par sa concision, sa force et son élégance. Le style de Galien est prolixe, diffus, scolastique. Il revêt presque toujours, vous l'avez dit, Monsieur, les formes de l'enseignement.

Vous l'avez encore dit avec vérité, Monsieur: on trouve dans Hippocrate du vitalisme, du dogmatisme, de l'empirisme, etc.; mais on y trouve cela en raison des sujets à traiter et de la manière dont il convenait de présenter les diverses matières. C'est précisément par ce qu'on y trouve les germes de tous ces systèmes qu'il n'y en a aucun en réalité. Fidèle à l'observation sévère et au raisonnement plus sévère encore, Hippocrate n'a jamais donné naissance, il n'a jamais prêté son nom à aucun système. Chacun connaît, au contraire, le Galénisme et ses conséquences.

Aussi longtemps que le Galénisme a pesé sur l'enseignement et sur la pratique de la médecine, la science est restée stationnaire, ou même elle a fait des pas rétrogrades. Elle a été, au contraire, constamment progressive sous l'influence des méthodes et des doctrines hippocratiques.

Hippocrate a eu, depuis l'école de Cos jusqu'à nos jours, presque autant de commentateurs que la science a eu d'écrivains, et sa médecine, à peu d'exceptions près, a été perenne. Galien, de son côté, a aussi régné longtemps dans les écoles. Les médecins arabes, successeurs presque immédiats de Galien, en furent la principale cause. Séduits par l'imagination asiatique du médecin de Pergame, ils montrèrent le plus vif enthousiasme pour ses ouvrages. Le style plus diffus, l'esprit plus subtil, plus discoureur de Galien se trouvait conforme au goût de ces Orientaux, pour les systèmes, pour les explications, les divisions et les distinctions. Le genre sévère, lent et calme d'Hippocrate les aurait trop assujétis à la contemplation des phénomènes des maladies et à la réflexion.

L'élévation de l'âme et la noblesse du caractère égalent, dans Hippocrate, l'étendue de la raison et la sublimité du génie. Vous avez rapporté quelques traits de la vie personnelle du médecin de Pergame.

Si j'ai cru devoir combattre Galien dans sa pathologie générale, me

(1) *Perperam Hippocratis doctrinam deseruerunt posteri et inter hos Maxime Galenus.* (Hoffmann. Opera, t. I, p. 300.)

---

caractère et le talent n'excitent pas moins de sympathie que d'estime. Les fonctions de secrétaire annuel ont été vivement disputées entre M. Gérardin, le secrétaire actuel, et M. Fréderic Dubois. M. Gérardin ne l'a emporté que de très peu de voix. Il est probable que l'an prochain M. Frédéric Dubois aura sa revanche. Il nous faut donc attendre patiemment jusqu'à cette époque la réforme du Procès-Verbal.

Nous vous conduirons maintenant sans transition à Montpellier. Dans la séance solennelle de rentrée des facultés de cette ville, il y a eu un petit scandale, comme à la Faculté de médecine de Paris. C'est le recteur même de l'Académie qui a offert au public universitaire ce régal inusité. L'orateur, étant un mathématicien, a jugé à propos de persiffler les médecins, ses collègues, tous présens et revêtus de leurs simarres, sur la vanité de leur prétendue science; il les a même, dit-on, passés tous individuellement en revue dans une série de portraits peu flatteurs. D'après nos renseignemens, il paraîtrait que ce discours a surpassé en inconvenance celui même dont la Faculté de Paris n'a pas autorisé la publication, ce qui nous semble fort difficile. Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons que déplorer ces écarts et souhaiter que les corps respectables, dont ils compromettent la dignité et l'autorité morale, prennent à l'avenir des mesures efficaces, pour en empêcher la répétition; et nous n'ajouterons rien de plus sur ce sujet, car trop parler du scandale, c'est le renouveler.

A Paris, un incident de la dernière importance vient d'éveiller l'attention du public médical tout entier. Nous voulons parler de la suppression des autopsies des sujets réclamés, ordonnée par le conseil général des hôpitaux. Cette mesure, contre laquelle nous protestons hautement, avec la presse médicale tout entière, a été provoquée cependant, il faut le dire, par des motifs assez graves. Des plaintes sur les mutilations inutiles, opérées sur des sujets réclamés par leurs familles, étaient parvenues au procureur du roi. C'est donc par le parquet que le conseil des hôpitaux a été saisi de l'affaire, et cette circonstance peut servir à expliquer, sinon à justifier, la rigueur de la décision. On a lieu d'espérer cependant que ce conseil éclairé modifiera sa résolution, et que, mieux informé, il saura concilier les respectables scrupules des familles avec les besoins de la science. Déjà l'interdiction des dissections dans les hôpitaux avait satisfait à un vœu de l'opinion publique; et cette interdiction même impliquait que, dans l'ouverture des corps, on devait se borner aux seules opérations rigoureusement indispensables pour l'examen nécroscopique. Or, une simple autopsie, faite avec les précautions convenables, n'entraîne, dans le plus grand nombre des cas, que des dégradations dont la trace peut être aisément déguisée. On a aussi rapporté inexactement les démarches de l'honorable M. Orfila. Ce n'est pas seulement pour les professeurs de clinique de la Faculté, que le doyen a réclamé le droit de faire des autopsies, mais bien pour tous les médecins d'hôpitaux, dont les visites sont suivies par des élèves qui s'exercent sous leurs yeux et sous leur direction officieuse à l'observation clinique; c'est-à-dire à peu près tous les chefs de service des hôpitaux de Paris. M. Orfila, n'ayant pu obtenir cette restriction, qui aurait complètement détruit les inconvéniens de la mesure, a donné immédiatement sa démission de membre du conseil. Il ne pourra et ne voudra certainement y rentrer qu'à la suite d'une transaction favorable à l'intérêt de la science.

Il se produit en ce moment dans la profession médicale un phénomène extrêmement remarquable, c'est la diminution marquée du nombre des réceptions

permettez-vous, Monsieur, de le défendre quelque peu dans sa vie morale? Ici encore, je ne peux admettre vos opinions sans réserve.

Généreux comme tout ce qui est grand, sévère comme tout ce qui est jeune, votre indignation, Monsieur, n'a pu se contenir à la seule pensée d'un médecin fuyant devant une épidémie. Comme les bras de la Providence, les bras du médecin doivent toujours s'ouvrir devant l'humanité qui souffre. Il ne faudrait cependant pas trop se hâter de faire peser sur la mémoire du médecin de Pergame un aussi sanglant reproche. Nous sommes bien loin de l'époque à laquelle vivait Galien. Alors, comme de nos jours, les passions mauvaises agitaient les esprits et provoquaient des actions perverses. Galien se trouvait placé haut dans l'estime et dans l'affection de ses contemporains. Il jouissait de la confiance et de la considération des grands et des riches; il était le médecin assidu et l'ami particulier des empereurs Lucius Verus et Marc Anrèle; il avait à un très haut degré ce qui se rencontre si souvent dans les hommes doués de qualités éminentes: il ne savait pas se faire pardonner sa supériorité. Il n'en fallait pas tant pour exciter contre lui la jalousie et les animosités des médecins. Cette fuite aux approches de la peste a été passée sous silence, contestée, niée, par plusieurs historiens. Le père Labbe, dans son éloge chronologique de Galien, où il s'est attaché à suivre en quelque sorte, année par année, toutes les actions de notre illustre médecin, prouve que Galien a déserté Rome à trois reprises différentes, lassé, épouvanté par les persécutions et les menaces de ses rivaux.

André Lacuna, de Ségovie, qui a laissé un abrégé assez estimable des ŒUVRES DE GALIEN, et une vie non moins estimée de cette haute illustration, conteste l'anecdote. Il se retira, dit-il, à Pergame: *Partim ut suos necessarios inviserat, partim ut Romanorum medicorum declinaret odia et insidias.* Elle a été longuement niée presque de nos jours par l'auteur de l'article *Galien*, dans l'ENCYCLOPÉDIE par ordre de matières.

Cuvier s'exprime ainsi sur ce sujet: « Persécuté par les médecins envieux de son talent, il fut obligé de quitter Rome au moment où une épidémie venait d'y éclater. Son départ, dans cette circonstance, l'a fait taxer de lâcheté fort injustement. »

C'est à peu près dans les mêmes termes que notre René Chartier a écrit très au long cette partie de la vie de Galien.

Je termine ici ma lettre, nécessairement faite à la hâte. En matière de sciences, et avec des hommes tels que vous, Monsieur, la différence d'opinions n'exclut pas la communauté de sentimens. Si donc, dans cette circonstance, vous êtes tenté de me contester la justesse d'esprit, ne me refusez pas du moins la justice du cœur.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE DE BORDEAUX.

Les cahiers d'août et septembre contiennent les articles originaux suivans: 1° *Observations sur les eaux sulfureuses des Pyrénées*; par M. Gintrac. 2° *Observations d'apoplexie*; par M. E. Dégranges. 3° *Constitution médicale du mois de juillet 1840 au mois de juin 1841*; par M. Burguet.

OBSERVATIONS SUR LES EAUX SULFUREUSES DES PYRÉNÉES; par le docteur GINTRAC.

L'auteur a profité d'un voyage qu'il faisait dans les Pyrénées pour faire lui-même l'application, aux eaux sulfureuses de cette contrée, du procédé indiqué par M. Dupasquier, professeur de chimie à l'Ecole de médecine de Lyon, pour reconnaître la dose exacte de l'acide sulfhydrique libre et combinée d'une eau sulfureuse quelconque; procédé qu'il dit être aussi ingénieux que simple, aussi expéditif que sûr, et qui repose sur les propriétés de l'iode. L'iode, en effet, dès son contact avec cet acide, le décompose; et si, préalablement, on avait ajouté à l'eau qu'on désire analyser une solution d'amidon, celui-ci ne commence à se colorer en bleu que lorsque le sulfure a été complètement saturé. Dès-lors, on juge avec la dernière rigueur de la quantité de sulfure existant dans l'eau, par celle de l'iode qui a servi à le détruire. En arrivant à Bagnères de Luchon, se défiant de son peu d'habitude, il fit part à M. le docteur Fontan de ses essais et des chiffres qu'il avait déjà obtenus, et apprit avec plaisir que cet observateur, en usant du même procédé, était arrivé, à l'aide du sulfhydromètre, à des résultats qui, en général, ne différaient des siens que par des milligrammes ou même des fractions de milligramme. Ayant alors examiné les eaux de Luchon, chacun suivant le mode qu'ils avaient adopté, ils obtinrent des produits tellement rapprochés, qu'il était difficile de douter de leur exactitude. Ce sont les résultats les plus importans de ces nombreuses expériences que M. Gintrac a réunis dans un tableau qui indique pour chaque source le degré de température, et la dose des principes sulfureux. Nous ne pouvons reproduire ces différentes données qui, en général, sont assez d'accord avec les propriétés et l'énergie attribuées aux différentes eaux; mais qui en diffèrent aussi assez souvent pour appeler l'attention de ceux qui se livrent à l'étude des eaux minérales.

OBSERVATIONS D'APOPLEXIE CÉRÉBRALE; par le docteur DÉGRANGES.

Cinq cas d'apoplexie cérébrale, et tous terminés par la mort, sont rapportés dans cette communication avec des réflexions qui ajoutent encore à l'intérêt primitif de ces faits que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, même d'une manière abrégée, en raison des détails que l'on ne pourrait omettre sans faire disparaître la plus grande partie de cet intérêt. Nous nous bornerons donc à dire que dans trois de ces observations l'apoplexie a paru n'être que consécutive à une altération antérieure, à un ramollissement de la pulpe cérébrale au milieu ou aux alentours de laquelle l'hémorragie s'était produite. Notons encore que deux de ces cas ont été observés, l'un chez un enfant de 15 à 16 ans, et l'autre chez un de 4 ans seulement, et que chez ce dernier la paralysie eut lieu du côté droit, du même côté où se trouvait dans le lobe postérieur du cerveau un caillot sanguin du volume d'un noyau de cerise, et entouré d'une portion de pulpe ramollie, tandis qu'il n'y avait rien d'anormal à gauche. Les ventricules cérébraux contenaient environ 16 grammes de sérosité, et on observait sur les côtés supérieur et postérieur de la faux du cerveau plusieurs plaques d'une substance gélatineuse de couleur jaunâtre et parfaitement semblables aux fausses membranes qui se développent dans les pleurésies aiguës. Le dernier cas enfin offre l'exemple d'un de ces kystes qui succèdent à l'apoplexie cérébrale et lui servent de terminaison. L'au

---

au doctorat et du nombre des inscriptions. Nous n'en connaissons pas encore le chiffre exact; mais la différence est considérable. On sera tenté d'attribuer le fait à l'institution des écoles secondaires; mais si on réfléchit que la diminution porte spécialement sur les inscriptions de troisième et quatrième année, et sur les réceptions de docteurs, on sera conduit à en chercher la cause ailleurs. Cette cause est double; c'est, d'une part, l'encombrement produit par une accumulation irréfléchie et excessive des médecins qui rend si précaire la condition de ceux qui seraient tentés d'entrer dans la même carrière, et d'autre part la sévérité apportée dans les examens et la rigueur des conditions imposées aux prétendans. Ainsi on a la preuve positive qu'une assez forte proportion d'élèves en médecine reflue maintenant, au bout d'un ou deux ans de lutte, vers l'industrie et les autres carrières. Ce résultat est de tout point satisfaisant. Il tend à mettre l'exercice de la médecine dans moins de mains et dans des mains de plus en plus dignes. La profession, l'art, la science et l'humanité n'ont qu'à y gagner.

C'est avec le même sentiment de satisfaction que nous devons accueillir la mesure récente qui confère aux médecins vétérinaires des armées le grade d'officier. La médecine vétérinaire s'étant de nos jours élevée au rang d'une science, et la pratique de l'art vétérinaire supposant dans ceux qui l'exercent de fortes études et un haut développement de l'intelligence et de la raison, la condition de ceux qui s'y dévouent devait aussi s'élever. La choquante anomalie qui laissait tant d'hommes distingués par leurs connaissances dans les rangs les plus bas de la hiérarchie des professions, vient de disparaître. C'est une nouvelle conquête de la science sur les préjugés.

On nous fait aussi espérer une conquête plus brillante encore. Il ne s'agit de rien moins que de nous faire entrer à la chambre des pairs. Il est vrai que nous avons été trop souvent désappointés en ce genre pour nous livrer à des réjouissances prématurées.

Toutes ces belles perspectives, qui semblent s'ouvrir devant nous au début de cet an de grâce 1842, n'approchent pas pourtant du magnifique avenir que nous promet un de nos confrères, moyennant une petite réforme qu'il propose. Il s'agirait tout simplement d'établir dans tout le corps médical un roulement continuel par suite duquel chaque médecin passerait successivement par toutes les fonctions honorifiques et autres; chacun de nous, vous, moi et les autres nous serions tour à tour membres de l'Académie de médecine, membres de l'Institut, médecins du roi, médecins des hôpitaux, des armées, de la marine, des établissemens publics, professeurs aux facultés et autres écoles, membres des conseils de santé, des hôpitaux, etc., etc., etc.... Cette vaste conception est, comme vous voyez, radicalement démocratique. Elle réaliserait le mouvement perpétuel. L'exécution offrirait peut-être quelques difficultés; mais l'idée n'a pu néanmoins partir que d'un esprit transcendant. Ce qu'il y a de sûr, c'est que cette innocente utopie n'est pas de nature à brouiller l'auteur avec le procureur du roi; et, sans avoir l'honneur de le connaître, nous le tenons pour très galant homme.

On nous raconte à l'instant une petite anecdote fraîchement arrivée de province. La veuve d'un médecin de campagne, à laquelle le défunt, comme il est aisé de le prévoir, n'avait laissé pour tout héritage qu'une clientèle dont elle ne pouvait naturellement rien faire par elle-même, ni transmettre à d'autres, puisqu'elle était devenue de fait la propriété du premier occupant, a, de concert avec

taque chez le sujet de ce cas remontait à vingt-cinq ans, et pendant tout ce temps il y avait eu paralysie complète de tout le côté du corps opposé à celui où était l'altération. Il y avait dans l'intérieur de ce kyste des vaisseaux sanguins assez nombreux, et qui s'entrecroisaient en plusieurs sens.

II. BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX.

Les numéros de juillet, août, septembre, octobre et novembre contiennent les travaux suivans : 1° *Herniotomie ombilicale, coïncidant avec un étranglement interne, produit par un anneau cancéreux du colon*; par M. Bermond. (La hernie était constituée par un énorme pélotou, formé par l'accroissement des vésicules adipeuses comprises dans l'écartement des lames du ligament suspenseur du foie. Elle était restée irréductible depuis quatre jours qu'avaient commencé les accidens de l'étranglement. Cependant la tumeur était indolente. L'opération fut faite, mais elle ne rétablit pas le cours des matières, et l'on ne reconnut qu'à l'autopsie la nature de l'obstacle qui s'était opposé à leur cours.) 2° *Deux opérations non sanglantes, l'une de fistule à l'anus, l'autre d'une tumeur enkystée au sein*; par M. Chabrely. (La fistule à l'anus fut opérée par ligature; quant au kyste au sein, c'était un follicule sébacé, très dilaté, et dont on évacua le contenu avec une curette. La guérison eut lieu.) 3° *Mémoire et observations sur le diagnostic des luxations dites spontanées du fémur*; par M. E. Bermond. 4° *Mémoires de chirurgie expérimentale sur les luxations traumatiques du fémur*; par M. Fabbri. (Exposé sommaire du mémoire publié par M. Fabbri sur ce sujet; nous avons déjà rapporté avec détails (voy. GAZ. MÉD., 1841, n° 38) celles de ses idées qui nous ont paru dignes d'intérêt.) 5° *Études anatomo-pathologiques des phénomènes de l'encéphale*; par M. Alquié. 6° *Cas de suette observés à Bordeaux*; par M. de Mignot. 7° *Un mot sur la miliaire et les affections auxquelles elles ressemblent*; par M. Chabrely. 8° *Observation d'un véritable varus congénital chez une très jeune enfant*; par M. Chabrely. (L'enfant fut soumis, dès les premiers jours de sa naissance, à un traitement mécanique, dont il se trouvait bien après six mois d'une application non interrompue.) 9° *Étude anatomo-pathologique du délire*; par M. Alquié.

MÉMOIRE ET OBSERVATIONS SUR LE DIAGNOSTIC DES LUXATIONS DITES SPONTANÉES DU FÉMUR; par M. E. BERMOND.

C'est surtout au diagnostic des causes de la coxarthrocace que s'attache M. Bermond. Ainsi il cherche à établir qu'on peut souvent, d'après les caractères de la douleur, du gonflement, d'après les antécédens et l'ensemble de la constitution, reconnaître si la maladie est de nature scrofuleuse, rhumatismale, etc. Nous mentionnerons seulement ici, sans les juger pour le moment, les idées de l'auteur sur le mécanisme suivant lequel se produit le phénomène si remarquable et jusqu'à présent si mal expliqué de la douleur sympathique du genou dans les maladies de la hanche.

« De nombreuses questions adressées aux malades m'ont appris, dit M. Bermond, que, dans l'espèce rhumatismale, la douleur était transmise au genou par les tendons des muscles, qui, partis du bassin ou du fémur, vont s'implanter au genou. Ils indiquaient constamment, avec la précision d'un anatomiste, ou bien les tendons formant la patte d'oie sur le tibia, ou la corde tendineuse du troisième adducteur. Dans l'espèce scrofuleuse, c'était plutôt par l'organe médullaire que la douleur momentanée ou persistante était propagée, par continuité ou par sympathie, à l'articulation du genou; le patient ne manquait jamais de circonscrire toute la douleur aux condyles du fémur, de même qu'il désignait exclusivement la mortaise tibiale du conde-pied, si le genou était frappé d'arthrocace. Enfin, dans d'autres circonstances, l'irradiation de la douleur aux parties inférieures suivait la direction des cordons nerveux, depuis le grand trochanter jusqu'à la malléole externe, et se rattachait évidemment à une névrose. »

ÉTUDES ANATOMO-PATHOLOGIQUES DES PHÉNOMÈNES DE L'ENCÉPHALE; par le docteur ALQUIÉ.

Malgré les nombreuses recherches tentées de nos jours sur l'étude des troubles fonctionnels des phénomènes de l'encéphale, et sur les rapports de ces troubles avec les lésions organiques de cet appareil, on peut dire que la science est encore à faire sur ce point, malgré le nombre immense des matériaux qui ont été recueillis de toutes parts et malgré aussi les prétentions de la plupart de ceux qui se sont adonnés à ces recherches, et dont il suffit le plus souvent de rapprocher les résultats presque toujours contradictoires, pour faire sentir leur peu de fondement. M. Alquié, convaincu aussi de cette vérité, a voulu soumettre à un nouvel examen ces nombreux faits, déjà tant de fois avancés pour et contre toutes les hypothèses, avec l'intention *d'ignorer complètement* les opinions et les explications publiées par les auteurs. Nous ne savons pas s'il lui a été possible de remplir entièrement cette dernière condition qu'il s'imposait; mais nous convenons qu'il a dû rencontrer des difficultés de plus d'un genre et tenant au peu d'exactitude d'un grand nombre de faits consignés dans les annales scientifiques, à la multiplicité des lésions anatomiques en beaucoup d'entre eux, à l'esprit de système dont leur rédaction est parfois entachée, etc. Afin d'éviter avec plus de certitude l'influence non seulement des idées et des opinions des autres, mais de celles qui pouvaient lui être propres, il a commencé par déduire des corollaires particuliers de chaque section de faits concluans sur les lésions d'une seule partie cérébrale, et passant ensuite à l'étude d'un point tout à fait opposé; après ces premiers corollaires terminés, il a examiné chaque phénomène nerveux dans chaque section, pour en former des corollaires généraux. A l'exemple de Gall et de plusieurs autres anatomistes, il a exclu la moelle épinière de l'encéphale.

1re ÉTUDE. DE L'INTELLIGENCE. — Il n'est pas de partie du cerveau qui n'ait été désignée comme le siége de l'intelligence. Pour arriver à la solution de ce problème, M. Alquié préfère les faits aux raisonnemens, et se borne à l'examen de ceux que fournit la pathologie, et marche dans cette recherche par la voie d'exclusion, dans laquelle nous allons le suivre.

Les observations ne manquent pas pour démontrer que le centre ovale et les corps striés peuvent être le siége d'altérations graves, soit inflammatoires, soit hémorragiques, ou de tout autre nature, sans que l'intelligence éprouve de troubles notables. L'auteur apporte à l'appui une observation qui lui est propre, et dans laquelle une apoplexie dans le centre ovale et dans le corps strié du côté droit n'avait déterminé aucune altération de l'intelligence, puis plusieurs autres faits analogues empruntés à différentes collections, aux ouvrages de MM. Andral, Rostan, Abercrombie, Rochoux, et au cours de médecine clinique du professeur Le-

---

un médecin du pays, imaginé l'expédient suivant. Elle a déclaré, par acte public, avoir vendu à ce dit médecin un manuscrit du défunt dans lequel celui-ci avait consigné de précieuses notes sur le tempérament de chacun de ses cliens; l'acheteur de ce manuscrit imaginaire a, de son côté, donné acte de la remise entre ses mains des notes en question et payé le prix convenu. Cette transaction a eu, comme vous voyez, le double résultat d'assurer au médecin nouveau tous les cliens du défunt, de la vie desquels il était censé tenir tous les fils au moyen des mystérieuses paperasses, et la veuve a transformé en un capital effectif et réel l'héritage purement idéal de son mari. Ce tour d'adresse fait beaucoup d'honneur à la sagacité de l'un et de l'autre des contractans.

Nous prendrons maintenant congé de vous, très cher et honoré confrère, pour cette fin d'année. Nous vous prions seulement de nous continuer vos bons offices et de consentir, comme par le passé, à nous servir quelquefois d'interprète auprès du public médical. Pour aujourd'hui nous vous prions seulement d'annoncer à ceux de vos confrères de votre endroit et lieux circonvoisins que les abonnemens à la GAZETTE MÉDICALE se font toujours au même prix, et au même lieu, rue Racine, 14, et que les abonnés anciens et nouveaux y sont toujours accueillis avec un nouveau plaisir.

— M. le docteur Leroy d'Étiolles nous adresse la lettre suivante :

« Vous me demandez de vous faire le sacrifice de la lettre que je vous ai envoyée ce matin en réponse à celle de M. Civiale; ce sacrifice, si c'en est un, je vous l'accorde volontiers : je comprends qu'il soit fastidieux pour vos lecteurs de voir sans cesse remettre en question ce qui tant de fois a été jugé par l'Academie des sciences et par l'opinion; et moi aussi je suis fort ennuyé de ces querelles ; c'est pourquoi j'ai adopté ce mode peu scientifique, mais très péremptoire d'argumentation : *pariez ou taisez-vous*. La retraite de M. Civiale devant une proposition d'expériences comparatives dont une commission fixerait le nombre et les conditions, donne encore cette fois la mesure de la conviction qu'il apporte à ce débat. Quant au mot de *forfanterie* assez mal sonnant dans la bouche d'un homme qui bat en retraite, et aux autres expressions qui ont la prétention d'être offensantes, je suivrai le conseil de Tacite : *Spreta evanescunt, si irascaris agnita videntur.* »

— La BOTANIQUE A L'USAGE DES DAMES, et le NOUVEAU LANGAGE DES FLEURS, forment deux jolis et charmans volumes dont l'élégance typographique, le goût délicat et précis des figures répondent aux grâces du style et à la variété des notions scientifiques. La destination de ces deux ouvrages est suffisamment indiquée par leur titre. Leur lecture est tout à fait propre à occuper utilement et agréablement les innocens loisirs de la famille. Le premier offre, sous les formes les plus accessibles aux jeunes intelligences et les plus attrayantes, un tableau exact du règne végétal; le second décrit et explique toute la science symbolique des fleurs, dont les anciens peuples, et principalement les Orientaux, ont tiré tant de combinaisons ingénieuses et poétiques. Ils offrent l'un et l'autre aux jeunes personnes tout ce qu'on doit souhaiter d'un livre composé pour elles, d'utiles exercices pour leur esprit et d'intéressans tableaux pour leur imagination.

roux. Il est vrai que le choix et l'interprétation de ces faits exigent quelquefois un examen sérieux et une critique raisonnée des circonstances dans lesquelles ils ont été recueillis; ainsi des auteurs ont confondu le trouble de la mémoire, celui de la parole ou même du mouvement avec des troubles de l'intelligence, qui en diffèrent complètement. On peut également citer des cas où la lésion du centre ovale et des corps striés se lierait au trouble de l'intelligence; mais on y verra plusieurs lésions encéphaliques en des points différens. Aussi est-il rationnel de conclure avec l'auteur, sur ce premier point, que le corps strié et le centre ovale ne sont point le siége de l'intelligence.

La couche optique, soit du côté droit, soit du côté gauche, n'est pas également l'instrument de la pensée; car cette portion de l'encéphale a été fréquemment le siége d'altérations graves, sans que l'intelligence ait paru en souffrir, et dans les cas où cette dernière avait éprouvé quelque trouble grave, d'autres parties de l'encéphale avaient été lésées. Une observation, propre à l'auteur, d'apoplexie dans la couche optique gauche, avec conservation de l'intelligence, au moins pendant les deux premiers jours qui suivirent l'accident, est rapportée à l'appui de cette assertion, ainsi que plusieurs autres faits empruntés à Lapeyronie, à M. A. Petit, à Morgagni et à M. Rostan.

On sait combien est fréquent, dans certaines affections graves, le ramollissement de la voute et de la cloison cérébrales, et que les troubles de l'intelligence sont rarement en rapport avec cette lésion qui, comme celles d'une autre nature qu'on observe sur le même point du cerveau, paraît n'avoir qu'une influence éloignée sur la pensée.

Les lésions de la protubérance annulaire entraînent ordinairement une mort si prompte qu'il est difficile d'apprécier exactement la nature des symptômes et de distinguer ceux qui se lient aux fonctions intellectuelles; cependant l'auteur en cite deux cas, dont l'un a été rapporté par le professeur Gama, et l'autre par le docteur Carré (Gaz. Méd., 1833, p. 589), et dont les sujets conservèrent l'intelligence intacte pendant quelque temps. Ces faits auxquels il serait possible d'en réunir d'autres suffisent pour démontrer l'indépendance de la pensée dans les altérations du pont de varole.

Le même principe est également applicable au cervelet dont les altérations lorsqu'elles sont simples n'entraînent pas la perte ni même le trouble de l'intelligence.

Les altérations du bulbe rachidien sont en général promptement mortelles; dans un cas cependant, rapporté par le docteur Ulrich, où la maladie a duré longtemps, on a vu la voix s'éteindre, la vue s'affaiblir, la déglutition et la parole devenir difficiles, la paralysie des membres complète, et, malgré l'atteinte portée à un si grand nombre de fonctions, l'*intelligence rester libre*; ainsi le bulbe rachidien est le nœud de la vie physique, mais non de la vie intellectuelle.

Les circonvolutions cérébrales sont les dernières parties du cerveau aux lésions desquelles le docteur Alquié cherche à rattacher les troubles intellectuels. Il rapporte une observation qui lui est propre de *ramollissement chronique des circonvolutions cérébrales, avec altération croissante de l'intelligence*, où il y avait de nombreuses complications dans les autres parties du cerveau, mais où tout annonçait la priorité de l'altération des circonvolutions cérébrales. Or, dès le début de la maladie et dans les attaques successives, l'intelligence se trouva toujours la première et le plus fortement atteinte, et dans le rétablissement successif des autres fonctions, elle persistait dans son trouble et sa faiblesse. L'affaiblissement progressif de la pensée donna même l'éveil aux personnes attachées à cet homme et fit présager la suite fâcheuse de cette grave affection.

« Ayant déjà démontré, dit l'auteur, après avoir résumé cette observation, le peu d'influence de toutes les parties nerveuses sur la pensée, nous devons, dans ce dernier cas, rapporter le nouveau symptôme, le trouble intellectuel à la lésion anatomique nouvelle. Nous croyons pouvoir admettre, d'après ce fait, que l'intelligence a son organe dans les circonvolutions du cerveau. »

Mais cette conclusion était trop grave pour reposer sur un seul cas; aussi l'auteur renvoie-t-il à plusieurs autres rapportés dans différens recueils, et qu'il serait trop long d'indiquer ici.

Après ces observations cliniques, qui ne manquent pas d'intérêt, et où nous ne pouvons adresser à l'auteur qu'un seul reproche, celui d'avoir peut-être amoindri, nous ne dirons pas les troubles, mais l'affaiblissement de l'intelligence dans les altérations des parties de l'encéphale autres que les circonvolutions, il rappelle alors les opinions qui ont été émises à différentes époques sur ce point, depuis Erasistrate, qui plaçait le siége de l'intelligence à la surface du cerveau et dans les méninges, jusqu'à Galet, MM. Foville et Pinel-Grandchamp, qui soutiennent encore la même opinion.

M. Alquié, tout en admettant la localisation de la pensée dans les circonvolutions cérébrales, et en attribuant les troubles de l'intelligence aux lésions de cette portion de la masse encéphalique, ne se dissimule cependant pas la gravité d'une objection qui ressort même du résultat de ses recherches; et après s'être demandé pourquoi les lésions traumatiques de ces circonvolutions n'entraînent, dans la plupart des cas, des troubles dans l'intelligence qu'au bout d'un temps plus ou moins long, il est obligé d'admettre d'abord que c'est au travail désorganisateur qu'il faut attribuer le trouble de la pensée, et ensuite que l'intégrité de toutes les circonvolutions n'est pas indispensable à l'intelligence. Nous doutons que les phrénologistes admettent l'exactitude de l'assertion suivante. « La multiplicité des circonvolutions cérébrales est sans doute fort avantageuse à l'acte de la pensée, comme la multiplicité des lobules pulmonaires rénaux, hépatiques, etc., l'est à leurs fonctions respectives; mais chacune de ces portions organiques n'est pas absolument indispensable, étant de même nature; toutes agissent de la même manière, produisent les mêmes phénomènes, et, par conséquent, peuvent se suppléer et travailler pour deux, trois ou plus, suivant l'étendue de la désorganisation et l'importance de la fonction...... D'ailleurs, n'admettez pas que la pensée ait son organe dans les circonvolutions cérébrales, vous ne pouvez la refuser à la masse encéphalique; or, tous les jours on observe des destructions des diverses parties de ce centre nerveux, et, lorsqu'elles ne sont pas trop rapidement fatales, ces fonctions, d'abord suspendues et jugées perdues, reviennent peu à peu et finissent par jouir de leur activité première. Quelle que soit votre opinion touchant le siége de l'intelligence, vous serez bien obligé de reconnaître pour l'encéphale la même loi qui préside à la vie de tous les organes de l'économie. La nature est simple dans ses causes et multiple dans ses effets. »

L'analogie qu'invoque ici M. Alquié est loin d'être exacte; car s'il y a un rapport appréciable entre le poumon, le foie, etc., et les fonctions dont ces organes sont chargés, il n'y en a pas de saisissable entre le cerveau et la pensée. Tout ce qu'il est permis d'affirmer, dans l'état actuel de la science, c'est que la masse encéphalique est indispensable pour les phénomènes intellectuels; et si les observations de M. Alquié sont confirmées, que ces phénomènes se lient surtout à l'existence de la partie superficielle ou corticale de cette masse. Hors de là, tout n'est qu'hypothèse et ne peut être donné comme démontré.

Nous avons oublié d'indiquer que l'auteur regarde les circonvolutions seulement de la convexité comme le siége de l'intelligence. « Nous sommes forcés d'admettre, dit-il, que les circonvolutions de la base du cerveau servent peu à l'acte de l'intelligence. La nature a-t-elle voulu se ménager une ressource en disposant à la base de l'encéphale des organes supplémentaires pour la pensée? »

2e Etude. Etude anatomo-pathologique du délire. — Le délire n'étant qu'un trouble de l'intelligence, l'auteur devait conclure, *à priori*, en partant du travail précédent, que le délire avait son siége dans les circonvolutions cérébrales. Et, en effet, il trouve, après avoir analysé six observations dans lesquelles il y a eu du délire, bien que l'intelligence eût été conservée, que c'est à une altération de la couche corticale du cerveau que l'on doit attribuer la lésion qui produit le délire. Les conclusions suivantes, par lesquelles il termine son travail, feront suffisamment connaître les principes auxquels cette étude l'a conduit:

1° Le délire se lie à une lésion non désorganisatrice des circonvolutions du cerveau; la méningite correspondante n'est pas nécessaire.

2° Le délire ne traduit pas ordinairement la méningite ou la lésion de la base du cerveau.

3° Le délire ne caractérise pas la lésion des ventricules, du centre ovale, du cervelet, ni de la protubérance.

4° Quand il y a plusieurs lésions de l'encéphale, le délire doit être rapporté à celle de la convexité cérébrale.

CAS DE SUETTE OBSERVÉS A BORDEAUX; par M. PAUL DE MIGNOT.

UN MOT SUR LA MILIAIRE ET LES AFFECTIONS AUXQUELLES ELLE RESSEMBLE; par le docteur CHABRELY.

Il résulte de ces deux communications, que, pendant que la suette occasionait des craintes sérieuses à Périgueux, et que plusieurs des médecins de Bordeaux se disposaient à aller secourir les populations voisines que le fléau frappait, la ville de Bordeaux éprouvait un commencement d'invasion des mêmes accidens pathologiques, bien qu'à un degré d'intensité beaucoup moins prononcé; car, dit l'un d'eux, la suette de Bordeaux a été jusqu'ici parfaitement innocente; mais cette innocuité d'une affection commençante, lorsque sur d'autres points elle faisait de nombreuses victimes, devait rassurer les praticiens qui observaient ces premiers cas. Ce n'est pas ainsi que débute une affection épidémique qui doit être grave; les premiers coups qu'elle frappe sont ordinairement les plus violens. Et ce début sous une forme bénigne indiquait que la cause de l'épidémie ne trouvait pas à Bordeaux les élémens qui, dans d'autres circonstances, ac-

tivent sa marche et lui impriment un cachet redoutable. Les premiers cas se montrèrent à Bordeaux sous forme de miliaire légère qui furent probablement confondus avec d'autres affections légères, et qui compliquèrent souvent, comme au reste on le voit ordinairement, d'autres fièvres exanthémateuses qui régnaient en même temps, la rougeole, la scarlatine, et se terminèrent fréquemment par la suette, qui était également très bénigne. Dans deux cas qui offrent quelque gravité, M. Paul de Mignot retira beaucoup d'avantage de l'emploi du sulfate de quinine, ce qui confirme les résultats avancés par plusieurs médecins de Bordeaux dans le traitement de la suette épidémique, MM. Boisseuil, Bouchard et Mabit fils, qui ont constaté, sur le foyer de l'épidémie, que le quinquina est le meilleur remède à opposer à la suette maligne.

III. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Les numéros 77, 78 et 79 de l'année 1841 renferment les articles suivans : 1° *Observations d'angines sous-glottiques*; par M. Marcel. 2° *Relation d'une épidémie de bronchite capillaire, observée à l'Hôtel-Dieu de Nantes en* 1840-41; par MM. Mahot, Bonamy, Marcé et Malherbe. 3° *Nouvel appareil pour les fractures*; par M. Grenier. (Cet appareil, destiné particulièrement au membre inférieur, est une gouttière en zinc et coudée; elle lie ensemble la jambe et la cuisse et maintient ces deux parties dans la demi-flexion, l'une sur l'autre.) 4° *Rapport sur les voies et moyens propres à réprimer le charlatanisme médical et pharmaceutique*; lu par M. Sallion. 5° *Extrait d'un mémoire sur les causes de quelques épidémies observées dans l'armée française*; par M. de Beaunez. 6° *Études d'oculistique*; par M. Guépin.

OBSERVATIONS D'ANGINES SOUS-GLOTTIQUES; par M. MARCÉ, D. M.

L'angine sous-glottique est un accident qui survient assez fréquemment dans le cours de différentes affections graves pour mériter de fixer l'attention d'une manière spéciale. Sa fréquence chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, surtout vers l'époque où ils vont entrer en convalescence, est connue, car il y a peu d'ouvrages publiés sur cette grave affection qui n'offrent quelque exemple de l'angine sous-glottique, survenue comme complication. Quatre cas de ce genre sont rapportés ici par M. Marcé, sans en compter plusieurs autres qui sont seulement indiqués; puis, nous trouvons une cinquième observation recueillie dans d'autres circonstances, c'est-à-dire à la suite d'une dysenterie et d'une rougeole. Nous allons analyser cette dernière avant de suivre l'auteur dans les considérations générales qu'il présente à l'occasion de ce groupe d'observations.

LARYNGITE SOUS-GLOTTIQUE; DYSENTERIE, RUBÉOLE, ÉPANCHEMENT DE SÉROSITÉ, TROUBLE DANS LE PÉRICARDE ET LA PLÈVRE GAUCHE; MORT.

Obs. — Un militaire, âgé de 24 ans, très amaigri, passant par Nantes avec un congé de convalescence, entre à l'Hôtel-Dieu, le 9 mars 1841, ayant la face, les lèvres, les mains et même les poignets violacés jusqu'à la cyanose ; la voix faible, enrouée, insuffisante, et une dyspnée dont il n'avait pas la conscience. Il n'apprit rien sur sa maladie antérieure, et le lendemain offrit une rougeole qui couvrait tout le corps de taches violacées, lenticulaires, et datant déjà de quatre ou cinq jours. Depuis trois semaines, il avait une diarrhée sans colique et qui n'avait pas discontinué. Jusqu'au 16 l'éruption disparaît, mais la diarrhée persiste; quand ce jour-là le malade éprouve une vive douleur en dehors du sein gauche, avec obscurité de la respiration dans ce côté et toux. (Large vésicatoire sur le point douloureux.)

Les 18, 19 et 20, les bronches, la trachée s'engouent de mucosités qui ne sont expectorées qu'avec beaucoup de peine. Diminution de la diarrhée, tout le corps est couvert d'une couche furfuracée.

Du 21 au 27, les mêmes symptômes persistent. Toux avec difficulté d'expectoration, fièvre, affaiblissement progressif du malade et de toutes les fonctions; augmentation de la cyanose; toujours enrouement de la voix, puis aphonie de plus en plus marquée.

Mort le 28 mars.

Autopsie. — Larynx. A l'extrémité supérieure de chaque corde vocale se remarquent deux taches arrondies, larges comme une pièce de 25 centimes, et offrant chacune, vers son centre, une ouverture de 5 millimètres, qui communiquait, de chaque côté avec un kyste au fond duquel s'apercevait la surface articulaire cricoïdienne, privée, comme celle qui lui correspondait, de synoviale, de périchondre, et un peu frappée de nécrose. Chacun de ces kystes aurait pu tenir une noisette; ils étaient parfaitement isolés, occupaient le même emplacement et étaient tapissés à l'intérieur d'une couche pseudo-membraneuse, grisâtre, friable, légèrement imprégnée de pus.

Dans le reste de leur étendue, les cordes vocales étaient saines, mais évidemment plus flasques que dans l'état normal.

Le péricarde contenait un verre de sérosité citrine, et des plaques blanches vers la base du cœur. La plèvre gauche présentait des fausses membranes saillantes, très dures. Le poumon gauche infiltré d'une sérosité spumeuse présentait dans son lobe supérieur un abcès gros comme un œuf, entouré d'induration rouge et de bronches injectées de pus.

Le péritoine était mouillé d'un suintement puriforme vers les parties déclives.

Le colon est parsemé d'ulcérations arrondies, de divers diamètres, dont quelques-unes sont presque perforantes et furent probablement la cause de la péritonite.

Rate. Un peu ramollie et triple de volume.

Il doit, après la lecture de cette observation, rester quelques doutes sur la nature de l'affection pour laquelle ce militaire avait reçu son congé de convalescence; nous regrettons même que l'auteur n'ait pas, dans l'autopsie, décrit l'état des glandes de Peyer, ce qui nous aurait peut-être fait connaître que cette maladie n'était autre qu'une fièvre typhoïde; mais les symptômes pendant la vie sont les mêmes que dans les cas où la fièvre typhoïde avait précédé la laryngite sous glottique: un enrouement continuel, de la discordance dans la voix qui se composait de la succession d'un mélange de sons aigus et graves, enfin de l'aphonie, jamais d'accès de suffocation. Voici quelques-unes des conclusions que l'auteur croit pouvoir tirer de ces faits, et qui paraissent devoir jeter quelque jour sur l'histoire générale de cette affection.

1° On l'a toujours rencontrée au milieu de circonstances morbides qui avaient dû porter une atteinte plus ou moins profonde à l'économie tout entière; de sorte que tout en conservant son intérêt, son danger, son individualité, comme affection lente et circonscrite, la laryngite sous-glottique pourrait bien n'être que l'expression formidable d'une diathèse morbide, profondément établie, et particulièrement de la diathèse purulente.

2° La laryngite sous-glottique, qui se développe dans le cours des maladies graves, a probablement pour cause première une maladie organique du larynx; car sur cinq sujets qui en ont été atteints, il est constaté que trois avaient habituellement la voix enrouée ou plus ou moins altérée dans son timbre.

3° Il résulte des autopsies qui ont été faites que la laryngite peut affecter deux formes anatomiques bien tranchées, la forme ulcéreuse et la forme phlegmoneuse. Dans la première, l'inflammation a pour point de départ la muqueuse, et se propage progressivement à travers le tissu sous-muqueux, jusqu'aux cartilages et articulations du larynx. Dans la seconde forme, le pus se développe au milieu des tissus sous-muqueux, et la phlegmasie marche du centre à la circonférence.

4° Certains cas d'aphonie, de raucité de la voix, survenant subitement au milieu d'une maladie grave, typhoïde ou éruptive et pouvant être rapportés à une irritation commençante des régions crico-arythénoïdiennes ont disparu ou notablement diminué sous l'influence d'applications réitérées de vésicatoires an-devant du cou.

ÉTUDES D'OCULISTIQUE; par M. GUÉPIN.

NOUVELLE OPÉRATION POUR LA PUPILLE ARTIFICIELLE.

Nous saisissons l'occasion que nous offre le compte-rendu de M. Guépin sur les observations ophthalmologiques du second semestre de 1840, pour faire connaître à nos lecteurs un procédé nouveau que ce chirurgien a imaginé pour l'opération de la pupille artificielle, ou plutôt pour remplacer cette opération. Voici la description de ce procédé, que son auteur appelle *distension permanente de la pupille*. Le but qu'il se propose est, dans les cas où la cornée n'est point opaque en totalité, de faire que l'ouverture pupillaire soit amenée à correspondre à la partie de cette membrane, qui a conservé sa transparence.

Le malade étant placé comme pour l'opération de la cataracte, le chirurgien plonge un bistouri, ou petit couteau à lame très étroite et concave, dans la partie transparente de la cornée, à sa jonction avec la sclérotique; puis il le fait sortir à 5 millimètres de son entrée, sur un autre point de la cornée, et il pratique par suite une incision qui réunit les deux ouvertures. Cette incision n'est pas toujours facile; si l'état de l'œil le permet, on la pratique de préférence à la partie inférieure, afin d'utiliser la pression des liquides sur l'iris, comme moyen de faciliter le succès de l'opération.

L'incision seule peut suffire quelquefois, si l'on agit sur la partie inférieure de la cornée, pour obtenir une hernie de l'iris. Dans tous les autres cas, il est nécessaire d'y joindre l'excision d'un petit lambeau. Cette seconde partie de l'opération peut se pratiquer avec un couteau, des ciseaux ou l'emporte-pièce. Ce dernier instrument doit être préféré. Pour s'en servir, on engage sous la cornée la lame plate de cet instrument, qu'on tient dans la main comme des ciseaux avec le pouce et l'index, et l'on rapproche les deux branches. Cette section doit être faite de la circonférence au centre de l'iris, si l'on a bien réussi à pratiquer son incision sur la circonférence même de la cornée. Dans le cas contraire, il faudrait faire éprouver une perte de substance à la partie de la cornée comprise entre les deux points extrêmes de l'incision et la circonférence de cet organe; en d'autres termes, au segment du triangle sphérique

compris entre la circonférence de la cornée et l'incision pratiquée avec le couteau.

L'incision de 5 millimètres terminée, une petite portion de la cornée enlevée avec l'emporte-pièce, il se produit une hernie de l'iris dans l'ouverture béante de la cornée. Si cette hernie n'a pas lieu, on la détermine en beurrant la paupière supérieure avec de l'extrait de belladone.

Une fois la hernie déterminée, elle se maintient par les moyens qui l'ont produite. Quelques cautérisations, adroitement faites vers le troisième ou le quatrième jour, avec le nitrate d'argent, et répétées ensuite de temps à autre, suffisent et amènent une inflammation légère qui établit les adhérences nécessaires pour maintenir la pupille dans sa distension forcée.

Tel est le procédé opératoire de M. Guépin. Quant aux résultats obtenus, il dit que, sur 14 cas où il a agi d'après ces règles, 13 malades ont recouvré la vue.

L'opération dont nous venons de décrire les temps successifs est non seulement nouvelle et ingénieuse, mais elle nous semble en outre posséder à un très haut degré le mérite de l'utilité, et c'est ce qu'il serait facile de prouver par des considérations variées d'anatomie et de physiologie, si l'expérience ne s'était déjà chargée d'administrer la preuve la plus irrécusable de son efficacité. Substituer la pupille naturelle avec sa structure et ses fonctions à ces ouvertures informes, le plus souvent immobiles et tendant constamment à s'oblitérer, qui sont le résultat des méthodes ordinaires; remplacer par des moyens aussi simples que prompts les manœuvres délicates et irritantes par lesquelles on est obligé d'aller saisir l'iris au centre du globe oculaire, voilà des avantages théoriques qui ne paraîtraient douteux à personne, si cette opération avait besoin d'arguments de ce genre. Tout le monde comprendra également en quoi elle diffère des procédés *par enclavement*, qu'on a voulu à tort lui assimiler, et qui s'exécutent dans les autres méthodes en fixant au dehors le lambeau décollé de l'iris. Il est seulement fâcheux que les cas d'application du procédé de M. Guépin ne soient pas plus nombreux; car il ne s'adresse évidemment qu'aux cécités par opacité de la cornée, et non à celles où l'obstacle vient d'un resserrement ou d'une oblitération de la pupille. Disons même en passant que ce second ordre de causes étant ordinairement le résultat d'une phlegmasie chronique, l'opération de pupille artificielle qui est destinée à y remédier présente beaucoup moins de chances de réussite, puisqu'elle expose à réveiller l'inflammation assoupie. Or, c'est une circonstance tout à fait en faveur de l'opération de M. Guépin, que d'être, de sa nature, justement inapplicable aux cas qui sont les plus graves et les plus rebelles. Pour bien apprécier sa valeur, comparativement à celle des anciennes méthodes, il est donc nécessaire de prendre en considération la position avantageuse où elle se place par rapport à celles-ci, en choisissant ainsi ses cas d'application parmi les plus favorables.

Nous nous sommes aussi demandé si, en cas de besoin, il serait possible, dans cette méthode, de distendre l'iris jusqu'au point d'amener l'ouverture pupillaire à correspondre à la circonférence même de la cornée? S'il n'en était pas ainsi, les malades dont la cornée n'est plus transparente qu'à son bord même ne trouveraient pas dans l'opération de M. Guépin un remède, pour le rétablissement de la vision, aussi sûr que dans les procédés de pupille artificielle où l'on décolle le grand cercle de l'iris; et il serait alors préférable de recourir à ceux-ci, car le passage qu'ils fraient aux rayons visuels serait plus avantageusement situé, puisqu'il serait plus près du point de la cornée resté seul diaphane.

M. Guépin fait observer en terminant que la myotomie oculaire récemment proposée par MM. F. Cunier et Pétrequin (V. Gaz. Méd., n. 37) comme moyen de remplacer l'opération de la pupille artificielle, pourrait être pratiquée en même temps que la distension permanente de la pupille. Ce serait un moyen d'en doubler les heureux effets, en déplaçant à la fois, pour les amener sur le passage de la lumière, et la pupille et le globe oculaire lui-même.

IV. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DÉPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE.

Le second trimestre de 1841 comprend : 1° *Observation de morsure de vipère*; par M. Hulin Origet. (Les accidens out été assez graves, mais cependant le malade a complètement guéri.) 2° *Mémoire sur l'eclampsie des femmes enceintes, et extirpation de tumeurs fibreuses et cancéreuses, suivie de mort instantanée*; par M. Godemer. 3° *Anus artificiels*; par M. Trotter. (Rien de nouveau.)

EXTIRPATION DE TUMEURS FIBREUSES ET CANCÉREUSES, SUIVIE DE MORT INSTANTANÉE; par M. GODEMER.

Rapportons d'abord les trois observations qui sont propres à l'auteur :

Obs. I. — Pierre Thuan me consulta le 3 février 1837, pour une tumeur volumineuse située à la partie latérale droite et inférieure du col. Cette tumeur me parut de nature cellulo-fibreuse. Le 15 du même mois, je pratiquai l'extirpation, assisté de deux confrères. Incision cruciale, dissection facile des lambeaux. *La tumeur fut soulevée plusieurs fois, tantôt à droite, tantôt à gauche, de manière à faciliter la section du tissu cellulaire*; tout à coup l'on entendit un sifflement prolongé; le malade fut pris d'un tremblement général et il mourut.

Obs. II. — Madame Morel portait à la partie postérieure latérale droite du cou une petite tumeur, qui, peu à peu avait pris un développement considérable, elle était inégale, raboteuse, répandait une matière ichoreuse, et était le siége de douleurs lancinantes. Je procédai à l'extirpation le 21 juin 1838, de la manière suivante : incision circulaire, *tiraillement tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et cela pour aider la section du tissu cellulaire sous-jacent.* Au moment où la tumeur se sépara des parties auxquelles elle adhérait intimement, un bruit semblable à celui que produit la rentrée de l'air dans un récipient dans lequel on a fait le vide, se fit entendre; madame Morel poussa un cri perçant et mourut.

Obs. III. — Mathurine Raucard portait au col une tumeur cancéreuse, s'étendant depuis la clavicule jusqu'à la sixième côte, et depuis le creux de l'aisselle jusqu'à l'insertion de la deuxième côte avec le sternum. L'opération fut faite le 8 février 1838; elle ne présenta rien de remarquable et dura six minutes deux secondes. Au moment où j'allais déposer la tumeur sur une table, Mathurine Rancard poussa un profond soupir et mourut.

L'autopsie a fait reconnaître chez ces trois sujets des lésions identiques. Sur tous, on a trouvé les vaisseaux remplis de sang; à l'ouverture de ces vaisseaux, il s'échappait des bulles d'air mêlées de sang. Le cœur était distendu par une grande quantité d'air; les cavités du cœur étaient saines. L'appareil respiratoire ne présentait aucune lésion. Les membranes du cerveau étaient sans injection; le tissu de l'encéphale ferme, non injecté.

Malgré l'omission de certains détails qu'il eût été important de connaître, tels que la délimitation précise de la tumeur, la situation du malade pendant l'opération, etc., les deux premières observations sont certainement, et la troisième très probablement, un exemple de mort due à l'introduction de l'air dans les veines; les circonstances de l'observation et les résultats de l'autopsie mettent ce fait hors de doute. Du reste, l'auteur le reconnaît, et dit même que, depuis ces trois accidens, il a modifié son procédé opératoire pour l'ablation de ces tumeurs, et évite de leur imprimer la moindre secousse pendant la dissection.

M. Godemer dit encore que tous les moyens connus pour remédier à la syncope et à l'asphyxie furent employés simultanément, mais sans succès, dans les cas ci-dessus; et il énumère l'introduction de la fumée de tabac dans le rectum et les fosses nasales, l'irritation de la membrane pituitaire, les frictions sèches ou avec l'ammoniaque, l'instillation de quelques gouttes d'éther dans la bouche, le renouvellement de l'air, l'insufflation pulmonaire. Nous serions fâchés qu'on pût nous supposer l'intention de renouveler, par une critique intempestive, les regrets que ces événemens malheureux ont dû causer à M. Godemer; mais la bonne foi avec laquelle il les a rapportés, et l'utilité dont ces notions pourront être pour ceux qui les ignorent nous font un devoir de rappeler ici qu'il existe contre cet accident des moyens préventifs et des moyens curatifs spéciaux, bien différens des secours ordinaires et des prescriptions banales qu'on emploie en cas d'asphyxie. Bien que l'expérience ne se soit pas également prononcée à l'égard de toutes les pratiques qui ont été proposées, il est pourtant reconnu aujourd'hui que, lorsqu'on opère près du cœur, dans cette région que M. Amussat a si justement nommée *région périlleuse*, on doit aller lentement, sans imprimer à la tumeur de mouvemens alternatifs, sans éponger le sang; il faut encore faire comprimer, entre le cœur et la plaie, les veines principales, et recommander au malade de n'exécuter, autant que possible, que de faibles inspirations. Une fois l'introduction de l'air opérée, tout espoir n'est pas encore perdu. S'il n'en est entré qu'une petite quantité, fermez immédiatement la lumière du vaisseau avec le doigt, comme l'ont fait avec succès MM. Clémot (Lancette française, 1830, p. 24), Malgaigne (Gaz. Méd., 1836, p. 166) et Rigaud (Thèse de Paris, 1836, p. 166). On peut aussi, cette première précaution une fois prise, comprimer fortement la poitrine, en ôtant momentanément le doigt de dessus la plaie, pour laisser sortir l'air; cette manœuvre a réussi à MM. Amussat (V. Gaz. Méd., 1837, p. 431) et Mathias Mayor. Si le malade est tombé instantanément, comme frappé de la foudre, on doit supposer qu'une quantité considérable de fluide a pénétré, et il faut alors se hâter de l'aspirer avec une sonde ou avec la bouche appliquée sur l'ouverture de la plaie. Il importe aussi de tenir, pendant ce temps, le malade couché de manière à ce que la solution de continuité du vaisseau regarde en haut. On pourrait encore pratiquer avec une bande des ligatures temporaires autour des membres, suivant le conseil qui en a été donné par M. Mercier, d'après une théorie qu'il a émise et développée dans la Gazette Médicale (1837, p. 481), sur les causes auxquelles la mort est due dans cette circonstance.

V. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros de septembre, octobre et novembre 1841 contiennent

les articles originaux suivans : 1° *De la nécessité du traitement local des chancres et de l'emploi dans ce traitement du sulfate de cuivre et du cyanure de mercure*; par M. Strohl. (Fin.) 2° *Fièvre intermittente se reproduisant tous les dix-sept jours*, observation communiquée par un officier de l'armée d'Afrique. 3° *Revue de la Clinique des maladies vénériennes pendant les années 1838 et 1839*; par M. Schutzenberger. 4° *La clinique des maladies des enfans, de la faculté de Strasbourg, pendant les trois années scolaires 1837-1840*; par M. Stœber. 5° *Lettre sur l'opération du strabisme*; par M. Pétrequin. (Appréciation claire et parfaitement raisonnée des causes qui amènent après l'opération, soit la persistance du strabisme, soit la production d'une antre déviation de l'œil en sens inverse, soit des rechutes. M. Pétrequin indique aussi les moyens propres à prévenir et à combattre ces imperfections qui s'observent trop souvent dans les résultats de la myotomie oculaire.) 6° *Observation d'une anomalie de conformation du cœur, par suite de développement irrégulier de cet organe*; par M. Stoltz.

DE LA NÉCESSITÉ DU TRAITEMENT LOCAL DES CHANCRES ET DE L'EMPLOI DANS CE TRAITEMENT DU SULFATE DE CUIVRE ET DU CYANURE DE MERCURE; par M. STROHL.

L'auteur commence par une critique fort bien raisonnée des diverses opinions qui ont cours dans la science sur la question de savoir si la prompte guérison d'un chancre favorise l'apparition des accidens secondaires; et il fait voir que l'extinction rapide et sur place du symptôme primitif est la première condition de succès, quelle que soit la théorie qu'on adopte sur la nature de la syphilis et sur son mode de développement. La cautérisation est le meilleur moyen d'atteindre ce but; mais il est des circonstances où l'étendue de l'ulcère, un degré trop considérable d'inflammation, etc., ne permettent pas de recourir à ce précieux agent. M. Strohl conseille alors des pansemens répétés cinq à six fois par jour avec de la charpie imbibée d'une solution de sulfate de cuivre, solution plus ou moins concentrée suivant les cas, mais qui, pour donner un point de départ précis, sera généralement de 50 centig. de ce sel dans 150 grammes d'eau distillée. Sous l'influence de cette médication, il a vu, à l'hôpital militaire de Strasbourg, les chancres se cicatriser communément dans l'espace de douze jours.

C'est dans le même établissement que M. Strohl a expérimenté le cyanure de mercure. Il ne l'emploie jamais pour le pansement des chancres simples; mais le réserve pour les ulcères profonds, serpigineux, phagédéniques les plus graves et les plus rebelles. L'influence de ce médicament est telle que, même avec ces conditions fâcheuses, la cicatrisation est aussi prompte que dans les cas les moins compliqués. Voici la manière dont on l'emploie.

On fait une pommade avec 1,00 de cyanure incorporé dans 30,00 d'axonge. On en étend une légère couche sur un morceau de linge qu'on taille de la largeur du chancre, afin que le contact toujours irritant du sel n'ait pas lieu sur les parties saines. Cette première application est le plus souvent douloureuse, et l'est quelquefois au point qu'on est obligé d'enlever le pansement au bout d'une on deux heures. Il faut alors ajouter dans la pommade une proportion plus forte d'axonge. Dans les cas ordinaires, la douleur a atteint son maximum après une demi-heure ou une heure; elle diminue alors, et cesse souvent tout à fait au bout de deux ou trois heures. On laisse la pommade appliquée pendant quatre ou dix heures, selon la gravité du cas et la sensibilité du malade. Si le chancre est étendu, enflammé, douloureux, on le panse ensuite avec l'onguent mercuriel ou le cérat opiacé; dans les autres cas, on pourra employer la solution de sulfate de cuivre. On reconnaît qu'un seul pansement suffira pour la guérison à ce que, le lendemain, les bords du chancre ne sont plus coupés à pic, le fond a perdu son aspect grisâtre, les douleurs ont diminué, et la suppuration est louable. On continue alors le traitement local avec le sulfate de cuivre. Si les changemens favorables que nous venons d'indiquer ne sont pas assez complets, il faut revenir au cyanure de mercure, et en agissant ainsi, dit M. Strohl, on ne trouvera pas de chancre qui, après la quatrième application de la pommade irritante, ne soit entièrement modifié et en voie de cicatrisation; il faut alors le traiter par la méthode de pansement ordinaire. L'inflammation ne serait une contre indication à l'emploi de ce traitement que si elle était très considérable.

FIÈVRE INTERMITTENTE SE REPRODUISANT TOUS LES DIX-SEPT JOURS; observation communiquée à M. le professeur ROMANY, par un officier de l'armée d'Afrique.

Comme on n'a pu expliquer encore le retour périodique des fièvres après vingt-quatre, trente-six et quarante-huit heures, on ne peut se refuser d'admettre des périodicités bien plus éloignées. Les cas où la fièvre revient après plus de quatre ou cinq jours sont déjà assez rares. Ceux où le retour de la fièvre s'opère après huit jours sont plus rares encore; mais y en a peu où, comme dans le fait suivant, les fièvres sont revenues plusieurs fois et à diverses reprises, à une distance de dix-sept jours. L'auteur rapporte lui-même l'histoire de sa maladie.

OBS. — Après être resté en Afrique pendant deux ans, je suis rentré en France bien portant. Quoique j'eusse toujours habité soit Bone, soit les camps de la province de Constantine, qui passent pour les lieux les plus malsains de la régence, je n'avais éprouvé pendant ce temps que deux attaques de fièvre intermittente, et lorsque je quittai Alger pour Toulon au mois de mars, il y avait plus de trois mois que ma dernière fièvre était passée. Pendant la quarantaine, l'abaissement subit de la température me donna la grippe avec un mouvement de fièvre qui disparut bientôt. Au bout de six semaines, sous l'influence du retour du beau temps, accès de fièvre tremblante qui dura deux ou trois heures, et revint le lendemain, et cessa par l'effet de quelques doses de quinquina. Quelque temps après j'éprouve une première rechute qui, au bout de quatre accès, céda à un demi-gramme de quinine. Une seconde rechute me met encore au lit et disparaît sous l'influence des mêmes moyens. Au bout de quelque temps, une quatrième reprise de la fièvre me fait remarquer une certaine périodicité dans les rechutes, et après avoir calculé l'intervalle qui s'était écoulé depuis mon dernier accès, je résolus d'observer la longueur de celui qui séparerait ma nouvelle guérison d'une cinquième rechute qui ne me paraissait plus douteuse. Elle arriva en effet le dix-septième jour à partir de mon dernier accès. Il en fut de même des suivantes. Après avoir essayé diverses médications, telles que des sangsues à l'épigastre, des vésicatoires, des purgatifs, des vins épicés, les rechutes continuant à être toujours également espacées, je résolus de les prévenir en prenant le sulfate de quinine d'avance. Je réussis parfaitement, et me crus quitte pour toujours de la fièvre intermittente; mais le trente-quatrième jour un nouvel accès vint me rendre encore mes craintes. A partir de ce moment, je pris du sulfate de quinine le seizième et le dix-septième jour pendant trois ou quatre mois, au bout desquels la fièvre ne revint plus. Elle avait duré environ un an, non compris encore les trois derniers mois pendant lesquels je l'avais combattue. Un an encore après les intestins, étaient irrités, les urines toujours rouges et sanglantes. Le temps et le régime ont suffi pour faire disparaître ces derniers symptômes.

REVUE DE LA CLINIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES PENDANT LES ANNÉES 1838 ET 1839; par M. SCHUTZENBERGER.

Les considérations que M. Schutzenberger présente dans cet article sont seulement relatives à la blennhorragie. Ses idées sur la nature et le traitement de cette maladie nous paraissent on ne peut plus judicieuses, et les préceptes qu'il trace étant appuyés sur des relevés d'observations nombreuses, méritent d'être mentionnés avec quelques détails, bien que, pour la plupart, ils soient simplement confirmatifs de ce qu'on connaissait déjà.

A. BLENNHORRAGIE DE L'HOMME. — La période d'incubation n'a pas de limites bien fixes. Sur trente et un cas où l'époque de l'invasion a pu être notée d'une manière précise, les premiers phénomènes se sont développés huit fois, du premier au troisième jour, vingt fois du quatrième au huitième; enfin, chez trois malades, quinze jours seulement après un coït suspect. Il résulte de là que le praticien n'éprouvera que peu de mécomptes, en prenant sur lui de rassurer les personnes qui viendront lui faire part de leurs inquiétudes, lorsque quinze jours seront écoulés depuis le moment du coït suspect, sans qu'aucun des prodrômes de l'urétrite se soit manifesté.

Pour juger de la valeur des médications employées dès le début de la blennhorragie, il importe de savoir combien la période inflammatoire dure lorsqu'on abandonne la maladie à elle-même. Sur 22 cas où on a laissé marcher la maladie, seize fois les phénomènes inflammatoires ont cédé du quinzième au vingtième jour, cinq fois ils ont duré au-delà d'un mois; dans un seul cas, ils se sont dissipés avant le dixième jour. Faisons remarquer à ce sujet que le temps assigné par M. Schützenberger à la durée ordinaire de la période inflammatoire nous semble un peu court. D'après le résultat de notre pratique, le chiffre de vingt jours, moyenne des observations de l'auteur, devrait être augmenté de quelques unités. Peut-être la différence tient-elle à ce que ses malades séjournant dans un hôpital, ont été astreints à un régime et à des privations, qui ont, sans doute, contribué puissamment à abréger la période inflammatoire.

La méthode jugulante, au moyen des anti-blennhorragiques, peut et doit, d'après l'auteur, être tentée au début de la blennhorragie; cette méthode n'est pas formellement contr'indiquée par le développement des accidens inflammatoires; mais, dans ce cas, le succès est plus douteux et les chances d'aggraver le mal plus grandes.

B. BLENNHORRAGIE DE LA FEMME. — Existe-t-il des caractères positifs pour distinguer les affections purement catarrales d'avec les véritables blennorragies? MM. Ricord et Boyer inclinent à penser que l'urètre est plus souvent pris seul ou en même temps que la muqueuse vaginale, quand l'écoulement est le résultat d'un coït impur. M. Gibert va plus loin, et il réserve « exclusivement le nom de blennorragie, chez la femme comme chez l'homme, aux écoulemens primitifs, ordinairement aigus, qui ont leur siége dans l'urètre. »

Cette dernière opinion paraît trop exclusive à M. Schutzenberger. Sans doute, dit-il, on peut considérer comme de nature blennorragique tout écoulement dont le siége se trouve dans l'urètre, car ce canal est rarement affecté d'inflammation catarrhale. Mais il n'est pas démontré par l'observation que tous les écoulemens vaginaux, sans urétrite coexistante, sont de simples catarrhes; car, lorsque ces écoulemens sont caractérisés par la sécrétion abondante d'un muco-pus épais, verdâtre, par la rougeur de la muqueuse, par la coïncidence d'un coït présumé suspect ayant précédé de quelques jours leur apparition, il est bien difficile de leur refuser le nom de blennorragies. Du reste, l'urètre accompagne très fréquemment la vaginite. Ainsi, sur 56 cas d'écoulemens des parties génitales, l'auteur a vu 15 fois l'urètre affecté en même temps que le vagin, et 6 fois une blennorragie urétrale existant seule.

VI. JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Le numéro d'octobre 1841 contient les articles suivans : 1° *Mémoire sur les obstructions de la rate dans leur rapport avec la fièvre intermittente*; par M. Nepple. 2° *Coup-d'œil rétrospectif sur les préparations ferrugineuses les plus accréditées de nos jours*; par M. Mouchon. 3° *De l'écriture alphabétique dans ses rapports avec l'intelligence du sourd-muet*; par M. Perrin.

VII. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les numéros d'août, septembre et octobre 1841 contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *Cas très remarquable de fœtus in fœtu*; par M. Schœnfeld. 2° *Observation d'un vaste kyste ovarique, enflammé, gangrené et perforé, à la face interne duquel étaient implantées douze dents*; par M. Raikem. 3° *Recherches cliniques sur le diagnostic différentiel et la thérapeutique spéciale de la surdité*; par M. Pétrequin. 4° *Mémoire sur la pelvimétrie et sur un nouveau mode de mensuration pelvienne*; par M. Van Huevel. 5° *De l'apoplexie cutanée chez les femmes enceintes, considérée sous le rapport médico-légal*; par M. Lados. 6° *Observations de maladies guéries par l'hydrosudopathie, accompagnées de quelques réflexions sur ce mode de traitement*; par M. Sotteau.

CAS TRÈS REMARQUABLE DE FOETUS IN FOETU; par M. SCHOENFELD.

OBS. — Une femme âgée de 28 ans, déjà mère de plusieurs enfans, eut un dernier accouchement lent, mais qui se termina néanmoins d'une manière naturelle. Il n'y eut de remarquable que l'abondance des eaux amniotiques (cinq pintes), et le volume du placenta, plus gros d'un tiers qu'à l'état normal.

L'enfant avait dans le scrotum une double hernie. Le ventre volumineux, indolent, sans bosselures, rendait un son mat dans les régions épigastrique et ombilicale. Toutes les fonctions étaient languissantes, et il mourut trois heures après sa naissance, dans un état apparent d'asphyxie.

AUTOPSIE. — Les parois abdominales écartées, on découvrit une espèce de corde cylindrique qui, à côté de la veine ombilicale, venait, du foie, aboutir à l'ouverture du nombril. Fibreuse en apparence, elle avait une légère gaîne de tissu cellulaire, se composait d'une veine et d'une seule artère, et descendait par une ouverture infundibuliforme assez large dans la substance du foie. Presque tout le côté gauche de l'abdomen était occupé par une poche pleine d'une eau rougeâtre, où se trouvait un embryon d'environ 16 centimètres de longueur.

Cette coque ovarique avait diverses adhérences avec les viscères abdominaux voisins. L'embryon présentait les particularités suivantes : la jonction des parois du thorax sur la ligne médiane ne s'était pas opérée; il était aussi affecté d'encéphalocèle et d'éventrations, et ses membres étaient à l'état rudimentaire. Par son cordon, il tenait au foie, qu'il traversait à sa face inférieure, pour s'insérer dans le cordon ombilical de l'enfant; car il n'existait pas de trace de placenta dans la cavité amniotique. Le cordon ne devenait libre qu'après avoir traversé à peu près un tiers de la substance du foie. Dans l'espace compris entre la partie inférieure de cet organe et le fœtus inclus, se trouvaient ses organes abdominaux et thoraciques, bornés, pour ainsi dire, par les prolongemens membraneux latéraux rudimentaires du tronc. Au milieu de ces organes, pour la plupart peu développés et confusément groupés, on put distinguer les poumons, qui étaient exactement dans le même état que vers la fin du deuxième mois de la vie embryonnaire.

Deux stylets introduits dans la veine et dans l'artère ombilicales de l'embryon venaient aboutir à peu près vers le milieu de la masse informe que nous venons de décrire.

La présence de cet œuf inclus avait refoulé de toutes parts les viscères abdominaux, et ceux de la cavité thoracique.

Toutes les hypothèses qui ont été proposées jusqu'ici pour expliquer les faits de cet ordre peuvent se rapporter à :

1° L'inclusion originelle d'un ovule dans un autre, et leur fécondation simultanée. Mais rien ne prouve l'existence de ces germes originairement monstrueux.

2° La formation d'un ovule à deux germes. C'est cette cause qui détermine les monstruosités par fusion des organes de deux fœtus; mais elle ne peut être invoquée dans le cas de M. Schœnfeld, puisqu'il n'y avait pas combinaison ou fusion de deux individus, mais une simple inclusion d'un individu dans un autre.

3° L'inclusion d'un ovule ou d'un très jeune embryon dans un autre embryon antérieurement conçu et déjà plus ou moins développé. Ainsi, deux œufs peuvent être fécondés par deux actes générateurs successifs, de telle sorte que le second coït est exercé avant que l'ovule fécondé en premier lieu soit parvenu dans la cavité utérine. C'est là une superfécondation.

4° Enfin, l'inclusion d'un ovule ou d'un embryon dans un autre embryon ou ovule conçu en même temps. Deux germes fécondés dans le même coït peuvent se développer jusqu'à une certaine époque, où l'un d'eux, par un accident quelconque, est frappé de mort. C'est le phénomène de la conception double.

C'est à l'une ou l'autre de ces deux dernières causes qu'il nous paraît le plus rationnel de rapporter la monstruosité observée par M. Schœnfeld, non seulement parce qu'il n'existait qu'un seul placenta, et que les deux cordons ombilicaux étaient anastomosés, mais à cause des circonstances même qui avaient accompagné chez la mère le coït fécondant. L'auteur dit en effet que cette femme avait ressenti une vive frayeur et de la terreur vers le sixième mois de sa grossesse par suite d'une surprise pendant la copulation, et qu'elle avait reçu des contusions sur l'hypogastre après l'acte générateur.

Le rapporteur, auquel nous empruntons la plupart de ces réflexions, ajoute que ce cas est une diplogénèse par pénétration de germes, ce qu'il faut bien se garder de confondre avec la diplogénèse par fusion, deux genres de monstruosités essentiellement différens, puisque, dans la dernière, il n'y a primitivement qu'un seul œuf, produit d'un seul acte fécondant, et contenant deux germes; tandis que, dans la première, il y a deux œufs distincts, fécondés dans un même acte ou dans deux actes plus ou moins rapprochés, de manière que la descente de l'un dans la matrice précède de quelques jours l'arrivée de l'autre.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET LA THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE DE LA SURDITÉ; par M. PÉTREQUIN.

M. Pétrequin, dont le nom se rattache déjà par plus d'un travail recommandable à l'étude des maladies des organes des sens, a voulu, dans ce mémoire, soumettre à une classification méthodique les surdités, cette affection si variable quant à ses causes, et que l'empirisme s'obstine néanmoins presque constamment à rapporter à une paralysie du nerf acoustique ; explication vicieuse et contre laquelle déposent également la raison et l'expérience. M. Pétrequin, prenant l'étiologie pour base de sa division, classe les différentes espèces de surdité d'après les maladies qui y ont donné lieu. Ainsi, il reconnaît d'abord une surdité par phlogose du tympan et de la trompe d'Eustachi. Cette variété, contre laquelle il a si heureusement dirigé, en 1839, de nouveaux essais thérapeutiques (Voy. GAZ. MÉD., n. 49 et 50), est devenue encore l'objet de ses recherches, et il rapporte des cas nombreux où l'application de l'alun sur l'arrière-gorge lui a procuré de beaux succès. Ajoutons ici que le rapporteur de la commission nommée pour examiner le travail de M. Pétrequin, M. Dumont, s'est assuré par lui-même, dans plusieurs circonstances, de l'efficacité de cette méthode.

M. Pétrequin admet encore une surdité traumatique dont il définit les espèces et trace le traitement; une surdité par obstruction du méat auditif externe (cérumen, polypes, corps étrangers); une surdité congestive dont le tableau symptomatologique offre une analogie frappante avec celui de l'amaurose de même nature; enfin, une surdité provenant de causes qui ne peuvent point se ranger dans les catégories précédentes. Cette classification, tout à fait rationnelle en théorie, est encore justifiée par les exemples de guérisons que l'auteur a dues à l'emploi des moyens dont les distinctions précédentes lui avaient suggéré l'idée.

MÉMOIRE SUR LA PELVIMÉTRIE ET SUR UN NOUVEAU MODE DE MENSURATION PELVIENNE; par M. VAN HUEVEL.

Tout le monde connaît les objections qui ont été adressées contre les moyens mensurateurs du bassin, tels que le compas d'épaisseur de Baudelocque, l'emploi du doigt, l'intro-pelvimètre de Boivin, le pelvimètre de Contouly, etc. M. Van Huevel, après avoir rappelé les imperfections et les difficultés de ces diverses méthodes, dit avoir éprouvé que l'application de chacune d'elles sur le bassin d'un même cadavre lui a donné des résultats tellement opposés qu'il est impossible de leur accorder la moindre confiance. Il propose à son tour un mensurateur dont voici la description sommaire :

Qu'on se figure une sorte de compas dont les deux jambages n'ont pas une longueur déterminée et invariable, mais qui, au contraire, glissant librement à travers le noyau articulaire qui les réunit, peuvent prendre

toutes les dimensions voulues; de telle sorte que, si vous supposez l'extrémité de chacun des jambages fixée aux deux bouts d'une ligne que vous voudriez mesurer, le sommet du triangle ainsi formé, et représenté par la noix articulaire du compas, puisse se déplacer à droite et à gauche, vers les deux bouts de la ligne à mesurer, sans que les deux pointes quittent la position qu'on leur avait donnée. Cette noix articulaire se serre au moyen d'une vis à pression, de manière à ce que la position des deux tiges puisse être fixée tout à coup, à la volonté de l'opérateur.

Lorsqu'on veut mesurer le diamètre antéro-postérieur, celui dont les dimensions sont le plus souvent viciées, on introduit une des tiges, la vaginale, dans le bassin, et l'on appuie son extrémité sur le promontoire; l'autre tige, armée d'un embout coudé, est ensuite relevée et appliquée par son extrémité sur le milieu de la crête du pubis, à l'extérieur. On conçoit que cette extrémité se place exactement au point voulu, sans déranger en aucune façon la direction de la branche vaginale, grâce au mode d'articulation des tiges de ce compas. L'extrémité des tiges étant bien fixée aux deux bouts du diamètre qu'on veut mesurer, un aide serre la vis articulaire, et la mesure est prise d'une ligne qui représente le diamètre antéro-postérieur, plus l'épaisseur des pubis. Pour défalquer cette dernière quantité, M. Van Huevel ne veut pas que l'on déduise de la somme totale une dimension approximative et hasardée (car les accoucheurs sont loin d'être d'accord sur la quantité à retrancher du premier produit de la mensuration, M. Velpeau, par exemple, parlant de 4 à 5 lignes, tandis que M. Maigrier en indique 8 ou 9). Il mesure directement l'épaisseur des pubis, en plaçant sa branche vaginale derrière, et sa branche externe devant la symphyse pubienne; et, de cette manière, il évite toutes les erreurs qui pourraient résulter, soit d'une épaisseur excessive, soit de la présence d'une tumeur osseuse sur le pubis. En défalquant cette seconde mesure de la première, l'auteur obtient exactement le diamètre antéro-postérieur.

Quand il s'agit de mesurer quelque autre diamètre, tel que le transversal ou l'un des obliques, M. Van Huevel place la branche externe de son compas dans un tenon fixe situé entre les jambes de la femme et tenu immobile au moyen d'une forte ceinture que l'on serre autour du bassin. La branche vaginale glisse alors librement sur le conducteur fixe, et peut à volonté s'allonger ou se raccourcir dans le bassin et s'incliner dans toutes les directions.

Malgré les éloges que mérite cette heureuse invention, il ne serait pas exact de prétendre qu'elle doit remplir toutes les lacunes de l'art. Bien des causes d'incertitude resteront encore après son emploi. Outre la complication de l'instrument et la difficulté de son introduction hors du temps de l'accouchement, il est certain que le praticien ne peut se flatter de réussir toujours à appliquer l'extrémité des branches, bien exactement sur le sommet de l'angle sacro-vertébral, ou sur les saillies osseuses qui correspondent, à l'extérieur, aux extrémités des différens diamètres à mesurer. Cependant il est juste de reconnaître à cet instrument une supériorité réelle sur ceux dont on se sert actuellement; et les objections même que nous venons de formuler contre lui regardent également toutes les méthodes de mensuration intra-pelvienne, et ne sont par conséquent pas plus applicables au pelvimètre de M. Van Huevel qu'à tout autre procédé analogue.

OBSERVATIONS DE MALADES GUÉRIS PAR L'HYDROSUDOPATHIE ACCOMPAGNÉES DE QUELQUES RÉFLEXIONS SUR CE MODE DE TRAITEMENT; par le docteur SOTTEAU.

Quelque inexplicables que soient avec les théories qui ont cours aujourd'hui les succès obtenus par l'hydrosudopathie, on n'en doit pas moins admettre que cette médication exerce dans certains cas une action puissante sur toute l'économie et bienfaisante sur les organes lésés; car s'il suffisait qu'un fait soit inexplicable pour qu'il dût être rejeté, la médecine en serait réduite aux nombreuses erreurs que lui ont léguées toutes les sectes scientifiques qui l'ont tour à tour envahie, et serait obligée de renoncer à ses plus belles conquêtes qui reposent toutes sur l'empirisme. Acceptons donc les faits consciencieusement observés où l'hydrosudopathie a eu des succès qu'd'autres méthodes n'auraient pu procurer, et étudions autant que possible les circonstances dans lesquelles ces faits se sont présentés, afin de déterminer l'opportunité et le mode d'emploi de cette méthode, les explications viendront ensuite. M. Sotteau rapporte quatre observations dont nous allons retracer les principaux traits.

PODARTHROCACE SUITE D'ENTORSE.

OBS. — Vendomes, gendarme, âgé de 24 ans, tempérament lymphatique, jouissait habituellement d'une bonne santé, quand il se fit, au commencement de l'année dernière, au pied gauche, une entorse, qui parut céder d'abord aux moyens ordinaires. Mais ayant repris ses travaux trop tôt, le pied se tuméfia, devint douloureux, et devint le siége de vastes foyers purulens, qui annonçaient une profonde altération des articulations tibio-tarsienne et torso-métatarsienne, et qui, malgré un traitement rationnel suivi pendant plusieurs mois, firent de si effrayans progrès qu'on lui proposa l'amputation de la jambe affectée comme unique ressource. Reçue à cette époque à l'hôpital militaire, il présentait au-dessus de chaque malléole, une vaste plaie, puis sur le coude-pied et sur ses parties latérales plusieurs ouvertures fistuleuses, conduisant pour la plupart aux os du tarse, qui paraissaient cariés. La santé générale était fort affaiblie. La compression par les bandelettes agglutinatives fut tentée pendant un mois avec quelque succès d'abord, mais l'amélioration s'arrêta bientôt, et les symptômes généraux prirent un caractère fort grave: l'appétit disparut; la physionomie du malade s'altéra profondément; une toux continuelle, avec diarrhée colliquative, et une fièvre continue, avec des exacerbations nocturnes, faisant soupçonner une résorption purulente, et inspirant de graves inquiétudes sur la conservation du malade, on a recours à l'hydrosudopathie.

Vendomes est donc enveloppé dans une douzaine de couvertures de laine, et, dès le premier jour, la transpiration est très abondante; puis, on le plongea dans un bain froid, où il resta pendant trois minutes, et on enveloppa le membre malade d'un linge imbibé d'eau froide, que l'on renouvela trois ou quatre fois pendant la journée. Ce traitement fut continué pendant trois mois sans qu'on administrât aucun médicament. Après cinq jours de son emploi, la diarrhée avait cessé et la toux avait beaucoup diminué; tous les autres symptômes généraux s'étaient considérablement amendés, et trois semaines s'étaient à peine écoulées qu'ils avaient tous disparu. En même temps, la suppuration, très abondante avant le traitement, disparut rapidement, et les ulcères se cicatrisèrent avec facilité. Quelques douches, il est vrai, furent encore jointes aux moyens précédens, et, après neuf mois de ce traitement, Vendomes sortit de l'hôpital, ne conservant plus de son affection si grave qu'un petit pertuis fistuleux à la partie externe du tarse, laissant écouler chaque jour deux ou trois gouttelettes d'un pus bien lié.

Le sujet de la deuxième observation était un soldat qui était resté pendant un an et demi à l'hôpital pour une ophthalmie, et y avait gagné une péritonite, laquelle laissa à sa suite une ascite, qui résista à tous les moyens et pour laquelle on allait pratiquer la paracenthèse, lorsqu'on eut recours au traitement hydrosudopathique. Deux mois suffirent pour produire une guérison complète. La sueur fut provoquée chez ce sujet, comme chez le précédent, au moyen d'une douzaine de couvertures de laine, et après chaque sudation, le malade était plongé dans un bain froid, puis des fomentations froides étaient appliquées sur le ventre.

Chez le même sujet, ces moyens, qui furent si efficaces contre l'ascite, restèrent sans effet contre l'ophthalmie rhumatismale qu'il portait. Cependant il y eut, pendant les premiers jours, une légère amélioration, que l'auteur attribue à la cessation du traitement plus ou moins actif auquel le malade était astreint auparavant, et au bon régime auquel il fut immédiatement soumis. Le docteur Hairion, professeur d'ophthalmologie, a éprouvé le même insuccès dans le traitement de plusieurs cas d'ophthalmie rhumatismale, qu'il a traités par l'hydrosudopathie, bien que ses malades eussent éprouvé dès le début une apparence d'amélioration, que l'on doit probablement attribuer à la cause signalée ci-dessus.

La troisième observation est un cas de paraplégie, succédant à une myélite chronique, survenue à la suite d'excès de toute espèce, et remontant à une époque assez reculée, car il est dit que ces excès avaient été commis en Afrique. Le malade fut traité par les sudations, les bains froids, l'ingestion de l'eau froide et le régime. Il sortit après avoir séjourné cinq mois environ à l'hôpital.

L'auteur fait ensuite connaître qu'il a traité aussi avec succès deux rhumatismes articulaires chroniques, une maladie vénérienne invétérée et rebelle, une dartre énorme à la cuisse et à la jambe. C'est dans les maladies chroniques des articulations, de nature scrofuleuse, que l'application de l'eau froide a paru à M. Sotteau produire des effets merveilleux, et il en rapporte deux observations où il est impossible de méconnaître l'heureuse action de ce traitement. Mais il ne pense pas que l'hydrosudopathie puisse être employée avec le même succès dans le traitement des affections aiguës, surtout à leur début, et il dit qu'ayant voulu y avoir recours chez des dysentériques, il a été bientôt forcé d'y renoncer.

(*L'abondance des matières nous force de renvoyer à la Revue prochaine l'analyse des* ANNALES D'OCULISTIQUE.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE.

M. le président annonce que la séance publique annuelle de l'Académie aura lieu le mardi 28 décembre.

TRAITEMENT DE LA SURDITÉ.

M. ROBINSON communique un nouveau procédé pour guérir la surdité qui dépend de l'obstruction de la trompe d'Eustache. M. Toungue Turobull qui s'occupe spécialement de ce genre d'affections n'avait trouvé d'autre moyen pour débarrasser le conduit pharyngo-tympanique que l'emploi des injections. M. Ro-

binson lui proposa d'essayer dans ce but la machine pneumatique. On mit les voies auditives en rapport avec la machine par le moyen d'un tube recourbé dont une extrémité s'appliquait sur l'orifice de la trompe; puis on fit le vide. La guérison fut subite, et depuis lors M. Turnbull ne se sert pas d'autre moyen dans les cas analogues.

M. Robinson a aussi eu l'idée d'appliquer ce procédé au traitement des surdités qui reconnaissent pour cause le dessèchement du conduit auditif externe. La même manœuvre sert à faire le vide dans ce conduit, et l'action de ventouse qui s'établit alors provoque la sécrétion des glandes cérumineuses. Il a ainsi obtenu plusieurs guérisons dans les cas de cet ordre.

SANGSUES DANS LES VOIES AÉRIENNES.

M. GUYON écrit à l'Académie qu'il a continué les recherches dont il lui avait fait part dans une précédente communication. Il a introduit dans l'œsophage et dans les voies aériennes de lapins, de poulets, etc., les sangsues qu'il avait trouvées sur le cadavre d'un bœuf, et conservées vivantes. L'expérience eut lieu le 8 septembre. Les animaux ne tardèrent pas à maigrir, et le 21 du même mois les uns étaient morts, les autres dans un état d'inanition très grave. M. Guyon termine en faisant remarquer que l'introduction de ces annélides dans le corps des bestiaux, accident très commun à Alger, est un grand fléau, non seulement pour les animaux eux-mêmes, mais aussi pour les hommes qui sont exposés à manger de la viande d'animaux fatigués par la maladie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BARTHÉLEMY.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

L'ordre du jour est la nomination du président, du vice-président, du secrétaire annuel, et de trois membres du conseil d'administration pour l'année 1842.

ÉLECTION DU PRÉSIDENT.

Nombre des votans, 96.

M. Fouquier obtient....	86 voix.
M. P. Dubois..........	5
M. Desportes..........	2
M. Guéneau de Mussy..	1
M. Ferrus............	1
Billet blanc..........	1

M. Fouquier est nommé président.

ÉLECTION DU VICE-PRÉSIDENT.

Nombre des votans 92.

M. P. Dubois obtient....	70 voix.
M. Larrey............	3
M. Double............	3
M. Guéneau de Mussy...	2
M. Barthélemy........	2
M. Lecanu............	1
M. Husson............	1
M. Nacquart..........	1
M. Desportes..........	1
M. Breschet..........	1
M. Gérardin..........	1
M. Ferrus............	1
M. Olivier (d'Angers)....	1
M. Rochoux..........	1
Billet blanc..........	1

M. Paul Dubois est nommé vice-président.

ÉLECTION DU SECRÉTAIRE ANNUEL.

Nombre des votans, 89.

M. Dubois (d'Amiens) obtient....	42 voix.
M. Gérardin..................	41
M. Adelon....................	3
M. Londe....................	1
M. Olivier (d'Angers)..........	1
M. Delens....................	1

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue, on procède à un nouveau tour de scrutin.

Nombre des votans, 87.

M. Gérardin obtient......	46 voix.
M. Dubois (d'Amiens).....	38
M. Cornac..............	1
Billet blanc............	2

En conséquence, M. Gérardin est nommé secrétaire annuel.

MM. Roux, Castel et Labarrague sont ensuite nommés membres du conseil d'administration.

UTÉRUS DOUBLE.

M. Renauldin présente à l'Académie une pièce anatomique, provenant de l'autopsie d'une femme morte à l'hôpital Beaujon de péritonite puerpérale quelques jours après son accouchement. Le médecin qui l'avait délivrée avait senti, en introduisant sa main dans la matrice, quelque chose d'anormal, qu'il avait cru être un fragment de placenta. L'autopsie a fait voir qu'à l'extrémité d'un vagin unique s'ouvraient deux cavités utérines, pourvues chacune d'un petit col. Le fœtus était contenu dans la cavité de gauche. Chaque matrice avait une trompe et un ovaire bien conformés.

FISTULE HYPOGASTRIQUE; CALCUL VÉSICAL; LITHOTOMIE.

M. Hipp. Larrey fait part à l'Académie d'un cas qui s'est présenté récemment à l'hôpital de la Clinique. Une femme avait offert antérieurement les signes d'une grossesse extra-utérine, et conservait à l'hypogastre une ouverture fistuleuse, par laquelle étaient sortis plusieurs fois des poils. Elle avait, en outre, un calcul dans la vessie. M. H. Larrey donnera prochainement à l'Académie des détails plus circonstanciés.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LONDRES.

COLIQUE DE PLOMB TRAITÉE PAR L'EAU CHAUDE.

Le docteur VILSON, médecin de l'hôpital Middlesex, après avoir fait ressortir la complication du traitement de la charité, indique les moyens qui ont réussi dans son service, et qui ne sont autres que l'eau chaude employée en lavement et en bain. Ce traitement a été employé dans six cas dont plusieurs offraient beaucoup de gravité et étaient compliqués de paralysie, et paraît avoir combattu avec efficacité, non seulement les douleurs et la constipation, mais aussi la paralysie lorsqu'elle existait. Dans quelques-uns de ces cas le traitement était employé seul; dans d'autres, l'auteur y ajoutait quelques pilules d'opium et de savon ou un peu d'huile de ricin, avec la teinture d'opium ou avec le sulfate de magnésie, ou le carbonate de magnésie dans de l'eau de menthe. Il assure avoir employé le même traitement et avec le même succès dans un cas de constipation qui ne dépendait pas de l'action du plomb.

OBSERVATION D'UNE PÉRITONITE MORTELLE DUE A UN ÉPANCHEMENT DE BILE DANS LE PÉRITOINE PAR L'EFFET D'UN ULCÈRE DE LA VÉSICULE.

Le docteur WILLIAM BELL rapporte ce fait comme assez rare, parce que l'inflammation qui précède l'ulcération de la vésicule tend ordinairement à déterminer la production d'adhérences entre ses parois et les organes voisins. La durée de la péritonite avait été de 63 heures, et les symptômes n'avaient rien offert d'extraordinaire. Traités d'abord par les moyens propres à calmer l'irritation à laquelle on les attribuait les vomissemens cessèrent bientôt, mais la douleur persista néanmoins. Les sangsues, les fomentations et les autres moyens antiphlogistiques n'amenèrent aucun soulagement; mais à la suite d'un lavement opiacé, toute douleur disparut, et le malade se trouva pendant quelques heures dans un état très confortable; puis le pouls se contracta, devint petit et faible, sans que cependant les douleurs se fissent aucunement sentir; la peau prit une chaleur élevée et sèche, et le malade fut en s'affaiblissant jusqu'à la fin. A l'autopsie, on trouva, outre les lésions propres à l'inflammation, deux concrétions dans la vésicule et une perforation près de l'estomac, produite par un ulcère dans lequel on aurait pu introduire une plume à écrire.

OBSERVATIONS PATHOLOGIQUES ET ANATOMIQUES SUR LES MALADIES DE L'OREILLE; PAR LE DOCTEUR TOYENBEE.

Ce travail contient l'histoire de 41 cas, dans lesquels l'état de l'oreille interne a été examiné avec soin chez des sujets morts dans les hôpitaux de maladies différentes, et sur l'état de l'ouïe desquels, au moins pour le plus grand nombre, l'auteur n'avait recueilli aucun renseignement. Le tableau suivant présente en résumé l'état du tympan chez les quarante-un sujets.

Etat normal chez......................................	10
Avec simple épaississement de la membrane qui le tapisse..	6
Avec des bandes d'adhérences qui passent des différens points de la cavité du tympan et qui le plus fréquemment se rendent à l'étrier....................................	4
Avec un léger épaississement de la membrane propre du tympan avec des bandelettes d'adhérences..................	13
Avec épaississement considérable de la membrane propre et des adhérences....................................	5
Suppuration de la cavité du tympan......................	1
Ankylose de la base de l'étrier à la circonférence de la fenêtre ovale..	2

L'auteur fait remarquer combien est grand le nombre des cas où l'on a trouvé des altérations de l'oreille sur des sujets pris ainsi au hasard; mais cela lui semble peu étonnant et s'accorde avec ce qu'il a observé sur le vivant; car beaucoup de personnes qu'il a examinées, et qui croyaient entendre parfaitement, ne pouvaient entendre le battement de sa montre à la distance de deux pieds et demi, et, dans quelques cas même, à celle de 4 ou 5 pouces, bien que cette même montre pût être entendue avec une bonne oreille à 7 ou 8 pieds de distance. Aussi est-il disposé à croire que l'oreille est bien plus fréquemment le siége d'altérations qu'on ne le croit communément.

DE LA RAPIDITÉ AVEC LAQUELLE AGISSENT LES POISONS; par le docteur BLACKE.

L'auteur rapporte, dans ce mémoire, de nouveaux faits à l'appui des premières recherches qu'il a faites sur l'action des poisons, et qui sont déjà connues (V. GAZ. MÉD.). Après avoir indiqué la manière dont ces recherches doivent être conduites, il fait remarquer que la question présente deux élémens distincts, un problème dynamique et un problème chimique, le premier devant faire connaître le point sur lequel le poison a agi, et l'objet du second étant de déterminer les changemens moléculaires que produit dans le sang ou dans les tissus avec lesquels il est en contact le poison introduit dans la circulation. C'est de la première de ces questions qu'il s'occupe dans ce nouveau travail. Il a dé-

montré, dans ses précédentes recherches, qu'il s'écoule assez de temps entre l'application d'un poison, son injection et les premiers symptômes de son action pour qu'il ait le temps d'être porté au cerveau et que le contact du poison sur une large surface ne suffit pas pour donner naissance aux symptômes généraux aussi longtemps qu'on empêche le poison de pénétrer dans la grande circulation. Ses nouvelles recherches ont pour but de démontrer que, dans tous les cas, la rapidité de l'action du poison est en raison de la rapidité de la circulation, et, pour y arriver, il a fait de nombreuses expériences sur les différentes espèces d'animaux chez lesquels le temps nécessaire pour que le sang circule d'un point à un autre diffère notablement. Si le poison qui agit sur le système nerveux ne produit ses effets que quand il est en contact avec les centres nerveux, il faut plus ou moins de temps avant que cette action se manifeste, suivant que la circulation est plus ou moins rapide, ou suivant que le trajet que le poison doit parcourir est plus ou moins long. Les animaux sur lesquels l'auteur a fait ces expériences sont des chevaux, des chiens, des oiseaux et des lapins, qui offrent des différences extrêmes dans la rapidité avec laquelle se fait la circulation du sang.

Ces expériences démontrent qu'une substance injectée dans la veine jugulaire d'un cheval arrive, en dix secondes, à la terminaison capillaire des artères coronaires ; que chez un chien il faut douze secondes, tandis que chez l'oiseau il n'en faut que six, et même quatre chez le lapin. Après avoir établi ces faits, l'auteur rapporte une série d'expériences qui démontrent que, chez ces animaux, le temps nécessaire pour que les effets du poison se manifestent est précisément en raison de la rapidité de la circulation, et aussi qu'il s'écoule assez de temps entre l'application du poison et l'apparition des premiers symptômes de son action, pour qu'il ait eu le temps d'arriver aux centres nerveux.

Une discussion assez intéressante s'élève à la suite de la lecture de ce travail, et dans laquelle le docteur Addison surtout repousse l'application générale que fait le docteur Black des résultats de ses expériences à l'action de tous les poisons ; il paraît très disposé à adopter les conclusions qu'a tirées le docteur Black de ses expériences, mais il craint de les adopter dans toute l'extension qu'il leur donne. Jusqu'ici, dit-il, on avait distingué les poisons en deux classes, ceux qui agissent sur l'économie par le sang, c'est-à-dire par la circulation et l'absorption, et ceux dont l'action était attribuée à la sympathie; qui agissaient d'abord sur les nerfs sur lesquels ils étaient appliqués immédiatement, et ensuite par leur intermédiaire sur les centres nerveux. La raison la plus plausible sur laquelle on s'appuyait pour admettre cette seconde classe de poisons a perdu, il est vrai, beaucoup de sa force depuis les dernières recherches de M. Blacke. L'action de ces poisons, tels que l'acide hydrocianique, les huiles essentielles de tabac et d'amandes amères, était si rapide, si instantanée, qu'on regardait comme impossible qu'ils eussent pu être transportés par la circulation, et en aussi peu de temps, du point sur lequel ils avaient été appliqués jusqu'à celui sur lequel leur action avait été exercée. Le docteur Addisson, tout en convenant que les expériences des physiologistes modernes, et celles de M. Black surtout, ont en partie levé cette difficulté, croit cependant qu'il en existe d'autres qui conservent toute leur force, et qui permettent encore de soutenir la théorie de la sympathie dans les empoisonnemens. Parmi les expériences qu'il cite à cette occasion, les suivantes sont les plus remarquables ; il les a faites et répétées plusieurs fois avec soin avec le docteur Murgan.

Exp. I. — Deux chiens sont disposés de manière à ce que le sang de la carotide de l'un passe dans la carotide de l'autre, le bout supérieur de la carotide du premier étant mis en communication avec l'extrémité inférieure de la carotide du second; puis une certaine dose de strychnine est introduite dans la cuisse du premier. Or, n'est-il pas certain que si le sang de ce chien était chargé de poison, il devrait, en passant dans le cerveau de l'autre, l'empoisonner aussi ; et pourtant, c'est ce qui n'a pas lieu ; le chien empoisonné meurt au bout du temps ordinaire, et l'autre n'éprouve aucun accident.

Exp. II. — Deux chiens sont disposés comme dans l'expérience précédente, avec cette différence que la communication est établie par les jugulaires, puis un peu de strychnine est introduit sous la face de l'un d'eux, de sorte que tout le poison qui pénétrerait dans le sang devrait être porté dans la circulation de l'autre chien. Et, en effet, on constata que le sang de la face du premier chien était réellement porté dans la jugulaire de l'autre, puisqu'elles se vidaient toutes les fois qu'on comprimait au-dessus, et qu'elles se remplissaient aussitôt que la compression était discontinuée. Et pourtant, dans cette expérience comme dans les précédentes, le premier chien seul, c'est-à-dire celui sur lequel le poison avait été inoculé, en souffrit, et celui qui avait reçu son sang n'en souffrit aucunement.

Ces expériences paraissent tellement opposées à la théorie de l'absorption, qu'on ne peut l'admettre sans les avoir expliquées. Ces expériences semblent à M. Blacke ne rien prouver contre la théorie de l'absorption, car la force du sang ascendant dans la partie inférieure de la carotide sur l'un des animaux n'était pas supérieure; peut-être même était-elle inférieure à celle du courant descendant de la partie supérieure de la carotide de l'autre, en sorte que, dans ces expériences, le cœur du chien empoisonné n'envoyait pas du tout de sang au cerveau de l'autre chien, mais en recevait plutôt au contraire de celui qui lui avait été fourni par les vertébrales, et certainement ce dernier mode d'échange devait avoir lieu aussitôt que le poison commençait à agir sur le chien empoisonné ; car alors l'action du cœur devenant de plus en plus faible, il ne pouvait plus donner au sang qu'il poussait dans les carotides assez de force pour qu'il pût résister au courant descendant.

ENCÉPHALITE MORTELLE AVEC HÉMIPLÉGIE DÉTERMINÉE IMMÉDIATEMENT PAR LES CANTHARIDES ET PROBABLEMENT AUSSI PAR LA PROXIMITÉ DE DEUX ANÉVRISMES DES ARTÈRES BASILAIRE ET CAROTIDE INTERNE ; PAR LE DOCTEUR KINGSTON.

L'observation suivante, bien qu'extrêmement incomplète, offre pourtant assez d'intérêt sous le point de vue de la pathologie et de la médecine légale pour que nous croyions devoir la reproduire ici.

Obs. — J. Holloh, âgé de 15 à 16 ans, cordonnier, est admis, le 15 octobre, au dispensaire Saint-James. Depuis trois ans il portait au côté droit du col une tumeur pulsatile qui avait atteint graduellement le volume des deux tiers d'une orange sans qu'il en eût ressenti ni douleur ni incommodité. Le matin même il avait été pris de vomissemens avec insensibilité, perte presque totale de la motilité du tronc, de la jambe et du bras droit, de la langue et du côté droit de la bouche. Le pouls était à 80. Il y avait constipation depuis quatre jours. Il meurt au bout de 38 heures et demie, après n'avoir pendant tout ce temps presque pas rendu d'urine, avoir fréquemment vomi et avoir éprouvé de temps en temps des suspensions de la respiration, auxquelles succédait le spasme du larynx. Au bout de quelque temps, la déglutition était devenue impossible et il était tombé graduellement dans un état de coma complet.

On apprit que le soir précédent il avait pris une quantité (inconnue) de cantharides dans une pomme. On ouvre le corps, seize heures après la mort, et on trouve sur la muqueuse de l'estomac des taches avec légère rougeur, ramollissement, et saillie qui contrastent fortement avec les parties voisines. La rate est ramollie; les reins sont fortement injectés et leur partie corticale ramollie. Le bassinet du côté droit est plein d'un liquide presque opaque, blanc, floconneux et d'une consistance presque crémeuse ; près de la moitié de la muqueuse vésicale est très injectée et ramollie. On trouve en outre une volumineuse dilatation anévrismale sur l'artère carotide interne du côté droit, et une sur l'artère basilaire du volume d'une noix, qui paraît s'être formée graduellement et sans la rupture d'aucune de ses tuniques. Le pont de varole présente un aplatissement produit par la pression qu'exerçait cette dernière tumeur, et est ramolli dans un quart de pouce de sa profondeur. Le ventricule latéral droit contient une once d'une sérosité limpide, et le gauche est entièrement vide.

Appelé devant le coroner, l'auteur de cette observation a exprimé l'opinion que la mort déterminée par les cantharides n'aurait probablement pas eu lieu sans les causes prédisposantes indiquées.

BIBLIOGRAPHIE.

LA CHIRURGIE SIMPLIFIÉE, OU MÉMOIRES POUR SERVIR A LA RÉFORME ET AU PERFECTIONNEMENT DE LA MÉDECINE OPÉRATOIRE ; par MATHIAS MAYOR. — 1841. 2 vol. in-8°. Chez Béchet jeune et Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.

TRAITEMENT ACCÉLÉRÉ DES ANKYLOSES ET RECUEIL DE VISIONS CHIRURGICALES CHOISIES ; PRÉCÉDÉS DE REMARQUES SUR LE CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE LYON ; par le même. — 1841. 1 vol in-8° de 120 pages. Chez Béchet jeune et Labé.

Nos lecteurs connaissent déjà en grande partie les travaux de M. Mayor, et la GAZETTE MÉDICALE, qui lui a souvent ouvert avec empressement ses colonnes, n'a pas non plus négligé d'apprécier dans l'occasion le caractère et l'importance des écrits du chirurgien de Lausanne. Les divers mémoires dont il donne aujourd'hui, sous le présent titre, une collection complète, ont suscité trop de discussions pour que nous puissions nous croire tenus d'en donner derechef l'analyse. Tout le monde sait de quelle manière le nom de M. Mayor se rattache au système de pansemens, au cathétérisme forcé, aux appareils de fractures, à la cure radicale des hernies, etc., etc. ; et le moment ne nous paraît pas encore venu de juger en dernier ressort ce qui doit rester des innovations qu'il a introduites dans ces diverses parties de la pathologie. Mais la publication que nous annonçons aujourd'hui ne se compose pas seulement de monographies détachées. Elle renferme avec les produits de la méthode l'exposé de la méthode elle même ; ce n'est plus une insurrection partielle que médite l'auteur, c'est une vaste révolution, une guerre générale qu'il tente d'allumer, c'est, en un mot, et pour nous servir de ses expressions, *la simplification et la réforme de la chirurgie*. Un projet aussi vaste et aussi franchement exprimé appelle l'attention toute particulière de la critique. Ce n'est pas là, d'ailleurs, la seule circonstance qui motive de notre part un jugement attentif de cet ouvrage. Les polémiques bruyantes par lesquelles on s'est plu à annoncer son apparition, la position que M. Mayor s'est donnée comme écrivain autant que comme chirurgien, la maturité à laquelle on doit supposer que son talent, sous ce double rapport, a pu arriver aujourd'hui, tout semblait annoncer que l'importance des développemens tiendrait cette fois toutes les promesses du titre. M. Mayor, de Lausanne, s'intitulant sérieusement lui-même, au dix-neuvième siècle, le réformateur de la chirurgie, nous ne pouvions décliner la mission d'initier nos lecteurs à l'enfantement d'une aussi gigantesque entreprise. Examinons donc, le plus sérieusement aussi qu'il nous sera possible, la nature de cette réforme et sa légalité, ses moyens et ses chances de réussite.

Mais avant tout, une petite explication, dont M. Mayor nous saura gré,

sans doute, car elle va d'emblée et sans coup férir lui gagner bon nombre d'adeptes. Que l'immensité du travail à entreprendre ne fasse pas reculer ceux qui seraient tentés de se ranger sous son drapeau. Chacun entend le mot réforme à sa manière, et si ce nom seul remue aujourd'hui si profondément la société, s'il est pour toute une classe le seul emblème de progrès, comme pour une autre un signe de désordre et d'anarchie, assurément on ne reprochera pas à la réforme de M. Mayor d'opérer d'aussi grands bouleversemens dans notre paisible sphère; et elle ne mérite, comme on va le voir, *ni cet excès d'honneur, ni cette indignité*. Il ne s'agit point de fonder sur d'autres bases toute la pathologie externe, de recommencer l'étude entière des affections dites chirurgicales. Par chirurgie, M. Mayor n'entend désigner que l'œuvre de la main employée à l'application des procédés curatifs, en d'autres termes, que cette partie de la thérapeutique qui se compose de moyens mécaniques. En un mot, *chirurgie* est pour lui le synonyme de *médecine opératoire*. Nous ne combattrons point cette définition; nous n'avons pas même à la discuter; toute nouvelle qu'elle puisse paraître à nos lecteurs, ils n'oublieront pas que c'est d'une réforme que nous avons promis de les entretenir. Or, on n'élève pas un système tout neuf sans inventer des mots, ou tout au moins des acceptions originales; c'est là un droit acquis à tout novateur. Passons donc sur cette définition de la chirurgie. Le champ de la réforme se restreint ainsi de beaucoup, j'en conviens; mais qu'y faire? M. Mayor n'a aujourd'hui le temps de révolutionner que la médecine opératoire; c'est peu; mais ne soyons pas exigeans et attendons sa commodité pour un remaniement plus complet de la chirurgie tout entière. Il n'est pas de ceux qui font les choses à demi. Quoi qu'il en soit, voici, d'après son propre texte, en quoi consistent les modifications qu'il propose d'introduire dans l'étude, la pratique et l'enseignement des opérations :

« Les bases de la thérapeutique chirurgicale sont fautives et à remanier, parce qu'on l'a dérivée, comme la médecine proprement dite, de la simple observation. »

« Elle relève, au contraire, des sciences exactes par son association intime avec la mécanique qui en est un des élémens obligés. »

« Celle-ci constitue avec la pathologie, l'anatomie et la physiologie, les quatre bases fondamentales de toute opération quelconque. »

« La mécanique semble l'emporter sur les trois autres, et paraît même le plus souvent les absorber tout à fait, surtout aux yeux du commun des hommes. »

« Le meilleur opérateur est celui qui sait combiner la mécanique avec le plus d'adresse et d'intelligence. »

« Ce sera donc un habile mécanicien, possédant bien son anatomie, sa physiologie, sa pathologie, ou *vice versa*. »

Il nous revient dans l'esprit, à ce sujet, qu'un des grands faiseurs de la littérature moderne, manquant par hasard d'alimens à jeter à la curiosité publique, imagina de raconter à ses lecteurs comme quoi, par une belle matinée de printemps, il avait eu le bonheur de *découvrir*.... la Méditerranée ! On a longtemps ri de l'inventeur et de la découverte; mais encore le pauvre romancier avait-il eu le mérite d'ouvrir les yeux et de dire fidèlement ce qu'il avait vu. Que pensera-t-on donc du chirurgien suisse qui, par un tour de force non moins hardi, découvre pour son coup d'essai et à la fois la pathologie, l'anatomie, la physiologie et la mécanique? Il paraîtrait que toutes ces choses sont tellement inconnues dans le pays de M. Mayor qu'il a pu se croire de bonne foi le droit de s'en déclarer inventeur. S'il en est ainsi, on ne peut le blâmer d'avoir fait acte de civisme en enseignant à ses compatriotes les premiers élémens de l'art. Mais avant de mettre sous presse, n'aurait-il pas dû imiter au moins son confrère, l'inventeur de la Méditerranée, regarder autour de lui et dire ce qu'il avait aperçu. Mais M. Mayor, on ne sait trop pourquoi, a si mauvaise opinion de ses contemporains et de ses devanciers que dès qu'une idée lui paraît juste, il n'hésite pas à la déclarer neuve, bien certain qu'elle n'a pu entrer dans la tête d'aucun de ceux qui ont pensé avant lui. C'est à ce titre sans doute qu'il demande presque un brevet d'invention pour avoir dit que l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la mécanique sont nécessaires pour constituer un bon chirurgien. La réforme assurément n'a rien d'effrayant; celle-là du moins s'établira sans orage; et son auteur, à l'inverse de tous les utopistes, est assuré d'un succès aussi prompt que général, puisque, pour révolutionner les études médicales dans le sens qu'il propose, il n'y a qu'à les laisser tout bonnement dans l'état où elles sont actuellement. Sérieusement, nous voyons bien que M. Mayor tient beaucoup à son titre de réformateur; toute modestie à part, nous craignons bien qu'il ne tienne pas autant à notre suffrage, et cependant c'est la seule compensation que nous ayons à lui offrir; car nous approuvons ses principes du fond de l'âme, nous y souscrivons de tout notre pouvoir; mais encore une fois ils ont depuis longtemps pour eux l'approbation générale comme la sanction du raisonnement, et quelque bonne volonté que nous ayons pour notre cher confrère, nous ne trouvons pas dans notre arsenal la plus petite lance à briser contre une doctrine ainsi cuirassée de l'assentiment de tous les hommes et de tous les siècles. Voyons cependant si nous ne pourrions pas trouver moyen de nous faire pardonner ce qu'il appellera sans doute un mauvais procédé, un déni de justice. M. Mayor base son nouveau code du bon chirurgien sur les quatre conditions que nous avons fait connaître. Eh bien ! nous en avons trouvé une cinquième qui ne nous semble pas moins importante, comme on va en juger. Or, cette nouvelle condition qui pourrait nous assurer à nous-même une part fort honnête dans la découverte que proclame M. Mayor, nous déclarons lui en laisser la libre disposition, et la faculté d'en faire tel usage qu'il voudra. Cette cinquième condition que doit posséder un chirurgien et surtout un chirurgien écrivain, c'est le sens commun et la connaissance des travaux publiés avant lui.... M. Mayor n'est-il pas de notre avis!

Nous pouvons donc nous flatter de vivre désormais en paix avec le réformateur de Lausanne; du moins pensons-nous avoir assez fait pour cela en lui envoyant en échange de ses deux volumes notre approbation pleine et entière accompagnée d'un complément qui pourra lui être fort utile. Car enfin tout édifice naissant est fragile; plus un système s'élève, plus l'envie s'acharne contre ses fondements; et quand il s'agit de fonder un monument aussi hardi que celui-ci, cinq colonnes valent mieux que quatre. Qu'il donne donc place à notre cinquième *base*, et c'est alors qu'il pourra en toute sûreté lancer à ses rivaux cette provocation sous forme de lettre de change qui décore déjà si agréablement le premier feuillet de son livre :

« Je promets de payer 3,000 fr. à celui ou à ceux qui parviendront à établir et prouver que mon nouveau système manque de bases scientifiques. » (Tome 1, page 2.)

Que dites vous de cette nouvelle manière d'argumenter? Nous avions déjà les 500 fr. à qui prouverait l'infériorité de certains biscuits, les 4,000 fr. à faire adjuger par une Académie au plus habile arrangeur d'instrumens de lithotritie. Mais c'étaient là de mesquines provocations où la chance de perte était égale des deux côtés. Qu'ici la partie est bien plus belle, grâce au désintéressement de notre confrère ! Point d'enjeu à déposer, la lutte est libre. Vous êtes chirurgien, il suffit, entrez et parlez; mais parlez beaucoup, parlez haut, parlez long-temps, je ne saurais assez vous le recommander, car votre adversaire est homme à se bien défendre.

Mais, nous y songeons, ce *tournoi* auquel M. Mayor paraît tant tenir, ne l'aurions nous point, sans le vouloir, rendu impossible en éloignant les concurrens par une peinture trop vive du désavantage de leur position? La réforme qu'ils auront à attaquer n'est autre, avons-nous dit, que ce qui partout s'enseigne et se pratique. Autant vaudrait donc aller guerroyer contre le système de Galilée ou la théorie de Newton ! Voilà ce que pourraient nous répondre ceux que nous envoyons batailler contre M. Mayor sous l'espoir d'une prime très-engageante sans doute, mais aussi très-problématique, comme on le voit. Nous avons prévu l'objection, mais nous ne l'acceptons pas. Non, les chances de cette joûte ne sont pas aussi inégales qu'on pourrait le supposer d'après nos premières citations, et M. Mayor lui-même nous accuserait sans doute de déloyauté, si, par égard pour ses écrits, nous laissions croire que ce défi qu'il jette à chaque page avec tant de noblesse repose sur un programme dérisoire. Complétons donc ce que nous avons déjà fait connaître de ses idées. On va voir que si le fond de la *chirurgie simplifiée* est conforme aux principes classiques, il est en revanche certains détails de la plus imprévue et de la plus piquante originalité. Citons encore; nous aimons à ne rien mutiler, quand il s'agit d'exposer une doctrine aussi intéressante.

« La juste combinaison de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie et de la mécanique, donne lieu à une formule scientifique, nette, précise, incontestable et propre à fixer le meilleur procédé possible, le procédé normal. »

« Cette formule tend à rejeter, comme poussant à la routine, tous les procédés qui ne se recommandent que par des noms propres, plus ou moins grands ou plus ou moins illustres. »

« *Le procédé modèle* est, grâce à cette même formule, constamment déterminé avec précision et par avance, comme tout ce qui tient aux sciences *à priori*. »

« *L'expérience n'est donc, rigoureusement parlant, pas nécessaire pour établir la valeur et la portée d'un procédé chirurgical quelconque.* »

Nous soulignons à dessein cette dernière proposition, sur laquelle il importe que le lecteur ne passe pas légèrement; et notez bien qu'il ne s'agit point d'une citation tronquée et défigurée par les abréviations. La doctrine exprimée en ce peu de lignes est bien celle de M. Mayor, et ce qui suit ne fait que confirmer et développer le principe :

« La valeur et la portée d'un procédé chirurgical peuvent être démontrées *à priori*, et si exactement, qu'elles paraissent incontestables aux

yeux de tous les praticiens, et qu'elles n'ont en général pas besoin d'être mises en évidence et à l'épreuve par les faits. »

« Le résultat final de chaque opération est indépendant du procédé lui-même, si du moins celui-ci a été bien conçu et soigneusement exécuté. »

« L'événement tient donc essentiellement à des causes qui sont tout à fait étrangères à l'opération elle-même. »

A ce coup, voilà la réforme qu'on nous promettait, et certes elle apparaît aussi complète qu'on la pouvait désirer. De loin à loin on avait bien vu déjà quelques rares tentatives dans ce sens; jadis le dogmatisme avait voulu détrôner l'expérience, mais il ne s'était pas encore trouvé un homme qui, la parole haute et le fouet à la main, vînt franchement jeter l'observation hors du temple de la science. Ce que c'est pourtant que d'agir au nom de la bonne cause, et de se sentir soutenu par les vrais principes! Ne me parlez plus des allures détournées du cartésianisme. M. Mayor va bien autrement vite en besogne. Voyez le plutôt à l'œuvre, car on peut juger de sa pratique par sa doctrine. Des faits malheureux viennent-ils démentir ses prévisions théoriques! Eh! mon Dieu, répondra-t-il gravement, « à mes yeux, l'expérience n'est pas nécessaire pour établir la valeur d'un procédé chirurgical. » (Tome I, p. 123.) Mais les revers s'accumulent, la mort argumente à sa manière, et les malades, malicieuse engeance, semblent conspirer contre *le procédé modèle!* Bon! dira-t il sans s'émouvoir, comme si on ne savait pas que « l'événement tient à des causes qui sont tout à fait étrangères à l'opération elle-même. » (Ibid., p. 125.) C'est fort bien sans doute d'avoir des doctrines assez arrêtées pour servir ainsi de base immuable à la pratique, et plus que personne, sans doute, M. Mayor a le droit de s'appuyer sur les siennes; mais, en vérité, s'il était moins généralement connu, ne soupçonnerait-on pas qu'il a des raisons particulières pour récuser aussi opiniâtrement d'avance le témoignage des faits à l'égard de ses innovations thérapeutiques?

Que M. Mayor ne se hâte pas de voir un blâme dans ces dernières paroles. Nous ses adversaires!.... mais personne ne voudrait le croire; et nous pouvons l'assurer même qu'il serait fort embarrassé d'en trouver un seul parmi tous ses confrères. Leur intérêt, au besoin, lui répondrait suffisamment de leur adhésion à ses principes. Ce pauvre corps médical, si vilipendé dans la pratique civile, si mal mené devant les tribunaux, il avait bien besoin qu'une voix puissante vînt enfin mettre un terme à ses tribulations. Aussi, voyez quel avenir s'ouvre devant lui, grâce au code tout neuf que nous octroie le chirurgien de Lausanne. Plus de mesquines tracasseries, plus de récriminations de familles inconsolables, plus de procès surtout: la législation nouvelle coupe le mal dans sa racine. Que voulez-vous qu'on réponde à un homme qui, la main sur la conscience, viendra vous dire: Je déclare avoir employé le *procédé modèle*, celui *dont la valeur est incontestable* à priori, *et n'a pas besoin d'être mise en évidence par les faits*. Toutes les foudres de Thémis pâlissent devant un pareil argument; et si les amis du défunt pestent contre le *procédé modèle*, et trouvent qu'effectivement il eût mieux valu pour eux que *sa valeur n'eût pas été mise en évidence par les faits*, laissez-les dire, vous avez pour vous la raison: avec cela on peut perdre son procès comme on perd ses malades, mais l'honneur du principe demeure intact. Belle science vraiment que celle qui ne saurait marcher qu'appuyée sur l'expérience! et le plaisant mérite pour un médecin que de guérir ses malades par des calculs *à posteriori!*

Ce profond dédain pour l'expérience se retrouve à tous les pas dans les écrits de M. Mayor, et, en auteur convaincu, il ne se borne pas à l'enseigner, mais le met au contraire en pratique à chaque occasion qui se présente. C'est ainsi que nous l'avons vu faire, lors de sa polémique au sujet de la position demi-fléchie dans le traitement des fractures. M. Bonnet avait apporté, par d'ingénieuses expériences, des argumens nouveaux contre ce système de traitement. Il s'agissait donc, pour le combattre, d'apprécier avant tout ces observations, car elles dominaient toute la question et ruinaient la doctrine de Pott, si elles se trouvaient exactes. Que fit M. Mayor? Il disserta longuement et doctement sur les déplacemens produits par la contraction musculaire (V. GAZ. MÉD., n. 39, 1839), montra comment on peut les neutraliser, cita même des faits à l'appui, etc. Mais, quant aux expériences de M. Bonnet, comme c'étaient des *expériences*, son antagoniste ne crut pas devoir s'abaisser à les discuter, encore moins à les répéter; et il donna ainsi le singulier spectacle d'une *réfutation* (le mot pourra sembler étrange, mais il est textuel, voy. t. II, p. 186), où il était question de tout...., hors de la chose à réfuter.

Au reste, ce mépris pour l'observation n'est ni aussi général, ni aussi aveugle qu'on pourrait le croire d'après ce qui précède. Il y a quelque chose de tellement irrésistible dans cet argument: *j'ai vu; j'ai essayé avec succès*... que M. Mayor n'a pas toujours su se défendre contre la tentation d'y recourir. C'est ainsi qu'à propos de l'usage du coton dans les pansemens, il n'omet pas de citer les « résultats pratiques qu'il obtient depuis un très grand nombre d'années à l'hôpital de Lausanne, *au grand jour de la publicité, au vu et au su* des chirurgiens du premier ordre, tant indigènes qu'étrangers, » et ainsi, dans une foule d'autres passages. Mais il est surtout un ordre de faits pour lesquels M. Mayor professe une vive prédilection. La modestie, vraisemblablement, l'empêchant d'invoquer trop souvent son expérience personnelle, c'est surtout dans la pratique d'autrui qu'il aime à prendre ses exemples, et s'il ne cite pas toujours de préférence les cas de réussite, c'est sans doute, comme on le sait, parce que le récit des fautes est plus instructif pour le lecteur que celui des succès. Peut-être quelques confrères se formaliseront-ils de la libéralité qu'on met à leur laisser faire ainsi les honneurs de cette maxime... Ils auraient tort d'en accuser M. Mayor: c'est que, sans doute, il n'a trouvé dans sa pratique aucun exemple de revers.

Nous avons dit le but de M. Mayor; nous avons même rapporté ses propres expressions, car nul ne doit s'attendre à être cru sur parole en analysant un semblable ouvrage, et il est toujours bon de prendre ses précautions contre tout soupçon d'infidélité quand on a à reproduire un *vrai* aussi peu *vraisemblable*. Nos lecteurs ne s'en tiendront pas là, nous l'espérons bien; et nous les engageons vivement à faire plus ample connaissance avec le livre du chirurgien de Lausanne; ils ne tarderont pas à nous remercier de notre conseil, car nous n'avons point épuisé la matière. M. Mayor gagne vraiment à être connu, et nous pouvons recommander son ouvrage en toute assurance, nous qui avons senti par nous-même combien une pareille lecture peut contribuer à ramener à l'étude des vrais principes de la chirurgie.

Nous pourrions appliquer le même jugement à la récente publication de M. Mayor sur LE TRAITEMENT ACCÉLÉRÉ DES ANKYLOSES, et notamment sur ses VISIONS CHIRURGICALES CHOISIES, car il y est resté fidèle à la doctrine dont nous venons d'exposer les principes et les conséquences. Nous comprenons parfaitement le dépit d'un novateur qui voit ses opinions ignorées, ses formules oubliées là où il les a prônées avec le plus d'acharnement; car, pour le dire en passant, c'est là tout ce que M. Mayor a *vu* dans son dernier voyage à Paris, et, comme il nous l'apprend lui-même, il a la douleur *de l'avoir vu de ses propres yeux, ce qui s'appelle vu*. (P. 107.) Nous comprenons, dis-je, et nous excusons ce mouvement d'humeur échappé à l'orgueil paternel désappointé; mais nous ne saurions même, par un compte-rendu, nous en faire l'écho, et M. Mayor nous saura gré lui-même de cette réticence, lorsqu'il se relira dans des dispositions d'esprit moins chagrines.

Si c'était ici le lieu d'examiner à fond cette grande question du traitement des ankyloses, nous n'aurions pas de peine à montrer que M. Mayor n'a rassemblé qu'une partie des élémens qui doivent concourir à sa solution. Il a réuni un certain nombre de cas d'ankyloses rompues sans graves accidens, et il en conclut que l'opération ne mérite point l'anathème qu'a fait peser sur elle l'Académie de médecine. Assurément il y a là quelque chose à revoir; mais ce n'est pas en se posant ainsi, d'une manière absolue, pour ou contre M. Louvrier qu'on terminera la discussion. N'y a-t-il pas une classe d'ankyloses où les accidens sont plus probables et presque certains après la rupture? Les résultats définitifs de l'opération sont-ils assez satisfaisans pour balancer ses chances fâcheuses? Le même procédé mécanique convient-il dans tous les cas? La ténotomie n'offre-t-elle pas une ressource souvent indispensable pour compléter l'action des agens mécaniques et prévenir leurs mauvais effets? C'est en méditant toutes ces questions préjudicielles qu'on arrivera à résoudre le problème général. Mais, nous le répétons, ce n'est ici ni le temps ni le lieu d'essayer ce travail qui demande, pour être mené à bien, autre chose que de la passion et des mouvemens oratoires.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE FÉLIX MALTESTE ET Cᵉ, RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME NEUVIÈME

DE LA DEUXIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS,

POUR L'ANNÉE 1841.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Y

Z